

Viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård

Tillståndsutredning

Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte
den 15 juni 2011

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2011-6-27

Metadata

Kunskapsunderlag: Kunskapssammanställning utan evidensgradering

Grad av styrning: Styrande

Primär målgrupp: Beslutsfattare – politiska (nationell, regional och lokal nivå)
Beslutsfattare – chefer

Huvudsyfte: Regel

Typ av dokument: Annat kunskapsstyrande material

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2011

Förord

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, beslutar Socialstyrelsen om vilken hälso- och sjukvård som ska vara rikssjukvård. För att få bedriva rikssjukvård krävs tillstånd. Enligt 9 b § beslutar Socialstyrelsen, efter ansökan från landsting, om tillstånd och villkor. Rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas (HSL 9 a §).

Rikssjukvårdsnämnden beslutade vid sitt möte den 24 september 2008 att definiera viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Fyra landsting har ansökt om att få bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård.

Denna utredning syftar till att ge Rikssjukvårdsnämnden underlag för sitt ställningstagande i frågan om vilka två av dessa fyra ansökande landsting som bör ges tillstånd att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård.

Socialstyrelsens beslut enligt 9 b § hälso- och sjukvårdslagen får inte överklagas. Tillståndet gäller i fem år. Ett år innan tillståndets utgång tar Socialstyrelsen initiativ till en ny utredning.

Denna rapport har författats av *Martin Jansson*, Socialstyrelsen.

Eva Hersler
Enhetschef
Tillstånd
Socialstyrelsen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	5
<i>Innehåll</i>	5
<i>Inledning</i>	9
Bakgrund	9
Antal tillstånd	9
Syfte och avgränsning	10
<i>Metod och arbetsprocess</i>	11
Bedömningsgrund för tillstånd om rikssjukvård	11
Underlag för bedömning	12
Villkor för tillstånd	13
Förankring	13
<i>Analys av sökande landsting</i>	14
Beredskap vid oförutsett resursbortfall	14
God vård	16
Forskning	19
Förutsättningar att utöka befintlig verksamhet	20
Kompetens att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård	21
Vårdresultat	31
<i>Sammanfattande diskussion och slutsatser</i>	32
<i>Förslag till beslut</i>	36
<i>Referenser</i>	37
<i>Bilagor</i>	38

Sammanfattning

Den 24 september 2008 fattade Rikssjukvårdsnämnden beslutet att definiera viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Beslutet innebär att verksamheten ska samordnas till maximalt två enheter, där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. Rikssjukvårdsnämnden beslutar, efter ansökan från det landsting som avser att bedriva rikssjukvård, om tillstånd och villkor. Ansökan om att bedriva rikssjukvård avseende viss kraniofacial kirurgi har inkommit från Landstinget i Uppsala län genom Akademiska sjukhuset, Stockholms läns landsting genom Karolinska Universitetssjukhuset, Region Skåne genom Skånes Universitetssjukhus samt Västra Götalandsregionen genom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Där emot har Region Skåne inte ingått i den sammanvägda bedömningen då underlag för att bedöma landstingets kompetens att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård har saknats. Socialstyrelsen har bedömt att två tillstånd att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård bör beviljas av sårbarhets- och konkurrensskäl.

I Socialstyrelsens tillståndsutredningar görs en omfattande analys av en rad bedömningsgrunder som leder fram till en sammanvägd bedömning av vilka landsting som bedöms ha bäst förutsättningar att bedriva och utveckla rikssjukvård. När det gäller ärendet viss kraniofacial kirurgi har betydande skillnader som har påverkat den sammanvägda bedömningen kunnat identifieras rörande bedömningsgrunderna – forskning samt kompetens att bedriva och utveckla rikssjukvård. Utöver dessa bedömningsgrunder har i den sammanvägda bedömningen ingått en granskning av landstingens beredskap att erbjuda vård även vid oförutsedda resursbortfall, att landstingen erbjuder vård enligt vägledningen God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, samt landstingens förmåga att utöka aktuell verksamhet. Utöver detta granskas verksamheternas vårdresultat. Då kvalitetsdata att jämföra landstingen med saknas rörande viss kraniofacial kirurgi har denna bedömningsgrund inte ingått i den sammanvägda bedömningen.

När det gäller bedömningsgrunden forskning gör Socialstyrelsen bedömningen att Stockholms läns landsting har bäst forskningsmässiga förutsättningar. Socialstyrelsen anser vidare att Landstinget i Uppsala län och Västra Götalandsregionen har en bättre och stabilare tillgång till kvalificerad plastikkirurgisk kompetens, är självförsörjande på kritisk medicinsk kompetens samt har en bättre förankrad internationell position än Stockholms läns landsting. Därmed bedömer Socialstyrelsen att Landstinget i Uppsala län och Västra Götalandsregionen har bättre kompetens än Stockholms läns landsting att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård.

I den sammanvägda bedömningen av vilka landsting som har bäst förutsättningar att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård anser Socialstyrelsen att kompetens väger tyngre än forskning. Slutsatsen blir därmed att Landstinget i Uppsala län och Västra Götalandsregionen

bedöms ha bäst förutsättningar att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård och rekommenderar därför Rikssjukvårdsnämnden att bevilja Landstinget i Uppsala län genom Akademiska sjukhuset och Västra Götalandsregionen genom Sahlgrenska Universitetssjukhuset tillstånd att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård.

Inledning

Bakgrund

Den 24 september 2008 fattade Rikssjukvårdsnämnden beslutet att definiera viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård (bilaga 1), i enlighet med de kriterier som finns fastställda i 9 § HSL (1982:763). Beslutet innebär att viss kraniofacial kirurgi ska samordnas till maximalt två enheter, där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas (HSL 9 a §). Enligt 9 b § beslutar Rikssjukvårdsnämnden, efter ansökan från landsting, om tillstånd och villkor. Tillstånd som utfärdas gäller i fem år.

Behöriga att ansöka tillstånd om att bedriva rikssjukvård är sjukvårdshuvudmännen (landstingen). Vid ansökningstidens slut hade ansökningar från fyra landsting inkommit till Socialstyrelsen (bilagorna 2-5):

- Landstinget i Uppsala län genom Akademiska sjukhuset
- Region Skåne genom Universitetssjukhuset i Lund
- Stockholms läns landsting genom Karolinska Universitetssjukhuset
- Västra Götalandsregionen genom Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Fortsättningsvis kommer ansökande landsting till största delen att betecknas efter det sjukhus genom vilket de ansökt.

Antal tillstånd

Utgångspunkten i beslutet om tillstånd för rikssjukvård är att två landsting får tillstånd att bedriva den aktuella vården, förutsatt att minst två landsting har ansökt. Detta motiveras av tre argument:

- att undvika en monopolliknande situation inom det aktuella verksamhetsområdet
- att undvika den sårbarhet som en ensam utövare innebär vid oförutsedda resursbortfall av personal, lokal eller utrustning
- att ge förutsättningar för framtida nationella jämförelser mellan de enheter som beviljas tillstånd

I de fall en verksamhet omfattar ett så litet antal patienter att de effekter som vanligtvis uppnås vid en koncentration till två tillstånd bedöms gå förlorade, anses det föreligga särskilda skäl att endast rekommendera ett tillstånd.

I januari 2010 anordnades ett möte med den medicinska arbetsgruppen för viss kraniofacial kirurgi för att inhämta synpunkter på tillståndsfrågan. Diskussionen utgick ifrån tre olika alternativ i frågan om antal tillstånd för verksamheten viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård:

- Alternativ 1: ett tillstånd
- Alternativ 2: två tillstånd

- Alternativ 3: två tillstånd där ett tillstånd skulle begränsas till att bara omfatta en del av rikssjukvårdsdefinitionen.

Rörande alternativ 1 menade den överväldigande majoriteten av arbetsgruppen att hela definitionsutredningen och de slutsatser arbetsgruppen enats kring byggde på antagandet att två tillstånd skulle delas ut. Dessutom är det Socialstyrelsens bedömning att patientvolymen inom rikssjukvårdsdefinitionen är tillräckligt stor (ca 85 patienter/år) för att medge att två tillstånd delas ut.

Alternativ 2 är, som nämnts ovan, den arbetslinje som präglade diskussionerna mellan Socialstyrelsen och arbetsgruppen under definitionsutredningen. Dessutom medger alternativ 2 att en monopolsituation undviks, att sårbarheten minskas samt att förutsättningar för framtida nationella jämförelser ges.

När det gäller alternativ 3 menade en enig arbetsgrupp att en uppdelning av tillstånden i ett A- och ett B-lag på sikt kommer att urholka verksamheten vid det centrum som endast får tillstånd att bedriva viss kraniofacial kirurgi inom en begränsad del av rikssjukvårdsdefinitionen. Socialstyrelsen gör mot denna bakgrund bedömningen att en sådan lösning skulle inverka negativt på vårdens jämlikhet samt att den på sikt skulle innebära ett ineffektivt utnyttjande av vårdens resurser.

Mot bakgrund av denna redogörelse är det Socialstyrelsens bedömning att tillstånd bör ges till två landsting.

Syfte och avgränsning

Syftet med denna rapport är att ge Rikssjukvårdsnämnden underlag för sitt beslut om vilka landsting som anses ha bäst förutsättningar att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård och som därmed ska få tillstånd att bedriva denna vård som rikssjukvård.

Metod och arbetsprocess

Efter att Rikssjukvårdsnämnden enligt hälso- och sjukvårdslagen 9 a § fattar beslut om att definiera en verksamhet som rikssjukvård skickas ett ansökningsformulär ut till samtliga landsting. Ansökningsformuläret innehåller frågor om landstingens förutsättningar till beredskap vid oförutsett resursbortfall, God vård, forskning, förutsättningar att utöka aktuell verksamhet, kompetens att bedriva vård inom aktuell rikssjukvårdsdefinition samt vårdresultat.

Nedan följer en redogörelse av den metod som utmynnar i en sammanvägd bedömning av vilka landsting som bedöms ha bäst förutsättningar att bedriva och utveckla aktuell vård som rikssjukvård.

Bedömningsgrund för tillstånd om rikssjukvård

Rekommendation till Rikssjukvårdsnämnden om vilka sökanden som Socialstyrelsen bedömer har bäst förutsättningar att bedriva och utveckla aktuell vård som rikssjukvård, görs genom en sammanvägd bedömning där följande bedömningsgrunder ingår:

- Beredskap vid oförutsett resursbortfall (personal, lokal, utrustning)
- God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
- Forskning
- Förutsättningar att utöka aktuell verksamhet
- Kompetens
- Vårdresultat

Beredskap vid oförutsett resursbortfall

En centralisering av viss vård som rikssjukvård kan innebära en sårbarhet i frågan om tillgängligheten av vården i fråga, eftersom antalet utövare minskas eller begränsas. Har de sökande kapacitet att erbjuda den aktuella vården också vid ett oförutsett resursbortfall som berör personal, lokaler eller utrustning?

God vård

Uppfyller de sökande landstingen hälso- och sjukvårdslagens krav på att bedriva god vård enligt vägledningen God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården?

Forskning

Ansökande landsting får i ansökningsformuläret redogöra för den forskning som bedrivs inom det aktuella verksamhetsområdet. Granskning, bedömning och rangordning av de svar de ansökande inkommit med i ansökningsformuläret görs av internationellt etablerade experter. Vetenskapsrådet bistår Socialstyrelsen med att utse dessa experter.

Förutsättningar att utöka aktuell verksamhet

När Rikssjukvårdsnämnden definierar ett verksamhetsområde som rikssjukvård innebär det att antalet patienter hos de enheter som får tillstånd inte nödvändigtvis men sannolikt ökar. En grundläggande förutsättning för att få tillstånd att bedriva rikssjukvård är då förstås att man har kapacitet att utöka verksamheten.

Kompetens

För att anses ha grundläggande förutsättningar att bedriva aktuell vård ska sökande landsting ha kompetens inom rikssjukvårdsdefinitionen. För att säkerställa att sökande landsting har erforderlig kompetens granskas och bedöms den på tre sätt utifrån följande frågeställningar:

- Medicinsk – vilken medicinsk kompetens har sökande landsting att bedriva vård inom aktuell rikssjukvårdsdefinition?
- Organisatoriskt – vilken organisatorisk kompetens har sökande landsting att bedriva vård inom aktuell rikssjukvårdsdefinition?
- Internationellt – vilken kompetens har sökande landsting att genom internationella samarbeten/nätverk upprätthålla och utveckla sin kompetens att bedriva vård inom aktuell rikssjukvårdsdefinition?

Vårdresultat

I samtliga tillståndsutredningar undersöks möjligheten att redovisa de ansökande verksamheternas resultat genom kvalitetsdata. Om detta kan ge en entydig rangordning av de sökande, alltså att en eller två sökande tydligt uppvisar bättre resultat än övriga, anses detta väga mycket tungt i den sammanvägda bedömningen. Emellertid innebär avsaknad av statistiskt signifikanta och validerade kvalitetsdata och mycket små patientvolymerna ofta att denna aspekt inte kan användas i den slutliga bedömningen.

Underlag för bedömning

I tillståndsutredningen om viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård har Socialstyrelsen använt olika källor som underlag i den samlade bedömningen om vilka sökanden som bedöms ha bäst förutsättningar att bedriva och utveckla aktuell vård som rikssjukvård. Nedan listas de källor som använts i kronologisk ordning:

- Originalansökan

- Intervjuer med samtliga sökanden (sjukhusledning samt verksamhetsföreträdare)
- Kompletterande utredning rörande landstingens kompetens att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård
- Komplettering av originalansökan

Villkor för tillstånd

I de fall granskningen av god vårddelen i ansökan uppdagar förbättringsområden hos någon av de sökande som sedan får tillstånd att bedriva verksamheten pekas detta särskilt ut i tillståndet. Om förbättringsområdet anses ligga på en grundläggande nivå ställs krav på att tillståndsinnehavaren åtgärdar denna brist under tillståndensperiodens första år.

Vetenskapsrådet har på uppdrag av Socialstyrelsen granskat experternas utvärderingar av klinikens redogörelser för den egna forskningen. Utifrån detta har Vetenskapsrådet formulerat två villkor som de verksamheter som beviljas tillstånd att bedriva rikssjukvård måste uppfylla under det första året. Dessa villkor fastställs i beslutet om rikssjukvård och säkerställer att landstingen samverkar samt att landstingen gör forskningsmaterial tillgängligt för det övriga forskarsamhället.

Förankring

Regional tjänstemannagrupp

Socialstyrelsen konsulterar i ärenden som rör rikssjukvård regelbundet en grupp bestående av tjänstemän från de olika sjukvårdsregionerna. Ärendet föredrogs för gruppen den 2 maj 2011. Då ärendet vid denna tidpunkt var under beredning föredrogs det muntligt. Inga synpunkter från gruppen framfördes. Minnesanteckningar från mötet återfinns på

www.socialstyrelsen.se/riks

Kontaktpersoner vid universitetssjukhusen

Vid varje universitetssjukhus finns en kontaktperson för rikssjukvårdsfrågor som är utsedd av respektive sjukhusledning på Socialstyrelsens förfrågan. Dessa kontaktpersoner befinner sig inom ledningen för de olika universitetssjukhusen och förväntas därmed ha en övergripande kännedom och kunskap om universitetssjukhusets organisation och struktur. Även för denna grupp föredrogs ärendet muntligt den 2 maj 2011. Inga synpunkter från gruppen framfördes. Minnesanteckningar från mötet återfinns på

www.socialstyrelsen.se/riks

Analys av sökande landsting

Nedanstående analys tar sin utgångspunkt i den metod och de underlag för bedömning som redogjorts för i föregående avsnitt.

Beredskap vid oförutsett resursbortfall

Socialstyrelsens bedömer att samtliga sökande har en god beredskap att tillhandahålla god vård i rimlig tid även i en situation där oförutsett resursbortfall inträffar avseende personal, lokal eller utrustning.

En grundläggande förutsättning för att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård innefattar även en förmåga till en god beredskap att hantera ett oförutsett resursbortfall avseende personal, lokaler och utrustning.

I hälso- och sjukvårdslagen (2 e §) och tandvårdslagen (4 a §) fastslås att där det bedrivs sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. En centralisering av viss vård som rikssjukvård kan innebära en ökad sårbarhet i frågan om tillgängligheten av dessa resurser, i synnerhet personal, eftersom vården koncentreras.

De två landsting som ges tillstånd att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård bör kunna säkerställa att samtliga patienter erbjuds god vård i rimlig tid, också i händelse av ett oförutsett bortfall av personal, utrustning eller lokaler.

Redogörelser från de sökande

I Socialstyrelsens *definitionsutredningar* ingår en medicinsk arbetsgrupp bestående av representanter från och utsedda av universitetssjukhusen. Dess uppgift är att bistå utredningen med medicinsk kompetens. Under definitionsutredningen av verksamhetsområdet kraniofacial kirurgi uppmanade den medicinska arbetsgruppen Socialstyrelsen att rekommendera Rikssjukvårdsnämnden att *inte* inkludera *kraniofaciala trauman* i förslaget till rikssjukvårdsdefinition. Anledningen till detta, menade referensgruppen, är att kraniofaciala trauman behöver åtgärdas akut och att de långa sjukvårds transporter som skulle resultera från en koncentration av verksamheten sannolikt skulle leda till försämrad patientsäkerhet och därmed försämrad vårdkvalitet. Det innebär att verksamheten viss kraniofacial kirurgi, så som det definierades av Rikssjukvårdsnämnden den 24 september 2008, saknar vård- och behandlingsmoment av akut karaktär. Tvärtom sker planering av vård med relativt långa tidsperspektiv och med hänsyn tagen till patientens ålder och vad som utgör en optimal operationstidpunkt för denne. Detta leder i sin tur till att operationer kan fördelas relativt jämnt över verksamhetsåret.

Sammantaget innebär detta att frågan om sårbarhet vid oförutsedda resursbortfall inte är lika angelägen vad gäller viss kraniofacial kirurgi som exempelvis verksamheten svåra brännskador eller verksamheterna hjärt-, lung- och levertransplantation. Icke desto mindre är det naturligtvis nödvändigt att säkerställa att sökande landsting har beredskap att hantera en situation som föranleder oförutsedda resursbortfall.

Personal

Samtliga sökande uppger och redogör för att man har tillräckligt med personal för att kunna bedriva aktuell vård även om sjukdom eller olycka tillfälligtvis skulle reducera personalstyrkan.

Lokaler

Samtliga sökande uppger att man har tillgång till alternativa lokaler där fullgod vård kan ges om ett oförutsett resursbortfall skulle uppstå genom exempelvis brand, vattenskada eller annan orsak.

Utrustning

Samtliga sökande uppger att man har de resurser som krävs för att hantera ett oförutsett resursbortfall avseende utrustning.

Övrigt

Om befintliga resurser trots detta inte skulle räcka till uppger de sökande att de samarbetar med externa kliniker för att säkerställa att god vård i rimlig tid kan erbjudas vid ett oförutsett resursbortfall.

God vård

Socialstyrelsen gör bedömningen att samtliga sökande landsting har grundläggande förutsättningar att bedriva viss kraniofacial kirurgi enligt vägledningen God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Vissa möjliga förbättringsområden har dock identifierats, också på en grundläggande nivå. Det ska framhållas att den granskning som här gjorts endast utgått ifrån de sökandes skriftliga svar. Det är möjligt att landstingen i praktiken vidtar de åtgärder som anges som möjliga förbättringsområden.

Att bedriva god vård innebär att den hälso- och sjukvård som bedrivs är *kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, jämlik, effektiv* och att den ges *i rimlig tid*. Då tillgången på data som beskriver kostnader i dagsläget är bristfällig ingår dimensionen effektiv hälso- och sjukvård inte i Socialstyrelsens bedömningar av ansökningarna om att bedriva riks-sjukvård.

Socialstyrelsens bedömning är gjord mot bakgrund av ett antal kriterier som upprättats i syfte att klarlägga i vilken utsträckning de sökande bedriver god vård. För att anses ha grundläggande förutsättningar måste den sökande inom samtliga fem dimensioner ha visat att man redan i dagsläget har en fungerande organisation för att bedriva god vård. Detta gör den sökande genom sina svar i ansökningsformuläret. Verksamheterna ska också, inom ramen för sin organisation, ha förutsättningar att åtgärda eventuella brister som uppdagas.

I ett eventuellt tillstånd erinras den sökande om dessa brister, formulerade som möjliga förbättringsområden. Förbättringsområden som anses ligga på en grundläggande nivå betecknas som primära, övriga som sekundära. Att de primära förbättringsområdena åtgärdas under tillståndens första år ställs som villkor för tillståndet. Att villkoren i tillståndet uppfylls och att rikssjukvården i allmänhet bedrivs i enlighet med god vårdkonceptet följer Socialstyrelsen upp årligen.

Nedan följer en redogörelse för den granskning som Socialstyrelsen gjort av de sökandes svar i ansökningsformuläret inom respektive dimension av god vård.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och att den ska utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

I dimensionen *kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård* återfinns i ansökningsformuläret fyra indikatorer som avser att säkerställa att de sökande landstingen har grundläggande förutsättningar. Dessa klagör

- huruvida de sökandes personal deltagit i nationella och internationella konferenser, workshoppar och seminarier
- vilka rutiner, modeller eller system som tillämpas för att säkerställa att de sökandes experter uppdateras om pågående forskning
- vilka rutiner som säkerställer att aktuella vårdprogram tillämpas
- huruvida den sökande kliniken deltar i kvalitetsregister eller liknande.

Socialstyrelsen bedömer att samtliga sökande landsting har grundläggande förutsättningar att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård utifrån perspektivet *kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård*.

Säker hälso- och sjukvård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras. Ledningen för hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser en hög patientsäkerhet. Säker hälso- och sjukvård är en grundsten i allt kvalitetsarbete och innebär att vårdskador kan förhindras genom en aktiv riskförebyggande verksamhet.

Att landstingen har grundläggande förutsättningar när det gäller dimensionen *säker hälso- och sjukvård* kontrolleras genom att landstingen redogör för

- ett avvikelshanteringssystem
- ett egenkontrollsystem för komplikationer och vårdskador
- ett måldokument för patientsäkerhet.

Socialstyrelsen bedömer att samtliga sökande landsting har grundläggande förutsättningar att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård utifrån perspektivet *säker hälso- och sjukvård*.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och att dessa vägs in i de kliniska besluten. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Patienten ska visas omtanke och respekt.

För att säkerställa att de sökande landstingen kan erbjuda en *patientfokuserad hälso- och sjukvård* ombes de redogöra för

- hur man säkerställer att varje enskild individ får ett respektfullt bemötande
- hur man säkerställer att information anpassas för varje enskild individ
- hur man tillämpar hanteringen av ett patientfokuserat kvalitetsledningssystem

Socialstyrelsen bedömer att samtliga sökande landsting har grundläggande förutsättningar att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård utifrån perspektivet *patientfokuserad hälso- och sjukvård*.

Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

De sökande landstingens grundläggande förutsättningar att erbjuda *jämlik hälso- och sjukvård* säkerställs genom redovisning av

- strategier och rutiner för att garantera jämlik vård
- strategier för att hantera statistik om verksamheten ur en jämlikhetsaspekt.

Socialstyrelsen bedömer att samtliga sökande landsting har grundläggande förutsättningar att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård utifrån perspektivet *jämlik hälso- och sjukvård*.

Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser om han eller hon har behov av. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

När det gäller dimensionen *hälso- och sjukvård i rimlig tid* bedöms de sökande landstingen ha grundläggande förutsättningar utifrån deras förmåga att

- säkerställa att man mäter och följer upp väntetider
- säkerställa att man mäter och följer upp väntetider för sökandens patienter avseende planerade besök.

Socialstyrelsen bedömer att samtliga sökande landsting har grundläggande förutsättningar att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård utifrån perspektivet *hälso- och sjukvård i rimlig tid*.

Forskning

Socialstyrelsen bedömer att Karolinska Universitetssjukhuset har bäst forskningsmässiga förutsättningar av de sökande att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård.

De landsting som ges tillstånd att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård bör ha en god förmåga att bedriva forskning på en hög internationell nivå. Viktigt är att landsting som ges tillstånd har fokus inte bara på den egna verksamheten, utan också på att utifrån en god forskningsverksamhet bidra till verksamhetsområdets utveckling i stort. En god forskningsverksamhet karaktäriseras även av en förmåga att engagera externa aktörer i forskningen och säkerställa att de får ta del av forskningsresultaten.

I granskningen av de sökande och deras forskningsverksamhet har ingått en bedömning av verksamheterna och deras forskningsprogram, en genomgång av forskarnas CV, forskningsfinansiering, publiceringar samt övrig information som är relevant för forskning. Denna granskning har genomförts av externa granskare som Socialstyrelsen har anlitat med hjälp av Vetenskapsrådet. Granskningarna finns att tillgå i sin helhet i bilagorna 6-8. Till skillnad från de övriga bedömningsgrunder som ingår i den sammanvägda bedömningen, resulterar granskningen av de sökande landstingens forskningsverksamhet i en rangordning. Av den anledningen redovisas endast här det landsting som av externa granskare bedömdes ha bäst forskningsverksamhet.

Bedömningen som görs av de externa granskarna är att Karolinska Universitetssjukhuset har den bästa förmågan att bedriva forskning på området. Karolinska Universitetssjukhuset bedöms ha en framgångsrik och välintegrerad forskningsverksamhet som har goda möjligheter att genomföra forskningsprojekt med betydelse för utvecklingen inom verksamhetsområdet.

Förutsättningar att utöka befintlig verksamhet

Socialstyrelsen bedömer att samtliga sökande har goda förutsättningar att utöka verksamheten vid ett eventuellt tillstånd att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård.

En konsekvens av att inrätta ett verksamhetsområde som rikssjukvård är att antalet utövare kan minska, vilket ofta leder till ökad patientvolym för enheter med tillstånd att bedriva denna vård. Att ha förutsättningar att utöka befintlig verksamhet är därför en grundläggande förutsättning för att bedriva rikssjukvård. Nedan redovisas de sökandes svar på denna fråga.

Akademiska sjukhuset

Akademiska sjukhuset menar att man har så stora patientvolymen inom angränsande områden som läpp-käk-gomspaltkirurgi, kraniofaciala trauman och kraniofacial tumörkirurgi att den relativt lilla ökningen av patienter som ett tillstånd om rikssjukvård skulle innebära lätt kan rymmas inom den existerande sjukvårdsorganisationen. Man hävdar vidare att man i och med sjukhusledningens stöd för ansökan har stöd för att få extraresurser vid behov.

Karolinska Universitetssjukhuset

Karolinska Universitetssjukhuset uppger att man har goda förutsättningar att utöka befintlig verksamhet om man blir tilldelad tillstånd. Man pekar bland annat på att man har möjlighet att omlokalisera vård till Södersjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge för att frigöra resurser. Man nämner även att man har stöd från sjukhusledningen i detta arbete.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset framhåller att man redan i dagsläget tar hand om så stor andel av den totala produktionsvolymen inom verksamhetsområdet att en eventuell ökning av den befintliga verksamheten vid en koncentration skulle vara så liten att den utan problem kan inrymmas.

Skånes Universitetssjukhus

Skånes Universitetssjukhus hävdar att man har vårdavdelningar med specialistutbildade barnsjuksköterskor där man har god möjlighet att öka verksamheten vid behov. Man har dessutom en buffert på vuxensidan. När det gäller operationsavdelningar menar man att möjligheterna att utöka verksamheten är goda.

Kompetens att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård

Socialstyrelsen bedömer att Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset har bäst kompetens av de sökande att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård.

Ärendet viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård presenterades som beslutsärende vid Rikssjukvårdsnämndens sammanträde den 9 december 2009. Rikssjukvårdsnämnden beslutade att återremittera ärendet till Socialstyrelsen med direktivet att tydligare belysa och granska de sökande landstingens kompetens att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Detta beslut föranledde Socialstyrelsen att utarbeta en generell modell för granskning och bedömning av landstingens kompetens att bedriva och utveckla rikssjukvård. Modellen kommer att ingå som en del i framtida ansökningsblanketter om tillstånd att bedriva rikssjukvård. I arbetet med att ta fram denna modell för granskning av landstingens kompetens att bedriva och utveckla rikssjukvård har Svenska Läkaresällskapet kvalitetsgranskat och lämnat synpunkter på modellen.

Den 8 april 2011 var sista svarsdatum för kompletterande utredning i tillståndsärendet viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Tre landsting hade då inkommit med svar – Landstinget i Uppsala län, Stockholms läns landsting samt Västra Götalandsregionen¹. Utredningen har syftat till att granska och bedöma de sökande landstingens kompetens att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård genom att belysa verksamheterna utifrån tre perspektiv av begreppet kompetens – medicinsk kompetens, organisatorisk kompetens samt kompetens genom internationellt engagemang. För vart och ett av perspektiven finns en beskrivning av vad Socialstyrelsen anser konstituerar perspektivets relevans för bedömningen av landstingens kompetens.

Nedanstående redogörelse av de sökandens svar baserar sig i huvudsak på de svar landstingen inkommit med i den kompletterande utredningen. Dessutom ligger även originalansökan samt de intervjuer som gjorts med samtliga sökande landsting till grund för den slutliga bedömningen. Underlagen för granskning och bedömning av landstingens kompetens att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård finns i sin helhet i bilagorna 9-11.

Medicinsk kompetens

Granskningen av landstingens medicinska kompetens syftar till att tydliggöra och säkerställa att verksamheternas kompetens har såväl nödvändig bredd

¹ Vid tiden för sista svarsdatum hade Region Skåne ej inkommit med svar på kompletterande utredning rörande landstingens kompetens att bedriva rikssjukvård. Då Rikssjukvårdsnämndens uttryckliga direktiv för återremittering av ärendet var att granska landstingens kompetens att bedriva rikssjukvård, gör Socialstyrelsen bedömningen att underlag för att vidare behandla och bedöma Region Skånes ansökan saknas. Av den anledningen ingår inte Region Skåne i den sammanvägda bedömning som leder fram till slutsrekommendation.

som djup för att på ett framgångsrikt sätt bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi. När det gäller perspektivet medicinsk kompetens har de sökande landstingen svarat utifrån följande beskrivning av vad medicinsk kompetens innebär i granskningen och bedömningen av deras svar:

En förutsättning för att få tillstånd att bedriva rikssjukvård är att sökande landsting bedöms ha tillräcklig kritisk medicinsk kompetens för att behandla och åtgärda sjukdomstillstånd inom rikssjukvårdsdefinitionen. För att anses ha tillräcklig medicinsk kompetens ska sökande landsting ha såväl bredd att behandla och åtgärda, som djup att hantera de mest komplicerade sjukdomstillstånden inom rikssjukvårdsdefinitionen.

Verksamheternas tillgång till medicinsk kompetens med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen

Ett avgörande kriterium för att kunna bedriva rikssjukvård är att sökande landsting bedöms ha tillräcklig medicinsk kompetens för att behandla och åtgärda sjukdomstillstånd inom rikssjukvårdsdefinitionen. Enligt International Society for Craniofacial Surgery är nyckelkompetenserna vid utförandet av kraniofacial kirurgi på barn med medfödda missbildningar plastikkirurgi/käkkirurgi, neurokirurgi samt pediatrik anesthesi (bilaga 12). Därutöver ingår i vårdkedjan ytterligare en rad specialiteter som öron-näsa-hals, ögonsjukdomar, kliniska genetiker, etc. Dessa specialiteter är dock inte involverade vid utförandet av själva ingreppet och ingår därmed inte i granskningen av verksamheternas tillgång till medicinsk kompetens med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen.

Samtliga verksamheter återrapporterar att man har god tillgång på medicinsk kompetens inom specialiteterna plastikkirurgi, neurokirurgi, käkkirurgi samt pediatrik anesthesi. Genomgående har verksamheterna 3-4 tjänstgörande läkare inom respektive specialitet där den vanligast förekommande yrkestiteln är överläkare/övertandläkare. Två omständigheter förtjänar dock att kommenteras ytterligare och hänför sig till Karolinska Universitetssjukhusets återrapportering angående kompetens inom specialiteten plastikkirurgi.

I sin återrapportering över tillgång på plastikkirurgisk kompetens återfinns dr. Joseph Gross som första namn över anställda plastikkirurger. Dr. Gross har i återrapporteringen yrkestiteln *senior consultant* vilket innebär att han är anställd vid Karolinska Universitetssjukhuset på konsultbasis. Socialstyrelsen har kontrollerat att läkarförordnande har utfärdats för dr. Gross. Ett sådant har utfärdats vid Karolinska Universitetssjukhuset för perioden 2011-01-01 – 2011-12-31. Karolinska Universitetssjukhuset har i en bilaga till den kompletterande utredningen inkommit med en meritförteckning för dr. Gross som är verksam vid *Children's Hospital & Regional Medical Center*, Seattle, USA. Av denna meritförteckning framgår att dr. Gross är en välrenommerad och framstående kirurg med lång erfarenhet av att behandla patienter med medfödda kraniofaciala missbildningar.

Den andra omständigheten hänför sig till fjärde namnet på listan på Karolinska Universitetssjukhusets förteckning över verksamma plastikkirurger där sjukhuset, till skillnad från de mer vanligen förekommande yrkestitlarna

överläkare/specialistläkare, rapporterar legitimerad läkare. Socialstyrelsen har kontaktat Karolinska Universitetssjukhuset för att kontrollera innebörden av detta och funnit att den legitimerade läkare man uppgivit i listan över verksamma plastikkirurger, erhöll sin läkarlegitimation 2009 och att han sedan 2009-07-01 tjänstgör som ST-läkare inom plastikkirurgi vid Karolinska Universitetssjukhuset.

Verksamheternas kliniska erfarenhet och bredd inom rikssjukvårdsdefinitionen

Samtliga sjukhus rapporterar att de anser sig ha kompetens att utföra samtliga i rikssjukvårdsdefinitionen ingående åtgärder. Dessutom redovisar verksamheterna den kirurgiska aktiviteten inom rikssjukvårdsdefinitionen under perioden 2006-2010 på ett tillfredsställande sätt. Av redovisningen framgår såväl de enskilda läkarnas aktivitet som de kirurgiska teamens.

Verksamheternas kompetens och erfarenhet av att behandla kraniosynostos (tidig slutning av skallens sömmar), syndromal kraniosynostos (missbildningssyndrom i kombination med för tidig slutning av skallens sömmar) samt okulär hypertelorism (abnormt avstånd mellan ögonen).

Som en del av den kompletterande utredningen rörande landstingens kompetens att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård har Socialstyrelsens bett verksamheterna redogöra för processen som leder fram till beslut om operation inom rikssjukvårdsdefinitionen. Dessutom har verksamheterna fått beskriva vilka strategiska överväganden och alternativa angreppssätt som tillämpas inför och vid genomförandet av ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen.

Informationen som verksamheternas svar har genererat har bland annat gett Socialstyrelsen en god bild av hur vårdkedjorna vid de olika sjukhusen är uppbyggda, hur vårdprogram är utformade samt vårdprocessens olika flöden. Socialstyrelsen bedömer att samtliga verksamheter på ett trovärdigt och sakligt sätt har beskrivit vilken kompetens och erfarenhet man har att behandla sjukdomstillstånd inom rikssjukvårdsdefinitionen. Dessutom har verksamheterna överlag på ett tydligt sätt beskrivit de olika svårigheter och utmaningar som den kraniofaciala kirurgin möter samt vilka överväganden och bedömningar som görs inför, under och efter operation. Detta ger sammantaget en bild av verksamheterna som kompetenta och förmögna att erbjuda en god och säker vård inom rikssjukvårdsdefinitionen.

Därutöver bör det särskilt kommenteras att Akademiska sjukhuset i sin redogörelse påpekar att Uppsalas Kraniofaciala Kvalitetsregister används genom hela vårdkedjan. Akademiska sjukhuset anser att registret *"skapar en patientorienterad dokumentation som stöder vårdprocessen för varje enskild patient"*. Registret har, enligt uppgift från Akademiska sjukhuset, utvecklats i linje med vägledningen God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har gjort en översiktlig bedömning av registret, som bifogades originalansökan, och funnit att registret förefaller vara genomtänkt och ändamålsenligt. Dessutom har Socialstyrelsen kontaktat Akademiska sjukhusets internationella samarbetspartners för att tydliggöra registrets användbarhet. Dr. Eric Arnaud som är verksamhetschef för plastikkirurgiska kliniken vid Hôpital Necker-

Enfants Malades, Paris, intygar att registret är under utveckling samt att det vid International Society for Craniofacial Surgery senaste kongress, 2009, presenterades och mottogs väl. Dr. Jyri Hukki, verksamhetschef vid Töölo sjukhus i Helsingfors, beskriver registret som ett centralt verktyg för vetenskaplig utveckling inom området. Mot bakgrund av detta gör Socialstyrelsen bedömningen att det kraniofaciala register som utvecklas vid Akademiska sjukhuset är ett viktigt steg för att kvalitetssäkra vården, skapa bättre förutsättningar för vetenskaplig utveckling samt möjliggöra framtida nationella och internationella jämförelser.

Verksamheternas tillgång på kompetens hos ej opererande hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor med specialistinriktning)

Även om ingreppen inom rikssjukvårdsdefinitionen utförs av högt specialiserade plastikk- och neurokirurger med stöd av specialister inom pediatrik anesthesi behövs kompetent hälso- och sjukvårdspersonal genom hela vårdkedjan för att vården på ett systematiskt sätt ska kunna bedrivas framgångsrikt. Socialstyrelsen har låtit verksamheterna beskriva tillgången på sådan vårdpersonal och hur dess kompetens tas tillvara för att göra vården framgångsrik. När det gäller viss kraniofacial kirurgi har granskningen gällt sjuksköterskor med specialistinriktning.

Utifrån verksamheternas svar gör Socialstyrelsen bedömningen att samtliga verksamheter har god tillgång på kompetens hos sjuksköterskor med specialistinriktning. Däremot varierar verksamheternas beskrivning i hur man tar till vara och praktiskt omsätter kompetensen hos denna yrkesgrupp i den kraniofaciala verksamheten. Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset beskriver tydligt och strukturerat hur sjuksköterskorna ingår i och bidrar till att verksamheten bedrivs framgångsrikt. Särskilt tydligt framgår detta i patientsäkerhetsarbetet där sjuksköterskor med specialistinriktning exempelvis har ansvar för uppdatering av riktlinjer och vårdprogram. Dessutom beskriver Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset på ett strukturerat sätt vilken roll och funktion sjuksköterskor med specialistinriktning har inom den kraniofaciala verksamheten. Karolinska Universitetssjukhuset redogör tydligt för tillgången på kompetens rörande sjuksköterskor med specialistinriktning och funktionen hos denna yrkesgrupp. Däremot innehåller inte redogörelsen någon beskrivning av hur sjuksköterskor med specialistinriktning integreras i exempelvis patientsäkerhetsarbetet, vilket ansvar de har inom verksamheten eller hur de samverkar med opererande hälso- och sjukvårdspersonal inom den kraniofaciala verksamheten.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har granskat de ansökande landstingens medicinska kompetens att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Sammanfattningsvis finner Socialstyrelsen att samtliga landsting har tillgång till och kompetens att utföra de ingrepp som ingår i rikssjukvårdsdefinitionen. Däremot identifierar Socialstyrelsen ett antal omständigheter som särskilt bör kommenteras.

Karolinska Universitetssjukhuset uppger för specialiteten plastikkirurgi att man har tillgång till fyra läkare vid utförande av ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen. En av dessa läkare, dr. Joseph Gross vid *Children's Hospital & Regional Medical Center*, Seattle, USA, är anställd som konsult. Enligt uppgift från Karolinska Universitetssjukhuset närvarar dr. Gross med sin kompetens vid de svåraste och mest komplicerade ingreppen 1-4 gånger per år. I sin förteckning över verksamma plastikkirurger uppger Karolinska Universitetssjukhuset en legitimerad läkare. Personen i fråga erhöll sin läkarlegitimation så sent som 2009 och genomgår för närvarande specialisttjänstgöring inom plastikkirurgi. Sammantaget gör Socialstyrelsen utifrån ovanstående bedömningen att Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset har bättre och stabilare tillgång till kvalificerad plastikkirurgisk kompetens vid utövandet av viss kraniofacial kirurgi än Karolinska Universitetssjukhuset.

Akademiska sjukhuset betonar i sin originalansökan men även i beskrivningen av vårdprocessen för utövandet av viss kraniofacial kirurgi det kvalitetsregister som är under utveckling. Socialstyrelsen gör bedömningen att utvecklingen av ett kvalitetsregister på sikt är av central betydelse för det nationella kvalitetssäkringsarbetet, för att skapa bättre förutsättningar för vetenskaplig utveckling samt för att möjliggöra framtida nationella och internationella jämförelser.

Organisatorisk kompetens

Bedrivandet av multidisciplinär och utvecklingsinriktad högspecialiserad vård kräver en ändamålsenlig organisation som syftar till skapa långsiktiga och hållbara vårdstrukturer. När det gäller viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård har de sökande landstingen fått redogöra för vilken organisatorisk kompetens man besitter utifrån nedanstående beskrivning:

Socialstyrelsen gör bedömningen att en viktig förutsättning för att framgångsrikt bedriva och utveckla högspecialiserad vård av riks-karaktär är att verksamheten har en långsiktigt hållbar vårdstrategi. En långsiktigt hållbar vårdstrategi är, i sin tur, grundförutsättningen för att en multidisciplinär miljö ska kunna växa fram. Inom en långsiktigt hållbar vårdstrategi ryms även strategier för kompetensförsörjning och kompetensöverföring som en självklar del, då dessa, över tid, bidrar till att verksamheten får nödvändig stabilitet och kontinuitet för att utvecklas på bästa sätt. En långsiktigt hållbar vårdstrategi förutsätter sjukhusledningens aktiva deltagande i strategisk verksamhetsplanering och långsiktiga verksamhetsutveckling.

Multidisciplinär samverkan

I en verksamhet som präglas av en stark multidisciplinär miljö finns det hos hälso- och sjukvårdspersonalen en förståelse för de olika disciplinernas medicinska förutsättningar, begränsningar och behov i vårdprocessen och därmed goda förutsättningar för multidisciplinär samverkan. Denna förståelse bidrar till att hälso- och sjukvårdens personal, oavsett disciplin- eller yrkestillhörighet, kan förstå vårdprocessen utifrån ett helhetsperspektiv för att uppnå högsta möjliga vårdkvalitet.

Socialstyrelsen har frågat verksamheterna om vilka strategiska och strukturella överväganden och åtgärder som vidtagits för att ge den kraniofaciala verksamheten organisatoriska förutsättningar att skapa en multidisciplinär miljö. Samtliga verksamheter har svarat utförligt på hur verksamheten är organiserad. Däremot skiljer sig svaren mellan verksamheterna åt i hur väl man lyckats beskriva hur man genom strategiska och strukturella överväganden på ett målmedvetet sätt har skapat en multidisciplinär miljö. Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset sätter i större utsträckning än Karolinska Universitetssjukhuset sina svar i ett tidsmässigt sammanhang, där det tydligare framgår hur beslut och åtgärder på ett målmedvetet sätt syftar till att skapa en multidisciplinär miljö som grund för en långsiktigt hållbar och ändamålsenlig verksamhet.

Verksamheternas tillgång till ledningskompetens

Tillstånd att bedriva rikssjukvård innebär ett åtagande mot hela landets patienter och delas maximalt ut till två enheter. Det innebär att rikssjukvården alltid kommer att behöva hantera frågan om sårbarhet vilket gör långsiktig planering och kontinuitet till omistliga delar i arbetet med att säkerställa att den vård som ges är av hög kvalitet. Därmed är det viktigt att de verksamheter som ges tillstånd att bedriva rikssjukvård har ett starkt stöd från respektive landstings sjukhusledning i frågor som rör verksamhetsprioritering, strategisk verksamhetsplanering och långsiktig verksamhetsutveckling.

Socialstyrelsen har bett verksamheterna beskriva på vilket sätt respektive sjukhus ledning har bidragit till att ge verksamheten organisatoriska förutsättningar att utvecklas långsiktigt, genom exempelvis strategiska beslut eller beslut om prioritering. Av verksamheternas svar framgår att de har stöd för sin verksamhet från respektive sjukhusledning. Däremot skiljer sig beskrivningarna åt över hur detta stöd i praktiken bidrar till att ge verksamheten organisatoriska förutsättningar att utvecklas långsiktigt. Framförallt Akademiska sjukhuset visar på ett välstrukturerat sätt hur olika strategiska beslut över tid har möjliggjort framväxten av en ändamålsenlig organisation. Även Sahlgrenska Universitetssjukhuset visar, om än inte med samma tydlighet, hur den kraniofaciala verksamheten genom strategiska beslut har utvecklats till att bli vad den idag är. Karolinska Universitetssjukhuset redogör för de strategiska beslut som tagits. Tidsmässigt hänför sig dock dessa till 2010 och 2011 och flertalet av dem befinner sig på en landstingsövergripande nivå vilket gör det svårt att identifiera och urskilja hur de bidrar till att ge den kraniofaciala verksamheten organisatoriska förutsättningar att utvecklas långsiktigt.

Verksamheternas strategier för kompetensförsörjning

En förutsättning för en långsiktigt hållbar vårdstrategi är hur verksamheten på såväl kort som lång sikt säkerställer att kritisk kompetens finns tillgänglig. Av den anledningen har verksamheterna fått beskriva sin strategi för kompetensförsörjning och hur det säkerställs att denna förverkligas genom exempelvis uppföljning och utvärdering.

Verksamheternas svar skiljer sig kraftigt åt. Karolinska Universitetssjukhuset hänvisar genomgående till landstings- och sjukhusövergripande do-

kument och policyer för kompetensförsörjning i sin beskrivning av hur man arbetar strategiskt för att säkerställa att kritisk medicinsk kompetens finns tillgänglig kort- och långsiktigt. Av den anledningen blir det svårt att identifiera hur och i vilken utsträckning sjukhuset arbetar systematiskt med kompetensförsörjning vid de kliniker där viss kraniofacial kirurgi bedrivs. Även Sahlgrenska Universitetssjukhuset hänvisar i stor utsträckning till landstings- och sjukhusövergripande dokumentation i beskrivningen av sin strategi för kompetensförsörjning. Till skillnad från Karolinska Universitetssjukhuset beskriver man dock sitt strategiska arbete med kompetensförsörjning inom den kraniofaciala verksamheten. Akademiska sjukhuset beskriver på ett pedagogiskt och tydligt sätt sitt strategiska arbete för att säkerställa att kritisk medicinsk kompetens finns tillgänglig. Beskrivningen vittnar om ett systematiskt, funktionellt och genomtänkt arbetssätt där det finns en tydligt identifierad utvecklingsbana från ST-läkare till erfaren expert. Dessutom redovisar Akademiska sjukhuset, till skillnad från de övriga två sjukhusen, utfallet av den kompetensförsörjningsstrategi som tillämpas inom den kraniofaciala verksamheten.

Verksamheternas strategi för kompetensöverföring

En långsiktigt hållbar vårdstrategi förutsätter att verksamheten har en strategi för hur kompetens överförs från en generation till nästa. En väl utvecklad strategi för kompetensöverföring säkerställer att erfarenheter och ackumulerad kompetens stannar inom verksamheten och på så sätt bidrar till fortsatt stabilitet, utveckling och kontinuitet.

Även när det gäller kompetensöverföring skiljer sig svaren från verksamheterna kraftigt åt. Akademiska sjukhuset beskriver på ett pedagogiskt sätt hur man systematiskt och strukturerat har byggt upp ett system för överföring av kompetens inom den kraniofaciala verksamheten, samt hur systemet följs upp och utvärderas. Även Sahlgrenska Universitetssjukhuset beskriver på ett tydligt sätt hur man systematiskt arbetar med kompetensöverföring. Däremot förefaller det utifrån det svar man lämnat inte vara så att man har ett formellt system eller metod för kompetensöverföring. Karolinska Universitetssjukhuset hänvisar till sina två internationella samarbeten som huvudkärnan i arbetet med kompetensöverföring. Dock förläggs huvuddelen av beskrivningen till en mer övergripande nivå där det är svårt att identifiera den kraniofaciala verksamheten specifikt.

Verksamheternas arbete med kompetensutveckling

Socialstyrelsen har bett verksamheterna beskriva hur arbetet kompetensutveckling bidrar till att hälso- och sjukvårdspersonalen utvecklar sin yrkesroll och sin förståelse för verksamheten ur ett helhetsperspektiv. Verksamheternas arbete med kompetensutveckling förefaller vara olika genomtänkt och systematiserat. Sahlgrenska Universitetssjukhuset hänvisar i sin kortfattade beskrivning uteslutande till sjukhusövergripande dokument och policyer. Detta medför svårigheter att identifiera hur den kraniofaciala verksamheten genom kompetensutveckling stärker hälso- och sjukvårdspersonalens engagemang och ökar förståelsen för verksamheten ur ett helhetsperspektiv. Karolinska Universitetssjukhuset hänvisar också i stor utsträckning till sjuk-

husövergripande dokument och policyer. Akademiska sjukhuset beskriver såväl det sjukhusövergripande som det för den kraniofaciala verksamheten specifika arbetet med kompetensutveckling.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har granskat de ansökande landstingens organisatoriska kompetens att bedriva viss kraniofacial kirurgi och bedömer att alla landsting har organisatorisk kompetens att bedriva denna vård som rikssjukvård. Däremot identifierar Socialstyrelsen betydande skillnader i hur systematiskt, strukturerat och långsiktigt verksamheternas organisatoriska kompetens är utvecklad.

Akademiska sjukhuset visar tydligt hur det med stöd av strategiska och strukturella överväganden på ett målmedvetet sätt har byggt upp en multidisciplinär organisation kring den kraniofaciala verksamhet som berörs av rikssjukvårdsdefinitionen. Denna verksamhet bedöms vara självförsörjande på kritisk medicinsk kompetens för utövandet av viss kraniofacial kirurgi. Akademiska sjukhuset har vidare beskrivit hur arbetet med kompetensförsörjning och kompetensöverföring har vävts samman i syfte att skapa en långsiktig och hållbar vårdstrategi.

Även Sahlgrenska Universitetssjukhuset har tydligt beskrivit hur det genom strategiska och strukturella överväganden byggt upp en multidisciplinär organisation som bedöms vara självförsörjande på kritisk medicinsk kompetens att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Däremot förefaller inte sjukhuset bedriva arbetet med kompetensförsörjning och kompetensöverföring lika systematiskt som Akademiska sjukhuset.

Karolinska Universitetssjukhusets organisatoriska kompetens bedöms befinna sig i en uppbyggnadsfas av den verksamhet som omfattas av rikssjukvårdsdefinitionen. Sjukhuset bedöms utifrån sina svar inte vara självförsörjande på kritisk medicinsk kompetens.

Kompetens genom internationellt engagemang

Högspecialiserad vård som bedrivs som rikssjukvård präglas av små patientvolymerna och att den förutsätter högt specialiserad kompetens och avancerad utrustning. Det innebär att verksamheter som bedriver rikssjukvård behöver ett aktivt deltagande i internationella sammanhang för att upprätthålla och främja kunskapsutbyte och kompetensutveckling. Utifrån följande beskrivning har verksamheterna fått beskriva deras internationella engagemang:

Socialstyrelsen gör bedömningen att ett aktivt deltagande i internationella sammanhang är nödvändigt för att säkerställa att erforderlig kompetens, kunnande och yrkesskicklighet hålls ajour. Ett aktivt deltagande i internationella sammanhang kan ske genom, exempelvis, medlemskap i internationellt sällskap eller deltagande i ett internationellt kunskapsutbyte mellan olika kliniker. Genom ett aktivt deltagande i internationella sammanhang ges goda förutsättningar att tillgodogöra sig erfarenheter och kunskaper om medicinsk och medicinteknisk utveckling. Dessutom görs bedömningen att ett aktivt deltagande i inter-

nationella sammanhang är en grundläggande förutsättning för att kunna bedriva forskning, utbildning och utveckling av högsta kvalitet.

Verksamheternas samverkansavtal med internationella kliniker

Socialstyrelsen har bett verksamheterna redogöra för omfattning och djup för de avtal med utländska kliniker de ingått. Av verksamheternas redogörelser ska det framgå vilken tid avtalet avser, vilken relevans avtalet anses ha för bedrivandet av rikssjukvård samt vilken kompetens avtalet antas tillföra verksamheten.

Akademiska sjukhuset betonar i sitt svar att syftet med deras internationella samarbeten inte primärt handlar om kompetensstöd utan om ett ömsesidigt utbyte av kompetens och erfarenheter för att nå maximal utveckling. Akademiska sjukhuset har upprättat samarbeten med kraniofaciala kliniker i Helsingfors och Paris. Sjukhuset beskriver på ett välstrukturerat sätt vilken tidsrymd samarbetena avser, relevansen och innehållet i dem samt vilken effekt de har för den kraniofaciala verksamhetens utveckling. Socialstyrelsen har kontaktat dr. Hukki i Helsingfors och dr. Arnaud i Paris för att bekräfta de uppgifter Akademiska sjukhuset inkommit med. Såväl dr. Hukki som dr. Arnaud har på ett tillfredsställande sätt intygat att de uppgifter Akademiska sjukhuset inkommit med är korrekta.

Karolinska Universitetssjukhuset uppger i sitt svar samarbeten med kliniker i Birmingham och Seattle. När det gäller samarbetet med Seattle hänvisar man till ett konsultläkaravtal som tecknats med dr. Joseph Gross och som i korthet innebär att dr. Gross besöker Karolinska Universitetssjukhuset under några dagar 1-4 gånger per år för kompetensstöd och utbildning. Avtalet ingicks under hösten 2010 och omfattar även möjlighet för vidareutbildning av opererande läkare från Karolinska Universitetssjukhuset vid Seattle Children's Hospital. Samarbetet med kliniken i Birmingham innebär att opererande läkare vid Karolinska Universitetssjukhuset reser till Birmingham för utbildning. Socialstyrelsen har i dokumentation tagit del av intyg från dr. Nishikawa i Birmingham som bekräftar de uppgifter Karolinska Universitetssjukhuset inkommit med.

Till skillnad från de båda andra sjukhusen uppger inte Sahlgrenska Universitetssjukhuset något formellt samarbete med utländska kliniker. Däremot beskriver sjukhuset hur dess företrädare under lång tid har bidragit till att bygga upp och utveckla den kraniofaciala verksamheten såväl nationellt som internationellt. Sahlgrenska Universitetssjukhuset skiljer sig även från de båda andra sjukhusen i det hänseendet att det under en lång period har varit ett centrum för utbildning av utländska plastik- och käkkirurger vilket bidragit till att man byggt upp ett omfattande internationellt kontaktnät. Avslutningsvis redogör Sahlgrenska Universitetssjukhuset för sitt internationella forskningssamarbete.

Verksamheternas formella deltagande i internationella sammanhang

Verksamheterna har ombetts uppge eventuellt medlemskap som hälso- och sjukvårdspersonal har i relevanta internationella medicinska sällskap.

Hälso- och sjukvårdspersonal vid såväl Akademiska sjukhuset som Sahlgrenska Universitetssjukhuset är medlemmar i *International Society for*

*Craniofacial Surgery*² och *European Society for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. Utöver dessa sällskap har hälso- och sjukvårdspersonal vid Akademiska sjukhuset medlemskap i *The American Cleft Palate – Craniofacial Association* och *American Society of Plastic Surgeons*. Sahlgrenska Universitetssjukhuset uppger att hälso- och sjukvårdspersonal är president i *European Society for Craniofacial Surgery* och anordnar sällskapets kommande kongress i Göteborg 2012. Karolinska Universitetssjukhuset uppger att det har hälso- och sjukvårdspersonal som är medlem i AOCFM (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen CranioMaxilloFacial). Dessutom uppger Karolinska Universitetssjukhuset att hälso- och sjukvårdspersonal är medlem i *Svenska Läkaresällskapet*, *Svenska Läkarförbundet*, *Svensk Neurokirurgisk Förening*, *European Society for Pediatric Neurosurgery* samt *Vårdplaneringsgruppen för CNS-tumörer hos barn*.

Verksamheternas deltagande i internationella konferenser

Socialstyrelsen har bitt verksamheterna att återskildra de internationella konferenser med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen företrädare för kliniken deltagit vid den senaste 3-årsperioden (2008 – 2010).

Samtliga verksamheter har på ett tillfredsställande sätt beskrivit sin internationella aktivitet genom deltagande i internationella konferenser.

Sammanfattning

Socialstyrelsen har granskat ansökande landstings internationella engagemang med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen, och bedömer att alla landsting är internationellt engagerade men att omfattningen och hur väl förankrat detta engagemang är skiljer sig åt mellan landstingens verksamheter på ett betydande sätt.

Akademiska sjukhuset betonar i sitt svar att deras samverkansavtal är av ömsesidig karaktär snarare än att vara mottagare av kompetensstöd. Av Sahlgrenska Universitetssjukhusets redogörelse framgår att verksamheten och dess företrädare över lång tid har bidragit till att utveckla den kraniofaciala verksamheten nationellt och internationellt. Av Karolinska Universitetssjukhusets redogörelse framgår att samverkansavtalen i huvudsak handlar om att inhämta kompetensstöd. Avslutningsvis har Akademiska sjukhusets och Sahlgrenska Universitetssjukhusets internationella engagemang pågått under relativt lång tid medan Karolinska Universitetssjukhuset upprättat sina samarbetsavtal under senaste året.

Även när det gäller internationellt engagemang genom medlemskap i internationella sällskap finns betydande skillnader. Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset har hälso- och sjukvårdspersonal med medlemskap i internationella sällskap som bedöms ha en stark internationell förankring. De medicinska sällskap som Karolinska Universitetssjukhuset redogör för är av mer övergripande karaktär där det är svårt att identifiera relevansen för kraniofacial verksamhet.

² Medlemskap i International Society for Craniofacial Surgery (ISCSF) är begränsat och sker endast efter inbjudan från sällskapet. Enligt uppgift från dr. Arnaud, tillika sekreterare i ISCSF, möter dr. Daniel Nowinski vid Akademiska sjukhuset sedan en tid tillbaka sällskapets högt ställda krav på medlemskap och kommer vid sällskapets kommande kongress i augusti 2011 att upptas som medlem i International Society for Craniofacial Surgery.

Sammanfattningsvis bedöms Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset ha en starkare och bättre förankrad internationell position än Karolinska Universitetssjukhuset.

Vårdresultat

För kraniofacial kirurgi saknas i dag ett nationellt kvalitetsregister eller andra dokumenterade data som är jämförbara. Detta innebär att Socialstyrelsen inte har haft några kvalitetsdata att bedöma de sökande utifrån. Av den anledningen ingår inte vårdresultat som en del i bedömningen av de sökande.

Sammanfattande diskussion och slutsatser

Socialstyrelsen bedömer att Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset har bäst förutsättningar att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård.

Socialstyrelsens tillståndsutredningar syftar till att ge Rikssjukvårdsnämnden underlag för sina ställningstaganden kring vilka landsting som har bäst förutsättningar att bedriva och utveckla rikssjukvård och som därmed bör ges tillstånd att bedriva rikssjukvård enligt HSL 9 b §. Socialstyrelsen har i denna rapport granskat och bedömt Landstinget i Uppsala län, Stockholms läns landsting samt Västra Götalandsregionens förmåga att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Underlaget för granskning och bedömning av landstingen har utgjorts av följande källor:

- Originalansökan
- Intervjuer med samtliga sökanden (sjukhusledning samt verksamhetsföreträdare)
- Kompletterande utredning rörande landstingens förmåga att bedriva aktuell vård som rikssjukvård
- Komplettering av originalansökan

Dessa källor har, i sin tur, prövats och analyserats mot följande bedömningsgrunder:

- Beredskap vid oförutsett resursbortfall (personal, lokal, utrustning)
- God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården
- Forskning
- Förutsättningar att utöka aktuell verksamhet
- Kompetens
- Vårdresultat

Analysen av de olika bedömningsgrunderna ger underlag för en sammanvägd bedömning av vilka landsting som bedöms ha bäst förutsättningar att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Samtidigt skiljer sig de bedömningsgrunder som ingår i analysen av landstingen åt i karaktär. De verksamheter som landstingen söker tillstånd att bedriva rikssjukvård genom är vanligtvis väl fungerande, ambitiösa och prioriterade. Det får som konsekvens att bedömningsgrunderna *beredskap vid oförutsett resursbortfall*, *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården* samt *förutsättningar att utöka aktuell verksamhet* snarast ligger till grund för att säkerställa att verksamheterna har de

mest grundläggande förutsättningarna att bedriva rikssjukvård på plats. Bedömningsgrunden *vårdresultat* har, som vi sett i föregående avsnitt, inte kunnat ge vägledning i frågan om vilka landsting som bedöms ha bäst förutsättningar att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi. Det innebär att i den sammanvägda bedömning av landstingens förutsättningar att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som gjorts, har de avgörande skillnaderna identifierats inom bedömningsgrunderna *forskning* och *kompetens*.

Forskning

Socialstyrelsen har med hjälp av Vetenskapsrådet anlitat tre internationella experter i syfte att granska, bedöma och rangordna de sökande landstingens forskningsverksamhet. Bedömningen som görs av de externa granskarna är att Karolinska Universitetssjukhuset har den bästa förmågan att bedriva forskning på området. Karolinska Universitetssjukhuset bedöms ha en framgångsrik och välintegrerad forskningsverksamhet som har goda möjligheter att genomföra forskningsprojekt med betydelse för utvecklingen inom verksamhetsområdet.

Kompetens

Socialstyrelsen har granskat och bedömt de sökande landstingens kompetens att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård genom att belysa verksamheterna utifrån tre perspektiv av begreppet kompetens – medicinsk kompetens, organisatorisk kompetens samt kompetens genom internationellt engagemang. För vart och ett av perspektiven finns en beskrivning av vad Socialstyrelsen anser konstituerar perspektivets relevans i bedömningen av landstingens kompetens. Nedan följer en redogörelse för de skillnader som har kunnat identifieras i analysen av landstingens beskrivningar av sin kompetens att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård, och som lett fram till en sammanvägd bedömning av vilka landsting som anses ha bäst förutsättningar att bedriva och utveckla rikssjukvård.

Medicinsk kompetens.

Socialstyrelsen har granskat de ansökande landstingens medicinska kompetens att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård och bedömer att alla landsting har tillgång till och kompetens att utföra de ingrepp som ingår i rikssjukvårdsdefinitionen. Däremot identifierar Socialstyrelsen två omständigheter som bidrar till den sammanvägda bedömningen:

- Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedöms ha bättre och stabilare tillgång till kvalificerad plastikkirurgisk kompetens än Karolinska Universitetssjukhuset. Socialstyrelsen anser att en bra och stabil tillgång till kvalificerad plastikkirurgisk kompetens är en förutsättning för att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård.
- Akademiska sjukhuset betonar i sin originalansökan och i den kompletterande utredningen sitt arbete med att utveckla ett kvalitetsregister för kraniofacial kirurgi. Socialstyrelsen bedömer att utvecklingen av ett kva-

litetsregister är av central betydelse för det nationella kvalitetssäkringsarbetet, för att skapa bättre förutsättningar för vetenskaplig utveckling samt för att möjliggöra framtida nationella och internationella jämförelser.

Organisatorisk kompetens

Socialstyrelsen har granskat de ansökande landstingens organisatoriska kompetens att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård, och bedömer att alla landsting har organisatorisk kompetens att bedriva rikssjukvård. Däremot finner Socialstyrelsen två betydande skillnader i hur systematiskt, strukturerat och långsiktigt verksamheternas organisatoriska kompetens är utvecklad:

- Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska sjukhuset har på ett tydligare sätt än Karolinska Universitetssjukhuset visat hur de har byggt upp multidisciplinära verksamheter som bedöms vara självförsörjande på kritisk medicinsk kompetens. Detta bedömer Socialstyrelsen vara en grundläggande förutsättning för att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi.
- Framförallt Akademiska sjukhuset men även Sahlgrenska Universitetssjukhuset har i större utsträckning än Karolinska Universitetssjukhuset beskrivit hur arbetet med kompetensförsörjning och kompetensöverföring används strategiskt för att skapa en långsiktig och hållbar vårdstrategi. Socialstyrelsen bedömer att en viktig förutsättning för att framgångsrikt bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård är att verksamheten har en långsiktigt hållbar vårdstrategi.

Kompetens genom internationellt engagemang

Socialstyrelsen har granskat ansökande landstings internationella engagemang med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen. Socialstyrelsen konstaterar att alla landsting är internationellt engagerade men att omfattningen och djupet i detta engagemang skiljer sig åt mellan landstingens verksamheter på ett betydande sätt. Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedöms ha en bättre förankrad och mer omfattande internationell position än Karolinska Universitetssjukhuset:

- Akademiska sjukhusets samverkansavtal är ömsesidiga till sin karaktär medan Karolinska Universitetssjukhusets samverkansavtal handlar om att i första hand inhämta kompetensstöd.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedöms under lång tid ha bidragit till att utveckla den kraniofaciala verksamheten såväl nationellt som internationellt.
- Akademiska sjukhusets och Sahlgrenska Universitetssjukhusets internationella engagemang bedöms ha pågått under lång tid medan Karolinska Universitetssjukhusets internationella samarbeten har påbörjats senaste året.
- Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset har hälso- och sjukvårdspersonal som är medlemmar i internationella sällskap som bedöms ha en starkare förankring internationellt än de medlemskap Karolinska Universitetssjukhusets hälso- och sjukvårdspersonal har.

Mot bakgrund av det ovanstående gör Socialstyrelsen bedömningen att Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset har bäst kompetens att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård.

Slutsatser

I den sammanvägda bedömning av landstingens förmåga att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård har två bedömningsgrunder legat till grund för den slutliga rekommendationen till Rikssjukvårdsnämnden om vilka två landsting som ska få tillstånd att bedriva rikssjukvård – *forskning* och *kompetens att bedriva och utveckla aktuell vård som rikssjukvård*.

Socialstyrelsen bedömer att Karolinska Universitetssjukhuset har bäst forskningsmässiga förutsättningar att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård, medan Akademiska sjukhuset och Sahlgrenska Universitetssjukhuset har bäst kompetens att bedriva och utveckla viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Forskning är en viktig komponent inom all högspecialiserad hälso- och sjukvård. Däremot anser Socialstyrelsen att tillståndsutredningar om rikssjukvård primärt handlar om att granska, bedöma och säkerställa att den hälso- och sjukvård som är föremål för utredning är av hög kvalitet. Därmed finner Socialstyrelsen att kompetens att bedriva och utveckla rikssjukvård i den sammanvägda bedömningen väger tyngre än att ha forskningsmässiga förutsättningar. Utifrån detta resonemang och vad som sagts i slutdiskussionen ovan rekommenderar Socialstyrelsen Rikssjukvårdsnämnden att bevilja Landstinget i Uppsala län genom Akademiska sjukhuset och Västra Götalandsregionen genom Sahlgrenska Universitetssjukhuset tillstånd att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård 2012-01-01–2016-12-31.

Förslag till beslut

Socialstyrelsen rekommenderar Rikssjukvårdsnämnden att bevilja Landstinget i Uppsala län genom Akademiska sjukhuset och Västra Götalandsregionen genom Sahlgrenska Universitetssjukhuset tillstånd att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård 2012-01-01–2016-12-31.

Referenser

- Socialstyrelsen. *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* (2006)

Bilagor

- Bilaga 1 – Rikssjukvårdsdefinition viss kraniofacial kirurgi
- Bilaga 2 – Originalansökan Landstinget i Uppsala län
- Bilaga 3 – Original ansökan Region Skåne
- Bilaga 4 – Originalansökan Stockholms läns landsting
- Bilaga 5 – Originalansökan Västra Götalandsregionen
- Bilaga 6 – Bedömning av de sökandes forskningsmässiga förutsättningar, dr Mutaz Habal, USA
- Bilaga 7 – Bedömning av de sökandes forskningsmässiga förutsättningar, professor Steven Wall, UK
- Bilaga 8 – Bedömning av de sökandes forskningsmässiga förutsättningar, dr S. Anthony Wolfe, USA
- Bilaga 9 – Underlag för bedömning av kompetens – Landstinget i Uppsala län
- Bilaga 10 – Underlag för bedömning av kompetens – Stockholms läns landsting
- Bilaga 11 – Underlag för bedömning av kompetens – Västra Götalandsregionen
- Bilaga 12 – Yttrande från International Society of Craniofacial Surgery

Rikssjukvårdsdefinition viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård

Enligt beslut av Rikssjukvårdsnämnden den 24 september 2009 ingår följande **diagnoser** i kombination med *åtgärder* i viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård (koder anges inom parantes):

- **Dolikocefali (Q67.2), Plagiocefali (Q67.3) och Kraniosynostos (Q75.0)** i kombination med åtgärderna
Kranioplastik (AAK00)
Operationer p.g.a. kraniosynostos (AAK20)
Kraniofacial rekonstruktion vid missbildning (AAK30)
Korrektion av medfödd missbildning av orbitas benvägg (CAC50)
- **Kraniofacial dysostos (Q75.1) och Medfödda missbildningssyndrom som främst påverkar ansiktets utseende (Q87.0)** i kombination med åtgärderna
Kranioplastik (AAK00)
Operationer p.g.a. kraniosynostos (AAK20)
Kraniofacial rekonstruktion vid missbildning (AAK30)
Korrektion av medfödd missbildning av orbitas benvägg (CAC50)
Korrektionsplastik av näsans brosk- och benskelett (DLD10)
Rekonstruktion av näsan (DLD30)
Segmentosteotomi på underkäke (EDC05)
Sagittal ramusosteotomi på underkäke (EDC10)
Vertikal ramusosteotomi på underkäke (EDC15)
Le Fort I-osteotomi (EEC05)
Le Fort II-osteotomi (EEC10)
Le Fort III-osteotomi (EEC15)
- **Andra specificerade medfödda deformiteter av skalle, ansikte och käke (Q67.4)** i kombination med åtgärden
Kranioplastik (AAK00)
- **Hypertelorism (Q75.2)** i kombination med åtgärden
Korrektion av medfödd missbildning av orbitas benvägg (CAC50)

ANSÖKAN om tillstånd att
bedriva rikssjukvård avseende
kraniofacial kirurgi**Ansökande landsting/sjukvårdshuvudman**

Landstinget i Uppsala län

Kontaktuppgifter

Kontaktperson Avtalsdirektör Anders Lindkvist		Telefon (inkl. riktnr) 018 611 39 75
E-post anders.lindkvist@akademiska.se		
Sjukhus Akademiska Sjukhuset		
Adress		
Postnr 751 85	Postort Uppsala	

Rikssjukvård definieras som hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Med landet som upptagningsområde avses att:

- upptagningsområdet omfattar minst två sjukvårdsregioner utöver den egna
- en väsentlig andel av patienterna kommer från andra än den egna sjukvårdsregionen

Kriterier för att viss verksamhet ska kunna definieras som rikssjukvård är att:

- sjukdomen/tillståndet är ovanligt
- diagnosen/behandlingen är komplicerad och kräver speciell kompetens
- diagnosen/behandlingen medför hög resursförbrukning

Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård. Detta framgår av 9 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). För att få bedriva rikssjukvård krävs tillstånd. Enligt 9 b § beslutar Socialstyrelsen, efter ansökan från det landsting som avser att bedriva rikssjukvård, om tillstånd och villkor. Beslut i ärenden om rikssjukvård får inte överklagas.

Inom Socialstyrelsen finns en särskild nämnd – rikssjukvårdsnämnden – vilket framgår av 15 § förordningen (2007:1202) med instruktion för Socialstyrelsen. Nämndens uppgift är att fatta beslut om rikssjukvård enligt ovan.

Utredningen om att definiera kraniofacial kirurgi som rikssjukvård finns att hämta på www.socialstyrelsen.se/riks

Särskild information

Socialstyrelsen erinrar om följande som framgår av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och vägledningen God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

- Den tillståndspliktiga rikssjukvården ska finnas tillgänglig i rimlig tid och för patienter från hela landet. Landstinget som erhållit tillstånd ansvarar för detta.
- Det ska vara säkerställt att god vård kan erbjudas samtliga patienter i rimlig tid, även i det fall en oförutsedd händelse inträffar som orsakar ett bortfall av personal, lokaler eller utrustning.
- Ledningen av verksamheten ska vara organiserad på ett sådant sätt att den främjar en strukturerad och effektiv samverkan på lokal, regional, nationell och internationell nivå.
- Där verksamheten bedrivs ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.
- Ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Praktiska anvisningar

- Denna ansökningsblankett gäller endast för ansökan om tillstånd att bedriva rikssjukvård avseende kraniofacial kirurgi.
- Ansökan ska skickas till Socialstyrelsen, Enheten för rikssjukvård och effektivitetsanalys, 106 30 Stockholm i både pappersform och som e-post: socialstyrelsen@socialstyrelsen.se.
- Endast landsting får ansöka om tillstånd att bedriva rikssjukvård.
- Ansökningsblanketten består av tolv frågor.
- Frågorna ett (1) till och med fem (5) följer fem områden enligt God vård. Området effektiv vård är exkluderat på grund av brist på relevant underlag. Varje fråga består av en upp till fyra indikatorer och lika många minimikrav. Klinikens verksamhet måste uppfylla alla minimikrav i respektive fråga för att bli värderad som godkänd, bra eller utmärkt.
- Kliniken besvarar frågorna ett (1) till och med fem (5) genom att presentera en beskrivning av egen verksamhet för alla indikatorer och minimikrav för respektive fråga.
- Klinikens beskrivningar ska vara kortfattade upp till 500 tecken och ska skrivas i gråmarkerade fält inom respektive tabell. Om beskrivningen kräver större utrymme kan kliniken bifoga relevanta dokument i elektronisk form.
- Kliniken ska alltid bifoga relevanta dokument i elektronisk form när detta begärs enligt minimikrav.
- Alla bilagor till frågorna ett (1) till och med fem (5) ska namnges med indikators beteckning inklusive respektive nivå; godkänd, bra eller utmärkt och landstingets namn (exempelvis, "Bilaga, fråga 2c – godkänd, från landstinget Dalarna").
- För frågorna sex (6) och sju (7) finns det ett svarsutrymme motsvarande en A4-sida per fråga. Svaren på frågorna kan även skickas in som bilagor och namnges med frågans nummer och landstingets namn (exempelvis, "Bilaga, fråga 6, från landstinget Dalarna").
- Frågorna åtta (8) till och med tolv (12) ska besvaras på engelska.
- Ansökan ska ha inkommit till Socialstyrelsen senast onsdagen den 15 februari 2009.
- Inskickad ansökan utgör allmän handling.
- Till ansökan ska bifogas protokollsutdrag från landstings-/regionstyrelsens alternativt landstings-/regionfullmäktiges sammanträde när ansökan beslutades.
- Vid frågor om ansökan kontakta utredare Martin Jansson, telefon 075–247 37 97.

Bedömning av inkomna ansökningar

Inkomna ansökningar ska bedömas av Socialstyrelsen. För frågorna åtta (8) till och med tolv (12) kommer Socialstyrelsen att ta ställning efter att en extern expert granskat svaren och gjort sin bedömning.

För frågorna ett (1) till och med fem (5) ska varje beskrivning, inklusive inkomna bilagor, bedömas och tilldelas ingen eller en av nivåerna godkänd, bra eller utmärkt. Varje nivå bygger på föregående vilket betyder att kliniken kan tilldelas nivån bra, endast om kliniken redan har uppnått nivån godkänd, nivån utmärkt endast om kliniken redan har uppnått nivån bra.

Frågor

Frågorna ett (1) till och med fem (5) tar sin utgångspunkt i vägledningen God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården¹. Denna vägledning utgår från hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125). God vård-konceptet har tagits fram för att underlätta och stimulera till ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. De föreskrifter som God vård grundar sig på är Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Att hälso- och sjukvården utnyttjar tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål är viktigt. I dagsläget saknas dock adekvata bedömningskriterier av dimensionen effektiv vård varför den inte finns med bland frågorna nedan.

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	1a	Aktivt deltagande av kliniciens experter i nationella/ internationella konferenser, seminarier och workshops, eller motsvarande.	Ett system för att säkra ordnat införande och utmönstring av nya metoder.	En systematisk och öppen process för övervakning och kritisk granskning för införande av ny kunskap i klinisk praxis.
	1b	Rutiner, en modell eller ett system för att säkra att kliniciens experter uppdateras om pågående forskning.	Genomförande av förbättringsarbete genom att utvärdera utfallet av aktuella behandlingar.	Rapportering av resultat av klinisk forskning och/eller registerverksamhet.
	1c	Rutiner för att säkra att aktuella riktlinjer/ vårdprogram tillämpas.	Aktivt deltagande i riktlinjearbeten/ vårdprogramarbeten.	–
	1d	Deltagande i kvalitetsregister eller liknande.	–	–
Minimikrav	1a	Klinikens experter deltog med minst två deltagare, med minst två presentationer, på minst två konferenser, seminarier eller workshops eller motsvarande, under senaste två år. Bifoga en sammanfattning på deltagare, presentationer, konferenser, seminarier, workshops eller motsvarande.	Kliniken har ett system för att säkra ordnat införande och utmönstring av nya metoder som baseras på Nationella riktlinjer. Bifoga dokument.	Kliniken rutinmässigt genomför övervakning och kritisk granskning för införande av ny kunskap i klinisk praxis, med hjälp av en systematisk och öppen process. Bifoga dokument.

¹ Finns som nedladdningsbar PDF-fil på <http://www.socialstyrelsen.se/riks>

	1b	Kliniken har rutiner, en modell eller ett system som säkrar att klinikens experter är uppdaterade om pågående forskning. Bifoga dokument.	Kliniken har genomfört utvärderingar av utfallet av aktuella behandlingar med hjälp av kvalitetsregister eller liknande. Bifoga den ev. utvärderingen.	Kliniken bidrar till kunskapsutveckling och utvärdering genom att bedriva och skriftligt rapportera resultat från klinisk forskning och/eller registerverksamhet. Bifoga rapporter eller motsvarande.
	1c	Kliniken har rutiner för att säkra att aktuella riktlinjer/ vårdprogram tillämpas. Bifoga dokument.	Kliniken deltar aktivt i regionala eller nationella riktlinjearbeten/ vårdprogramarbeten. Ange vilka.	–
	1d	Kliniken har minst ett aktivt deltagande i kvalitetsregister eller liknande. Bifoga dokument.	–	–
Klinikens beskrivning	1a	Den kraniofacialkirurgiska verksamhetens ² experter hade totalt 100 deltaganden i kongresser, seminarier eller workshops under perioden 2006-2008 (Bilaga). 37 muntliga presentationer. Verksamhetens experter deltar i workshops inom ramen för det internationella samarbetet (bilaga, samt se bilaga till fråga 6 för beskrivning av internationella samarbetet).	De hittills framtagna nationella riktlinjerna har begränsad relevans för viss Kraniofacial kirurgi (bilaga). Se direktörsbeslut för ledningssystem och tillvägagångssätt för införande av nya metoder (bilaga). Se för övrigt fråga 1 a utmärkt.	Processen består av ledningssystem och tillvägagångssätt för införande av ny kunskap i verksamheten (bilaga). I systemet ingår stöd för inhämtning och sortering av information med relevans för kraniofacial kirurgi. Här finns förteckningar över relevanta informationskällor och MESH-terms för strukturerad sökning på Medline (bilagor).
	1b	Forskning är en del av verksamhetens vardag. Samtliga experter deltar i forskningsprojekt. Forskningskulturen stöds av många åtgärder såsom avsatt tid för forskning, tillgänglig litteratur, samverkan med andra forskningsenheter, fou-ansvarig i ledningsgrupp, regelbundet kongressdeltagande, möten med uppdatering av kunskap och även i lönepolicy. Den multidisciplinära kranioronden avslutas 1 gång/månad med fou-seminarium. En första seminarier serie genomfördes 2005-06 med syftet att redovisa "state of art" inom kraniofacial kirurgi. En ny "state of the art" genomgång planeras till hösten 2009. Se bilagor.	Utvärderingar görs på basen av verksamhetens olika kvalitetsregister. Följande utvärderingar har utförts år 2007: Förekomst av gomfistlar (Bilaga) Komplikationer efter ben-transplantation till käkspalt (Bilaga) Överkäkens tillväxt vid ensidig komplett LKG ³ -spalt (Bilaga)	Experterna inom verksamheten står för en aktiv forskningsverksamhet och en stark struktur för klinisk forskning och registrering har byggts upp. Fokus har legat på neurointensivvård, maxillofacial rekonstruktion och virtuell planering – områden med central betydelse för hela den kraniofaciala kirurgin, och som leds av professorer i neurokirurgi (Per Enblad) och käkkirurgi (Jan Hirsch). Därtill pågår forskning inom angränsande områden, och här finns strukturen och metodiken för framtida studier med direkt fokus på kraniofaciala missbildnings-syndrom. Publikationslista i bilaga (V.g. se även fråga 8, 9, 11).

² Kraniofacialkirurgiska verksamheten bedrivs framför allt vid Verksamhetsområdena (VO) Plastik och Käkkirurgi, samt Neurokirurgi. Anges fortsättningsvis som "Verksamheten".

³ LKG = Läpp-Käk-Gom

	1c Rutiner finns avseende introduktion av ny personal. Medarbetare informeras på arbetsplatsträffar och läkarmöten om uppdateringar av riktlinjer och vårdprogram. Datajournal är uppbyggd för att stödja vårdplanebaserad vård (bilaga). Checklistor finns för olika faser av vården (bilagor). I verksamhetens kvalitetshandbok finns instruktioner för olika processer som baserats på riktlinjer och vårdprogram. På NIVA⁴ finns ett heltäckande system för vårdinstruktioner (exempel i bilagor).	Verksamheten deltar i: Regionalt Vårdprogram för LKG (bilaga). Vårdrekommendation för orbitafrakturer (bilaga), och har utvecklat vårdprogram för ortognat kirurgi (bilaga) Därutöver publicerar verksamheten följande riktlinjer på www.internetmedicin.se: Ansiktstraumatologi (publicerat) Kraniosynostoser (inskickat) LKG (inskickat). Dessa dokument nås även från verksamhetens hemsida.	—
	1d Verksamheten har skapat ett register för kraniofacial kirurgi (bilaga). Registret gäller pre-, per- och postoperativ registrering av data för patienter inom kongenital, traumatisk och onkologisk kraniofacial kirurgi. Prospektiv registrering har pågått sedan januari 2008 i Uppsala och 2009 påbörjas registrering av patienter i Helsingfors och Paris. Verksamheten deltar även i register inom andra diagnosgrupper: Nationella LKG registret, AO frakturregistret (under utveckling), Brain IT www.brainit.org, Uppsala research center (UCR) skullskade register (TBI)	—	—

⁴ NIVA = Neurointensivvårdsavdelningen

2. Säker hälso- och sjukvård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras. Ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. Säker hälso- och sjukvård är en grundsten i allt kvalitetsarbete och innebär att vårdskador ska förhindras genom aktivt riskförebyggande verksamhet.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	2a	Ett avvikelshanteringssystem	Aktivt deltagande i avvikelserapporteringen.	Kartläggning av vårdprocesser för hela vårdkedjan.
	2b	Ett egenkontrollsystem (internt kvalitetsregister) för komplikationer och vårdskador.	Händelseanalys av allvarliga avvikelser.	Regelbundet genomförande av riskanalyser av vårdprocesser.
	2c	Ett måldokument för patientsäkerhet.	Åtgärder för att förhindra upprepning av avvikelser.	Patientsäkerhetsmål som regelbundet följs upp.
	2d	–	Regelbunden egenkontroll med uppföljning av patientsäkerhetsmålen.	Patientsäkerhetsmålen och måluppfyllelsen är en del av verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser.
Minimikrav	2a	Kliniken har avvikelshanteringssystem med tydliga definitioner på vad som är en avvikelse, samt rutiner för rapportering, analys och återföring, enligt Socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete, SOSFS 2005:12. Bifoga dokument.	Klinikens personal deltar aktivt i avvikelserapporteringen och kliniken deltar aktivt i SKL:s säkerhetssatsning och kan visa mätbara resultat. Bifoga ev. mätbara resultat.	Kliniken har kartlagt hela vårdkedjans vårdprocesser. Bifoga kartläggningen.
	2b	Kliniken har egenkontrollsystem (internt kvalitetsregister) för att registrera komplikationer och vårdskador, enligt Socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete, SOSFS 2005:12, kap. 5. Bifoga dokument.	Allvarliga avvikelser på kliniken blir föremål för händelseanalys. Bifoga dokument.	Risikanalyser genomförs regelbundet enligt rutinerna för alla säkerhetskritiska vårdprocesser för alla patienter och används alltid i samband med omorganisation och införande av ny teknik. Bifoga analysen.
	2c	Kliniken har satt upp tydliga, verksamhetsanpassade och mätbara mål för sin patientsäkerhet. Bifoga måldokumentet.	Kliniken vidtar åtgärder för att förhindra upprepning av avvikelser. Bifoga listan med åtgärder.	Alla enheter i verksamheten har patientsäkerhetsmål som regelbundet följs upp genom egenkontroll och visar en positiv trend. Bifoga dokument.
	2d	–	Egenkontroll utförs regelbundet för att följa upp patientsäkerhetsmålen.	Patientsäkerhetsmålen och måluppfyllelsen är en del av klinikens verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser. Bifoga dokument.

Klinikens beskrivning	2a	AS⁵-gemensamt elektroniskt avvikelshanteringssystem finns sedan sex år, "MedControl". Definitioner på avvikelse och rapporteringsrutin ses i bilagor. Detaljinstruktioner finns för vårdenheter. Avvikelse-rapportering underlättas med "avvikelsebrevlåda", eller direktrapportering till säkerhetssamordnare, för vidare registrering i MedControl. Sjukhusets centrala "haveriresursfunktion" leds av Kvalitetschef. I dennes uppdrag ingår att underlätta en snabb hantering av avvikelser, med fokus på händelseanalys och vårdkritiska processer. Se bilaga för detaljerad beskrivning.	Hela AS inklusive verksamheten för kraniofacial kirurgi deltar aktivt i SKLs nationella säkerhets-satsning (bilagor). Säkerhetsenkät med fokus på användandet av systemet för avvikelser har genomförts vid upprepade tillfällen inom verksamheten, i syfte att kartlägga säkerhetskulturen och öka säkerhetstänkandet bland personalen (bilaga). Var god se bilagor till fråga 2 d utmärkt för aktiviteten i avvikelserapporteringen.	Vårdkedjan för kraniofaciala missbildningar finns i bilaga. Den inkluderar kontakter med remittenterna och internationella partners. Vårdkedjan och omhändertagandet av patienterna har skapats på basen av organisationen för LKG och andra kraniofaciala missbildningar. "LKG-vårdkedjan" kartlades 2006/07 och kartläggningen reviderades 2008 för att inkludera genomförda förbättringsåtgärder (bilaga). Förbättringsåtgärderna var en produkt av projekt för kartläggning (bilaga) Exempel på instruktioner baserade på dessa förbättringsåtgärder finns i kvalitetshandboken (bilagor).
	2b	I det kraniofacial registret (fråga 1 d, godkänd). bokförs bl.a. komplikationer och vårdskador till kraniofacial kirurgi. Se bilaga för exempel på komplikationsregistrering i det registret. Mallar för strukturerat uttag av komplikationsdata har skapats och dessa kommer att användas i regelbunden uppföljning av verksamheten. Se även fråga 2 c utmärkt.	Se fråga 2 a godkänd för beskrivning av sjukhusets "haveriresursfunktion" och arbetet med händelseanalyser. Ett 70-tal händelseanalyser har genomförts på AS de senaste 3,5 åren. Genomförs vid alla avvikelser av "Lex Maria" karaktär. Se bilagor för exempel på genomförda händelseanalyser (händelseanalyser nr 22, 23, 54) som involverar VO Plastik och käkkirurgi eller VO Neurokirurgi. Se även fråga 2 a, godkänd.	Risikanalys genomförs i enlighet med beslut från sjukhusdirektören (bilaga). På samtliga enheter finns säkerhetssamordnare och avvikelsegrupper som bl.a. arbetar förebyggande med att identifiera risker i vårdkritiska processer. 10 personer som representerar alla nivåer och yrkesgrupper i verksamheten har genomgått utbildning i Riskanalys under 2007/08. Exempel på riskanalyser bifogas.

⁵ AS = Akademiska sjukhuset

	2c	Ett måldokument för verksamhetens patient-säkerhetsarbete har skapats (bilaga). Se även centralt policydokument om patientsäkerhet (bilaga). Säkerhetsarbetet har hittills kommit längst på Neurointensivvårdsavdelningen (NIVA) där också de största riskerna i den postoperativa vården finns. Patientsäkerhetsmål och ansvarsfördelning vid patientsäkerhetsarbete på NIVA bifogas.	Ett stort antal olika åtgärder har vidtagits beroende på avvikelse. Åtgärderna utgör bland annat mallar i den elektroniska datajournalen, standardvårdplaner, checklistor, aktiv uppföljning av händelseanalyser, risk-analyser, säkerhetsronder och snabb återföring av erfarenheter och utbildning av personal i hela vårdkedjegruppen. Se bilaga.	Egenkontroll utförs av de säkerhetsmål som ingår i SKLs satsning (v.g. se 2 a bra). Upprepade kontroller av säkerhetskritiska processer inkl. hygienfrågor (Nobel-mätningen) har utförts sedan 2004 (bilaga). Därutöver utförs egenkontroll av: a) måluppfyllelse av smärtbehandling och b) följsamhet till hygienrutiner (bilagor). Egenkontroll av säkerhetsmålen på NIVA utförs kontinuerligt med register (TBI) (bilaga).
	2d	–	Internrevision av god vårdsparametrar med fokus på medicinskteknisk säkerhet genomförs årligen (bilaga) VO Plastik och Käkkirurgi har arbetsgrupper på olika nivåer (Avvikelsegrupp, PSU-grupp, Ledningsgrupp) som systematisk jobbar med uppföljning av patientsäkerhetsmålen (bilaga). Säkerhetsronder genomförs enligt rutin (se kvalitetsledningssystem) minst en gång per termin på alla enheter och med deltagande av all personal. På NIVA används checklista för "avoidable factors" som går igenom varje rond. Varje rond följer ett standardiserat mönster (bilaga). Se även 2 c bra	Framgår av bilagda verksamhetsplaner och årsberättelser för AS, Neurodivisionen och VO.

3. Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Patienten ska visas omtanke och respekt.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	3a	Ett respektfullt bemötande av varje enskild individ.	Patientdelaktighet och dialog mellan patient och vårdgivare under hela vårdprocessen.	Ett fortlöpande förbättringsarbete baserat på genomförda uppföljningar och utvärderingar.
	3b	Anpassning av informationen till den enskilda patienten.	Uppföljning och utvärdering av bemötandet och kommunikationen med patienter.	-
	3c	Ett patientfokuserat kvalitetsledningssystem.	-	-
Minimikrav	3a	Kliniken har strategier, rutiner och metoder för att kunna ha ett respektfullt bemötande av varje enskild individ. Bifoga dokument.	Kliniken har strategier, rutiner och metoder för hur man skapar dialog och delaktighet mellan patienten och vårdgivaren under hela vårdprocessen.	Kliniken gör förbättringar av verksamheten som baseras på genomförda uppföljningar och utvärderingar beträffande bemötande, information, dialog eller patientdelaktighet i hela vårdprocessen. Bifoga ett exempel på genomförda förbättringar.
	3b	Kliniken har strategier, rutiner och metoder för hur informationen om hälsotillstånd, undersöknings- och behandlingsmetoder, risker och resultat anpassas till den enskilda patienten och i förekommande fall närstående. Bifoga dokument.	Kliniken följer upp och utvärderar bemötandet och kommunikationen med patienten fortlöpande utifrån patientens förutsättningar och behov i den aktuella vårdsituationen. Bifoga resultat av ev. patientenkäter, utvärderingar, etc.	-
	3c	Strategier, rutiner och metoder för ett respektfullt bemötande och hur informationen anpassas till den enskilda patienten är en del av kvalitetsledningssystemet på kliniken. Bifoga dokument.	-	-

Klinikens beskrivning	3a	Skicklighet och ödmjukhet utgör två av AS kärnvärden. De utgör centrala element i alla enheters verksamhetsplaner. Sjukhusgemensamt strukturerat utbildningsmaterial finns och används vid all personalutbildning. ("bemötandespelet"). Bemötande har en egen punkt på det årliga medarbetarsamtalet. Bemötande utgör ett av lönekriterierna för AS. Bemötandefrågor utgör regelbundet tema på personaldagar. Bemötande regleras även fram i kvalitetsledningssystemet. Dokument som stödjer påståendena finns som bilagor.	Patientens delaktighet utgör en central del av en lyckosam behandling och är därför en grundläggande värdering vid uppbyggnaden av alla vårdplaner. Det finns en insikt att delaktighet inte kan införas sent utan måste karaktärisera hela processen. Om patients delaktighet inte kan säkerställas till följd av vårdens art är i stället anhörigas delaktighet essentiell under dessa faser. Delaktigheten säkerställs exempelvis med hälsodeklarationer och i vårdinstruktioner (bilagor).	Verksamheten utvecklas kontinuerligt och patientutvärdering är ett av styrinstrumenten. År 2006 genomfördes en AS-övergripande patientutvärdering, KUPP (bilaga). Baserat på denna har ett aktivt patientfokuserat utvecklingsarbete genomförts med inriktning på förbättringsområden (bilaga). Uppföljande ny patientenkät är nu genomförd och resultat är under sammanställning. Projektet som beskrivs i bilaga till fråga 2 a utmärkt hade stort fokus på information och patientdelaktighet.
	3b	Information ges till patient och anhöriga upprepat, i hanterlig mängd varje gång, av så få personer som möjligt, och på olika sätt (muntligt, individuellt skriftligt, patientbroschyr). Funktionsbrevlåda finns för kommunikation med verksamheten. Behov av tolk identifieras tidigt i processen med checkruta i vårdplaneringen. Vid behov anlitas tolk frekvent i samband med muntlig information i slutet och öppen vård. V.g. se bilagor	Stuide har genomförts med syftet att undersöka hur föräldrar till barn som genomgått operation för LKG-spalt upplevt värden, med fokus på information och dialog. (bilaga). Se även 3 a utmärkt om KUPP.	—
	3c	I kvalitetsledningssystemet finns strategier för respektfullt bemötande och individualiserad information (se bilaga under 3a godkänt och 3 b godkänt) .	—	—

4. Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvården ska ges företräde till vården.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	4a	Strategier och rutiner för att säkerställa jämlik vård.	Uppföljning av verksamheten som bygger på uppgifter uppdelade på kön, ålder och födelseland.	Förbättringsarbete som baseras på en regelbunden analys ur ett jämlikhetsperspektiv.
	4b	Strategier för hantering av statistik om verksamheten i en jämlikhetsaspekt.	–	–
Minimikrav	4a	Kliniken har strategier och rutiner som säkerställer respektfullt bemötande och omhändertagande av alla patienter och anhöriga oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning eller personliga egenskaper. Bifoga dokument.	Klinikens uppföljning av verksamheten och dess resultat bygger på uppgifter uppdelade på kön, ålder och födelseland.	Kliniken gör förbättringar av verksamheten som baseras på en regelbunden analys ur ett jämlikhetsperspektiv.
	4b	Kliniken har strategier för hantering av statistik om verksamheten i en jämlikhetsaspekt.	–	–
Klinikens beskrivning	4a	Jämställd vård behandlas i AS jämställdhetsplan (se bilaga och dessutom i svar på fråga 3 a godkänd). Strategier finns i kvalitetsledningssystemet (bilaga). Rutiner för respektfullt bemötande och omhändertagande av alla patienter framgår av bilaga. Tydliga strategier och rutiner för samarbete med remitterna har ökat möjligheterna till vård på lika villkor för samtliga patienter i ett stort geografiskt område (bilaga)	Statistikdata uthämtas ur kvalitetsregister (se fråga 1 d godkänd). Detta innehåller information om kön och ålder. Se bilaga för analys av tid från skada till operation för patienter med orbitaskador, och jämförelse mellan könen.	Behandlingen och uppföljningen av kraniofaciala missbildningar dikteras av missbildningens typ och utförs enligt protokoll. Uppföljningarna pågår för samtliga patienter tom vuxen ålder. Genomförd KUPP-enkät analyserar bemötandet även ur ett jämlikhetsperspektiv (bilaga).

	4b	Strategierna för hantering av statistik ur en jämlikhetsaspekt berör regelbundet, standardiserat uttag av data från administrativa system och kvalitetsregister. Analysen har hittills baserats på uppgifter om ålder, kön och bostadsort. Vissa jämlikhetsparametrarna såsom etnicitet, sexuell läggning, religiös tillhörighet bokförs inte i systemen.	–	–
--	-----------	--	---	---

5. Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

Regeringen och Landstingsförbundet träffade år 2004 en överenskommelse om utvidgad vårdgaranti. Från och med den 1 november år 2005 gäller en utvidgad vårdgaranti, som innebär att beslutade besök och behandlingar ska erbjudas inom 3 månader och omfatta all planerad vård inom den specialiserade vården. Efter beslut om remiss/vårdbegäran ska ett besök inom den specialiserade vården kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdatum och en beslutad behandling inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum. Väntetiden får överstiga 90 dagar, förutsatt att patienten och läkaren är överens om detta.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	5a	Mätning och uppföljning av väntetider.	Inrapportering till SKL:s databas.	
Minimikrav	5b	Kliniken mäter och följer upp väntetider för alla planerade besök för klinikens patienter.	Kliniken har en heltäckande inrapportering till SKL:s databas.	Kliniken kan visa att åtgärder, som baseras på analys av väntetider, vidtagits för att undvika att svaga patientgrupper undanträngs.
Klinikens beskrivning		Väntetider tas fram via administrativa datasystem (Cosmic PAS). VO Plastik och Käkkirurgi påbörjade år 2001 en stor inventering av väntetider och väntelistorna. Man har reducerat antalet patienter på väntelistorna med 70%. I detta arbete har man utgått från medicinsk prioritet enligt prioritetsutredningen. Verksamhetens vårdkoordinatorer bevakar och följer upp väntetider kontinuerligt. Väntetider mäts i patientenkäten, KUPP (bilaga).	Neurodivisionen rapporterar de uppgifter som begärs av SKL enligt bifogad mall. För VO plastik och Käkkirurgi rapporteras uppgifter om bukplastiker och bröstrekonstruktioner och från VO neurokirurgi rapporteras uppgifter om diskbräcks-kirurgi. SKL har hittills inte begärt uppgifter direkt relaterade till den kranio-faciala kirurgin.	Kontrollbesök och operationer utförs i tid enligt vårdprogrammet (bilaga). Vidare har man klarat av den sekundära kirurgin enligt vårdgarantin. I förekommande fall har akuta besök, telefonkonsultationer och operationer utförts i tid och enligt medicinsk prioritet. Analyser har inte lyckats identifiera undanträngda grupper. Vårdgarantienheten har i sin databas inga patienter som åberopat vårdgaranti sedan dess införande 2005. Patienterna informeras om vårdgaranti skriftligt och muntligt av vårdkoordinatörn.

6. Sårbarhetsanalys

Det fastslås i hälso- och sjukvårdslagen (2 e §) och tandvårdslagen (4 a §) att det där det bedrivs sjukvård skall finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. En centralisering av viss vård som rikssjukvård kan innebära en sårbarhet i frågan om tillgängligheten av dessa resurser, i synnerhet personal, eftersom vården koncentreras.

Ett oförutsett resursbortfall hos en klinik som bedriver rikssjukvård kan innebära att god vård i rimlig tid inte kan erbjudas alla patienter. Exempel på sådana oförutsedda resursbortfall är, då det gäller personal, sjukdom eller olyckshändelse som innebär att den/de drabbade inte kan utföra sina arbetsuppgifter. Gällande lokaler och utrustning är brand ett exempel. Ett sätt att försäkra sig om att resursbehovet under alla omständigheter är täckt, är att se till att beredskap finns för att skicka patienter till kliniker utomlands.

Hur säkerställer ni att samtliga patienter erbjuds god vård i rimlig tid, även i det fall en oförutsedd händelse hos er orsakat ett bortfall av personal, lokaler eller utrustning?

Klinikens svar

Verksamheten säkerställer god vård i rimlig tid genom internationella samarbeten, möjligheter till behandling i olika lokaler och strategier för rekrytering, utbildning och fortbildning av experter. Analysen och strategierna beskrivs utförligt i bilaga.

7. Resultat

Redovisa resultaten för indikatorn komplikationer (tidiga och sena; blödning, infektion, sårruptur) för åren 2003, 2004, 2005, 2006 och 2007. Uppgifterna ska, så långt det är möjligt, redovisas för samtliga patienter som behandlats för de åtgärder i kombination med diagnoser som ansökan avser.

Redovisa resultaten för indikatorn vårdtid (intensiv- respektive vårdavdelning) för åren 2003, 2004, 2005, 2006 och 2007. Uppgifterna ska, så långt det är möjligt, redovisas för samtliga patienter som behandlats för de åtgärder i kombination med diagnoser som ansökan avser.

Klinikens svar

Nedan redovisas efterfrågade parametrar för patienter som behandlats i Uppsala.

Resultaten avser totalt 11 patienter som opererats för sutura sagitalis synostos under åren 2002- 2008.

Blödning: Totalt transfusionsbehov 0-320 ml, medel 110 ml

Infektion: 1 postoperativ infektion som inte krävde revision, endast antibiotika

Sårruptur: 0

Vårdtid IVA: 1-2 dagar, medel 1,5 dagar

Vårdtid vårdavdelning: 4-13 dagar, medel 8,8 dagar

Kommentar:

I behandlingen av dessa diagnoser har vi eftersträvat följsamhet med Socialstyrelsens rekommendationer om vård av rikskaraktär. Verksamheten har därför endast i begränsad omfattning behandlat patienter med de diagnoser som ryms inom den aktuella avgränsningen för Viss Kraniofacial kirurgi. Med den kommande avgränsningen, som inkluderar samtliga synostostyper, kommer alla dessa patienter att hänvisas till rikssjukvården. Under utredningens gång har Uppsala representanter i referensgruppen konsekvent förespråkat en sådan centralisering av kraniosynostoskirurgin. Uppsala Läns Landsting anser att omhändertagandet av patienter med diagnoser inom den nya rikssjukvården skall baseras på existerande starka multidisciplinära verksamheter inom övrig högspecialiserad kraniofacial kirurgi.

Nedanstående forskningsunderlag, frågorna åtta (8) till och med tolv (12), skickas in som bilagor. Frågorna ska besvaras på engelska då de kommer att granskas av externa experter.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 8, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 8, från landstinget Dalarna").

8. Research program

The research program should comprise a brief but complete description of the research at the facility, no more than 10 pages of 12-point typeface.

The description should include an account of research to date in the relevant field, illustrating key findings obtained, breakthroughs in the research, national and international contacts and impact.

Future research plans should cover the development potential for research and international collaborations and the skills, resources and equipment required for the research.

The account should include the following information about the planned research:

- An account of the challenges, objectives and vision of the research at the clinic throughout a 10 year period, including integration with patient care, with clear milestones for the short (two-year), medium and long term, and the strategy for attaining the objectives. During the third year a report on work to date is required.
- Significance: a brief account of the importance of the planned research and local research environment to the research field.
- Survey of the field: a summary of the research in the field concerned, with key references.
- International and national collaboration: a brief account of current and planned collaboration with foreign and Swedish researchers and/or research groups.
- Description of registers, databases, biobanks etc.
- Skills and special equipment required for the research, classified as existing and as yet non-existent.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 9, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 9, från landstinget Dalarna

9. Curriculum vitae/scientific qualifications

This should contain CV's for the researchers taking part, not more than two pages per person. For each researcher the following headings, where applicable, should be used:

- Doctoral degree (year).
- Postdoctoral periods (year and affiliation).
- Qualification as Associate Professor (year).
- Current position, appointment period and time for research in the position.
- Previous positions and periods of appointment.
- Distinctions.
- Number of people awarded doctorates for whom the participating researcher has been the main supervisor (state the periods concerned).
- Number of postdoctoral researchers who are or have been collaborating with the researcher in the research group (state the periods concerned).
- National and international assignments of importance.
- Qualifications with respect to collaboration and/or communication of research findings. These may, for example, relate to cooperation with businesses, organisations or public agencies; commercialisation of results; popular-scientific activities or documentation for decision-making at various levels.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 10, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 10, från landstinget Dalarna").

10. Research funding

- Present research funding.
- Present plans for future funding.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 11, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 11, från landstinget Dalarna").

11. List of publications

This list should contain publications by the participating researchers over the past five years (2002-2007). Each researcher's publications should be listed separately, with the ten most important publications marked with an asterisk (here, articles more than five years old may also be included) and the publications classified under the following headings:

- Peer-reviewed articles.
- Review articles, book chapters, books.
- Conference contributions.
- Material such as databases, registers, biobanks, patents and publicly available computer programs etc., developed by the researchers at the applying clinic.
- Popular-scientific articles and activities.
- List publications with all authors as published, publication title, year, volume, and pages.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 12, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 12, från landstinget Dalarna").

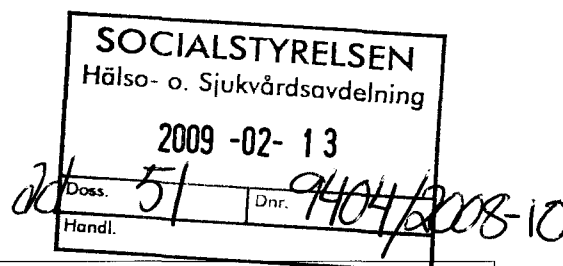
12. Other information

The applicants should provide a complete description on how material such as databases, registers, biobanks etc will be maintained and made accessible to researchers outside of their facilities, now and in the future.

Bilaga 3



ANSÖKAN om tillstånd att
bedriva rikssjukvård avseende
kraniofacial kirurgi



Ansökande landsting/sjukvårdshuvudman

Region Skåne

Kontaktuppgifter

Kontaktperson Peter Siesjö	Telefon (inkl. riktnr) 046-17 12 74
E-post peter.siesjo@skane.se	
Sjukhus Universitetssjukhuset i Lund	
Adress	
Postnr 22185	Postort Lund

Rikssjukvård definieras som hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Med landet som upptagningsområde avses att:

- upptagningsområdet omfattar minst två sjukvårdsregioner utöver den egna
- en väsentlig andel av patienterna kommer från andra än den egna sjukvårdsregionen

Kriterier för att viss verksamhet ska kunna definieras som rikssjukvård är att:

- sjukdomen/tillståndet är ovanligt
- diagnosen/behandlingen är komplicerad och kräver speciell kompetens
- diagnosen/behandlingen medför hög resursförbrukning

Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård. Detta framgår av 9 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). För att få bedriva rikssjukvård krävs tillstånd. Enligt 9 b § beslutar Socialstyrelsen, efter ansökan från det landsting som avser att bedriva rikssjukvård, om tillstånd och villkor. Beslut i ärenden om rikssjukvård får inte överklagas.

Inom Socialstyrelsen finns en särskild nämnd – rikssjukvårdsnämnden – vilket framgår av 15 § förordningen (2007:1202) med instruktion för Socialstyrelsen. Nämndens uppgift är att fatta beslut om rikssjukvård enligt ovan.

Utredningen om att definiera kraniofacial kirurgi som rikssjukvård finns att hämta på
www.socialstyrelsen.se/riks

Bedömning av inkomna ansökningar

Inkomna ansökningar ska bedömas av Socialstyrelsen. För frågorna åtta (8) till och med tolv (12) kommer Socialstyrelsen att ta ställning efter att en extern expert granskat svaren och gjort sin bedömning.

För frågorna ett (1) till och med fem (5) ska varje beskrivning, inklusive inkomna bilagor, bedömas och tilldelas ingen eller en av nivåerna godkänd, bra eller utmärkt. Varje nivå bygger på föregående vilket betyder att kliniken kan tilldelas nivån bra, endast om kliniken redan har uppnått nivån godkänd, nivån utmärkt endast om kliniken redan har uppnått nivån bra.

Frågor

Frågorna ett (1) till och med fem (5) tar sin utgångspunkt i vägledningen God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården¹. Denna vägledning utgår från hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125). God vård-konceptet har tagits fram för att underlätta och stimulera till ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. De föreskrifter som God vård grundar sig på är Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Att hälso- och sjukvården utnyttjar tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål är viktigt. I dagsläget saknas dock adekvata bedömningskriterier av dimensionen effektiv vård varför den inte finns med bland frågorna nedan.

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	1a	Aktivt deltagande av kliniciens experter i nationella/ internationella konferenser, seminarier och workshops, eller motsvarande.	Ett system för att säkra ordnat införande och utmönstring av nya metoder.	En systematisk och öppen process för övervakning och kritisk granskning för införande av ny kunskap i klinisk praxis.
	1b	Rutiner, en modell eller ett system för att säkra att kliniciens experter uppdateras om pågående forskning.	Genomförande av förbättringsarbete genom att utvärdera utfallet av aktuella behandlingar.	Rapportering av resultat av klinisk forskning och/eller registerverksamhet.
	1c	Rutiner för att säkra att aktuella riktlinjer/ vårdprogram tillämpas.	Aktivt deltagande i riktlinjearbeten/ vårdprogramarbeten.	–
	1d	Deltagande i kvalitetsregister eller liknande.	–	–
Minimikrav	1a	Klinikens experter deltog med minst två deltagare, med minst två presentationer, på minst två konferenser, seminarier eller workshops eller motsvarande, under senaste två år. Bifoga en sammanfattning på deltagare, presentationer, konferenser, seminarier, workshops eller motsvarande.	Kliniken har ett system för att säkra ordnat införande och utmönstring av nya metoder som baseras på Nationella riktlinjer. Bifoga dokument.	Kliniken rutinmässigt genomför övervakning och kritisk granskning för införande av ny kunskap i klinisk praxis, med hjälp av en systematisk och öppen process. Bifoga dokument.

¹ Finns som nedladdningsbar PDF-fil på <http://www.socialstyrelsen.se/riks>

	1b	Kliniken har rutiner, en modell eller ett system som säkrar att klinikens experter är uppdaterade om pågående forskning. Bifoga dokument.	Kliniken har genomfört utvärderingar av utfallet av aktuella behandlingar med hjälp av kvalitetsregister eller liknande. Bifoga den ev. utvärderingen.	Kliniken bidrar till kunskapsutveckling och utvärdering genom att bedriva och skriftligt rapportera resultat från klinisk forskning och/eller registerverksamhet. Bifoga rapporter eller motsvarande.
	1c	Kliniken har rutiner för att säkra att aktuella riktlinjer/ vårdprogram tillämpas. Bifoga dokument.	Kliniken deltar aktivt i regionala eller nationella riktlinjearbeten/ vårdprogramarbeten. Ange vilka.	–
	1d	Kliniken har minst ett aktivt deltagande i kvalitetsregister eller liknande. Bifoga dokument.	–	–
Klinikens beskrivning	1a	Konferensdeltagande 2007 och 2008 har skett på kongresser för barnneurokirurgi, barnskallskadevård, skullbaskirurgi, maligna hjärntumörer, endoskopiska operationer inom neurokirurgi, kraniofacial kirurgi och rekonstruktiv plastikkirurgi..	Beskrivning av ledningssystemet: Sjukvården inom Region Skåne leds och följs upp med utgångspunkt från de sex ledningsområdena i förordningen SOSFS 2005:12. Med hjälp av ledningssystemet fastställs mål samt sjukhusens uppdrag per år. Var god se bilaga 1-5.	Klinikerna utvärderar kontinuerligt införande av ny teknik som till exempel endoskopiska hypofysoperationer, endoskopiska hydrocefalusoperationer samt endovaskulär behandling av aneurysm och kärlmissbildningar. USiL har som universitetssjukhus en stark forskningsstruktur och en omfattande utbildningsverksamhet. Forskningen, utbildningen och den kliniska verksamheten är integrerade med varandra. Genom detta säkras processen för övervakning och kritisk granskning för införande av ny kunskap i klinisk praxis. Det finns en professur i neurokirurgi vilken nyligen beslöts återbesättas och har utannonserats. Det finns även en professur vid Lunds Universitet i plastikkirurgi. Tre av läkarna i det kraniofaciala teamet är docenter och alla fyra är disputerade. Var god se bilga 1-5.

	1b Verksamheten har ett system av möten, fortbildning och intern kommunikation för att säkra en uppdaterad medicinsk kunskap: • USiL:s verksamhet är integrerad med utbildning och klinisk forskning och förfogar därmed över samtliga akademiska fora för kunskapsutveckling. • Läkarmöten med fortbildning varje vecka. • Föreläsningar av egna kollegor resp av gästföreläsare. • Journal Club/Särskilda föredrag av yngre kollegor • För läkare finns särskild utbildning mot intensivvård 1 gång/ termin. • Forum för Case-studies • ST-utbildning – mentorer, utbildningskontrakt. •Handledarutbildning •Handledning i klinisk verksamhet • Krav på rapport efter kongressdeltagande och utbildningsuppdrag vid annan klinik	Utvärdering av behandlingsarbetet sker genom analys av resultat från • PAS-IVA Region Skånes system för utvärdering av intensivvårdspatienter Exempel på utvärdering bifogas • Kvalitetsregister – Var god se Ic "Bra" • Utdataportal för journalsystem, operationssystem och patientadministrativt system till exempel VRI dokumenteras i epikris, sökbart via utdataportalen. • Avvikelseregistrering • Klinisk forskning Kunskap från utvärderingarna förs in i den kliniska verksamheten med hjälp av metoder som redovisas under punkt 1a samt i kolumnen till vänster.	Som beskrivs under 1 a, 1 c samt under forskningsdelen av ansökan, redovisar klinikernas representanter regelbundet klinisk forskningsverksamhet och registerverksamhet, dels från nationella och dels från lokala källor. Rapportering i internationella tidskrifter beträffande patientnära klinisk forskning finns redovisad i forskningsavsnittet
--	---	--	---

1c	På USiL:s intranät finns alla sjukhusövergripande rutiner dokumenterade. På verksamheternas intranätsidor finns aktuella PM publicerade. Introduktionsprogram och checklista finns för nyanställda. USiL:s utvecklingsprojekt för optimering av operationsverksamheten OPERA, omfattar operationsplaneringssystem med inbyggd kvalitets-säkring. För medicinskt teknisk apparatur finns "körkort" för anställda. Säkring av att rutiner tillämpas sker för övrigt genom metoder som beskrivits under 1 a respektive 1 b. Nära koppling till patientsäkerhetsarbetet, se fråga 2 b	Klinikerna har representanter (Peter Siesjö) i den nationella planeringsgruppen för barnhjärntumörer, i den nationella planeringsgruppen för hjärntumörer hos vuxna (Gunnar Skagerberg) och i den nationella registergruppen för hydrocefalus (Babar Kahlon). Nils Ståhl är ordförande i svensk Neurokirurgisk förening.	—
1d	USiL:s kliniker är med i flera nationella kvalitetsregister som får bidrag från Expertgruppen SKL/SoS. Tumörregister: •Nationella hypofysregistret •Nationella registret för hjärntumörer hos vuxna •Nationella registret för hjärntumörer hos barn Övriga register •Nationella registret för hydrocefalus Intensivvårdsregister: •SIR – Svenska intensivvårds-registret PAS-IVA – Region Skånes register för intensivvårds-patienter	—	—

2. Säker hälso- och sjukvård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras. Ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. Säker hälso- och sjukvård är en grundsten i allt kvalitetsarbete och innebär att vårdskador ska förhindras genom aktivt riskförebyggande verksamhet.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	2a	Ett avvikelshanteringssystem.	Aktivt deltagande i avvikelserapporteringen.	Kartläggning av vårdprocesser för hela vårdkedjan.
	2b	Ett egenkontrollsystem (internt kvalitetsregister) för komplikationer och vårdskador.	Händelseanalys av allvarliga avvikelser.	Regelbundet genomförande av riskanalyser av vårdprocesser.
	2c	Ett måldokument för patientsäkerhet.	Åtgärder för att förhindra upprepning av avvikelser.	Patientsäkerhetsmål som regelbundet följs upp.
	2d	–	Regelbunden egenkontroll med uppföljning av patientsäkerhetsmålen.	Patientsäkerhetsmålen och måluuppfyllelsen är en del av verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser.
Minimikrav	2a	Kliniken har avvikelshanteringssystem med tydliga definitioner på vad som är en avvikelse, samt rutiner för rapportering, analys och återföring, enligt Socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete, SOSFS 2005:12. Bifoga dokument.	Klinikens personal deltar aktivt i avvikelserapporteringen och kliniken deltar aktivt i SKL:s säkerhetssatsning och kan visa mätbara resultat. Bifoga ev. mätbara resultat.	Kliniken har kartlagt hela vårdkedjans vårdprocesser. Bifoga kartläggningen.
	2b	Kliniken har egenkontrollsystem (internt kvalitetsregister) för att registrera komplikationer och vårdskador, enligt Socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete, SOSFS 2005:12, kap. 5. Bifoga dokument.	Allvarliga avvikelser på kliniken blir föremål för händelseanalys. Bifoga dokument.	Riskanalyser genomförs regelbundet enligt rutinerna för alla säkerhetskritiska vårdprocesser för alla patienter och används alltid i samband med omorganisation och införande av ny teknik. Bifoga analysen.
	2c	Kliniken har satt upp tydliga, verksamhetsanpassade och mätbara mål för sin patientsäkerhet. Bifoga måldokumentet.	Kliniken vidtar åtgärder för att förhindra upprepning av avvikelser. Bifoga listan med åtgärder.	Alla enheter i verksamheten har patientsäkerhetsmål som regelbundet följs upp genom egenkontroll och visar en positiv trend. Bifoga dokument.
	2d	–	Egenkontroll utförs regelbundet för att följa upp patientsäkerhetsmålen.	Patientsäkerhetsmålen och måluuppfyllelsen är en del av klinikens verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser. Bifoga dokument.

Klinikens beskrivning	2a	USiL använder avvikelssystemet Med Control. Operationsverksamheten registrerar alla operationsdata i operationsplaneringssystemet ORBIT, bland annat komplikationsregistrering av (exempelvis postoperativa infektioner och blödningar). Det finns även ett system för rapportering av medicinsk-tekniska avvikelser.	Alla verksamheter registrerar och följer upp avvikelser med hjälp av datauttag ur Med Control. Medarbetare deltar i till exempel: -Avvikelsegrupper -Rutgrupper -PM-processen -Årliga STRAMA-möten på alla kliniker USiL:s kliniker deltar i SKL:s säkerhetssatsning för minskning av fall, trycksår och VRI.	Vårdprocessen har kartlagts i det kraniofaciala teamet. Var god se bilaga 1-5
	2b	Egenkontrollsystem USiL och klinikernas egenkontrollsystem utgörs av bland annat: • Verksamhetsplaner • PM/Riktlinjer • Vårdprogram • Rehab-program • Rutiner • Avvikelseregistrering • Operationssystem • Intensivvårdsregister • USiL:s vårdhygienpolicy – minskning av vårdrelaterade infektioner • Nationella kvalitetsregister • Smärtskattning VAS-skala • Patientenkäter • Systematiskt arbetsmiljöarbete USiL:s sjukhusövergripande rutiner för patientsäkerhet, samt även regionövergripande rutiner, finns lättåtkomliga för alla medarbetare på USiLs intranätsidor för patientsäkerhet.	Händelseanalyser USiL har ett etablerat system för genomförande av händelseanalyser. Ett 30-tal händelseanalyser har genomförts under 2007-2008. Verksamhetschefer och nyckelpersoner har alla utbildats i händelseanalysmetodik.	Risikanalyser USiL har under 2008 inlett sitt arbete med riskanalyser. Detta kommer att intensifieras under 2009. Medicinsk-teknisk säkerhet: Alla apparatur riskbedöms och det finns strukturerad utbildning för ny apparatur. All berörd personal utbildas och kompetensen säkras med "körkort". Riskanalyser genomföres alltid vid införandet av ny teknik.

2c	Klinikerna har i sina årliga åtaganden/verksamhetsplaner mål och mått för patientsäkerhet. Dessa utgår från USiL:s och Region Skånes mål för patientsäkerhet. Se under punkt 2 d "Utmärkt".	Åtgärder för att förhindra upprepning av avvikelser görs enligt metoder som beskrivs under fråga 1 och i övrigt under fråga 2.	USiL som helhet följer upp sina resultat i vissa fall per tertial, i vissa fall per år. Klinikerna följer upp sina övergripande patientsäkerhetsmål årligen, se kolumnen längst till vänster. STRAMA-resultaten följs upp årligen.
2d		Patientsäkerhetsdialoger med verksamhetschefen genomförs av chefläkaren. I dessa följs klinikernas åtgärder för att förbättra patientsäkerheten upp. Egenkontroll med uppföljning av patientsäkerhetsmålen görs bland annat med hjälp av: • Årsberättelser • Datauttag ur avvikelshanteringssystem • Datauttag ur operationssystem • Resultat i intensivvårdsregister • Resultat i brännskaderegister • Resultat i nationella kvalitetsregister • Resultat av STRAMA-arbetet • Smärtskattning VAS-skala • Resultat av patientenkäter Egenkontroll sker vid uppföljning av resultat och insättande av åtgärder. Efterlevnaden av patientsäkerhetsmålen följs också upp med egenkontroller av basala vårdhygienrutiner, samt sjukhusövergripande uppföljning handspritförbrukning och av STRAMA:s punktprevalensstudie	Säker vårdbeskrivning av ledningssystemet: Se också ovan under punkt 1 om ledningssystemet för Region Skåne och USiL. Ökad patientsäkerhet är ett av USiL:s strategiska mål och ingår i sjukhusets årliga verksamhetsplan. I det strategiska patientsäkerhetsarbetet som leds av chefläkaren och chefsjuksköterskan, fokuseras på att skapa en sjukhusgemensam säkerhetskultur och att: • Minska antalet vårdrelaterade infektioner • Minska antalet trycksår och fall/fallskador • Öka säkerheten i läkemedelshanteringen • Förbättra och utveckla avvikelshanteringen • Genomföra händelse- och riskanalyser. Varje klinik har inom ramen för detta egna patientsäkerhetsmål. Med utgångspunkt från målen i USiL:s verksamhetsplan följs vissa kvalitetsparametrar upp på sjukhusnivå.

3. Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Patienten ska visas omtanke och respekt.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	3a	Ett respektfullt bemötande av varje enskild individ.	Patientdelaktighet och dialog mellan patient och vårdgivare under hela vårdprocessen.	Ett fortlöpande förbättringsarbete baserat på genomförda uppföljningar och utvärderingar.
	3b	Anpassning av informationen till den enskilda patienten.	Uppföljning och utvärdering av bemötandet och kommunikationen med patienter.	-
	3c	Ett patientfokuserat kvalitetsledningssystem.	-	-
Minimikrav	3a	Kliniken har strategier, rutiner och metoder för att kunna ha ett respektfullt bemötande av varje enskild individ. Bifoga dokument.	Kliniken har strategier, rutiner och metoder för hur man skapar dialog och delaktighet mellan patienten och vårdgivaren under hela vårdprocessen.	Kliniken gör förbättringar av verksamheten som baseras på genomförda uppföljningar och utvärderingar beträffande bemötande, information, dialog eller patientdelaktighet i hela vårdprocessen. Bifoga ett exempel på genomförda förbättringar.
	3b	Kliniken har strategier, rutiner och metoder för hur informationen om hälsotillstånd, undersöknings- och behandlingsmetoder, risker och resultat anpassas till den enskilda patienten och i förekommande fall närstående. Bifoga dokument.	Kliniken följer upp och utvärderar bemötandet och kommunikationen med patienten fortlöpande utifrån patientens förutsättningar och behov i den aktuella vårdssituationen. Bifoga resultat av ev. patientenkäter, utvärderingar, etc.	-
	3c	Strategier, rutiner och metoder för ett respektfullt bemötande och hur informationen anpassas till den enskilda patienten är en del av kvalitetsledningssystemet på kliniken. Bifoga dokument.	-	-

Klinikens beskrivning	3a	En av de övergripande strategierna i USiL:s strategiska plan är involvering av patienten: "Vi ska involvera patienten/kunden genom att: • visa patienten/kunden respekt och vara lyhörda. • stärka patientens/kundens inflytande. • stimulera patienten/kunden till ökat egenansvar." Klinikerna har värdegrunder där bemötande och respekt ingår.	Flera multidisciplinära team som hypofystumorsteamet, skullbåstumorsteamet och det kraniofaciala teamet informerar patienterna individuellt och via informationsmaterial. Risken för postoperativa symtom bedöms och ingår i patientinformationen. Efter operationer anpassas denna information till den aktuella patientens symtom och prognostisk information delges. Efter hemgång får patienterna en telefoni efter några veckor och följes därefter upp via mottagningsbesök och enkätvar. Var god se bilaga 1-5	Möjligheter för att kunna visa patienter röntgenbilder finns på alla avdelningar eftersom fler och fler patienter samt anhöriga efterfrågar detta. Likaså har vi nu möjlighet att visa de patienter som så önskar inspelningar av de operativa ingreppen. Detta har möjliggjorts genom att kliniken har en sjukvårdsutbildad IT- och mediatekniker anställd. För att ge bästa information ska alla patienter ska kunna träffa patientansvarige läkare vid in- och utskrivning samt under vårdtiden. Patienterna kan i de flesta fall komma i direkt kontakt med sin patientansvarige läkare efter hemgång både via e-mail och telefon.
	3b	USiL har ett särskilt PatientForum där kompetens kring patient-information och patientkommunikation samordnas. Ett av PatientForumets uppdrag är att, i samarbete med verksamheterna på USiL, se över informationen till patienter och närstående. Detta sker för att underlätta kommunikationen med patienter och närstående och för att få en ökad tydlighet och enhetlighet i sjukhusets informationsmaterial. PatientForum har också utarbetat en manual om skriftlig patientinformation. Klinikerna följer Region Skånes riktlinjer för språktolkjänster. Exempel på patientinformation Var god se bilaga 1-5	Kliniken har deltagit i sjukhusets allmänna patientenkäter men lämnar även ut enkäter för specifika grupper till exempel vestibulära schwannom och hydrocephalus, var god se bilaga. Verksamheterna gör vartannat år utvärdering av patienttillfredsställelsen med patientenkäten KUPP (Kvalitet ur patientens perspektiv).	—

	3c Patienttillfredsställelse är ett av de strategiska områdena i USiL:s strategiska plan och verksamhetsplan. Uppföljning av patienterfarenheter via patientenkäter ingår som ett verktyg i klinikernas ledningssystem. Omvårdnadsfaktorer mäts som till exempel smärta med VAS-skala. Dash-formulär.	–	–
--	---	---	---

4. Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvården ska ges företräde till vården.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	4a	Strategier och rutiner för att säkerställa jämlik vård.	Uppföljning av verksamheten som bygger på uppgifter uppdelade på kön, ålder och födelseland.	Förbättringsarbete som baseras på en regelbunden analys ur ett jämlikhetsperspektiv.
	4b	Strategier för hantering av statistik om verksamheten i en jämlikhetsaspekt.	–	–
Minimikrav	4a	Kliniken har strategier och rutiner som säkerställer respektfullt bemötande och omhändertagande av alla patienter och anhöriga oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning eller personliga egenskaper. Bifoga dokument.	Klinikens uppföljning av verksamheten och dess resultat bygger på uppgifter uppdelade på kön, ålder och födelseland.	Kliniken gör förbättringar av verksamheten som baseras på en regelbunden analys ur ett jämlikhetsperspektiv.
	4b	Kliniken har strategier för hantering av statistik om verksamheten i en jämlikhetsaspekt.	–	–
Klinikens beskrivning	4a	Klinikerna följer USiL:s styrdokument för mångfald och jämlik hälso- och sjukvård: • Jämställdhetsplan • Mångfaldspolicy och handlingsplan • Policy för att motverka diskriminering på arbetsplatsen (etnisk tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning).	Verksamheten följs upp baserat på ålder och kön. Vi har inte ansett det etiskt riktigt att följa upp verksamheten baserat på födelseland.	Kliniken är en regionklinik och tar emot alla patienter som är berättigade till elektiv svensk sjukvård. Var god se bilaga.

	4b	Var god se bilaga 1-5.	-	-
--	-----------	------------------------	---	---

5. Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

Regeringen och Landstingsförbundet träffade år 2004 en överenskommelse om utvidgad vårdgaranti. Från och med den 1 november år 2005 gäller en utvidgad vårdgaranti, som innebär att beslutade besök och behandlingar ska erbjudas inom 3 månader och omfatta all planerad vård inom den specialiserade vården. Efter beslut om remiss/vårdbegäran ska ett besök inom den specialiserade vården kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdatum och en beslutad behandling inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum. Väntetiden får överstiga 90 dagar, förutsatt att patienten och läkaren är överens om detta.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	5a	Mätning och uppföljning av väntetider.	Inrapportering till SKL:s databas.	
Minimikrav	5b	Kliniken mäter och följer upp väntetider för alla planerade besök för kliniken patienter.	Kliniken har en heltäckande inrapportering till SKL:s databas.	Kliniken kan visa att åtgärder, som baseras på analys av väntetider, vidtagits för att undvika att svaga patientgrupper undanträngs.
Klinikens beskrivning	5c	Punktstudier har utförts och dessa visar att kliniken uppfyller minimikraven	Kliniken uppfyller minimikraven	Väntetiden för patienter med kraniofaciala anläggnings och tillväxtrubbningar understiger alltid 30 dagar. Elektiv kirurgi sker i de allra flesta fall mellan 5 och 7 månaders ålder. Flerseans/flerstegsoperationer på barn med syndrom kan däremot ske vid högre ålder. Vg se bilaga 1-5

6. Sårbarhetsanalys

Det fastslås i hälso- och sjukvårdslagen (2 e §) och tandvårdslagen (4 a §) att det där det bedrivs sjukvård skall finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. En centralisering av viss vård som rikssjukvård kan innebära en sårbarhet i frågan om tillgängligheten av dessa resurser, i synnerhet personal, eftersom vården koncentreras.

Ett oförutsett resursbortfall hos en klinik som bedriver rikssjukvård kan innebära att god vård i rimlig tid inte kan erbjudas alla patienter. Exempel på sådana oförutsedda resursbortfall är, då det gäller personal, sjukdom eller olyckshändelse som innebär att den/de drabbade inte kan utföra sina arbetsuppgifter. Gällande lokaler och utrustning är brand ett exempel. Ett sätt att försäkra sig om att resursbehovet under alla omständigheter är täckt, är att se till att beredskap finns för att skicka patienter till kliniker utomlands.

Hur säkerställer ni att samtliga patienter erbjuds god vård i rimlig tid, även i det fall en oförutsedd händelse hos er orsakat ett bortfall av personal, lokaler eller utrustning?

Klinikens svar

Den kraniofaciala operativa verksamheten bedrivs på Barn- och ungdomssjukhusets operationsavdelning men kan vid behov även bedrivas på Neurokirurgiska kliniken operationsavdelning. Eftersom de två operationsavdelningarna ligger i olika byggnader kan den operativa verksamheten upprätthållas även om den ena enheten inte är tillgänglig eller brukbar. Den kraniofaciala operativa verksamheten bedrivs av två plastikkirurger med kraniofacial kompetens och två neurokirurger med pediatrik kompetens. Den operativa verksamheten kan upprätthållas med en neurokirurg och en plastikkirurg enligt ovan. Detta innebär att verksamheten kan upprätthållas även om någon av de inblandade kirurgerna inte är tillgänglig för verksamheten. Nya kirurger planeras påbörja utbildning inom teamet från både neurokirurgisk och plastikkirurgisk bakgrund så att teamet kan utökas till sex kirurger.

För att ytterligare säkra tillgängligheten och minska sårbarheten ska samarbete i första hand upprättas med kraniofaciala enheter i Norden (Neurokirurgiska kliniken, Rigshospitalet, Köpenhamn, Danmark) och i andra hand Great Ormond Street, London, Storbritannien. Avtal skall träffas med dessa enheter för att kunna skicka patienter dit i det fall hela verksamheten i Lund skulle reduceras kraftigt eller sättas ur spel.

7. Resultat

Redovisa resultaten för indikatorn komplikationer (tidiga och sena; blödning, infektion, sårruptur) för åren 2003, 2004, 2005, 2006 och 2007. Uppgifterna ska, så långt det är möjligt, redovisas för samtliga patienter som behandlats för de åtgärder i kombination med diagnoser som ansökan avser.

Redovisa resultaten för indikatorn vårdtid (intensiv- respektive vårdavdelning) för åren 2003, 2004, 2005, 2006 och 2007. Uppgifterna ska, så långt det är möjligt, redovisas för samtliga patienter som behandlats för de åtgärder i kombination med diagnoser som ansökan avser.

Klinikens svar

Antal patienter med diagnosen Q750: 41
Antal patienter med syndromala kraniosynostoser: 4/41 (10%)
Antal patienter med icke syndromala kraniosynostoser: 37/41 (90%)
Antalet vård dagar: 324
Antal vårdtillfällen: 63
Antal vård dagar på intensivvårds/uppvakningsavdelning: 52
Antal vård dagar/patient: 7,9
Antal vård dagar/vårdtillfälle: 5,1
Antal intensivvårdsdagar/patient: 1,2
Antal operationer: 47
Antal reoperationer: 3/47 (6%)

Antal reopererade patienter: 3/41 (7%)

Kommentar: Reoperationer har gjorts på grund av traumatisk dislokation av benlambåer (1/6), spontan dislokation av osteosyntesmaterial (1/6), djup infektion av osteosyntesmaterial (1/6). 2/3 reoperationer har skett på patienter med syndromala kraniosynostoser.

Akuta operationer 2/47 (4%)

Kommentar: En primär och en reoperation har gjorts akut. Den primära operationen gjordes på grund av hotande intrakraniell tryckstegring hos en patient med odiagnostiserad kraniosynostos. Den akuta reoperationen gjordes på grund av kvarstående intrakraniell tryckstegring efter primäroperationen. De bägge akut opererade patienterna hade syndromala kraniosynostoser.

Postoperativa infektioner: 3/40
Ytliga sårinfektioner, endast antibiotikabehandling: 2/40
Djupa sårinfektioner, kirurgisk intervention: 1/40

Kommentar: En djup sårinfektion uppstod med fokus i inlagt osteosyntes material (titan). Osteosyntesmaterialtet fick avlägsnas operativt varefter infektionen läkte. Infektionen har inte lett till några seneffekter och har inte heller påverkat resultatet av de kraniofaciala ingreppen på denna patient. I vår kraniofaciala verksamhet sedan 1992 (150 patienter) är detta den enda djupa infektion som uppstått i ben eller osteosyntesmaterial.

Ytliga infektioner som behövt antibiotikabehandlas men ej åtgärdas i övrigt har uppstått hos 7/150 patienter sedan 1993.

Nedanstående forskningsunderlag, frågorna åtta (8) till och med tolv (12), skickas in som bilagor. Frågorna ska besvaras på engelska då de kommer att granskas av externa experter.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 8, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 8, från landstinget Dalarna").

8. Research program

The research program should comprise a brief but complete description of the research at the facility, no more than 10 pages of 12-point typeface.

The description should include an account of research to date in the relevant field, illustrating key findings obtained, breakthroughs in the research, national and international contacts and impact.

Future research plans should cover the development potential for research and international collaborations and the skills, resources and equipment required for the research. The account should include the following information about the planned research:

- An account of the challenges, objectives and vision of the research at the clinic throughout a 10 year period, including integration with patient care, with clear milestones for the short (two-year), medium and long term, and the strategy for attaining the objectives. During the third year a report on work to date is required.
- Significance: a brief account of the importance of the planned research and local research environment to the research field.
- Survey of the field: a summary of the research in the field concerned, with key references.
- International and national collaboration: a brief account of current and planned collaboration with foreign and Swedish researchers and/or research groups.
- Description of registers, databases, biobanks etc.
- Skills and special equipment required for the research, classified as existing and as yet non-existent.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 9, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 9, från landstinget Dalarna

9. Curriculum vitae/scientific qualifications

This should contain CV's for the researchers taking part, not more than two pages per person. For each researcher the following headings, where applicable, should be used:

- Doctoral degree (year).
- Postdoctoral periods (year and affiliation).
- Qualification as Associate Professor (year).
- Current position, appointment period and time for research in the position.
- Previous positions and periods of appointment.
- Distinctions.
- Number of people awarded doctorates for whom the participating researcher has been the main supervisor (state the periods concerned).
- Number of postdoctoral researchers who are or have been collaborating with the researcher in the research group (state the periods concerned).
- National and international assignments of importance.
- Qualifications with respect to collaboration and/or communication of research findings. These may, for example, relate to cooperation with businesses, organisations or public agencies; commercialisation of results; popular-scientific activities or documentation for decision-making at various levels.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 10, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 10, från landstinget Dalarna").

10. Research funding

- Present research funding.
- Present plans for future funding.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 11, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 11, från landstinget Dalarna").

11. List of publications

This list should contain publications by the participating researchers over the past five years (2002-2007). Each researcher's publications should be listed separately, with the ten most important publications marked with an asterisk (here, articles more than five years old may also be included) and the publications classified under the following headings:

- Peer-reviewed articles.
- Review articles, book chapters, books.
- Conference contributions.
- Material such as databases, registers, biobanks, patents and publicly available computer programs etc., developed by the researchers at the applying clinic.
- Popular-scientific articles and activities.
- List publications with all authors as published, publication title, year, volume, and pages.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 12, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 12, från landstinget Dalarna").

12. Other information

The applicants should provide a complete description on how material such as databases, registers, biobanks etc will be maintained and made accessible to researchers outside of their facilities, now and in the future.

Redovisning av eventuella bindningar

För verksamheten

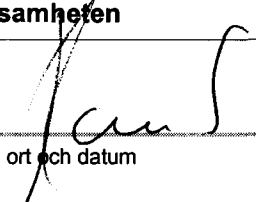
För att få tillstånd att bedriva rikssjukvård ska verksamhetschefens eventuella bindningar till läkemedelsindustrin, medicinteknisk industri eller motsvarande redovisas. Med bindningar avses t.ex. ekonomiska intressen och släktskap.

Finns sådana bindningar? ☒ Nej ☐ Ja

Om svaret är ja, redovisa bindningar i det skuggade fältet.

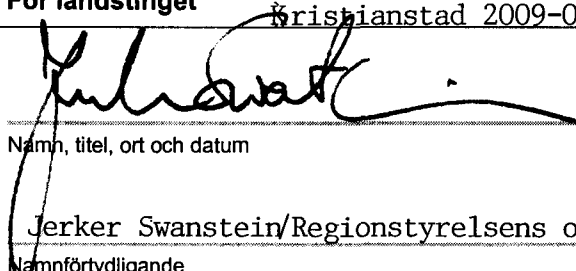
Underskrift av ansökan

För verksamheten

	LUND 090202
Namn, titel, ort och datum	
Hans Säveland, verksamhetschef	
Namnförtydligande	

För landstinget

Kristianstad 2009-02-05

	Sören Olofsson
Namn, titel, ort och datum	
Jerker Swanstein/Regionstyrelsens ordförande Sören Olofsson/Regiondirektör	
Namnförtydligande	

Ansökande landsting/sjukvårdshuvudman

Stockholms Läns Landsting

Kontaktuppgifter

Kontaktperson Mona Boström		Telefon (inkl. riktnr) 08-7374500
E-post mona.bostrom@sll.se		
Sjukhus Stockholms läns landsting		Karolinska Univeristetssjukhuset
Adress Box 225 50		
Postnr 104 22	Postort Stockholm	

Rikssjukvård definieras som hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Med landet som upptagningsområde avses att:

- upptagningsområdet omfattar minst två sjukvårdsregioner utöver den egna
- en väsentlig andel av patienterna kommer från andra än den egna sjukvårdsregionen

Kriterier för att viss verksamhet ska kunna definieras som rikssjukvård är att:

- sjukdomen/tillståndet är ovanligt
- diagnosen/behandlingen är komplicerad och kräver speciell kompetens
- diagnosen/behandlingen medför hög resursförbrukning

Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård. Detta framgår av 9 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). För att få bedriva rikssjukvård krävs tillstånd. Enligt 9 b § beslutar Socialstyrelsen, efter ansökan från det landsting som avser att bedriva rikssjukvård, om tillstånd och villkor. Beslut i ärenden om rikssjukvård får inte överklagas.

Inom Socialstyrelsen finns en särskild nämnd – rikssjukvårdsnämnden – vilket framgår av 15 § förordningen (2007:1202) med instruktion för Socialstyrelsen. Nämndens uppgift är att fatta beslut om rikssjukvård enligt ovan.

Utredningen om att definiera kraniofacial kirurgi som rikssjukvård finns att hämta på www.socialstyrelsen.se/riks

Särskild information

Socialstyrelsen erinrar om följande som framgår av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och vägledningen God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

- Den tillståndspliktiga rikssjukvården ska finnas tillgänglig i rimlig tid och för patienter från hela landet. Landstinget som erhållit tillstånd ansvarar för detta.
- Det ska vara säkerställt att god vård kan erbjudas samtliga patienter i rimlig tid, även i det fall en oförutsedd händelse inträffar som orsakar ett bortfall av personal, lokaler eller utrustning.
- Ledningen av verksamheten ska vara organiserad på ett sådant sätt att den främjar en strukturerad och effektiv samverkan på lokal, regional, nationell och internationell nivå.
- Där verksamheten bedrivs ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.
- Ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Praktiska anvisningar

- Denna ansökningsblankett gäller endast för ansökan om tillstånd att bedriva rikssjukvård avseende kraniofacial kirurgi.
- Ansökan ska skickas till Socialstyrelsen, Enheten för rikssjukvård och effektivitetsanalys, 106 30 Stockholm i både pappersform och som e-post: socialstyrelsen@socialstyrelsen.se.
- Endast landsting får ansöka om tillstånd att bedriva rikssjukvård.
- Ansökningsblanketten består av tolv frågor.
- Frågorna ett (1) till och med fem (5) följer fem områden enligt God vård. Området effektiv vård är exkluderat på grund av brist på relevant underlag. Varje fråga består av en upp till fyra indikatorer och lika många minimikrav. Klinikens verksamhet måste uppfylla alla minimikrav i respektive fråga för att bli värderad som godkänd, bra eller utmärkt.
- Kliniken besvarar frågorna ett (1) till och med fem (5) genom att presentera en beskrivning av egen verksamhet för alla indikatorer och minimikrav för respektive fråga.
- Klinikens beskrivningar ska vara kortfattade upp till 500 tecken och ska skrivas i gråmarkerade fält inom respektive tabell. Om beskrivningen kräver större utrymme kan kliniken bifoga relevanta dokument i elektronisk form.
- Kliniken ska alltid bifoga relevanta dokument i elektronisk form när detta begärs enligt minimikrav.
- Alla bilagor till frågorna ett (1) till och med fem (5) ska namnges med indikators beteckning inklusive respektive nivå; godkänd, bra eller utmärkt och landstingets namn (exempelvis, "Bilaga, fråga 2c – godkänd, från landstinget Dalarna").
- För frågorna sex (6) och sju (7) finns det ett svarsutrymme motsvarande en A4-sida per fråga. Svaren på frågorna kan även skickas in som bilagor och namnges med frågans nummer och landstingets namn (exempelvis, "Bilaga, fråga 6, från landstinget Dalarna").
- Frågorna åtta (8) till och med tolv (12) ska besvaras på engelska.
- Ansökan ska ha inkommit till Socialstyrelsen senast onsdagen den 15 februari 2009.
- Inskickad ansökan utgör allmän handling.
- Till ansökan ska bifogas protokollsutdrag från landstings-/regionstyrelsens alternativt landstings-/regionfullmäktiges sammanträde när ansökan beslutades.
- Vid frågor om ansökan kontakta utredare Martin Jansson, telefon 075–247 37 97.

Bedömning av inkomna ansökningar

Inkomna ansökningar ska bedömas av Socialstyrelsen. För frågorna åtta (8) till och med tolv (12) kommer Socialstyrelsen att ta ställning efter att en extern expert granskat svaren och gjort sin bedömning.

För frågorna ett (1) till och med fem (5) ska varje beskrivning, inklusive inkomna bilagor, bedömas och tilldelas ingen eller en av nivåerna godkänd, bra eller utmärkt. Varje nivå bygger på föregående vilket betyder att kliniken kan tilldelas nivån bra, endast om kliniken redan har uppnått nivån godkänd, nivån utmärkt endast om kliniken redan har uppnått nivån bra.

Frågor

Frågorna ett (1) till och med fem (5) tar sin utgångspunkt i vägledningen God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården¹. Denna vägledning utgår från hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125). God vård-konceptet har tagits fram för att underlätta och stimulera till ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. De föreskrifter som God vård grundar sig på är Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Att hälso- och sjukvården utnyttjar tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål är viktigt. I dagsläget saknas dock adekvata bedömningskriterier av dimensionen effektiv vård varför den inte finns med bland frågorna nedan.

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	1a	Aktivt deltagande av klinikkens experter i nationella/ internationella konferenser, seminarier och workshops, eller motsvarande.	Ett system för att säkra ordnat införande och utmönstring av nya metoder.	En systematisk och öppen process för övervakning och kritisk granskning för införande av ny kunskap i klinisk praxis.
	1b	Rutiner, en modell eller ett system för att säkra att klinikkens experter uppdateras om pågående forskning.	Genomförande av förbättringsarbete genom att utvärdera utfallet av aktuella behandlingar.	Rapportering av resultat av klinisk forskning och/eller registerverksamhet.
	1c	Rutiner för att säkra att aktuella riktlinjer/ vårdprogram tillämpas.	Aktivt deltagande i riktlinjearbeten/ vårdprogramarbeten.	–
	1d	Deltagande i kvalitetsregister eller liknande.	–	–
Minimikrav	1a	Klinikens experter deltog med minst två deltagare, med minst två presentationer, på minst två konferenser, seminarier eller workshops eller motsvarande, under senaste två år. Bifoga en sammanfattning på deltagare, presentationer, konferenser, seminarier, workshops eller motsvarande.	Kliniken har ett system för att säkra ordnat införande och utmönstring av nya metoder som baseras på Nationella riktlinjer. Bifoga dokument.	Kliniken rutinmässigt genomför övervakning och kritisk granskning för införande av ny kunskap i klinisk praxis, med hjälp av en systematisk och öppen process. Bifoga dokument.

¹ Finns som nedladdningsbar PDF-fil på <http://www.socialstyrelsen.se/riks>

	1b	Kliniken har rutiner, en modell eller ett system som säkrar att klinikens experter är uppdaterade om pågående forskning. Bifoga dokument.	Kliniken har genomfört utvärderingar av utfallet av aktuella behandlingar med hjälp av kvalitetsregister eller liknande. Bifoga den ev. utvärderingen.	Kliniken bidrar till kunskapsutveckling och utvärdering genom att bedriva och skriftligt rapportera resultat från klinisk forskning och/eller registerverksamhet. Bifoga rapporter eller motsvarande.
	1c	Kliniken har rutiner för att säkra att aktuella riktlinjer/vårdprogram tillämpas. Bifoga dokument.	Kliniken deltar aktivt i regionala eller nationella riktlinjearbeten/ vårdprogramarbeten. Ange vilka.	–
	1d	Kliniken har minst ett aktivt deltagande i kvalitetsregister eller liknande. Bifoga dokument.	–	–
Klinikens beskrivning	1a	Representanter för Stockholms Kraniofaciala Centrum har deltagit med minst två deltagare, med minst två presentationer, på minst två konferenser under de senaste två åren. Se bilaga 1a-godkänd, Kongresser, seminarier och workshops.	Det finns inga specifika nationella riktlinjer för dessa aktuella och ovanliga diagnoser. Nya metoder och tekniker introduceras vid behov genom -arbetsplatsträffar, -läkarmöten, -studie- och planeringsdagar, -e-post, -hemsidan, -årlig vidimering av PM och vårdprogram som cirkulär, - föreläsningar, -kongressrapporter, -utbildning i evidensbaserad medicin och omvårdnad. Verksamheten följer de riktlinjer som anges i Karolinskas ansvisningar för evidensbaserad vård som baseras på SOSFS 2005_12 Se bilaga 1a1-bra, bilaga 1a2-bra och bilaga 1a3-bra.	Verksamheten inför nya rutiner och metoder enligt Karolinskas PDSA-modell (Plan, Do, Study and Act). Rutinerna baseras på Karolinskas riktlinjer gällande kvalitetsarbetet. I dessa riktlinjer anges tydligt att all vård skall vara evidensbaserad. EVS-processen innebär att systematiskt söka, sammanställa, kritiskt granska, värdera och tillämpa befintliga forskningsresultat. I vårdsituationen integreras det vetenskapliga underlaget med klinisk erfarenhet. Vid införande av nya rutiner och metoder tillämpas de principer för evidensgradering som SBU och Socialstyrelsen tillämpar. Verksamhetens rapportering sker i Karolinskas kvalitetsbokslut 2008 som dock ej sammanställts ännu. Alla plastikkirurger utbildad i EBM. Regelbunden uppdatering av evidensbaserade vårdprogram och PM. Se bilaga 1a-utmärkt

1b	Respektive sektion redovisar 1ggr per termin om de senaste rönen inom sitt verksamhetsområde på läkarmöten. Regelbunda möten för litteraturgenomgång och kunskapsuppdatering, Journal Club, månatliga tvärvetenskapliga trauma/rekonstruktionsmöten med berörda specialiteter. Se bilaga 1b-godkänd	Kvalitetsregister finns ej på dessa ovanliga diagnoser. Pierre Robin's sekvens med gomspalt ingår i LKG-registret.	Dokument saknas
1c	Vårdprogram och riktlinjer finns och följs upp regelbundet av sektionsansvarig läkare. Kommuneras till berörda via läkarmöten och vårdprogrammöten. Vårdprogram och riktlinjer introduceras för nyanställda. Alla PM är obligatoriska att läsa och signera. Bilagor 1c1-1c18 godkänd, aktuella vårdprogram och riktlinjer.	Kliniken deltar i Swedecleft där arbete bedrivs i syfte att skapa nationella riktlinjer för LKG och relaterade missbildningar. Kliniken deltar aktivt i vårdprogramarbete och riktlinjer i nordiskt samarbete avseende patienter med sällsynta sjukdomar, Nordic Society of Rare Diseases (RAREDIS), se bilaga 1c1-bra, Deltagande i Nordic Scaphocephaly Projekt, (bilaga 1c2-bra) STRAMA	—
1d	Kliniken deltar i LKG-registret. Finns inga kvalitetsregister för övriga facia-la missbildningar (Q87.0), Register smärtbehandling, Smärtbehandlingsenheten, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Deltagande i Nordic database for rare diseases - finansiering Nordiska Rådet Se bilagor 1d1-1d6-godkänd.	—	—

2. Säker hälso- och sjukvård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras. Ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. Säker hälso- och sjukvård är en grundsten i allt kvalitetsarbete och innebär att vårdskador ska förhindras genom aktivt riskförebyggande verksamhet.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	2a	Ett avvikelshanteringssystem.	Aktivt deltagande i avvikelserapporteringen.	Kartläggning av vårdprocesser för hela vårdkedjan.
	2b	Ett egenkontrollsystem (internt kvalitetsregister) för komplikationer och vårdskador.	Händelseanalys av allvarliga avvikelser.	Regelbundet genomförande av riskanalyser av vårdprocesser.
	2c	Ett måldokument för patientsäkerhet.	Åtgärder för att förhindra upprepning av avvikelser.	Patientsäkerhetsmål som regelbundet följs upp.
	2d	–	Regelbunden egenkontroll med uppföljning av patientsäkerhetsmålen.	Patientsäkerhetsmålen och måluppfyllelsen är en del av verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser.
Minimikrav	2a	Kliniken har avvikelshanteringssystem med tydliga definitioner på vad som är en avvikelse, samt rutiner för rapportering, analys och återföring, enligt Socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete, SOSFS 2005:12. Bifoga dokument.	Klinikens personal deltar aktivt i avvikelserapporteringen och kliniken deltar aktivt i SKL:s säkerhets-satsning och kan visa mätbara resultat. Bifoga ev. mätbara resultat.	Kliniken har kartlagt hela vårdkedjans vårdprocesser. Bifoga kartläggningen.
	2b	Kliniken har egenkontrollsystem (internt kvalitetsregister) för att registrera komplikationer och vårdskador, enligt Socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete, SOSFS 2005:12, kap. 5. Bifoga dokument.	Allvarliga avvikelser på kliniken blir föremål för händelseanalys. Bifoga dokument.	Riskanalyser genomförs regelbundet enligt rutinerna för alla säkerhetskritiska vårdprocesser för alla patienter och används alltid i samband med omorganisation och införande av ny teknik. Bifoga analysen.
	2c	Kliniken har satt upp tydliga, verksamhetsanpassade och mätbara mål för sin patientsäkerhet. Bifoga måldokumentet.	Kliniken vidtar åtgärder för att förhindra upprepning av avvikelser. Bifoga listan med åtgärder.	Alla enheter i verksamheten har patientsäkerhetsmål som regelbundet följs upp genom egenkontroll och visar en positiv trend. Bifoga dokument.
	2d	–	Egenkontroll utförs regelbundet för att följa upp patientsäkerhetsmålen.	Patientsäkerhetsmålen och måluppfyllelsen är en del av kliniken verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser. Bifoga dokument.

Klinikens beskrivning	2a	Socialstyrelsen kräver att vårdgivaren skall ha ett ledningssystem för kvalitet som bland annat säkerställer att det finns rutiner för avvikelshantering. Stockholms Läns Landsting och därmed Karolinska Universitetssjukhuset och aktuell klinik/verksamhet har ett avvikelshanteringssystem som fördes 080101 och som heter "Händelsevis =Flexite". I dokumentet "Riktlinjer för kvalitetsarbetet vid Karolinska Universitetssjukhuset Mål 2008" finns definitioner på avvikelse, rutiner för analys och rapportering. Avvikelse rapporteras regelbundet på arbetsplatsträffar där avvikelserapportering är en stående punkt på dagordningen. Avvikelsen hanteras av avvikelsegrupp som upprättar handlingsplan och rapporter till verksamhetschef. Bilaga 2a1-godkänd, "Anvisningar Händelsevis", bilaga 2a2- godkänd	Samtliga klinikers personal deltar aktivt i avvikelserapporteringen och kan uppvisa mätbara resultat, Samtliga har fått utbildning i handhavandet av avvikelssystemet "Händelsevis". Av bilagt dokument framgår samtliga klinikers avvikelserapportering, rapporterade vårdavvikelser, klassifikation, avslutade och pågående ärenden. Av Karolinskas riktlinjer framgår att målet är att öka antalet avvikelserapporter för 2008 och att samtliga kliniker rapporterar sina avvikelser och att andelen avslutade rapporter (inom 3 månader) ska öka. Bilaga 2a-Bra	Vårdkedjans vårdprocesser är kartlagda och bifogas i bilagor 2a1-2a2 -utmärkt. Bilaga trauma 1 sjukhus
	2b	Verksamhetens/klinikens egenkontroll baseras på sjukhusets egenkontrollsystem. Alla komplikationer efter ingrepp ska registreras i patientjournalen i Take Care. Komplikationsregistreringen ligger som en journalmall i Take Care. Patientansvarig läkare, sjuksköterska eller undersköterska skriver den, drar ut en kopia och sätter i avsedd pärm på mottagningen. Komplikationsregistreringarna ska sammanställas till statistik varje månad av chefsjuksköterskan på mottagningen Se dokument bilaga 2b1-Godkänd, bilaga 2b2-Godkänd, 2b3-Godkänd,.	Enligt de direktiv och anvisningar som gäller för samtliga verksamheter på Karolinska Universitetssjukhuset skall samtliga allvarliga avvikelser bli föremål för händelseanalys. Kurser har getts regelbundet i händelseanalys de senaste åren. Årligen presenteras sammanställningar för samtliga verksamheters händelseanalyser. Se dokument bilaga 2b1-bra, bilaga 2b2-bra, bilaga 2b3-bra, bilaga 2b4-bra.	Risken analyser genomförs vid all planerad förändring av verksamheten. All verksamhet inom enheten skall bedrivas så att det utvecklas en säkerhetskultur som karaktäriseras av hög riskmedvetenhet och ett aktivt riskreducerande arbete. Dokumenterade rutiner för riskanalys ska finnas för varje verksamhet. Enheten använder sig av en riskmatris vid riskanalys inför en verksamhetsförändring. se bilaga 2b-utmärkt.

	2c	Enheten följer Karolinskas riktlinjer för kvalitetsarbete och mål 2008. Se riktlinjer för kvalitetsarbetet vid Karolinska. Vårdrelaterade infektioner (VRI) är en av de vanligaste komplikationer som drabbar sjukhusvårdade patienter. Studier har visat att upp till var 5:e patient riskerar att få VRI! För 2008 gäller att enheten ska ha tillförlitlig infektionsregistrering, alla ska följa klädregler och basala hygienrutiner, andelen patienter med VRI ska minska 50 % jmf med dagens andel. Se bilaga 2c-Godkänd	Dokument saknas	Dokument saknas
	2d	–	Egenkontroll utförs enligt Karolinska Universitetssjukhusets anvisningar och riktlinjer. se bilaga 2b1-godkänd Riktlinjer för kvalitetsarbetet	I enhetens verksamhetsplan finns patientsäkerhetsmål som är en del av verksamhetsplanen och verksamhetsberättelse. Se verksamhetsplan 2009 Plastikkirurgi och styrkort. Se bilaga 2d1-utmärkt, bilaga 2d2-utmärkt.

3. Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Patienten ska visas omtanke och respekt.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	3a	Ett respektfullt bemötande av varje enskild individ.	Patientdelaktighet och dialog mellan patient och vårdgivare under hela vårdprocessen.	Ett fortlöpande förbättringsarbete baserat på genomförda uppföljningar och utvärderingar.
	3b	Anpassning av informationen till den enskilda patienten.	Uppföljning och utvärdering av bemötandet och kommunikationen med patienter.	-
	3c	Ett patientfokuserat kvalitetsledningssystem.	-	-
Minimikrav	3a	Kliniken har strategier, rutiner och metoder för att kunna ha ett respektfullt bemötande av varje enskild individ. Bifoga dokument.	Kliniken har strategier, rutiner och metoder för hur man skapar dialog och delaktighet mellan patienten och vårdgivaren under hela vårdprocessen.	Kliniken gör förbättringar av verksamheten som baseras på genomförda uppföljningar och utvärderingar beträffande bemötande, information, dialog eller patientdelaktighet i hela vårdprocessen. Bifoga ett exempel på genomförda förbättringar.
	3b	Kliniken har strategier, rutiner och metoder för hur informationen om hälsotillstånd, undersöknings- och behandlingsmetoder, risker och resultat anpassas till den enskilda patienten och i förekommande fall närstående. Bifoga dokument.	Kliniken följer upp och utvärderar bemötandet och kommunikationen med patienten fortlöpande utifrån patientens förutsättningar och behov i den aktuella vårdsituationen. Bifoga resultat av ev. patientenkäter, utvärderingar, etc.	-
	3c	Strategier, rutiner och metoder för ett respektfullt bemötande och hur informationen anpassas till den enskilda patienten är en del av kvalitetsledningssystemet på kliniken. Bifoga dokument.	-	-

Klinikens beskrivning	3a	Vid läkarsamtal, besök på akutmottagningen, in- eller utskrivningssamtal, på mottagning eller vid telefonrådgivning ge patienten möjligheter att tala om nuvarande behov och förväntningar samt att ställa frågor. Kartlägga systematiskt om tolk behövs för patient eller anhöriga/närstående. Under ankomstsamtalet då patienten kommer till avdelningen efterfrågas tidigare vårderfarenhet, hälsohistoria och pågående vård och patienten får tillfälle att berätta om sina nuvarande behov och förväntningar samt ställa frågor. Verksamheten tillämpar den värdegrund som gäller för Hälso- och sjukvården i SLL, se bilaga 3a-godkänd (Värdegrund)	Kontinuerlig patientutvärdering av vården på Plastikkirurgiska och neurokirurgiska klinik med Picker-enkät. Närstående-enkät för kartläggning av närståendes upplevelser och behov. Patientdagbok för intensivvårdspatienter. Namngiven patientansvarig ssk (PAS) och patientansvarig läkare (PAL). Muntlig och skriftlig information på flera språk i samband med in- och utskrivning. Utskrivningsmall i förväg till patient. Teamronder varje vecka. Dygnsschema i samråd med patient under rehabilitering. Verksamheten och aktuell enhet baserar dialog och delaktighet mellan patient och vårdgivare på skriften "Att stärka patientens ställning", Stockholms Läns Landsting, Bilaga 3a-bra.	SLL har en landstingsgemensam patientenkät som utgör underlag för för enhetens verksamhetsförbättring. Us görs vanligen vartannat år. Verksamheten kan jämföra sina egna resultat över tid men även jämföra sig med andra externt eller internt. Regelbundna patientenkäter utförs enligt Indikator vilket resulterar i handlingsplaner och åtgärder. Mål 2008 är alla verksamheter inom 4 månader skall ha skickat in handlingsplaner för minst ett förbättringsområde.- se Riktlinjer för kvalitetsarbete 2008, handlingsplaner skickas till enkätsamordnare för sammanställning. Möjligheter till verksamhets-specifika "mini-enkäter" med snabb analys av effekten av insatta åtgärder. Bilaga 3a1-utmärkt (Indikator patientenkäter) bilaga 3a2-utmärkt, kvalitetsbokslut, bilaga 3a3-utmärkt, bilaga 3a4-utmärkt..
	3b	Vid ankomstsamtalet kartläggs sociala och kulturella förhållanden bla social förmåga och behov av stöd, arbetsförmåga, kultur, religion, livsåskådning för att bättre anpassa vård och information. Tolk finns att tillgå för patient som ej behärskar svenska språket (inskrivning, vårdperioden och återbesök) Se bilaga 3b1-godkänd och 3b2-godkänd (Handbok i etikarbete)	Sjukhusets samtliga enheter följs upp via patientenkäter. I verksamheternas styrkort är patientnöjdhet ett fokusområde (se plastikkirurgiska klinikens styrkort, bilaga 3b1-bra. Enkäter genomförs vartannat år med möjlighet till uppföljning av förbättringsarbeten. Som ex på enkätstudie bifogas enkät från käkkirurgi. Sjukhusets mål är att handlingsplaner skall vara klara 4 mån efter us-resultat Uppföljning av patientenkäter. Se bilaga 3b1-Bra, bilaga 3b2-Bra, bilaga 3b3-Bra	—

	3c Klinikens kvalitetsledningssystem anger att patienter med andra språk än svenska som modersmål ges möjlighet att lämna synpunkter på vården. Strategier för att tillhandahålla en jämlik vård ur etniskt och kulturellt perspektiv beskrivs i bilagor. Kulturella aspekter och livsåskådning beaktas i vården. Se bilaga 3c1-godkänd "Att stärka patientens ställning", bilaga 4a4-godkänd "Värdegrund för häslo- och sjukvården i SLL"	—	—
--	--	---	---

4. Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvården ska ges företräde till vården.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	4a	Strategier och rutiner för att säkerställa jämlik vård.	Uppföljning av verksamheten som bygger på uppgifter uppdelade på kön, ålder och födelseland.	Förbättringsarbete som baseras på en regelbunden analys ur ett jämlikhetsperspektiv.
	4b	Strategier för hantering av statistik om verksamheten i en jämlikhetsaspekt.	–	–
Minimikrav	4a	Kliniken har strategier och rutiner som säkerställer respektfullt bemötande och omhändertagande av alla patienter och anhöriga oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning eller personliga egenskaper. Bifoga dokument.	Klinikens uppföljning av verksamheten och dess resultat bygger på uppgifter uppdelade på kön, ålder och födelseland.	Kliniken gör förbättringar av verksamheten som baseras på en regelbunden analys ur ett jämlikhetsperspektiv.
	4b	Kliniken har strategier för hantering av statistik om verksamheten i en jämlikhetsaspekt.	–	–

Klinikens beskrivning	4a	Vid språksvårigheter ordnas tolksamtal med både patient och anhöriga. Enheten har en etikgrupp och etikombud. Vi har riktlinjer för etik, moral och värdegrund (se bilagor). Kartläggning om hur väl kända de etiska riktlinjerna är och behov av utbildning är gjord i år på kliniken, se etikenkät. Kliniken följer sjukhusets etikpolicy, bilaga 4a1-godkänd (Etikboken). I övrigt följer verksamheten flertal etiska policydokument såsom "Att stärka patientens ställning" Bilaga 4a2-godkänd, bilaga 4a3-godkänd (Organisation. av etikarbetet på KS, bilaga 4a4-godkänd (Värdegrund för hälso-och sjukvården i SLL), bilaga 4a5-godkänd (Handbok i etikarbete, bilaga 4a5-godkänd "Vård på lika villkor"), bilaga 4a6-godkänd, "Etikenkät"	Verksamhetens uppföljning och resultat sker regelbundet med parametrar som omfattar bland annat ålder, kön. Se bilaga 4a1-bra- ("kvalitetsbokslut"). Bilaga 4a2-bra (Medicinska resultat) De enkätstudier (Institutet för Kvalitetsindikatorer) som genomförs i sjukhusets regi (och är utförda på enheten) är alltid baserade på bland annat kön och ålder.	Saknas
	4b	Klinikens verksamhet, produktion, resultat och kvalitet beskrivs och bedöms baserat på statistik som omfattar bland annat kön, ålder, boendeort. All patientrelaterad statistik redovisas uppdelad på kön och ålder. Enkätstudier bedöms och analyseras alltid ur ett jämlikhetsperspektiv. På grund av patienternas komplexitet och fåtal är det dock svårt att dra adekvata slutsatser ur ett jämlikhetsperspektiv baserat på ålder och kön.	—	—

5. Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

Regeringen och Landstingsförbundet träffade år 2004 en överenskommelse om utvidgad vårdgaranti. Från och med den 1 november år 2005 gäller en utvidgad vårdgaranti, som innebär att beslutade besök och behandlingar ska erbjudas inom 3 månader och omfatta all planerad vård inom den specialiserade vården. Efter beslut om remiss/vårdbegäran ska ett besök inom den specialiserade vården kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdatum och en beslutad behandling inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum. Väntetiden får överstiga 90 dagar, förutsatt att patienten och läkaren är överens om detta.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	5a	Mätning och uppföljning av väntetider.	Inrapportering till SKL:s databas.	
Minimikrav	5b	Kliniken mäter och följer upp väntetider för alla planerade besök för klinikkens patienter.	Kliniken har en heltäckande inrapportering till SKL:s databas.	Kliniken kan visa att åtgärder, som baseras på analys av väntetider, vidtagits för att undvika att svaga patientgrupper undanträngs.
Klinikens beskrivning	5c	5a. Den nationella vårdgarantin infördes 1 nov 2005. En vårdgaranti med utökade krav har införts i SLL. Sedan 1 januari 2007 gäller för samtliga sjukvårdskliniker i SLL, Stockholms Läns Landstings nya vårdgaranti. Vårdgarantin kan enklast sammanfattas med siffrorna 0-5-30-90. 0= kontakt samma dag med vårdcentral, 5= max 5 d för läkarkontakt vårdcentral, 30= max 30 dagar för besök hos specialist efter remissbeslut, 90= max 90 d från beslut behandling till genomförande. Den nya vårdgarantin omfattar alla medicinskt motiverade behandlingar inklusive psykiatri. Aktuell enhet omfattas av vårdgarantin och gäller alla planerade besök. Rapportering månadsvis. Bilaga 5a1-godkänd, SLL, Bilaga 5a2-godkänd, Bilaga 5a3-godkänd,	Verksamhetens väntetider rapporteras månatligen till SLL:s centrala väntetidsregister (CVR). Väntetiderna kan följas via internet och adressen www.vantetider.sll.se . Från CVR rapporteras verksamhetens väntetider vidare till SKL:s databas. Bilaga 5a1-bra, bilaga 5a2-bra	Samtliga av verksamhetens patienter omhändertages inom vårdgarantins anvisningar och regelverk. De aktuella patientgrupperna utgörs av relativt få patienter per år och har hög prioritet enligt verksamhetens vårdprogram och rutiner. Samtliga aktuella patientgrupper kan betraktas som svaga och har därför samma höga prioritet. Samtliga patienter omhändertages inom vårdgarantins anvisningar och enligt enhetens vårdrutiner.

6. Sårbarhetsanalys

Det fastslås i hälso- och sjukvårdslagen (2 e §) och tandvårdslagen (4 a §) att det där det bedrivs sjukvård skall finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. En centralisering av viss vård som rikssjukvård kan innebära en sårbarhet i frågan om tillgängligheten av dessa resurser, i synnerhet personal, eftersom vården koncentreras.

Ett oförutsett resursbortfall hos en klinik som bedriver rikssjukvård kan innebära att god vård i rimlig tid inte kan erbjudas alla patienter. Exempel på sådana oförutsedda resursbortfall är, då det gäller personal, sjukdom eller olyckshändelse som innebär att den/de drabbade inte kan utföra sina arbetsuppgifter. Gällande lokaler och utrustning är brand ett exempel. Ett sätt att försäkra sig om att resursbehovet under alla omständigheter är täckt, är att se till att beredskap finns för att skicka patienter till kliniker utomlands.

Hur säkerställer ni att samtliga patienter erbjuds god vård i rimlig tid, även i det fall en oförutsedd händelse hos er orsakat ett bortfall av personal, lokaler eller utrustning?

Klinikens svar

Kortfattad sammanställning av risk management arbetet inom Karolinska Universitetssjukhuset.

Karolinska är ett av få sjukhus i Sverige som har en egen säkerhetsavdelning och som dessutom leds av en risk manager. Idag består avdelningen av 11 personer som huvudsakligen arbetar inom områdena säkerhet/brand och kontinuitetsplanering. Arbetet sker i ett utbyggt ledningssystem samt inom en strikt riskhanteringsmodell enl. nedan. Stor del av arbetet de senaste åren har inriktas på det förebyggande arbetet och att ta fram verktyg och redovisningsmodeller inom riskhanteringen. Syftet har också varit att få en stark säkerhetskultur, varför utbildning av våra 15.000 anställda har varit ett viktigt led i det hela. Vi utbildar nästan 3000 personer om året inom brand/säkerhet i våra egna utbildningsanläggningar. Det är oerhört viktigt att ha en välutbildad och säkerhetsmedveten personal då de alltid är först på plats vid en händelse. 15.000 välutbildade och välmotiverade personer är det absoluta bästa säkerhetssystem vi har. Målsättningen är att "knipa" en brand inom två minuter från larm. Karolinskas säkerhetsavdelning är mycket framstående och drivande inom säkerhetsområdet inom svensk sjukvård. Bl.a. driver Karolinska tillsammans med VGR och Skåne ett projekt för att ta fram en branschstandard för svenska sjukhus och har som mål att kunna certifiera svenska sjukhus som "tryggt sjukhus" 2011.

Risikanalyprocessen

Risikanalyser

Risikanalyser sker kontinuerligt inom olika områden som grund för det förebyggande arbetet. När det gäller det robusta sjukhuset finns en plan för detta arbete inför 2009. Fastighetsägaren har utfört en omfattande riskanalys 2008 med avseende främst på försörjning och vad fastighetsägaren kan leverera i form av robusthet. Utifrån denna riskanalys kommer Karolinska att utföra motsvarande behovsanalys för att sedan jämföra dessa. Behovsanalysen kommer att ha sitt fokus på viktiga och unika produktionsplatser inom sjukhuset. Prio 1 kommer att vara den produktion av sjukvård där vi är unika inom SLL, Sverige, Europa. Prio 2 kommer att vara att analysera vilken produktion som är centralt viktig för sjukhuset, tex lab. Prio 3 kommer omfatta övrig verksamhet. I dessa analyser kommer personal, lokaler, egendom, utrustning mm. omfattas utöver rena säkerhets- brand- och driftsfrågor.

Utöver detta har Karolinska en omfattande redovisning och uppföljning av egenkontroller (cirka 6000 egenkontroller sker per år), skador, utbildningar, revisioner mm. som är en typ av praktiska riskanalyser.

De mer teoretiska och de praktiska ställs sedan samman för utvärdering av riskerna i verksamheten. Reovisning sker fr.om. 2009 tre gånger per år till ledningen samt till samtliga divisionschefer.

Riskbehandling

Utifrån riskanalyserna och utfallet i de uppföljningar vi gör, utformas utbildningar, riktlinjer, rutiner mm. Nämnas kan, en mycket omfattande brand/säkerhetsutbildning som är kopplad till utfärdandet av eTjänstekorten/badgarna. Utbildningskrav för byggentreprenörer inom sjukhuset. Säkerhetsinformation till patienterna via patient-tv. Lokala riktlinjer inom området. Uppbyggnad av egen säkerhetscentral, unik inom sjukvården i Sverige. Tre ordningsvakter dygnet runt som dessutom är insatsstyrka vid brand eller annan händelse. Karolinska är som tidigare sagts mycket drivande att utveckla detta område inom Sverige och står ofta som modell för övriga sjukhus.

Skadebehandling

I detta arbete har vår funktion (1 person) kontinuitetsplanering en viktig roll. I detta arbete ingår att arbeta med BCP (business continuity planning), olika avtal för interimproduktion så som hotellavtal, reseavtal, sjukhusavtal, personalavtal, utrustningsleveransberedskap mm. Även återställningsprocessen är här en viktig fråga. Inom kontinuitetstjänsten ingår även att skapa bra förutsättningar för räddningstjänst och polis att göra bra insatser i våra objekt genom att utarbeta rutiner, insatsplaner, prioritering av viktiga objekt som ska skyddas i första hand. Karolinskas säkerhetscentral är här en central funktion vid en intern händelse. Sjukhuset håller just nu på att ta fram en helt ny larmplan för interna händelser och som baserar sig på samverkan mellan samtliga aktörer inom sjukhuset. Vi anser att det är viktigt att hela sjukhuset är delaktiga i detta arbete oavsett tillhörighet, då vi påverkar varandra i händelse av en olycka.

Skadefinansiering

En ny upphandling sker just nu inom SLL gällande försäkringsskyddet. Karolinska kommer även att utveckla den interna försäkringslösningen som baserar sig på riskanalyser och skadeutfall internt. Detta för att prioritera och sporra till gott förebyggande säkerhetsarbete inom organisationen.

Patientvård

Karolinska Universitetssjukhuset består av två geografiskt åtskiljda sjukhus, Solna och Huddinge. Båda sjukhusen har intensivvårdsavdelningar och intensivvårdsplatser och därtill hörande kompetent personal. Vid en oförutsedd händelse av grav karaktär med negativa effekter på lokaler/utrustning och därtill försämrade vårdmöjligheter på ena sjukhuset finns möjligheter att allokera resurser och personal till det andra sjukhuset dvs. Huddinge. Detta reducerar risken att slås ut av lokal- och/eller utrustningsproblem.

Vid bortfall av personal, lokaler eller utrustning av sådan karaktär och omfattning att aktuell vård inte kan ges utan längre dröjsmål kommer i första hand berörda patienter att skyndsamt remitteras till annan enhet som godkänts för verksamhet av viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Detta bygger på antagandet att två centra i Sverige är säkrare och tryggare för nämnda patientgrupper än enbart ett centrum. Om Rikssjukvårdsnämnden beslutar om endast ett centrum kommer patienter att skickas till kompetenta centra i Norden i första hand och Europa i andra hand med vilka avtal upprättas.

Sjukhusets och landstingets katastrofplan följs vid större katastrofer. Två helikoptrar tillgängliga vid behov.

Enheter inblandade i den kraniofaciala verksamheten är bland annat neurokirurgi, plastikkirurgi, käkkirurgi, Astrid Lindgrens barnsjukhus och ÖNH. Resurserna för inblandade enheter är mycket stora ur ett nationellt perspektiv. Neurokirurgiska kliniken består av 330 personer och ger vård åt hela Stor-Stockholm och Gotland, kliniken för Rekonstruktiv Plastikkirurgi är Sveriges största plastikkirurgiska klinik. Den samlade ÖNH-kliniken baserad i både Solna och Huddinge är Sveriges största öronklinik med därtill hörande kompetens och vårdresurser.

7. Resultat

Redovisa resultaten för indikatorn komplikationer (tidiga och sena; blödning, infektion, sår-ruptur) för åren 2003, 2004, 2005, 2006 och 2007. Uppgifterna ska, så långt det är möjligt, redovisas för samtliga patienter som behandlats för de åtgärder i kombination med diagnoser som ansökan avser.

Redovisa resultaten för indikatorn vårdtid (intensiv- respektive vårdavdelning) för åren 2003, 2004, 2005, 2006 och 2007. Uppgifterna ska, så långt det är möjligt, redovisas för samtliga patienter som behandlats för de åtgärder i kombination med diagnoser som ansökan avser.

Klinikens svar

Se dokument "Bilagor, fråga 7a, 7b, 7c Stockholms Läns Landsting, SLL"

Nedanstående forskningsunderlag, frågorna åtta (8) till och med tolv (12), skickas in som bilagor. Frågorna ska besvaras på engelska då de kommer att granskas av externa experter.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 8, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 8, från landstinget Dalarna").

8. Research program

The research program should comprise a brief but complete description of the research at the facility, no more than 10 pages of 12-point typeface.

The description should include an account of research to date in the relevant field, illustrating key findings obtained, breakthroughs in the research, national and international contacts and impact.

Future research plans should cover the development potential for research and international collaborations and the skills, resources and equipment required for the research. The account should include the following information about the planned research:

- An account of the challenges, objectives and vision of the research at the clinic throughout a 10 year period, including integration with patient care, with clear milestones for the short (two-year), medium and long term, and the strategy for attaining the objectives. During the third year a report on work to date is required.
- Significance: a brief account of the importance of the planned research and local research environment to the research field.
- Survey of the field: a summary of the research in the field concerned, with key references.
- International and national collaboration: a brief account of current and planned collaboration with foreign and Swedish researchers and/or research groups.
- Description of registers, databases, biobanks etc.
- Skills and special equipment required for the research, classified as existing and as yet non-existent.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 9, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 9, från landstinget Dalarna

9. Curriculum vitae/scientific qualifications

This should contain CV's for the researchers taking part, not more than two pages per person. For each researcher the following headings, where applicable, should be used:

- Doctoral degree (year).
- Postdoctoral periods (year and affiliation).
- Qualification as Associate Professor (year).
- Current position, appointment period and time for research in the position.
- Previous positions and periods of appointment.
- Distinctions.
- Number of people awarded doctorates for whom the participating researcher has been the main supervisor (state the periods concerned).
- Number of postdoctoral researchers who are or have been collaborating with the researcher in the research group (state the periods concerned).
- National and international assignments of importance.
- Qualifications with respect to collaboration and/or communication of research findings. These may, for example, relate to cooperation with businesses, organisations or public agencies; commercialisation of results; popular-scientific activities or documentation for decision-making at various levels.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 10, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 10, från landstinget Dalarna").

10. Research funding

- Present research funding.
- Present plans for future funding.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 11, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 11, från landstinget Dalarna").

11. List of publications

This list should contain publications by the participating researchers over the past five years (2002-2007). Each researcher's publications should be listed separately, with the ten most important publications marked with an asterisk (here, articles more than five years old may also be included) and the publications classified under the following headings:

- Peer-reviewed articles.
- Review articles, book chapters, books.
- Conference contributions.
- Material such as databases, registers, biobanks, patents and publicly available computer programs etc., developed by the researchers at the applying clinic.
- Popular-scientific articles and activities.
- List publications with all authors as published, publication title, year, volume, and pages.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 12, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 12, från landstinget Dalarna").

12. Other information

The applicants should provide a complete description on how material such as databases, registers, biobanks etc will be maintained and made accessible to researchers outside of their facilities, now and in the future.

Redovisning av eventuella bindningar

För verksamheten

För att få tillstånd att bedriva rikssjukvård ska verksamhetschefens eventuella bindningar till läkemedelsindustrin, medicinteknisk industri eller motsvarande redovisas. Med bindningar avses t.ex. ekonomiska intressen och släktskap.

Finns sådana bindningar? ☒ Nej ☐ Ja

Om svaret är ja, redovisa bindningar i det skuggade fältet.

Underskrift av ansökan

För verksamheten

Namn, titel, ort och datum

Namnförtydligande

För landstinget

Namn, titel, ort och datum

Namnförtydligande

Ansökande landsting/sjukvårdshuvudman

Västra Götalandsregionen

Kontaktuppgifter

Kontaktperson Professor Anna Elander		Telefon (inkl. riktnr) 031-3427622
E-post anna.elander@vgregion.se		
Sjukhus Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska		
Adress Verksamhetsområde Plastikkirurgi		
Postnr 41345	Postort Göteborg	

Rikssjukvård definieras som hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Med landet som upptagningsområde avses att:

- upptagningsområdet omfattar minst två sjukvårdsregioner utöver den egna
- en väsentlig andel av patienterna kommer från andra än den egna sjukvårdsregionen

Kriterier för att viss verksamhet ska kunna definieras som rikssjukvård är att:

- sjukdomen/tillståndet är ovanligt
- diagnosen/behandlingen är komplicerad och kräver speciell kompetens
- diagnosen/behandlingen medför hög resursförbrukning

Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård. Detta framgår av 9 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). För att få bedriva rikssjukvård krävs tillstånd. Enligt 9 b § beslutar Socialstyrelsen, efter ansökan från det landsting som avser att bedriva rikssjukvård, om tillstånd och villkor. Beslut i ärenden om rikssjukvård får inte överklagas.

Inom Socialstyrelsen finns en särskild nämnd – rikssjukvårdsnämnden – vilket framgår av 15 § förordningen (2007:1202) med instruktion för Socialstyrelsen. Nämndens uppgift är att fatta beslut om rikssjukvård enligt ovan.

Utredningen om att definiera kraniofacial kirurgi som rikssjukvård finns att hämta på www.socialstyrelsen.se/riks

Särskild information

Socialstyrelsen erinrar om följande som framgår av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och vägledningen God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

- Den tillståndspliktiga rikssjukvården ska finnas tillgänglig i rimlig tid och för patienter från hela landet. Landstinget som erhållit tillstånd ansvarar för detta.
- Det ska vara säkerställt att god vård kan erbjudas samtliga patienter i rimlig tid, även i det fall en oförutsedd händelse inträffar som orsakar ett bortfall av personal, lokaler eller utrustning.
- Ledningen av verksamheten ska vara organiserad på ett sådant sätt att den främjar en strukturerad och effektiv samverkan på lokal, regional, nationell och internationell nivå.
- Där verksamheten bedrivs ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.
- Ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

Praktiska anvisningar

- Denna ansökningsblankett gäller endast för ansökan om tillstånd att bedriva rikssjukvård avseende kraniofacial kirurgi.
- Ansökan ska skickas till Socialstyrelsen, Enheten för rikssjukvård och effektivitetsanalys, 106 30 Stockholm i både pappersform och som e-post: socialstyrelsen@socialstyrelsen.se.
- Endast landsting får ansöka om tillstånd att bedriva rikssjukvård.
- Ansökningsblanketten består av tolv frågor.
- Frågorna ett (1) till och med fem (5) följer fem områden enligt God vård. Området effektiv vård är exkluderat på grund av brist på relevant underlag. Varje fråga består av en upp till fyra indikatorer och lika många minimikrav. Klinikens verksamhet måste uppfylla alla minimikrav i respektive fråga för att bli värderad som godkänd, bra eller utmärkt.
- Kliniken besvarar frågorna ett (1) till och med fem (5) genom att presentera en beskrivning av egen verksamhet för alla indikatorer och minimikrav för respektive fråga.
- Klinikens beskrivningar ska vara kortfattade upp till 500 tecken och ska skrivas i gråmarkerade fält inom respektive tabell. Om beskrivningen kräver större utrymme kan kliniken bifoga relevanta dokument i elektronisk form.
- Kliniken ska alltid bifoga relevanta dokument i elektronisk form när detta begärs enligt minimikrav.
- Alla bilagor till frågorna ett (1) till och med fem (5) ska namnges med indikators beteckning inklusive respektive nivå; godkänd, bra eller utmärkt och landstingets namn (exempelvis, "Bilaga, fråga 2c – godkänd, från landstinget Dalarna").
- För frågorna sex (6) och sju (7) finns det ett svarsutrymme motsvarande en A4-sida per fråga. Svaren på frågorna kan även skickas in som bilagor och namnges med frågans nummer och landstingets namn (exempelvis, "Bilaga, fråga 6, från landstinget Dalarna").
- Frågorna åtta (8) till och med tolv (12) ska besvaras på engelska.
- Ansökan ska ha inkommit till Socialstyrelsen senast onsdagen den 15 februari 2009.
- Inskickad ansökan utgör allmän handling.
- Till ansökan ska bifogas protokollsutdrag från landstings-/regionstyrelsens alternativt landstings-/regionfullmäktiges sammanträde när ansökan beslutades.
- Vid frågor om ansökan kontakta utredare Martin Jansson, telefon 075–247 37 97.

Bedömning av inkomna ansökningar

Inkomna ansökningar ska bedömas av Socialstyrelsen. För frågorna åtta (8) till och med tolv (12) kommer Socialstyrelsen att ta ställning efter att en extern expert granskat svaren och gjort sin bedömning.

För frågorna ett (1) till och med fem (5) ska varje beskrivning, inklusive inkomna bilagor, bedömas och tilldelas ingen eller en av nivåerna godkänd, bra eller utmärkt. Varje nivå bygger på föregående vilket betyder att kliniken kan tilldelas nivån bra, endast om kliniken redan har uppnått nivån godkänd, nivån utmärkt endast om kliniken redan har uppnått nivån bra.

Frågor

Frågorna ett (1) till och med fem (5) tar sin utgångspunkt i vägledningen God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården¹. Denna vägledning utgår från hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125). God vård-konceptet har tagits fram för att underlätta och stimulera till ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. De föreskrifter som God vård grundar sig på är Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Att hälso- och sjukvården utnyttjar tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål är viktigt. I dagsläget saknas dock adekvata bedömningskriterier av dimensionen effektiv vård varför den inte finns med bland frågorna nedan.

1. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	1a	Aktivt deltagande av klinikkens experter i nationella/ internationella konferenser, seminarier och workshops, eller motsvarande.	Ett system för att säkra ordnat införande och utmönstring av nya metoder.	En systematisk och öppen process för övervakning och kritisk granskning för införande av ny kunskap i klinisk praxis.
	1b	Rutiner, en modell eller ett system för att säkra att klinikkens experter uppdateras om pågående forskning.	Genomförande av förbättringsarbete genom att utvärdera utfallet av aktuella behandlingar.	Rapportering av resultat av klinisk forskning och/eller registerverksamhet.
	1c	Rutiner för att säkra att aktuella riktlinjer/ vårdprogram tillämpas.	Aktivt deltagande i riktlinjearbeten/ vårdprogramarbeten.	–
	1d	Deltagande i kvalitetsregister eller liknande.	–	–
Minimikrav	1a	Klinikens experter deltog med minst två deltagare, med minst två presentationer, på minst två konferenser, seminarier eller workshops eller motsvarande, under senaste två år. Bifoga en sammanfattning på deltagare, presentationer, konferenser, seminarier, workshops eller motsvarande.	Kliniken har ett system för att säkra ordnat införande och utmönstring av nya metoder som baseras på Nationella riktlinjer. Bifoga dokument.	Kliniken rutinmässigt genomför övervakning och kritisk granskning för införande av ny kunskap i klinisk praxis, med hjälp av en systematisk och öppen process. Bifoga dokument.

¹ Finns som nedladdningsbar PDF-fil på <http://www.socialstyrelsen.se/riks>

	1b	Kliniken har rutiner, en modell eller ett system som säkrar att klinikens experter är uppdaterade om pågående forskning. Bifoga dokument.	Kliniken har genomfört utvärderingar av utfallet av aktuella behandlingar med hjälp av kvalitetsregister eller liknande. Bifoga den ev. utvärderingen.	Kliniken bidrar till kunskapsutveckling och utvärdering genom att bedriva och skriftligt rapportera resultat från klinisk forskning och/eller registerverksamhet. Bifoga rapporter eller motsvarande.
	1c	Kliniken har rutiner för att säkra att aktuella riktlinjer/vårdprogram tillämpas. Bifoga dokument.	Kliniken deltar aktivt i regionala eller nationella riktlinjearbeten/ vårdprogramarbeten. Ange vilka.	–
	1d	Kliniken har minst ett aktivt deltagande i kvalitetsregister eller liknande. Bifoga dokument.	–	–
Klinikens beskrivning	1a	Den kraniofaciala kirurgin vid plastikkirurgiska kliniken startade i Göteborg i början av 1970-talet, efter utb/samarbete av dåtidens kirurger hos prof P. Tessier, Paris, dåtidens föregångare inom denna kirurgi. Prof C. Lauritzen har sedan 1980-talet vidareutvecklat denna kirurgi från statiska metoder till dynamiska principer, vilket internationellt sett anses banbrytande. Under denna period har ett kraniofacialt team utvecklats där kunskapen överförs till övriga medlemmar i teamet. Kunskapsutbyte sker kontinuerligt genom aktivt deltagande på internationella konferenser. Prof Lauritzen har varit ordförande för Europ Soc for Craniofacial surg (1994-96) och Int Soc for Craniofacial Surg (1998-2000). För redovisning av aktivt deltagande av klinikens experter i nat o internat, se bilaga 1:1.	Introduktion och utveckling av nya metoder inom kraniofacial kirurgi och avskaffande av befintliga, sker genom utvärdering och uppföljning av interna konsekutiva register (patient-, röntgen- och foto-). Sammanställning och analys av operationsresultat sker på kort sikt och under uppväxt till vuxen ålder. Pga små, varierande patientgrupper finns inga resultat från randomiserade studier och nationella riktlinjer saknas. Omvårdnaden följer program (Bil 2:8) baserat på lång erfarenhet av denna vård. Kontinuerlig vidareutveckling sker för att höja evidensgraden, i form av specialuppdrag för vårdpersonal (specialistuppdrag sjuksköterska tex kranio (Bil 1:2), smärtbehandling, nutrition, sårvård, kvalitetsgrupp). Kliniken har en multidisciplinär barngrupp, Bil 3:10 (anestesipersonal, psykolog mm)	Kraniofaciala patienter diskuteras individuellt el som diagnosgrupp i en öppen process vid kraniokonferensen 1g/mån, map preoperativa förhållanden och postoperativa resultat av plastikkirurg, käkkir, tandläkare, neurokirurg, psykolog och koordinator. Vid dessa möten tas beslut i enskilda fall om vidare utredning (sömnapnéer, ögonundersökning, ev shuntproblem etc) och kommande behandling såsom tandregling, käkkirurgiska och plastikkirurgiska ingrepp. I detta forum diskuteras behov- och introduktion av nya behandlingsmetoder. Genom prospektiva konsekutiva uppföljningar följs patienterna med klinisk bedömning, foto, CT, mm. Dessa uppföljningsdata utgör bas för analys av befintliga och utveckling av nya behandlingsformer. Kraniokonferens, se vårdprogram bil 1:8.

1b	Klinikens specialister och ST-läkare, vilket innefattar kraniofacial- och LKG-kirurger, deltar varje vecka på ett utbildningsmöte där studieupplägg och resultatredovisning av pågående och genomförd forskning presenteras. Varje vecka genomförs en gemensam klinisk undervisningsrond där alla inläggande patienter presenteras. Individuella patientdata, klinisk situation och generella diagnosdata går då igenom och diskuteras under ledning av ansvarig kirurg. (Bil 1:4), arbetsschema för klinikens läkare.) Övrig vårdpersonal deltar i dessa ronder. Kliniken anordnar årligen en heldag med tvärprofessionellt kunskapsutbyte för alla medarbetare inkl operationsavdelningen.	Den kraniofaciala kirurgin utgör en del av den plastikkirurgiska klinikens verksamhet. Kliniken har genomfört ett flertal utvärderingar av kraniofacial kirurgi med stöd av klinikens kraniofacial kvalitets- och fotoregister inom diagnosgrupperna. Förteckning över genomförda utvärderingar (bil 1:5)	Kliniken har rapporterat sina resultat avseende kraniofacial kirurgi nationellt och internationellt genom publikationer i vetenskapliga och fackliga tidskrifter och bokkapitel och genom presentation vid vetenskapliga möten. Vetenskapliga rapporter bifogas i bilaga 1:6. Kliniken har en adjungerad professur inrättad av Göteborgs Universitet i ämnet kraniofacialkirurgi, finansierad av Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
1c	Det finns rutiner för att aktuella riktlinjer och vårdprogram följs (se även kvalitetsplan) genom avgränsade uppdrag för teamchefer/koordinatorer/sekreterare. För kraniofacial kirurgin har teamchefen ansvar för vårdprogram/riktlinjer (Bil 1:7). Dessa bygger på fastlagda rutiner för operation och uppföljning (prospektivt), som anpassas individuellt (Bil 1:8). Kraniosekreteraren är vårdkoordinator och ansvarar för bokningar enl vårdplanen (Bil 1:9). Operationkoordinatören ansvarar för operationsplanering. Vid veckovisa kliniska ronder sker en avstämning mot gällande vårdprogram. Kalibreringsoperationer utföres av och till för avstämning av operationsmetodik. Kliniken ingår i ett sjukhusövergripande avvikelserapporteringssystem (MedControl, bil 2:1), där avsteg rapporteras och återkopplas.	Inom kraniofacial kirurgi pågår inget regionalt eller nationellt riktlinjearbete. Det finns dock regionala vårdprogram för läpp-käk-gomspalt och bröstreduktionsplastik (bil 1:16, 1:17). Klinikens kraniofacialkir är resurspers för SoS informationscentrum för ovanliga diagnoser bil 1:18. Plastikkirurgiska kliniken har drivit 2 SKL-projekt: nationella medicinska indikationer för "Bröstreduktionsplastik - ..." (Bil 1:10) och "Bukplastik och ..." (Bil 1:11). Kliniken har ansvarat för att ta fram regionala riktlinjer för vertikal prioritering inom plastikkirurgi, som sedan processats och antagits som nationella 2006 (Bil 1:12). Dessa genomgår nu uppgörande och ska vara klara jan 2009. Kliniken deltar i SBU-projektet "Antibiotikaproylax vid ...", en systematisk litteraturoversikt (Bil 1:13).	—

	1d	Nationellt finns inget kvalitetsregister inom kraniofacialkirurgi. Däremot startade Plastikkirurgiska kliniken det nationella kvalitetsregistret för behandling av läppkåkgomspalter (Bil 1:14). Inom svensk plastikkirurgi finns inga andra nationella kvalitetsregister. Svensk neurokirurgi har heller inga nationella kvalitetsregister. Plastikkirurgiska kliniken har ett eget internt kvalitetsregister för kraniofaciala missbildningar som omfattar 2162 pat från 1978 - 2008 (Bil 1:15).	—	—
--	-----------	--	---	---

2. Säker hälso- och sjukvård

Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras. Ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet. Säker hälso- och sjukvård är en grundsten i allt kvalitetsarbete och innebär att vårdskador ska förhindras genom aktivt riskförebyggande verksamhet.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	2a	Ett avvikelshanteringssystem.	Aktivt deltagande i avvikelserapporteringen.	Kartläggning av vårdprocesser för hela vårdkedjan.
	2b	Ett egenkontrollsystem (internt kvalitetsregister) för komplikationer och vårdskador.	Händelseanalys av allvarliga avvikelser.	Regelbundet genomförande av riskanalyser av vårdprocesser.
	2c	Ett måldokument för patientsäkerhet.	Åtgärder för att förhindra upprepning av avvikelser.	Patientsäkerhetsmål som regelbundet följs upp.
	2d	—	Regelbunden egenkontroll med uppföljning av patientsäkerhetsmålen.	Patientsäkerhetsmålen och måluppfyllelsen är en del av verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser.
Minimikrav	2a	Kliniken har avvikelshanteringssystem med tydliga definitioner på vad som är en avvikelse, samt rutiner för rapportering, analys och återföring, enligt Socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete, SOSFS 2005:12. Bifoga dokument.	Klinikens personal deltar aktivt i avvikelserapporteringen och kliniken deltar aktivt i SKL:s säkerhets-satsning och kan visa mätbara resultat. Bifoga ev. mätbara resultat.	Kliniken har kartlagt hela vårdkedjans vårdprocesser. Bifoga kartläggningen.
	2b	Kliniken har egenkontrollsystem (internt kvalitetsregister) för att registrera komplikationer och vårdskador, enligt Socialstyrelsens handbok för patientsäkerhetsarbete, SOSFS 2005:12, kap. 5. Bifoga dokument.	Allvarliga avvikelser på kliniken blir föremål för händelseanalys. Bifoga dokument.	Riskanalyser genomförs regelbundet enligt rutinerna för alla säkerhetskritiska vårdprocesser för alla patienter och används alltid i samband med omorganisation och införande av ny teknik. Bifoga analysen.
	2c	Kliniken har satt upp tydliga, verksamhetsanpassade och mätbara mål för sin patientsäkerhet. Bifoga måldokumentet.	Kliniken vidtar åtgärder för att förhindra upprepning av avvikelser. Bifoga listan med åtgärder.	Alla enheter i verksamheten har patientsäkerhetsmål som regelbundet följs upp genom egenkontroll och visar en positiv trend. Bifoga dokument.
	2d	—	Egenkontroll utförs regelbundet för att följa upp patientsäkerhetsmålen.	Patientsäkerhetsmålen och måluppfyllelsen är en del av kliniken verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser. Bifoga dokument.

Klinikens beskrivning	2a	Sahlgrenska Universitetssjukhuset prioriterar arbete med patientsäkerhet och förebyggande av vårdskador. Kliniken har ett IT-baserat avvikelshanteringssystem, MedControl som är sjukhusövergripande, bil 2:1. Kliniken har även lokal rutin för rapportering och återföring, bil 2:2. Kliniken har en Kvalitetsplan utformad enl. SOSFS 2005:12 som uppdateras vart annat år, bil 3:1	Aktivt deltagande av kliniskens personal i avvikelshantering sker bl a genom drop-in möten där man går igenom avvikelser, lagar och förordningar, personalenkät genomförd 2007 beträffande patientsäkerhet, bil 2:5. Utifrån enkätsvaren genomfördes utbildningsdag med bl a patientfall för samtliga medarbetare. Alla nya medarbetare får introduktion i avvikelshantering. Kliniken har även en tvärprofessionell kvalitetsgrupp där avvikelser diskuteras, åtgärdas och följs upp. Ansökan till SKL:s Genombrottsprojekt Steget före 2009 är inskickad där man vill titta på postoperativa infektioner, bil 2:4. Rutin för klagomålshantering från patient/anhörig är framtagen och alla patienter/anhöriga får information om vart de ska vända sig bil 2:3	Deltagande i processhandledning (GU) med en övergripande kartlagd process; patient från vårdavdelning till operation, bil 2:6
-----------------------	----	---	---	--

2b	Sjukhusövergripande vårdkomplikationsregister saknas. Kliniken har påbörjat en postoperativ infektionsregistrering, se utdrag bil 2:10. Denna kommer att ligga till grund för Genombrottsprojektet (se fråga 2a-Bra). Punktprevalensstudier genomförs sjukhusövergripande varje år sedan 2001 och totala andelen somatiska patienter med vårdrelaterad infektion har legat mellan 6 och 7 % varje år sedan 2001 på SU. Alla rapporterade avvikelser registreras per enhet. Totalt antal inrapporterade avvikelser för hela verksamheten var 54 st. Verksamheten har ett flertal webbaserade PM och omvårdnadsprogram som ett led i patient-säkerhetsarbetet. Spsifikt omvårdandsprogram finns kraniofacial kirurgi och denna uppdateras regelbundet av kraniokirurg och kraniosjuksköterska.	Händelseanalys genomförs vid; * Händelser som leder till anmälan enligt Lex Maria * Händelser som inträffar i vårdkedjan mellan två verksamheter * Händelser som enligt verksamhetschefen bedöms som allvarliga * Händelser som sker vid utskrivning/vårdplanering. Kliniken har hittills gjort en händelseanalys, bil 2:7. Utbildning av VC, VEC och kvalitetssköterska i händelseanalys genomfördes 2005.	Se bil 3:1. Omorganisation på gång under 2009, inför detta görs riskanalys enl. bil 3:1 kap 5.
2c	Kliniken arbetar aktivt med mål och visioner. varje. Kliniken påbörjade 2002 arbetet med att ta fram ett balanserat styrkort för hela verksamheten. Denna uppdateras varje år och utvärdering sker kontinuerligt kvartalsvis, halvårsvis och/eller årsvis, bil 3:1. Verksamhetsplan görs årligen på kliniken och utvärderas. Beskrivning av utfall, årlig verksamhetsberättelse, bil 2:9	Utifrån den händelseanalys som genomfördes 2007 har kliniken tagit fram rutiner och riktlinjer för att förhindra upprepning och säkerställa vården. Detta dokument Postoperativt omvårdnadsprogram för barn och ungdomar som vårdas på plastikkirurgiska kliniken, finns även tillgängligt på klinikens interna hemsida. All vårdpersonal medverkar aktivt i åtgärder som bidrar till att öka patientsäkerheten, bil 2:8	
2d	—	Sker 1/kvartal-1g/år, beroende av måltyp, med återkoppling och förbättringsåtgärder. Kliniken deltar även i patientsäkerhetsronder.	Gemensamma mål för hela verksamheten, bil 3:1, 3:2, 2:9

3. Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Patienten ska visas omtanke och respekt.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	3a	Ett respektfullt bemötande av varje enskild individ.	Patientdelaktighet och dialog mellan patient och vårdgivare under hela vårdprocessen.	Ett fortlöpande förbättringsarbete baserat på genomförda uppföljningar och utvärderingar.
	3b	Anpassning av informationen till den enskilda patienten.	Uppföljning och utvärdering av bemötandet och kommunikationen med patienter.	-
	3c	Ett patientfokuserat kvalitetsledningssystem.	-	-
Minimikrav	3a	Kliniken har strategier, rutiner och metoder för att kunna ha ett respektfullt bemötande av varje enskild individ. Bifoga dokument.	Kliniken har strategier, rutiner och metoder för hur man skapar dialog och delaktighet mellan patienten och vårdgivaren under hela vårdprocessen.	Kliniken gör förbättringar av verksamheten som baseras på genomförda uppföljningar och utvärderingar beträffande bemötande, information, dialog eller patientdelaktighet i hela vårdprocessen. Bifoga ett exempel på genomförda förbättringar.
	3b	Kliniken har strategier, rutiner och metoder för hur informationen om hälsotillstånd, undersöknings- och behandlingsmetoder, risker och resultat anpassas till den enskilda patienten och i förekommande fall närstående. Bifoga dokument.	Kliniken följer upp och utvärderar bemötandet och kommunikationen med patienten fortlöpande utifrån patientens förutsättningar och behov i den aktuella vårdsituationen. Bifoga resultat av ev. patientenkäter, utvärderingar, etc.	-
	3c	Strategier, rutiner och metoder för ett respektfullt bemötande och hur informationen anpassas till den enskilda patienten är en del av kvalitetsledningssystemet på kliniken. Bifoga dokument.	-	-

Klinikens beskrivning	3a	Patientfokuserad hälso-sjukvård kvalitetsplan 2007-2008 bil. 3:1 Verksamhetsplan 2008 bil.3:2, NOBAB:s standard för barn och ungdomar inom hälso-sjukvård, bil.3:3 Barnkonventionen art. 12 Utarbetat som "Barnens Västra Götaland, ex: Båda föräldrar uppmuntras att delta i vården av kranio-barn, om inte det är möjligt är annan närstående välkommen. Alltid enskilt rum.	Dialog kirurg, ssk, psykolog, barn-fld, bil.3:5 Processkartläggning, bil.3:6A,B,C. Kraniobroschyr, bil.3:7 chattsida för unga kraniopatienter, www.newfaces.nufaceconnection, nätverk, hemsida, inkl. broschyr, bil.3:8 fadderföräldrarblad med frågor till barnen, avd. 41, bil.3:9 samarbete med patientförening och ungdomsnätverk	Samarbete narkos, bil.3:10, samarbete ang. förbättrad patientinfo med käkkirurgi, grupp, övergripande, samarbete smärtgrupp på Drott. Silvias barnsjukhus, regelbunden utbildning i smärtproblematik av personalensamarbete internt, Sahlgrenska, ang barnfrågor, nätverk finns, mötesprotokoll från ovanstående finns att tillgå Kvalitetsarbete avs. förberedelse och bemötande, bil.3:11
	3b	Tolk i förekommande fall, kraniobroschyr, se bil.3:7 utbildning av personal att kommunicera på barns olika utvecklingsnivåer, seminarier om bemötande, se fråga 11, föredrag. inskrivningsrum och beh.rum anpassade efter barns behov, särskilt ungdomsrum, ped.illustrations-material Se även bil. 3:5	Plastikkirurgi, slutenvård 2007 bil.3:12 Kvalitetsenkät barn-fld 2005 bil.3:13, uppföljning 2009, kranioenkät och intervju, CD, bil.3:14, operationspåverkan, bil.3:15	—
	3c	Föräldraförberedelse av dr. och psykolog, se bil. 3:5 Broschyr, "du kan stötta ditt barn", bil.3:16, tips på förb. på nätet ingår, Infoutskick till fld före op. Bil.3:18 anpassad förb.av barnet och fld av ssk, checklista, bil.3:19 förberedelse, barn, spec.ped., policy-dokument, bil.3:20,A,B bearbetning, efter op. bil.3:21, Tolk vid behov, Personalutb. i funktionshinder, bil 3:22 alltid enskilda samtal före och efter operation med op.doktor Se även 3 a	—	—

4. Jämlik hälso- och sjukvård

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvården ska ges företräde till vården.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	4a	Strategier och rutiner för att säkerställa jämlik vård.	Uppföljning av verksamheten som bygger på uppgifter uppdelade på kön, ålder och födelseland.	Förbättringsarbete som baseras på en regelbunden analys ur ett jämlikhetsperspektiv.
	4b	Strategier för hantering av statistik om verksamheten i en jämlikhetsaspekt.	–	–
Minimikrav	4a	Kliniken har strategier och rutiner som säkerställer respektfullt bemötande och omhändertagande av alla patienter och anhöriga oavsett bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell läggning eller personliga egenskaper. Bifoga dokument.	Klinikens uppföljning av verksamheten och dess resultat bygger på uppgifter uppdelade på kön, ålder och födelseland.	Kliniken gör förbättringar av verksamheten som baseras på en regelbunden analys ur ett jämlikhetsperspektiv.
	4b	Kliniken har strategier för hantering av statistik om verksamheten i en jämlikhetsaspekt.	–	–

Klinikens beskrivning	4a	Ett långsiktigt arbete har bedrivits för att säkerställa jämställd och jämlik vård inom verksamheten. Sjukhusets jämställdhetspolicy från 2002 fastslår att vården ska vara jämställd och jämlik (bil 4:1). Regionen beslutade 2003 att FN:s barnkonvention ska genomsyra alla verksamheter, där artikel 2 reglerar att barn ska skyddas från all form av diskriminering och behandlas jämställt (Bil 3:4). I det kraniofaciala registret (Bil1:15) och genom patient- och personalenkäter samlas uppgifter för att fånga upp jämställdhetsparametrar. För personal finns dessutom en sjukhusgemensam plan för jämställdhet och mångfald (bil 4:2,3). Plan för funktionshinderfrågor är utarbetad av regionen och utbildningsplan finns (Bil 4:4).	I klinikens kraniofaciala register (bil 1:15) finns uppgifter om ålder, kön, ursprungsland och region i Sverige. Registret ligger till grund för uppföljningar som görs regelbundet. I enlighet med SU's jämställdhetspolicy (Bil 4:1) ska kön, ålder, bostadsort, eller social och etnisk bakgrund inte påverka vården, vilket ska redovisas i boksluten varje år.	För att erbjuda alla barn en snabb diagnos oberoende av geografiska avstånd och kompetens i den egna sjukvården har kliniken infört en möjlighet för alla barnavårdscentraler och barnläkare att få konsultation med kraniofacial specialist per mail (Bil 4:5) Informationsbroschyr har skickats ut.
	4b	Vid uppföljning av diagnoser/åtgärder kontrolleras även könsfördelning, ålder, ursprungsland och ursprungsregion (Bil 4:6-9). Misstänkta avvikelser kontrolleras mot andra kända rapporter. Snedfördelning vad gäller könstillhörighet är liknande det som återfinns i internationell litteratur. Ett långsiktigt arbete för ökad kunskap bland allmänhet och sjukvård om dessa diagnoser och behandlingsmöjligheter pågår i syfte att optimera diagnos och behandling, även i ett jämställdhetsperspektiv	—	—

5. Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

Regeringen och Landstingsförbundet träffade år 2004 en överenskommelse om utvidgad vårdgaranti. Från och med den 1 november år 2005 gäller en utvidgad vårdgaranti, som innebär att beslutade besök och behandlingar ska erbjudas inom 3 månader och omfatta all planerad vård inom den specialiserade vården. Efter beslut om remiss/vårdbegäran ska ett besök inom den specialiserade vården kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdatum och en beslutad behandling inom ytterligare högst 90 dagar efter beslutsdatum. Väntetiden får överstiga 90 dagar, förutsatt att patienten och läkaren är överens om detta.

Nivå		Godkänd	Bra	Utmärkt
Indikator	5a	Mätning och uppföljning av väntetider.	Inrapportering till SKL:s databas.	
	5b	Kliniken mäter och följer upp väntetider för alla planerade besök för klinikkens patienter.	Kliniken har en heltäckande inrapportering till SKL:s databas.	Kliniken kan visa att åtgärder, som baseras på analys av väntetider, vidtagits för att undvika att svaga patientgrupper undanträngs.

Klinikens beskrivning	5c Plastikkirurgiska kliniken för statistik över remissinflöde, ny- och återbesök varje månad(bil 5:1). Väntetider registreras varje månad (Bil 5:2). Faktisk väntetid till första besök under perioden Jan 1, 2008-Dec 3, 2008 för remisser med kraniofaciala frågeställningar var: < =30 dgr: 94 31-90 dgr: 59 91-180 dgr: 6 >180 dagar:0 Väntetid >90 dgr är alltid patientvald väntan Antal första besök:159 Antal inom 90 dgr:151 % inom 90 dgr: 95,0. Vid patientkonferenser tas beslut om behandling och optimal tidpunkt för kirurgi. Vid enklare missbildningar finns en optimal ålder för kirurgi. Vissa komplexa medfödda missbildningar opereras stegvis i olika åldrar med fasta tidsintervall. Väntelistan till operation för kraniofacialkirurgi har under de senaste åtta åren varierat mellan 120-160 pat.	Kliniken rapporterar väntetider till SKL enligt gällande rutin. Det som rapporteras in är väntetiden till besök och operation/åtgärd för av SKL utvalda patientgrupper. Ingen enskild redovisning sker för kraniofaciala ingrepp. (Bil 5:3)	Alla patienter får operations-tid enligt medicinsk bedömning. Koordinering av ex multisjuka patienter sker alltid i samråd med DSBUS och/eller patientens hemsjukhus. Väntetiden för denna grupp av patienter kan variera från 1 dag- < 90 dgr. Vad gäller korrigering kirurgi på ex tonåringa patienter planeras detta alltid i samråd med patienten och plastikkirurgen. I förekommande fall även med ex käkkirurg/tandläkare och ibland neurolog. Kliniken har vid ökade köer vidtagit åtgärder i form av extramottagningar (bil 5:4) och utökat antal operationer.
-----------------------	--	--	--

6. Sårbarhetsanalys

Det fastslås i hälso- och sjukvårdslagen (2 e §) och tandvårdslagen (4 a §) att det där det bedrivs sjukvård skall finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. En centralisering av viss vård som rikssjukvård kan innebära en sårbarhet i frågan om tillgängligheten av dessa resurser, i synnerhet personal, eftersom vården koncentreras.

Ett oförutsett resursbortfall hos en klinik som bedriver rikssjukvård kan innebära att god vård i rimlig tid inte kan erbjudas alla patienter. Exempel på sådana oförutsedda resursbortfall är, då det gäller personal, sjukdom eller olyckshändelse som innebär att den/de drabbade inte kan utföra sina arbetsuppgifter. Gällande lokaler och utrustning är brand ett exempel. Ett sätt att försäkra sig om att resursbehovet under alla omständigheter är täckt, är att se till att beredskap finns för att skicka patienter till kliniker utomlands.

Hur säkerställer ni att samtliga patienter erbjuds god vård i rimlig tid, även i det fall en oförutsedd händelse hos er orsakat ett bortfall av personal, lokaler eller utrustning?

Klinikens svar

Säkerställande av god vård i rimlig tid

Verksamheten kännetecknas av en stor majoritet av elektiva operationer vilka sker vid en ålder som är optimal för varje patient. Detta gör att operationerna kan fördelas relativt jämnt över verksamhetsåret. Införandet av en möjlighet för e-postkonsultationer från hela landet har gjort det möjligt att styra patientflödena för ett optimalt resursutnyttjande.

Vid plastikkirurgiska kliniken, SU/Sahlgrenska har kraniofacial verksamhet hög prioritet bland de operationer kliniken utför. Detta innebär att den kraniofaciala delen har tillgång till operationssal/ar efter behov. Kliniken har totalt 4 salar att tillgå och vid behov kan fler än den sal som normalt används utnyttjas. På liknande sätt kan verksamheter omflyttas inom sjukhuset vid brand eller annan oförutsedd händelse. Det finns god tillgång till utrustning och vid behov kan t.ex. neurokirurgiska klinikens materiel utlånas.

Personalmässigt är den kraniofaciala verksamheten beroende av kvalificerad operations- och anestesipersonal, kraniofaciala kirurger, intensivvårdsplatser och röntgenutrymme. I och med att operationspersonal och anestesipersonal roterar mellan kraniofacial kirurgi och andra subspecialiteter eller kliniker, finns en möjlighet att stärka verksamheten vid sjukdom eller annan störning av personalresursen. Antalet aktiva kirurger är för närvarande fyra i olika åldrar. Möjlighet finns också att relativt snabbt utbilda ytterligare, eftersom alla plastikkirurger vid kliniken får grundutbildning i kraniofacial kirurgi.

De senaste decennierna har inga kraniofaciala patienter behövt skickas utomlands, tvärtom har kliniken tagit emot utomlands ifrån kommande patienter. Det finns dock ett kontaktnät världen över som gör sådana patientflöden möjliga vid behov. Tidigare har patienter vid kliniken under brandkatastrofen 1998 snabbt kunnat skickas till ett flertal brännskadecentra i Skandinavien.

Datoriserade vänteliste- och operationsprogram, journalsystem samt operationskoordinator gör det möjligt att ha god överblick över väntetider och förändringar i patienttillströmning och tidigt kunna åtgärda nytillkomna behov.

7. Resultat

Redovisa resultaten för indikatorn komplikationer (tidiga och sena; blödning, infektion, sår-ruptur) för åren 2003, 2004, 2005, 2006 och 2007. Uppgifterna ska, så långt det är möjligt, redovisas för samtliga patienter som behandlats för de åtgärder i kombination med diagnoser som ansökan avser.

Redovisa resultaten för indikatorn vårdtid (intensiv- respektive vårdavdelning) för åren 2003, 2004, 2005, 2006 och 2007. Uppgifterna ska, så långt det är möjligt, redovisas för samtliga patienter som behandlats för de åtgärder i kombination med diagnoser som ansökan avser.

Klinikens svar

Komplikationer För åren 2003-2007 redovisas 22 komplikationer hos 12 pojkar och 10 flickor. Komplikationer var 9 infektioner varav 2 fordrade operativ intervention. Blödning i 2 fall utan behov av reoperation. 2 cirkulatoriska komplikationer som fordrade anestesilogiska åtgärder eller ytterligare IVA-vård. 3 ventilatoriska komplikationer varav en fordrade tracheostomi. 2 behandlingskrävande chemoser (svullnad i ögats bindhinna) noterades. 3 övriga varav en fjäderdislokation och en sårinfektion som krävde reoperation Inga dödsfall eller invalidiserande senkomplikationer noterades. Bilaga 7:1. Vårdtider: Medelvårdtiden för isolerade kraniosynostoser var 2003 5,43 dygn (median 6 dygn) och 2007 5,12 dygn (median 5 dygn). IVA-vårdtiden under 2003 var för isolerade kraniosynostoser i medel 29,8 timmar (median 26) och 2007 24,7 timmar (median 23 timmar). För kraniofaciala syndrom var medelvårdtiden 2003 6,3 dygn (median 7 dygn) och 2007 6,1 dygn (median 6 dygn). IVA-medelvårdtiden var 38 timmar (median 28) 2003 och 34 timmar 2007 (median 25). För utförliga siffror se bil 7:2.

Nedanstående forskningsunderlag, frågorna åtta (8) till och med tolv (12), skickas in som bilagor. Frågorna ska besvaras på engelska då de kommer att granskas av externa experter.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 8, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 8, från landstinget Dalarna").

8. Research program

The research program should comprise a brief but complete description of the research at the facility, no more than 10 pages of 12-point typeface.

The description should include an account of research to date in the relevant field, illustrating key findings obtained, breakthroughs in the research, national and international contacts and impact.

Future research plans should cover the development potential for research and international collaborations and the skills, resources and equipment required for the research. The account should include the following information about the planned research:

- An account of the challenges, objectives and vision of the research at the clinic throughout a 10 year period, including integration with patient care, with clear milestones for the short (two-year), medium and long term, and the strategy for attaining the objectives. During the third year a report on work to date is required.
- Significance: a brief account of the importance of the planned research and local research environment to the research field.
- Survey of the field: a summary of the research in the field concerned, with key references.
- International and national collaboration: a brief account of current and planned collaboration with foreign and Swedish researchers and/or research groups.
- Description of registers, databases, biobanks etc.
- Skills and special equipment required for the research, classified as existing and as yet non-existent.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 9, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 9, från landstinget Dalarna

9. Curriculum vitae/scientific qualifications

This should contain CV's for the researchers taking part, not more than two pages per person. For each researcher the following headings, where applicable, should be used:

- Doctoral degree (year).
- Postdoctoral periods (year and affiliation).
- Qualification as Associate Professor (year).
- Current position, appointment period and time for research in the position.
- Previous positions and periods of appointment.
- Distinctions.
- Number of people awarded doctorates for whom the participating researcher has been the main supervisor (state the periods concerned).
- Number of postdoctoral researchers who are or have been collaborating with the researcher in the research group (state the periods concerned).
- National and international assignments of importance.
- Qualifications with respect to collaboration and/or communication of research findings. These may, for example, relate to cooperation with businesses, organisations or public agencies; commercialisation of results; popular-scientific activities or documentation for decision-making at various levels.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 10, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 10, från landstinget Dalarna").

10. Research funding

- Present research funding.
- Present plans for future funding.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 11, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 11, från landstinget Dalarna").

11. List of publications

This list should contain publications by the participating researchers over the past five years (2002-2007). Each researcher's publications should be listed separately, with the ten most important publications marked with an asterisk (here, articles more than five years old may also be included) and the publications classified under the following headings:

- Peer-reviewed articles.
- Review articles, book chapters, books.
- Conference contributions.
- Material such as databases, registers, biobanks, patents and publicly available computer programs etc., developed by the researchers at the applying clinic.
- Popular-scientific articles and activities.
- List publications with all authors as published, publication title, year, volume, and pages.

Svaret på denna fråga skrivs i ett separat dokument och namnges då som "Bilaga, fråga 12, från *landstingets namn*" (t.ex. "Bilaga, fråga 12, från landstinget Dalarna").

12. Other information

The applicants should provide a complete description on how material such as databases, registers, biobanks etc will be maintained and made accessible to researchers outside of their facilities, now and in the future.

Redovisning av eventuella bindningar

För verksamheten

För att få tillstånd att bedriva rikssjukvård ska verksamhetschefens eventuella bindningar till läkemedelsindustrin, medicinteknisk industri eller motsvarande redovisas. Med bindningar avses t.ex. ekonomiska intressen och släktskap.

Finns sådana bindningar? ☒ Nej ☐ Ja

Om svaret är ja, redovisa bindningar i det skuggade fältet.

Underskrift av ansökan

För verksamheten

Namn, titel, ort och datum

Anna Elander, professor, Göteborg 090112

Namnförtydligande

För landstinget

Namn, titel, ort och datum

Namnförtydligande

Evaluation of Research Applications:

(Coding in these categories: 4 is the highest, 1 is the lowest)

Sahlgreniska Application

1. Scientific quality

1a. Validity-The material that was presented appears to be valid scientifically, even though most focused on clinical application. The utilization of the springs and biomaterial are well accepted in the treatment of craniofacial surgical patients, that are well-accepted forms of treatment. evaluations seem redundant at this point. the biomaterials springs is an interesting concept more theoretical than realistic. 3

1b. Quality-The quality of research appears to be appropriate, however there are some areas that are the stressing facts about the clinical research that more or less are not very conducive especially with the present knowledge of what's going on in the field of growth and development verses functional speech evaluations. Delaying the treatment plan in some patients for evaluation of methodology may not be the best form of improvement and can not be tied to progress. 2

1c. Qualification-Looking at the qualification of all the physicians involved in the research, they are all highly qualified, well intended in their scientific methodology, and efforts. There are no questions about their application form as scholarship is their mode of presentation. 4

1d. Feasibility-Feasibility may also be a problem as related to the previous points noted, which is that some of the block material/clinical research material proposed may not be applicable particularly in the form of delaying treatments where there are more international efforts to have treatments done in an early stage of life to prevent any disquala that may not be correctable. with the advancement of technology and progress in that field denying youngsters care may not be

appropriate for proposed research 2

2. Scientific Renewal-The scientific renewal of this form of treatment may not be appropriate since the first part about the clinical application in craniosynostosis has already been valid form. The application of biomaterial bringing “spring-like” action at present time is highly questionable and the application of delaying the treatment plan may not be applicable for renewal. that is a biomaterial metal charechterestics that came to that conclusion,and that result.2

3.Maintenance of Databases-This is extremely important if the applicants will produce in their treatment plan a collaborative form of software that all the applicants can utilize. That would be more conducive of improved, high quality patient for future generations. 3

4. Overall Assessment-The overall assessment is 3 based on the scientific validity, qualification, scientific qualification, and application of clinical research and future applications. 3

Karolinska Application

1. Scientific Quality

1a. Validity-This is one of the most appropriate basic researches with a high quality of clinical applications for the future using BMP applications in bone formation, bone regeneration, and in a form of delivery system made of a bio-gel and hydro-gel. Hopefully in the future that will have a good clinical application. that will be of benefit to many patients. Therefore, the feeling is that the validity is this is a very sound system of research. 4

1b. Quality-What has been presented as the quality of the methodology gives them a high possibility of applicability. 3

1c. Qualification-Without any argument the group is highly qualified health professionals and there are not questions about any of their qualifications based on the presentation of their previous publications and dedication to scientific methodology. 4

1d. Feasibility-The feasibility of this work is very high in doing both basic research and then clinical application with the majority of patients having congenital and acquired problems, requiring bone regeneration in order to fill defects will be most applicable. 4

2. Scientific Renewal-This is renewable research and probably will take a few more years of highly sophisticated research there will be more advancement made in that area then has been made in the past. 3

3. Maintenance of Databases-It is very possible that the software will be applicable within all the applicants so they can share the material within the institution, in the country and outside in the European community. 3

3. Overall Assessment-After reading the application, this will probably the highest score as far as innovation, clinical applicability and future application on patient care. This will also be a basis of producing high quality and better outcome for patients. 4

Uppsala Application

1. Scientific Quality

1a. Validity-The scientific validity is quite interesting at this point and the utilization of intracranial dynamics and intracranial dialysis and assessing the central nervous system, the ophthalmological changes and quality of life, all seem to be interesting. However, that should be part of the ongoing treatment plan of the patients. **3**

1b. Quality-The quality of research is interesting but does not give it a high priority in the quality system in order to improve what is there, it is primarily to assess what is there. **2**

1c. Qualification-The qualification of the group is highly qualified, well intended and scholarly in their methodology. They are all dedicated professionals. **4**

1d. Feasibility-This is a feasible part of the clinical care of the patient and that could always be added as part of their system of patient care and quality improvement. **2**

2. Scientific Renewal-This is renewable but does not have priority in renewing the work. This should be part of a database for renewal. **2**

3. Maintenance of Database-This is extremely important at this point. A database would be shared within all treatment within the institution, within the country and the European community. **3**

4. Overall Assessment-The overall assessment is **3**.

Lund Application

1. Scientific Quality

1a. Validity-The validity is interesting with the new improvements in the craniofacial patient care. However, some of the methodology proposed has already had a number of research papers showing it may not be the most applicable to follow and repeating the application in a hope of getting a better result does not sound appropriate, particularly intracranial pressure monitoring in patients

undergoing craniofacial surgery. That only has validity if trauma patients. Funduscopy and timing seem to be interesting studies to do. The standardization is something that should be referred to the database and intracranial dialysis is an interesting concept with questionable applicability in the future particularly in congenital malformations and in improving the quality of life for patients who are having the treatment plan. 3

1b. Quality-The overall quality in the research is good. As noted previously some of the methodology may not be the best applicable for improving patient care and evaluations. 2

1c. Qualification-These professionals are highly qualified people, well intending and they are looking for improvement in all aspects of patient care and they should all be commended on their efforts to continue working to the improvement of patient care for a better outcome. 4

1d. Feasibility-This is feasible. It can be done as part of the treatment plan. if these measures are done then recordings should be part of the database 2

Scientific Renewal-This is renewable. Most probably after seeing there are no changes from what has been published previously, that may not be feasible to continue doing the same thing over again in the hope of getting a different outcome or result. 2

Maintenance of Database-This should also be as important as anything else particularly in order to get the institutional results, data, information system, and health information all coordinated within the institution, within the country, and in the European community. 3

Overall Assessment-The importance of this research particularly in giving a validity score is not as important as some of the other applicants. 2

The Evaluation, and the Ranking process with the final ranks:

The evaluation of those applications was extremely interesting. All the applicants were highly done, all applicants are well recognized in their field, and it was very hard to go over the details to see which one of them would be the appropriately supported 100%. However, there are commonalities in these applications and these refer to the databases. The database and health information should maybe be divided between all of them so they can help work with each other through a

compilation of information and that will allow

Page 4

them to evaluate the data, look at the outcomes, and see for the future what will reduce health costs, reduce duplication of efforts, improve the quality of care, and the best aspect of all, the outcome will be far superior then what is available at present time. This is my evaluation. My ranking is listed below. It was very hard to make these decisions, however it was ranked on what would be the most appropriate to see future improves in health care and future improvement in patient outcomes. especially with all those who have sever and moderate craniofacial deformities (note: 1 is the highest ranking and 4 is the lowest) in the ranking process listed at the bottom of the scale.

Please quick reference table below:

	Sahlgreniska	Karolinska	Uppsala	Lund
1. Scientific Quality	3	4	3	3
1a. Validity				
1b. Quality	2	3	3	2
1c. Qualification	4	4	4	4
1d. Feasibility	2	4	2	2
2. Scientific Renewal	2	3	2	2
3. Maintenance of Database	3	3	3	3
4. Overall Assessment	3	4	3	2
RANKING (1 being the highest)	3	1	2	4

Mutaz B. Habal, MD, FRCS

www.mhabal.com/plas

Vox: 813-238-0409

Fax: 813-238-1119

cover letter....

MUTAZ B. HABAL, M.D., F.R.C.S.C., F.A.C.S. PLASTIC SURGERY

205 W. DR. MARTIN LUTHER KING JR. BLVD. STE 103
TAMPA, FLORIDA 33603-3301
TELEPHONE (813) 238-0409

WEB. URL <http://www.mhabal.com>
E-MAIL mbhabal@verizon.net
FACSIMILE (813) 238-1119

april, 23, 2009

dear Mr Janneson

i have placed the rational for the evaluations , tus adding a subjective means beside the numerical evaluations . hope this will be of help to you and the group

mutaz

Mutaz B. Habal, MD, FRCS, FACS
director, TBCFC
Ediror, JCFS
Reasearch Professor/USF
material scicence professor/UF

Bilaga 7

Mr S A Wall
32 Osler Road
Headington, Oxford OX3 9BJ
Tel (Mobile): +44 7990 523 408 Fax: 01865 231091

Mr Martin Jansson
National Board of Health & Welfare Sweden

SAW/cr
11 September 2009

Dear Martin

Re: Précis report supporting score-ranking of Unit assessments

I think it is important for me to indicate that there are international discrepancies as to what is classified as true Craniofacial Surgery versus activity which could fall under the classification of Head and Neck Surgery, ENT Surgery, Plastic Surgery and Oral & Maxillofacial Surgery.

The consensus opinion would be that a true craniofacial service should be focussed on the treatment of congenital abnormalities: the majority of which should involve combined surgery through the skull and orbits/face simultaneously, or require significant multidisciplinary input in terms of cranial reconstruction or remodelling.

In the vast majority of cases, this would indicate that the units should have a significant bias towards the treatment of craniosynostosis and craniofacial dysostosis conditions.

All 4 units in the process being assessed here have significant leanings towards research into pure neurosurgery, implantology and Maxillofacial Surgery and, other than Karolinska and Sahlgrenska, do not have major established programmes in terms of congenital craniofacial-related research.

These précis below will support my selection of ranking with a formal detailed unit-by-unit critique to follow as soon as possible. The units will be presented in the order of their ranking achieved.

This ranking was obtained by the overall assessment of the submissions and do not necessarily relate to the overall average achieved. The numeric averages also do not include the scores that would be allocated under the section I have put down as 'SA Wall Overall

S A Wall/D Johnson 01865 231085 Plastic & Reconstructive Surgery
N Saeed 01865 743499 Oral & Maxillofacial Surgery
J Hurst 01865 226008/A Wilkie 01865 222619 Clinical Genetics
C Luscombe/Zoe Gordon 01865 234042 Speech and Language Therapy
J Elston 01865 234202 Ophthalmology
C MacIntosh 01865 234297/234742 Orthoptics
J Byren 01865 231087 Clinical Liaison Officer
H Williams 01865 231084 Unit Co-ordinator

P Richards/J Jayamohan 01865 231507 Neurosurgery
P Wilson 01865 231848 Clinical Psychology
M McKnight 01865 743101 Orthodontics
R Evans 01865 221591 Anaesthesia

S Hague 01865 231578 Ophthalmology
A Freeland 01865 231062 ENT
S Greenwood/K Burden 01865 231003 Nurse Specialists

comments'. I think that it is essential that in all forms of craniofacial based research, likely clinical applicability in the short to medium term is of significant importance, although it is recognised that academic based research that may lead to significant later clinical applicability.

I have also assessed some of the research in terms of what I class as true craniofacial relevance in terms of the congenital craniofacial disorders that should be the major emphasis of any active craniofacial unit.

Rating 1: Karolinska

I feel that the overall quality of the submission from this unit is significantly higher than any of the others. The quality of their research to date has been excellent. This has been both laboratory based scientific investigation that has led onto significant clinical based trials. Their proposals continue along the same line with a strong clinical applicability. The CVs presented confirm the necessary qualifications for further research.

Their previous research, with ongoing publications and presentations, has documented their ability to renew their programmes and certainly the work indicates a significant co-operative ability.

This unit's application is unusual in the fact that they do not have any significant data basis or registry but, in view of the fact that their research does not lend itself to this kind of interaction, I do not foresee this as a problem. It is however the fact that they have been scored 1 and 1 on 3a and 3b that has dropped the overall average down to 3, where as it should be significantly higher in relation to the other units.

Some of the research proposals have to be viewed in the fact that they are essentially implantology and maxillofacial based, but this I feel indicates the diversity rather than a restriction in terms of their ability to proceed along true craniofacial lines.

Ranking 2: Sahlgrenska

The Unit at Gotheberg has a long established history of significant clinical practice and clinical based research. The fact that they have chosen to simply highlight the 2 areas of chosen research that they wish to follow, without substantial reference to previous work in other areas, has slightly dropped their overall score but certainly in their programmes outlined to date, there has certainly been significant output in terms of clinical and basic science research in the past. The proposed ongoing research is scored slightly lower than probably absolutely correct. This is based on the exact materials and methods not being laid-out in detail. In the genetic and molecular biology section, the exact aims are not clearly laid-out.

The research programme related to Cleft Lip and Palate, and the section related to Turner Syndrome, although indicating a technical ability to research, are probably more in the realms of pure Cleft Lip and Palate and Oral & Maxillofacial surgery conditions than what could be viewed as 'true craniofacial surgery'. Their application however does indicate a potential for significant clinical applicability. They have demonstrated their ability to renew their research

activity and have extensive cooperative programmes. In terms of data base and registry, they have a significant local craniofacial data base that has been maintained for a long period and will almost certainly continue to be maintained.

I feel that in comparison to the other units, this submission is behind Karolinska, but ahead of Upssala and Skane.

Ranking 3: Upssala

In terms of the scientific quality to date, this has been good in the surgical technology area. Most of this has been along the lines of maxillofacial surgery rather than true craniofacial surgery, but it is a technology that could be transposed to congenital work. Certainly, there is evidence of the ability to do cooperative centre work.

The quality of life emphasis has been towards Cleft Lip & Palate and Trauma as opposed to congenital craniosynostosis related work. These could be classed as relatively generic rather than specific. Likewise, the ophthalmological studies have been fairly generic paediatric studies. In terms of the proposed research, as indicated, this is directed towards trauma and orthognathics rather than craniofacial conditions *per se*. However, I am sure that this could be applicable in the future.

The central nervous system proposals would need careful assessment. Data collection indicated is to use standard collection techniques that are available in most ICUs. The auto-regulation studies have probably a limited role in the acute post-operative stay following synostosis surgery. Certainly, the utilisation of intracranial microdialysis techniques would have to be very carefully assessed as, from the information available to me, this is a significantly invasive technique with an associated clinical morbidity. Also, the indication I have been able to obtain is that the degree of pathological change required to make this a useful technique would be highly unlikely to occur on a routine basis in standard extra-dural techniques used in treatment of synostosis.

In terms of data base and registries, the development and co-operative use of a high quality data base/registry is an excellent goal, certainly the information given suggests that this is already at a significant cooperative level with other units. This is certainly an element of their programme that should be encouraged.

Ranking 4: Skane

Unfortunately, this has to be indicated as the weakest application despite the excellent outline of what they would hope to achieve and their suggested aims for the future. Under their aims: point 4 appears to be completely unrelated in terms of research to any of the points raised in their background analysis. I can find no significant documentation of any quality research to date. As indicated, their proposed aims are good. Significant analysis and investigation of their proposed techniques would be required, particularly in terms of point 2 of TCD and PI, where the techniques suggested are, as in the application above by Upssala, deemed to be fairly invasive and the substantial metabolic swings that would be required to obtain any useful information would be unlikely to occur in standard synostosis practice. However, they have supplied no significant evidence regarding data base and registries and

none of the publications from this unit would be classed as truly related to the proposed aims.

I hope the above précis report would help in any urgent decision making processes.

A full detailed critique per unit, which could be used for feedback, will be presented and processed as soon as feasible. This will hopefully be by early next week as I unfortunately have a secretary off sick today.

However, please do not hesitate to contact me for further clarification either via e-mail or by phone (+44 7990 523 408).

ID Tax and Bank details to follow Monday

Yours sincerely

S.A. WALL MBBCh(rand) FRCS FRCPCH FCS(SA) plast.

Consultant Plastic and Reconstructive Surgeon

Bilaga 8

Dr Wolfes granskning av de sökandes svar på de frågor som avser forskning i ansökningsblanketten. Granskning inskickad per e-post 2009-09-12

I have gone over the Research Applications from the 4 Swedish Universities again. They all consist of multiple grant applications, what we used to call when I did NIDR grant applications "Center Applications".

My ratings will be cursory, with fairly minimal commentary, and will provide a numerical rating for all of the Centers. It was arrived at by using my clinical judgement on what I think the most promising projects are, as such is not a "scientific rating", but a clinical judgement based on 34 years of clinical practice of craniofacial surgery.

1. Karolinska. Projects of interest are studies on BMP and sinus lifts, which can be interrelated. My rating for them is the highest, since I think that this project can be clinically the most productive. I think they should get in close contact with the manufacturer of the BMP-2, Medtronic, to be fully informed of what work has already been done. Having a scaffolding that holds its shape better than the currently available collagen sponge is important, and the hydrogel may be useful here. I do not think it is appropriate to do a study of hydrogel + hydroxyapatite in human subjects, since there is no evidence that teeth will erupt through HA or bone admixed with HA. They are working with an busy craniofacial service in Paris, and the BMP studies and sinus lift studies could be combined more closely. BMP-2 is already approved for sinus lift procedures by the US FDA. What not use it here? Other projects I shall not comment on, since they neither add nor detract from the overall application.

* Quality: 4 (potentially)
* Scientific renewal: 4 (this can easily lead to much
further work)
* Databases and Access:4

2. Lund. Projects include brain tumor studies (outside the scope of craniofacial surgery) and study of transcranial doppler and pulsatile index for assessment of intracranial pressure. This study has considerable clinical relevance in the treatment of craniosynostosis. Other request is for support of their database.

* Quality: 3
* Scientific renewal:3
* Databases and Access:4

3. Sahlgrenska. I must state here that I am good friends with one of the investigators here, but I do not think that this has swayed my rating. Their requests are for database management, cleft studies, biomaterials, and further work on springs, which were developed in this unit. The claim is made that this group has the largest series of craniosynostosis patients in the world and that might be disputed if one checks Enfants Malades in Paris. Further work on springs is laudable, but support here can certainly come from a commercial instrument house if the method is commercially viable (and it should be)

* Quality: 2
* Scientific renewal: 2
* Databases and Access: 3

4. Uppsala. Robotic and navigational surgery. This may be of great value in neurosurgery, but must be looked upon a gimmick in orbital surgery. Also neurosurgical and pediatric ophthalmology registry.

* Quality: 2
* Scientific renewal : 1
* Databases and Access: 1

This numerical rating again comes simply from my assessment of which of the projects I feel has the greatest promise to come up with methods and materials that have great clinical use. You also have my previously written comments which were a bit more expansive.

All the best,

S. Anthony Wolfe, M.D.

Kompletterande utredning i tillståndsärendet viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård

Enligt beslut i Rikssjukvårdsnämnden den 24 september 2008 är verksamhetsområdet viss kraniofacial kirurgi definierat som rikssjukvård. För att det tillståndsärende som följde på ansökningar från Landstinget i Uppsala län, Region Skåne, Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen ska kunna slutföras, behöver en kompletterande utredning genomföras. Genom att granska och bedöma landstingens kompetens att bedriva vård inom rikssjukvårdsdefinitionen syftar denna utredning till att tydliggöra vilka landsting som bedöms ha bäst förutsättningar att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Denna blankett genererar därmed underlag för rekommendation av vilka landsting som rekommenderas få tillstånd att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård under perioden 2012-01-01 – 2016-12-31 vid Rikssjukvårdsnämndens sammanträde 15 juni 2011.

Besvara frågorna i de skuggade fälten.

Kontaktuppgifter

Kontaktperson Nils Crona	Telefon (inkl. riktnr) 070 5283237
E-post Nils.crona@akademiska.se	

Adress

Sjukhus Akademiska sjukhuset	
Utdelningsadress	
Postnr 75185	Postort Uppsala

Underskrift av ansökan

Namn, titel, ort och datum Uppsala 2011-04-06 Namnförtydligande		
	Morten Kildal	Erik Weiman
	Verksamhetschef	Ordförande i landstingsstyrelsen
	VO Plastikkirurgi och käkkirurgi	Landstinget i Uppsala län
	Akademiska sjukhuset	

Praktiska anvisningar

- Sista inlämningsdag är **den 8 april 2011**. *OBS! Svar efter detta datum beaktas ej.*
- Samtliga svar ska ges i Times New Roman, 12 punkter.
- För samtliga svar gäller att information bortom angivet svarsutrymme *beaktas ej.*
- Dokumenten ska skickas till Socialstyrelsen, Tillstånd, att: Martin Jansson, 106 30 Stockholm i både pappersform och som e-post till martin.jansson@socialstyrelsen.se

Del 1 – medicinsk kompetens

En förutsättning för att få tillstånd att bedriva rikssjukvård är att sökande landsting bedöms ha tillräcklig kritisk medicinsk kompetens för att behandla och åtgärda sjukdomstillstånd inom rikssjukvårdsdefinitionen. För att anses ha tillräcklig kritisk medicinsk kompetens ska sökande landsting ha såväl bredd att behandla och åtgärda, som djup att hantera de mest komplicerade sjukdomstillstånden inom rikssjukvårdsdefinitionen.

1. Tillgång till kritisk medicinsk kompetens med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen

- Markera i svarsfältet nedan med asterisk (*) de specialiteter ni bedömer att er klinik har tillgång till vid utförandet av ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen för viss kraniofacial kirurgi så som den beslutades av Rikssjukvårdsnämnden 2008-09-24. För varje specialitet ska dessutom redovisas de idag verksamma individer som medverkar vid utförandet av dessa ingrepp vid er klinik. För varje individ ska framgå namn, akademisk titel, yrkestitel samt anställningsår enligt exempel nedan.

Plastikkirurgi

- *
- Daniel Nowinski, medicine doktor, Överläkare, 2001
- Malin Hakelius, Överläkare, 1998
- Valdemar Skoog, docent, Överläkare, 1974
- Anders Hedlund, Överläkare, 1979

Neurokirurgi

- *
- Pelle Nilsson, medicine doktor, Överläkare, 1993
- Per Enblad, professor, Överläkare, 1988
- Anders Lewén, docent, specialistläkare (50% forskning, 50% klinik), 2001

Käkkirurgi

- *
- Jan Hirsch, professor, Övertandläkare, 1994
- Gunnar Sörlin, Övertandläkare, 1992
- Mikael Magnusson, Övertandläkare, 2003
- Andreas Thor, odontologi doktor, Övertandläkare, 2001

ÖNH

- Ej tillämbart

Anestesi (barnanestesi)

- Peter Frykholm, medicine doktor, Överläkare, 1995
- Arne Wessen, medicine doktor, Överläkare, 1987
- Jan Olsson, Överläkare, 1980
- Philip Staun, Överläkare, 1999
- Bengt Sporre, Överläkare, 1988
- Björn Zaren, medicine doktor, Överläkare, 1974
- Mary George, medicine doktor, Överläkare, 1992

Övriga relevanta specialiteter

- Ej tillämbart

Kommentar:

Listan innehåller operatörerna i det kraniofacialkirurgiska team som deltar i vården av de patienter som ingår i rikssjukvårdsdefinitionen, samt anesthesiologerna på sjukhuset med yttersta kompetensen inom barnanestesiologi. På Akademiska sjukhuset utförs operationerna på två ämnesorienterade operationsavdelningar, neurokirurgi och plastikkirurgi. På dessa två enheter utförs ca 40% av sjukhusets barnanestesi. Anestesi och tillhörande delar av det perioperativa omhändertagandet utförs således av de anesthesiologer som tjänstgör på dessa två enheter enligt riktlinjer som utarbetats av sjukhusets yttersta barnanestesiologiska expertis, anställd på Verksamhetsområdet anestesi och intensivvård.

"Ej tillämbart" innebär att dessa specialiteter inte deltar i utförandet av ingreppen för de tillstånd som ingår i definitionen. Liksom på alla universitetssjukhus har vi på Akademiska sjukhuset tillgång till ÖNH-expertis, och annan viktig expertis i sammanhanget, som exv Ögonläkare.

Forskningstjänsten som innehas av Dr. Anders Lewen är en del av satsningen som gjorts på neurointensivvårdsavdelningen (NIVA) som ett av sjukhusets Center of Excellence.

2. Klinisk erfarenhet inom rikssjukvårdsdefinitionen (individ)

- Lista i svarsfältet nedan det totala antalet utförda ingrepp med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen **som var och en av de i fråga 1 listade individerna** har medverkat till att genomföra under perioden 2006-2010. Förteckningen avser ingrepp utförda såväl vid hemmakliniken som vid externa kliniker varför detta ska framgå av redogörelsen enligt exempel nedan.

Plastikkirurgi

- Daniel Nowinski 15/105
- Malin Hakelius 20/0
- Valedmar Skoog 34/0
- Anders Hedlund 39/0

Neurokirurgi

- Pelle Nilsson 6/3
- Per Enblad 6/3
- Anders Lewen 15/0

Käkkirurgi

- Gunnar Sörlin 46/0
- Mikael Magnusson 46/0
- Andreas Thor 20/0

ÖNH

- Ej tillämbart

Anestesi (barnanestesi)

- 5796/230

Övriga relevanta specialiteter

- Ej tillämbart

Kommentar:

I Akademiska sjukhusets sjukvårdsregion utförs käkkirurgi på länssjukhusnivå, samt på Örebro Universitetssjukhus. Detta innebär att volymerna för baskirurgi (EEC05) är relativt låg.

För anestesi har vi angivit volymerna för barnnarkoser (första siffran) på de två operationsenheterna (40% av sjukhusets totala barnanestesi), och anestesi för ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen (andra siffran) då detta på bästa sätt återspeglar den barnanestesiologiska kompetens som finns tillgänglig för de relevanta ingreppen. Ingrepp som ingår i definitionen utförs nämligen även på vuxna.

3. Klinisk erfarenhet inom rikssjukvårdsdefinitionen (team)

- Ange i svarsfältet nedan **det totala antalet** utförda ingrepp med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen som det kraniofaciala teamet vid ert sjukhus har genomfört under perioden 2006-2010. I redogörelsen ska endast inkluderas de ingrepp där personal som idag är verksam vid ert sjukhus har deltagit.

Svar: 335

4. Kirurgisk bredd inom rikssjukvårdsdefinitionen

- Markera i svarsfältet med asterisk (*) vilka av de nedanstående åtgärds-koder som ni bedömer att i dagsläget tjänstgörande personal vid ert sjukhus har kompetens att utföra.

* AAK00 Kranioplastik

* AAK20 Operationer p.g.a. kraniosynostos

* AAK30 Kraniofacial rekonstruktion vid missbildning

* CAC50 Korrektur av medfödd missbildning av orbitas benvägg

* DLD10 Korrekturplastik av näsans brosk- och benskalle

* DLD30 Rekonstruktion av näsan

* EDC05 Segmentosteotomi på underkäke

* EDC10 Sagittal ramusosteotomi på underkäke

* EDC15 Vertikal ramusosteotomi på underkäke

* EEC05 Le Fort I-osteotomi

* EEC10 Le Fort II-osteotomi

* EEC15 Le Fort III-osteotomi

5. Kompetens och erfarenhet av att behandla kraniosynostos

- Beskriv i svarsfältet nedan processen som leder fram till operation av patient med *Dolicocefali* (Q67.2), *Plagiocefali* (Q67.3) eller *Kraniosynostos* (Q75.0).
- Beskriv övergripande i svarsfältet nedan de strategiska överväganden och alternativa angreppssätt som tillämpas inför och vid genomförandet av operation på patient med *Dolicocefali* (Q67.2), *Plagiocefali* (Q67.3) eller *Kraniosynostos* (Q75.0).
- Ange för var och en av diagnoserna Q67.2, Q67.3 och Q75.0 antal ingrepp utförda av vid ert sjukhus tjänstgörande och idag verksam personal under perioden 2006 – 2010.

Anvisning: Utrymmet för svar på frågorna 5a, 5b och 5c är maximalt 5 sidor.

Svar:

Som svar på fråga a) har vi för fullständighetens skull, och för bästa möjliga överskådlighet, lagt in Akademiska sjukhusets Vårdprogram för kraniosynostoser (Bilaga 1). Detta gör att de maximala svarsutrymmet överskridits något. Dock gäller svaret även frågorna 6a) och 7a), som därför är betydligt kortare än angivet utrymme.

På Akademiska sjukhuset behandlas i regel endast synostotiska doliko- och plagiocefalier med kirurgi (Q67.2, Q67.3). Lägesbetingade skalldeformiteter behandlas i princip inte med kirurgi.

Vårdkedjan

Rutiner för remittering och nybesök

Remisser kommer till Verksamhetsområde (VO) plastikkirurgi eller till VO neurokirurgi och vidarebefordras till en av Akademiska sjukhuset kraniofaciala centrum remissbedömare. Remiss behöver normalt inte föregås av radiologisk utredning. Fotografi av barnets huvud och ansikte framifrån, från sidan och uppifrån underlättar remissbedömningen. Remiss bör skickas snarast vid misstanke om eller vid verifierad kraniosynostos. Utförda radiologiska undersökningar länkas till Akademiska sjukhuset. Remissbedömaren kommer normalt att ta ställning till följande alternativ:

- Nybesök på synostosmottagningen
- Kompletterande utredning/undersökning på hemortsjukhuset följt av nybesök
- Inläggning på barnneurologiska avdelningen (95B) för multidisciplinär bedömning och radiologisk utredning.

Nybesök på synostosmottagningen

Sker på plastikkirurgiska mottagningen. Klinisk bedömning av plastikkirurg, neurokirurg och barnneurolog. Granskning av utförda radiologiska undersökningar och eventuell övrig utredning. Diagnossättning. Ställningstagande till operation och/eller ytterligare utredning. Vårdplanering. Information till föräldrarna och diskussion om vårdplanen.

Kompletterande utredning/undersökning på hemortsjukhuset följt av nybesök på synostosmottagningen

I valda fall ber vi remitenten om kompletterande utredning inför nybesöket. Detta gäller framför allt barn med syndrom med mer komplicerad sjukdomsbild. Det kan exempelvis gälla datortomografi eller magnetröntgen i narkos eller ögonbottenundersökning.

Inläggning på avdelning 95B för multidisciplinär bedömning och radiologisk utredning

I vissa fall lägger vi in barnet med föräldrar på avdelning 95B för utredning. Detta kan vara aktuellt när tillgång till viss kompetens eller undersökning saknas på hemortssjukhuset, eller när det är önskvärt med en samlad bedömning av kraniofacialkirurg, barnneurolog och andra specialister såsom anestesilog, ögonläkare, öron-näsa-halsläkare eller klinisk genetiker. Vid misstanke om förhöjt intrakraniellt tryck utförs tryckmätning på neurointensivvårdsavdelningen (NIVA) över natt.

Inläggning för transkraniell kirurgi

Barnet med föräldrar läggs in på avdelning 95B dagen innan operation. Inskrivning av barnneurolog och bedömning av operatörerna och barnanestesiolog. Kirurgin utförs på neurokirurgiska operationsavdelningen. Postoperativ övervakning på NIVA. Fortsatt postoperativ vård på avdelning 95B. Utskrivning av kraniofacialkirurg och barnneurolog med planering av uppföljning på Akademiska sjukhuset och hemortssjukhuset.

Återbesök

Återbesök sker på plastikkirurgiska mottagningen, Patientcentrum. Barnet kallas antingen till synostosmottagning eller till kraniofacialkirurgisk konferens. Tidiga postoperativa uppföljningar efter transkraniell kirurgi samt kontroller på barn med icke syndromal kraniosynostos sker på *synostosmottagningen* med bedömning av plastikkirurg och neurokirurg. Detta samordnas med de återbesök och kontroller som kan vara aktuella på hemortssjukhuset. Barn med syndromal kraniosynostos kallas normalt till *kraniofacial konferens*. Till denna konferens kallas barn med svåra spalter, andra ovanliga ansiktsmissbildningar och med syndromal kraniosynostos med påverkan på ansiktets skelett. I konferensen deltar regelmässigt plastikkirurg, ortodontist, käkkirurg, foniatr och logoped. Vid behov deltar öron-näsa-halsspecialist med expertis inom svåra luftvägar på barn, neurokirurg, otokirurg och barnögonläkare. Barnet blir undersökt av alla specialister på separata stationer och därefter samlas teamet för en slutsats, fortsatt vårdplanering, återkoppling till remittenten och information till patienten.

Inläggning för sekundär kirurgi

Sekundär ansiktsskirurgi utförs på barn med syndromal kraniosynostos och ansiktsspalter. Inläggning sker på plastik- och käkkirurgiska vårdavdelningen (79B) dagen innan operation. Kirurgin utförs på plastikkirurgiska operationsavdelningen. Den postoperativa vården sker initialt på uppvakningsavdelning och därefter på avdelning 79B. Vid behov av förlängd postoperativ övervakning sker detta på Akademiska sjukhusets intensivvårdsavdelning. Detta är framför allt aktuellt vid framflyttningar av mellanansiktet, där förlängd övervakning av luftväg kan krävas.

Kvalitetsregistrering

Uppsalas Kraniofaciala Kvalitetsregister används genom hela vårdkedjan. Registrets konstruktion följer flödet i vårdprocessen. Registret skapar även en patientorienterad dokumentation som stöder vårdprocessen för varje enskild patient. Registret har skapats för att stödja kvalitetssäkring enligt kriterierna för God Vård.

Handläggning av olika synostostyper

Diagnosen av olika synostostyper, syndrom och skalldeformiteter är i första hand klinisk. Beroende på diagnos kan kompletterande utredning krävas inför operationsbeslut eller för den operativa planeringen. Kliniskt genetisk utredning utförs vid misstanke om syndrom.

Sutura sagitalis synostos – skafocefali

- Diagnosen ställs kliniskt och bekräftas med slätröntgen. Vid sen diagnos utförs ögonbottenspegling. Vid misstanke om Crouzon syndrom (som i enstaka fall kan debutera som sagitalisslutning) utförs genetisk utredning. Vid operation i senare ålder med total kranioplastik utförs preoperativ datortomografi.
- Måldatum för primär kirurgi: 3-6 månaders ålder.
- Operationsteknik: H-kraniektomi.
- Operationstid: 60-90 minuter.
- Vid sen diagnos och kirurgi efter 6 månaders ålder utförs oftast total kranioplastik. Operationstiden är då 4-6 timmar.
- Uppföljning:
 - 1 månad postoperativt: läkningskontroll på Akademiska sjukhuset (AS) eller hemortssjukhuset.
 - 1 och 2 års ålder: slätröntgen, ögonbottenspegling och klinisk kontroll på AS. Vid total kranioplastik utförs datortomografi 1 år postoperativt.
 - Årlig klinisk kontroll på AS upp till 7 års ålder.
 - Kontroller i tonåren enligt individualiserad plan fram till avslutad kraniofacial tillväxt.

Metopica synostos – trigonocefali

- Utredning: Ögonbottenspegling. Datortomografi inför operation.
- Måldatum för primär kirurgi: 6 månaders ålder.
- Operationsteknik: Frontoorbital remodeling med floating forehead teknik.
- Operationstid: 2-4 timmar.
- Uppföljning:
 - 1 månad postoperativt: läkningskontroll på hemortssjukhuset.
 - 6 månader efter kirurgi: skelningsundersökning hos barnögonläkare.
 - 1 år postoperativt: datortomografi och ögonbottenspegling på hemortssjukhuset och klinisk kontroll på AS.
 - 2 års ålder: ögonbottenspegling på hemortssjukhuset och klinisk kontroll på AS.
 - Årlig klinisk kontroll på AS upp till 7 års ålder. Kontroller i tonåren enligt individualiserad plan fram till avslutad kraniofacial tillväxt.

Unikoronar synostos – främre plagioccefali

- Utredning: Datortomografi inför operation.
- Måldatum för primär kirurgi: 10-12 månaders ålder.
- Operationsteknik: Asymmetrisk frontoorbital advancement
- Operationstid: 2-4 timmar.
- Uppföljning:
 - 1 månad postoperativt: läkningskontroll på hemortssjukhuset.
 - 6 månader efter kirurgi: skelningsundersökning hos barnögonläkare.
 - 1 år postoperativt: datortomografi och ögonbottenspegling på hemortssjukhuset och klinisk kontroll på AS.
 - 2 års ålder: slätröntgen och ögonbottenspegling på hemortssjukhuset och klinisk kontroll på AS.
 - Årlig klinisk kontroll på AS upp till 7 års ålder. Kontroller i tonåren enligt individualiserad plan fram till avslutad kraniofacial tillväxt.

Bikoronär synostos – brakycefali

- Utredning: Ögonbottenspegling. Datortomografi inför operation. Magnetrontgen i valda fall.
- Måldatum för primär kirurgi: ca 6 månaders ålder (bakre expansion) och 10-12 månaders ålder (frontoorbital advancement).
- Operationstekniker: Bakre distraktion och Frontoorbital advancement.
- Operationstid: 1 timme (bakre expansion) och 3-4 timmar (frontoorbital advancement).
- Uppföljning:
 - 1 månad postoperativt: läkningskontroll på hemortssjukhuset
 - 6 månader efter frontoorbital advancement: skelningsundersökning och ögonbottenspegling hos barnögonläkare.
 - 2 års ålder: datortomografi och ögonbottenspegling på hemortssjukhuset och klinisk kontroll på AS.
 - 2 års ålder: slätröntgen och ögonbottenspegling på hemortssjukhuset och klinisk kontroll på AS.
 - Årlig klinisk kontroll på AS upp till 7 års ålder. Kontroller i tonåren enligt individualiserad plan fram till avslutad kraniofacial tillväxt.

Syndromal kraniosynostos - kraniodysostos

- Utredning: Individualiserad. Oftast utförs ögonbottenspegling, datortomografi och magnetrontgen i samtliga fall. Sömnregistrering vid misstanke om obstruktiv sömnapné.
- Måldatum för primär kirurgi: enligt individuell plan
- Operationsteknik: enligt individuell plan
- Uppföljning:
 - Individualiserad uppföljning beroende på syndrom och behandling som utförts. Remiss till barnortoped och handkirurg vid extremitetsmissbildningar. Nyregistrering i kraniofacialkonferensen vid 3 års ålder.

b)

Introduktion

Flera olika metoder finns beskriva för kirurgisk behandling av de olika typerna av Q75.0. Generellt kan man säga att det saknas starka vetenskapliga bevis till stöd för den ena eller andra metoden. Metodval har i stor utsträckning berott på det kirurgiska teamets tidigare erfarenhet. Detta kan illustreras med följande fallbeskrivning:

Föräldrarna till en 7 månader gammal pojke med sagitalis synostos och skafocefali vänder sig till Akademiska sjukhusets kraniofaciala centrum via Uppsala Care. Familjen är från baltiskt land där det saknas multidisciplinär behandling av kraniofaciala missbildningar. Inför kontakten med Akademiska sjukhuset har pojkens föräldrar varit i kontakt med företrädare från flera världsledande kraniofaciala centra i USA och Europa. De kontaktade teamen har rekommenderat något olika behandlingsstrategier. Samtliga förespråkar total kranioplastik (total cranial vault remodeling). Det finns dock betydande skillnader i kirurgisk teknik – på vissa håll rekommenderar man kranioplastik som inkluderar pannan och på andra håll att inte åtgärda skallens främre parti. Likaså varierar beskedet om kirurgiska material (suturer eller plattor för fixering) och tidpunkt för behandlingen (så snart som möjligt till 2 års ålder). Familjen bestämmer sig för behandling i Uppsala. Barnet opereras vid 8 månaders ålder (21/3 2011) med total kranioplastik som innefattar pannan. Vi använde en kombination av tekniker utvecklade i Helsingfors (parietal expansion) och Paris (forehead switch). Benfixering utfördes med

såväl suturer som resorberbara plattor.

Det finns emellertid konsensus runt vissa grundläggande behandlingsprinciper. Operationsindikationen vid Q75.0 är att korrigera kraniets form och att förebygga förhöjt intrakraniellt tryck. I allmänhet kan man säga att man för att uppnå ett permanent stabilt formresultat vid rekonstruktiv kirurgi i det växande kraniofaciala skelettet bör operera när tillväxten av det aktuella skelletala området har avstannat. För skallen är det i praktiken 2 års ålder – då har 85-90 % av huvudomkretsen uppnåtts. Samtidigt vet man att risken för utveckling av förhöjt intrakraniellt tryck ökar tvåfalt för samtliga icke-syndromala synostoser efter ett års ålder, och fyra gånger för sagitalisslutningar. Följaktligen vill man utföra den primära kirurgin innan ett års ålder för att förebygga eventuella negativa effekter på hjärnans utveckling. Innan ett års ålder finns det även en betydande kapacitet till bennybildning vilket är gynnsamt för den postoperativa läkningen, och medger att man lämnar kraniella bendefekter. I tidig ålder är det även lättare att såga benet och att separera benet från den underliggande hårda hjärnhinnan. I enligt med ovanstående resonemang finns det idag konsensus att primär kirurgi bör utföras inom 1 års ålder.

Sagitalis synostos

Skafocefali (dolikocefali) sekundärt till slutning av sutura sagitalis behandlas i Uppsala med H-kraniektomi, eller ”Paris-metoden”, vid 3-6 månaders ålder. Osteotomierna utgörs av en 4 cm strip som inkluderar suturen, samt temporoparietala osteotomier enligt ett mönster som skapar tre stycken benkilar på vardera sidan, med spetsarna mot skallbasen. Koronariasuturen tas bort för att förebygga sekundär koronariasslutning. I motsats till så kallad PI-plastik tillämpas inte forcerad förkortning av kraniet Operationen tar ca 60 minuter och blodtransfusionsbehovet är lågt. Distraktorer eller fjädrar som är förenade med risk för främmandekroppsreaktioner och andra materialrelaterade komplikationer, samt som kräver ytterligare operation för borttagning, undviks med denna metod. Metoden bygger på hjärnans dynamiska förmåga till expansion och formning av kraniet tidig under det första levnadsåret. Tanken är att hjärnan tillåts expandera och anta den skallvolym och form som krävs. Långtidsuppföljningar av stora patientmaterial från Paris har visat att man med metoden uppnår stabil normalisering av skallformen, med avseende på såväl den frontala som occipitala dysmorfologin. Incisionen i huden kan med fördel placeras långt bak occipitalt, för att undvika att ärrer i vuxen ålder blir synligt i icke hårbevuxen skalp. En alternativt angreppssätt som skulle kunna övervägas är endoskopisk strip kraniektomi med eller utan parietala osteotomier kombinerat med postoperativ hjälmterapi. Den största vinsten är mindre incisioner i huden, samt potentiellt ett mindre blodtransfusionsbehov. Den postoperativa hjälmterapien är en klar nackdel. Framför allt är långtidsresultaten ofullständigt utvärderade. Vi kommer att noggrant följa utvecklingen av den endoskopiska synostoskirurgin.

Sagitalisslutning med sen diagnos/remiss kan föranleda att kirurgin utförs efter 3-6 månaders ålder. I dessa fall måste i regel en total kranioplastik, total cranial vault remodeling, utföras för att korrigera dysmorfologin. Olika metoder finns beskrivna. Vi använder en teknik utvecklad i Helsingfors, med sagital suturectomi, resning av två parietotemporal benlambåer, skördning av bandformade bengraft från det parietooccipitala området, occipitala osteotomier (barrel stave) och konstruktion av ett longitudinellt ramverk som förankrar de parietala benlambåerna mot occiput. Tekniken ger effektiv parietal expansion, förkortning av skallen och rundning av det ofta avsmalnande och spetsiga bakhuvudet. Hjärnan tillåts expandera fritt i parietal riktning. I dessa fall används resorberbart osteosyntesmaterial för fixering av de olika benfragmenten.

Långtidsuppföljningar i Helsingfors har visat mycket goda resultat. Vid uttalad deformitet av pannan görs dessutom en främre plastik med forehead switch teknik

Metopica synostos

Dysmorfologin som ses vid prematur metopica slutning kan vara allt från diskret ben ås på pannan till uttalad trigonocefali med hypotelorism. Förekomst av primära hjärnmissbildningar och störning av frontallobens tillväxt är relativt överrepresenterat. Graden av deformitet och eventuell förekomst av hjärnmissbildning måste vägas in i den kirurgiska indikationen och val av operationsmetod. Korrektur av trigonocefali kräver normalt en frontal kranioplastik som inkluderar ögonhålornas övre ram. Flera olika tekniker för hur formförändringen av pannbenet ska utföras finns beskrivna. Det saknas vetenskapliga bevis till fördel för någon av dessa metoder. I Uppsala opererar vi i 6 månaders ålder med så kallad "floating forehead" teknik och "forehead switch". En intressant rapporterad utveckling från Göteborg är att dessutom använda en fjäder frontalt för att bättre åtgärda den hypotelorism som ofta ses i dessa fall - vi överväger ett införande av den tekniken i valda fall. När det endast finns en ås på pannan får kirurgi anstå till senare i livet. Om patienten önskar kan man då med enkelt ingrepp fräsa ner åsen. Vid uttalad primär tillväxthämning av hjärnan och påtaglig utvecklingsstörning, får man överväga att avstå från transkraniell kirurgi även vid förekomst av trigonocefali.

Bikoronar synostos

Brachycefali sekundärt till bilateral koronariaslutning som inte är en del i syndromal synostos, åtgärdas på många håll primärt med sedvanlig frontoorbital advancement vid 8-10 månaders ålder. Det ingreppet bygger på en framskjutning av hela pannan inklusive ögonhålornas övre ram. Överkorrektur eftersträvas för att hamna rätt med rekonstruktionen efter tillväxt. Ingreppet förbättrar formen på skallens främre parti men är inte ett effektivt sätt att öka den intrakraniella volymen. Bilateral koronaria slutning är jämfört med övriga icke-syndromala synostosformer oftare förenad med förhöjt intrakraniellt tryck. Det är därför lämpligare att först utföra en bakre expansion vid ca 6 månaders ålder med syfte att effektivt öka volymen på det intrakraniella rummet, följt av frontoorbital advancement vid 10-12 månaders ålder med målet att förbättra formen på främre delen av skallen.

Unikoronar synostos

Plagiocefali sekundärt till ensidig koronariaslutning är mycket sällan associerat med förhöjt intrakraniellt tryck. Indikationen är således primärt estetisk. Här är det av värde att utföra kirurgin i något senare i ålder för att förbättra förutsättningarna för ett permanent resultat. Samtidigt vet vi att benläkningen gynnas av att kirurgin utförs inom 1 års ålder. Vidare anses tidig kirurgi av den kraniella deformiteten förebygga utveckling av ansiktsasymetri. Vi utför oftast en bilateral, assymetrisk frontoorbital advancement i 10-12 månaders ålder och eftersträvar viss överkorrektur. Vid ringa deformitet kan en ensidig plastik övervägas. Detta är den vanligaste förekommande strategin i ett internationellt perspektiv. Användning av fjädrar, distraktorer och endoskopisk osteotomi med hjälm finns beskrivna men resultaten är ännu så länge ofullständigt utvärderade.

Lamdoidea synostos

Plagiocefali sekundärt till ensidig lamdoideasynostos är ytterst ovanligt. Indikationen för operation baserar sig endast på risk för negativa effekter på hjärnan eftersom dysmorfologi som framför allt sitter i bakhuvudet ofta kan täckas med håret. Bakre kranioplastik bör övervägas i de flesta fallen då man ofta ser impressioner i bakhuvudets skallben, vilket antyder för liten volym för hjärnans expansionsbehov i bakre skallgropen.

Övriga

Icke-syndromal oxycefali (true oxycephaly) sekundärt till kombinerad kraniosynostos av koronaria och sagitalis är sällsynt. Tillståndet är förenat med relativt hög risk för förhöjt intrakraniellt tryck som obehandlat kan leda till blindhet. Operation bör ske under det andra levnadshalvåret. En korrektion av den sluttande pannan bör kombineras med substantiell volymsökning av det intrakraniella rummet. Detta uppnås med en frontoorbital osteotomi och tippning av hela pannan framåt, med rotationspunkt vid näsroten. Detta kan kombineras med resning av två parietala benlambåer i syfte att uppnå större volymsökning. Dessa benlambåer kan lämnas fritt flytande eller förankrade i panfragmentet.

I tillägg till ovanstående kraniosynostostyper finns andra ovanliga så kallade icke-syndromala komplexa kraniosynostoser, exempelvis så kallade Mercedes Benz synostos med sagitalis och bilateral lamdoidea synostos. I dessa fall utförs total eller subtotal kranioplastik.

c) Q75.0: 37; Q67.2: 16; Q67.3: 7

6. Kompetens och erfarenhet av att behandla syndromal kraniosynostos

- a) Beskriv i svarsfältet nedan processen som leder fram till operation av patient med *Kraniofacial dysostosis (Q75.1)* och *Medfödda missbildningssyndrom som främst påverkar ansiktets utseende (Q87.0)*.
- b) Beskriv övergripande i svarsfältet nedan de strategiska överväganden och alternativa angreppssätt som tillämpas inför och vid genomförandet av operation på patient med *Kraniofacial dysostosis (Q75.1)* och *Medfödda missbildningssyndrom som främst påverkar ansiktets utseende (Q87.0)*.
- c) Ange för var och en av diagnoserna Q75.1 och Q87.0 antal ingrepp utförda av vid ert sjukhus tjänstgörande och idag verksam personal under perioden 2006 – 2010.
OBS! För Q87.0 avses och beaktas endast ingrepp rörande Akrocefalosyndaktyli (Apert), Akrocefalopolysyndaktyli (Carpenter) och Cyklopi varför dessa särskilt ska framgå av redogörelsen.

Anvisning: Utrymmet för svar på frågorna 6a, 6b och 6c är maximalt 5 sidor.

Svar:

a)

Vårdkedjan och processen inför operation finns beskriven i svaret till fråga 5.

b)

Syndromala kraniosynostoser kräver i regel en omfattande och långsiktig kirurgisk såväl som icke-kirurgisk behandlingsplan. Tidpunkten för kirurgin och val av metod kan variera från patient till patient beroende på syndromets manifestationer och när olika problem uppstår.

Luftvägen

Behandling av luftvägsobstruktion måste ges högsta prioritet eftersom nedsatt syresättning inverkar menligt på barnets utveckling. Viktigt i sammanhanget synostoser, är att försämrade syresättning i sig kan förvärra ett förhöjt intrakraniellt tryck och därmed verka synergistiskt med effekterna av eventuellt förhöjt intrakraniellt venttryck, hydrocefalus och kraniocefal dysproportion (för liten intrakraniell volym i relation till hjärnans expansionsbehov). Luftvägsobstruktion hos barn med syndromal kraniosynostos orsakas av det underutvecklade mellanansiktet. Tracheolaryngomalaci (missbildning av struphuvud och luftstrupe) kan vara en bidragande orsak. Tecken på sömnapné med nattlig låg syresättning och andningsuppehåll efterfrågas med hjälp av strukturerad anamnes. Utredning görs med luftvägsendoskopi och sömnregistrering. Utifrån sömnregistrering görs differentiering mellan obstruktiva och centralnervösa andningsuppehåll. I de allra flesta fall kan luftvägsobstruktionen hanteras med hjälp av näskantareller eller c-pap (continuous positive airway pressure).

Luftvägsproblematik sekundärt till övre obstruktion kan behandlas med framflyttning av mellanansiktet. Man bör dock sträva efter att förlägga den kirurgin till senare, om möjligt till efter 14-15 års ålder när ansiktsskelettet vuxit färdigt. I fall med uttalad hypoplasi av skelettet och obstruktiv sömnapné, och särskilt när tracheostomi krävs, får man ändå överväga en tidigare framflyttning av mellanansiktet med så kallad Monobloc eller Le Fort III osteotomi. Monobloc är särskilt lämpligt när det finns en uttalad exorbitism. I dessa fall finns möjlighet att i ett och samma ingrepp uppnå ökat intrakraniell volym, ökad orbitavolym och ökad volym för luftvägen, samt en estetiskt tilltalande, harmonisk framflyttning av övre och mellersta ansiktet. Ingreppen utförs med hjälp av distraktion. Fördelen med distraktion är att man kan uppnå större framflyttning av mellanansiktet med mindre risk för relaps. Vid monobloc osteotomi, som inbegriper osteotomi av främre

skallbasen, ger distraktionsförfarandet dessutom mycket mindre risk för infektioner och läckage av hjärnvätska. Generellt bör här betonas att morbiditeten och komplikationsfrekvensen efter monobloc osteotomi är relativt hög, och att detta måste vägas in i operationsbeslutet. Hos mycket små barn med tunt skullskelett används interna distraktorer. Nackdelarna med interna distraktorer är infektionsrisken och att det inte går att modifiera distraktionens riktning under distraktionens gång. Vi föredrar generellt extern distraktion vilket kan användas från ca 4-5 års ålder.

Förhöjt intrakraniellt tryck

Vid syndromal kraniosynostos ser man i typfallet brachycephali, platt bakhuvud och en tendens till progression av skulldeformiteten mot turicefali. Förhöjt intrakraniellt tryck kan orsakas av kraniocerebral dysproportion, hydrocefalus, förhöjt ventryck och, som det beskrivits ovan, kan det förvärras av nattlig låg syresättning. Hydrocefalus och venös hypertension beror i sin tur oftast på den patologiska skeletala anatomin i bakre skullgropen. Ibland ses så kallad Chiarimalkformation. I dessa typfall är det bäst att tidigt, ofta runt 6 månaders ålder, först utföra en så kallad bakre expansion. Expansion av bakhuvudet är det effektivaste sättet att öka den intrakraniella volymen och förhindra fortsatt utveckling av turicefali. Möjligen kan samtidig hydrocefalus i vissa fall korrigeras med hjälp av den bakre expansionen som därför om möjligt bör utföras innan placering av shunt. Bakhuvudet får dessutom en mer normal, rund form. Vid Chiarimalkformation bör dock denna åtgärdas först genom att vidga foramen magnum och C1 laminektomi. Vid kvarstående hydrocefalus placeras shunt i bakhuvudet för att inte komma i konflikt med operationsfältet för framtida frontoorbital advancement eller monoblocosteotomi. Flera olika tekniker finns beskrivna för bakre expansion. Traditionellt utförs en öppen kranioplastik med plattfixering av benfragmenten. Den stora nackdelen med den tekniken är betydande risk för stora blödningar från bakre skullgropens stora vener. Man har därför utvecklat tekniker för bakre expansion med hjälp av distraktion. Den stora fördelen är att man vid distraktion inte behöver separera benfragmenten från den underliggande hårda hjärnhinnan och på så sätt undviker risken för blödningar. Distraktionen kan utföras med fjädrar eller med interna distraktorer. I Göteborg används i stor utsträckning fjädrar. I Uppsala har vi utfört Sveriges första bakre expansion med interna distraktorer, och beskriver även ett nytt, innovativt protokoll för hur detta ska utföras, med förkortad distraktionstid samt med hjälp av virtuell planering och preoperativ uträkning av expansionsvolym (inskickat för publikation i Journal of Craniofacial Surgery). Vi upplever att man med interna distraktorer, jämfört med fjädrar, får bättre stabilitet i distraktionskonstruktet, samt att man får bättre kontroll över distraktionens hastighet och avstånd. Bakre expansion med intern distraktion används av flera ledande centra, bland annat Birmingham och Oxford.

Exorbitism

I syndromal kraniosynostos ingår ofta exorbitism (för liten orbitavolym i relation till normalt orbitainnehåll). Orbitans volym är förminskad på grund av tillväxthämningen i skallbasen och över koronariasuturerna. I uttalade fall finns det risk för uttorkning och skada på exponerad horn- och bindehinna, och i extremfall finns det risk för luxation av bulben. Detta åtgärdas i första hand med partiell tarsorafik av ögonlocken. I svåra fall, och i synnerhet vid hotande luxation, får man överväga tidig framflyttning av panna och mellanansikte med monobloc osteotomier och distraktion (se ovan). Exorbitism korrigeras annars delvis med en frontoorbital advancement.

Hypoplasi av mellanansikte

Tillväxtrubbningen av skallbasen och mellanansiktets skelett ger insjunket och lågt mellanansikte. Detta kan i sin tur ge trång luftväg, exorbitism och retrognati (underbett). Tillståndet medför således ett funktionellt såväl som utseendemässigt handikapp. I vissa kraniosynostossyndrom, framför allt Apert, ingår ofta hypertelorism.

Dysmorfologin korrigeras bäst när skelettet vuxit färdigt och om möjligt bör därför kirurgin förläggas till tonåren. Det kan dock finnas skäl att avvika från detta. Som nämnts ovan kan en anledning vara uttalad luftvägsobstruktion som inte går att hantera med icke-kirurgisk behandling. Ett annat skäl kan vara att undvika ett uttalat avvikande utseende under skolåren. Vid tidigarelagd kirurgi kan dock ingreppet behöva upprepas senare i livet.

För kirurgisk behandling av hypertelorism hänvisas till fråga 7. Det insjunkna mellanansiktet korrigeras i regel med Le Fort III osteotomi och framflyttning, samt oftast en eftersträvarsvärd nedåtroteration av hela mellanansiktet. Detta ger ökad orbitavolym, framflyttning av okbenspartiet och förlängning av näsryggen. Detta är dock inte primärt ett ingrepp som syftar till att åtgärda underbettet. Det finns dock en möjlighet att i valda fall kombinera Le Fort III osteotomin med samtidig Le Fort I osteotomi och på så sätt även korrigera malokklusionen. Extern distraktion är att föredra när stora förflyttningar krävs, och framför allt när ingreppet utförs tidigare under barnåren. En utveckling som drivits av Paris och Helsingfors är kombinerad extern och intern distraktion. Den externa distraktionen ger kraftfull framflyttning med korrigerbar riktning, och interna distraktorer lämnas på plats i 6 månader efter genomförd distraktion för längre tids konsolidering i syfte att minska risken för relaps. Ingreppet kan i vissa fall kombineras med korrektion av hypertelorism (se fråga 7). Vi rekommenderar inte användandet av metoden ”spectaclesplasty”.

Malokklusion

Underbettet åtgärdas i ca 18 års ålder. I regel har Le Fort III osteotomi utförts, tandreglering genomförs och överkäkens nedre parti kan då flyttas fram med sedvanlig Le Fort I osteotomi. Vid stor diskrepans mellan käkarna görs detta i regel med extern distraktion.

Sammanfattning

Den kirurgiska behandlingen av syndromal kraniosynostos måste individualiseras. Val av behandling baseras på en multidisciplinär bedömning av barnets symtom. *Det behandlande teamet bör behärska en bred arsenal av kirurgiska tekniker.* En teknik som är viktig för utförandet av stora framflyttningar av mellanansiktet, med osteotomier på olika nivåer, är extern distraktion med hjälp av haloram. Störst erfarenhet i Sverige av den tekniken, och då vid Le Fort I framflyttningar, finns i Linköping och i Uppsala. Övertandläkare Gunnar Sörlin från Uppsala inviteras ofta som talare och gästoperatör, bla annat till Karolinska sjukhuset, för att sprida kunskapen om extern distraktion. Överläkare Daniel Nowinski har erfarenhet av såväl intern som extern distraktion vid Le Fort III, Monobloc framflyttningar samt bakre expansion. Teamet i Uppsala har således en bred arsenal av kraniofacialkirurgiska metoder, distraktionstekniker såväl som osteotomier, och erfarenhet av hur dessa ska tillämpas i olika situationer, samt hur man ska handskas med eventuella komplikationer.

I Uppsala behandlas typfallet syndromal kraniosynostos som följer:

Bakre expansion med hjälp av intern distraktion vid ca 6 månaders ålder.

Frontoorbital advancement vid ca 10-12 månaders ålder.

Le Fort III osteotomi med eller utan ansiktssklyvning, i regel med extern distraktor vid 7-16 års ålder

Le Fort I osteotomi med extern distraktor vid ca 18 års ålder.

I tillägg till dessa grundläggande ingrepp kan det vara indicerat att utföra sekundär kirurgi som exempelvis näsplastik.

c)

Q75.1: 27; Q87.0: 13

7. Kompetens och erfarenhet av att behandla övriga kraniofaciala missbildningar

- a) Beskriv i svarsfältet nedan processen som leder fram till operation av patient med *Hypertelorism* (Q75.2).
- b) Beskriv övergripande i svarsfältet nedan de strategiska överväganden och alternativa angreppssätt som tillämpas inför och vid genomförandet av operation på patient med *Hypertelorism* (Q75.2).
- c) Ange för diagnosen Q75.2 antal ingrepp utförda av vid ert sjukhus tjänstgörande och idag verksam personal under perioden 2006 – 2010.

Anvisning: Utrymmet för svar på frågorna 7a, 7b och 7c är maximalt 5 sidor.

Svar:

a)

Vårdkedjan och processen inför operation finns beskriven i svaret till fråga 5.

b)

Hypertelorism och orbital dystopi ses vid syndromal kraniosynostos eller vid ansiktsspalter. Exempel på kraniosynostossyndrom med hypertelorism är Apert och kraniofrontonasal dysplasi. Den typiska ansiktsspalten som ger hypertelorism är den sanna mediana spalten, Tessier 0. Hypertelorism eller dystopi av ena sidans orbita kan ses vid olika spalter som går genom maxillan upp i ögonhålan. Ett flertal tekniker finns beskrivna för korrektion av hypertelorism och orbital dystopi. Val av metod föregås av analys av deformiteten. Är hypertelormen symmetrisk? Hur ser övriga ansiktsskelettet ut? Finns det samtidig transversell förkortning av överkäken? Inför hypertelorism utförs synundersökning - ensidig synnedsättning är en kontraindikation till kirurgi som är förenad med en icke-försumbar risk för synnervsskada. Vid symetrisk hypertelorism och normalbred överkäke, görs bilateral boxosteotomi med medialisering av ögonhålorna. Vid ensidig dystopi utförs ensidig boxosteotomi med växling av benfragment från ovanför till nedanför ögonhålan. Vi föredrar emellertid ansiktssklyvning (facial bipartition) som korrektionsmetod för hypertelorism. Ansiktssklyvning ger en mer effektiv korrektion – ofta är den medialisering som fås med boxosteotomi otillräcklig. Ansiktssklyvning kräver dock att överkäken är smal,

eftersom metoden ger en breddning av överkäkens ocklusionsplan. På rätt indikation får man således den dubbla vinsten av korrektion av hypertelorism och breddning av överkäken. Dessutom kan man kombinera ansiktsklyvning med Le Fort III osteotomi och framflyttning av hela mellanansiktet med eller utan distraktion. Dessutom kan man med ansiktsklyvning korrigera en asymmetri av ögonhålorna i höjddled. Typfallet för ansiktsklyvning är Apert syndrom som ofta har kombinationen hypertelorism, insjunket mellanansikte och transversellt trång överkäke, med högt smalt gomvalv.

Ögonhålorna har växt färdigt vid ca 6 års ålder. Boxosteotomi ska dock inte utföras förrän de permanenta tänderna kommit tillräckligt lågt ner för att inte ta skada av den transversella osteotomin genom överkäken, vilket är vid ca 7-8 års ålder. Uttalad hypertelorism som vid median spalt eller kraniofrontonasal dysplasi ger ett påtagligt avvikande utseende varför kirurgi bör utföras tidigt under skolorn. I samband med Le Fort III osteotomi vid Apert syndrom överväger vi alltid samtidig ansiktsklyvning. Oss veterligen har ansiktsklyvning ännu inte utförts i Sverige. Teamet i Uppsala har kompetens för och betydande erfarenhet av metoden som inkluderats i vårdprogrammet.

c)

Q75.2: 12

8. Tillgång till kritisk kompetens hos ej opererande vårdpersonal

- Redogör i svarsfältet nedan för kritisk kompetens hos ej opererande vårdpersonal och hur den bidrar till att aktuell vård bedrivs på ett framgångsrikt sätt. Med ej opererande vårdpersonal avses här sjuksköterskor med specialistinriktning.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 8 är maximalt 2 sidor.

Svar:

Öppenvården – Patientcentrum

Öppenvården sker framför allt på VO plastik- och käkkirurgis öppenvårdsenhet, Patientcentrum. Här sker alla nybesök och återbesök samt kraniofacialkonferenserna som samlar hela det multidisciplinära teamet. I lokalerna finns den käkkirurgiska röntgenenheten med cone-beam datortomografi och PACS arbetsstation. Vårdpersonalen på VO plastik- och käkkirurgi är så organiserad att delar av personalen roterar mellan att arbeta på vårdavdelningen (79B) och Patientcentrum. På så sätt breddas personalens kompetens och verksamhetens sårbarhet minskar. Barngruppen ansvarar särskilt för uppdatering och utarbetning av rutiner som gäller vård och omhändertagande av barn. Sköterska från Barngruppen deltar vid alla nybesök för att ge information och undervisa föräldrar.

Följande specialistsköterskekompetens finns tillgänglig:

- Kraniofacial sjuksköterska som planerar och samordnar kraniofacialkonferenserna, samt informerar och håller kontakt med patienter och deras familjer.
- Vårdkoordinator planerar och samordnar operationer, slutenvård och utredningar, i samarbete med vårdkoordinatorerna på VO neurokirurgi, och barnneurologiska avdelningen (95B).
- Barnsjuksköterskor och undersköterskor från Barngruppen informerar föräldrarna i samband med nybesök.

- Ortodontiassistent bistår vid ortodontiska undersökningar och utredningar, samt ansvarar för patientfotografering på Patientcentrums fotolabb.
- Tandsköterskor assisterar/deltar vid käkkirurgiska bedömningar och röntgenundersökningar.

Vårdavdelning 79B – plastik- och käkkirurgi

Här vårdas patienter efter extrakraniell kirurgi. Avdelningen har en designerad del för barn. Personalen har stor vana och formell kompetens (VUB) för barnsjukvård. Personalen har stor vana och specialkompetens för vård och omhändertagande av patienter som genomgått rekonstruktiv kirurgi, och i synnerhet sådan kirurgi i huvud-halsområdet. Barngruppen (se ovan) ansvarar för utveckling samt för uppdatering av rutiner och riktlinjer som rymmer i verksamhetsområdets kvalitetshandbok. Standardvårdplaner finns för samtliga ingrepp.

Vårdavdelning 95B - barnneurokirurgi och barnneurologi

Avdelningen är en del av Akademiska barnsjukhuset. På avdelningen vårdas alla barn som genomgått någon typ av intrakraniella ingrepp på sjukhuset. På avdelningen samordnas även de multidisciplinära utredningar som kraniofacialkirurgiska teamet utför med patienten inläggande. Väl etablerade rutiner finns för preoperativt omhändertagande, postoperativ vård och runt vård i samband med röntgenundersökningar i narkos. Personalen har särskild erfarenhet och specialkompetens för preoperativa förberedelser och postoperativt omhändertagande i samband med neurokirurgiska ingrepp på barn.

Neurointensivvårdsavdelningen, NIVA – Centre of Excellence

Den omedelbart postoperativa vården och övervakningen sker på Akademiska sjukhusets Neurointensivvårdsavdelning. NIVA är ett av sjukhusets Centers of Excellence, en utnämning som grundar sig på den internationellt ledande forskningen och kliniska verksamheten. Vi ser stora fördelar med att denna kritiska del av vårdkedjan, med extremt höga krav på rutiner för patientsäkerhet, utförs på en ämnesorienterad vårdenhets med samlad specialkompetens och stor erfarenhet av neurokirurgisk övervakning. Personalen har stor erfarenhet och särskild kompetens för vård av patienter som genomgått neurokirurgiska ingrepp eller som har hjärnskador. Sjuksköterskorna i NIVAs Barngrupp har speciellt ansvar för utveckling samt för uppdatering av rutiner och riktlinjer gällande barn, tillsammans med ansvariga läkare.

Neurodivisionens operationsavdelningar

De kraniofacialkirurgiska ingreppen utförs på Neurodivisionens operationsavdelningar. Transkraniella ingrepp utförs på den neurokirurgiska operationsavdelningen och extrakraniella ingrepp utförs på plastik- och käkkirurgiska operationsavdelningen. På dessa operationsavdelningar utförs ca 40 % av Akademiska sjukhusets operationer på barn. Personalen har således stor erfarenhet och kompetens för pediatrik kirurgi. Analogt med situationen på NIVA ser vi stora fördelar med ämnesorienterade operationsavdelningar. På neurokirurgiska operationsavdelningar utförs all intrakraniell/transkraniell kirurgi på sjukhuset. Här finns således stor kunskap om den intrakraniella dynamiken på barn och vid hjärnskada, samt kompetens för neurokirurgisk instrumentering och peroperativt omhändertagande. Detta innebär bland annat att personalen har stor kompetens och väl inarbetade rutiner för omedelbara åtgärder i samband med peroperativa komplikationer, som exempelvis stora blödningar. På plastik- och käkkirurgiska operationsavdelningen finns stor erfarenhet och särskild kompetens för rekonstruktiv kirurgi i huvud-halsområdet, som ofta ställer särskilda krav på preoperativa förberedelser och instrumentering. Organisationen är väl förberedd för kombinerade transkraniella – rekonstruktiva ingrepp där personal från både den neurokirurgiska operationsavdelningen och plastik-käkkirurgi deltar.

9. Utbildning

- Bifoga dokument som styrker tjänstgörande personals deltagande i utbildning för att säkerställa kompetens att utföra ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen.

Kommentar:

Den enda formen av formell utbildning som kan säkerställa kompetens att utföra ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen är fellowship inom pediatrik kraniofacial kirurgi, så som det specificerats i stadgarna för International Society of Craniofacial Surgery. Bifogas intyg (Bilaga 2) som även insändes som komplettering till Uppsala Läns landstings rikssjukvårdsansökan 20090213.

Utöver detta har verksamhetens kirurger utbildat sig som fellows, deltagit i ett stort antal kurser, kortare utbildningar och work-shops inom den totala kraniomaxillofaciala kirurgin, och detta bidrar starkt till den generella kompetensnivån. Vi har dock tolkat att man här efterfrågar specifik spetskompetens som är direkt kopplad till och avgörande för att utföra det aktuella rikssjukvårdsuppdraget. Den specifika spetskompetensen för Viss kraniofacial kirurgi understöds av en miljö med fullständig kompetens inom alla de områden som ingår i det multidisciplinära kraniofacialkirurgiska verksamheten.

10. Utbildning ej opererande vårdpersonal

- Beskriv i svarsfältet nedan vilka utbildningsinsatser som särskilt vidtagits för att säkerställa kompetensen hos ej opererande vårdpersonal att delta i vårdprocessen för viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård på ett framgångsrikt sätt. Med ej opererande vårdpersonal avses här sjuksköterskor med specialinriktning.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 10 är maximalt 2 sidor.

Svar:

Bättre flyt projektet -SKL

Under 2010 och 2011 deltar sjuksköterskor från plastikkirurgiska operationsavdelningen i det nationella projektet som leds från Akademiska sjukhuset Bättre flyt på operation och som anordnas av SKL. Projektgruppen får tillfälle att se över rutinerna och flödet i samband med operationer som utförs på plastikkirurgiska operationsavdelningen, och har fått som specifik uppgift att fokusera på den kraniofacialkirurgiska verksamheten. Syftet är att effektivisera det peroperativa omhändertagandet och förbättra rutinerna ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Internutbildning

Undervisning bedrivs på de olika enheterna regelbundet. Ämnesföreläsare håller föreläsningar för personalen och undervisar om utveckling av sina respektive områden. Undervisning om kraniofacialkirurgi har genomförts på Neurodivisionens operationsavdelningar, plastikkirurgiska vårdavdelningen, Patientcentrum, neurointensivvårdsavdelningen och på barnneurologiska avdelningen.

Kongresser

Personal från vårdavdelningen och Patientcentrum deltar regelbundet i ämnesspecifika kongresser och omvårdnadskongresser. Direkt relevant för rikssjukvårdsuppdraget är deltagande vid 11th International Congress on Cleft Lip and Palate

and Related Craniofacial Anomalies i Fortaleza, Brasilien. Relevant är även Barngruppens årliga deltagande i Swedecleft (nationella LKG-mötet). Det saknas specifik nationell kongress för kraniofacial kirurgi – Swedecleft inkluderar många viktiga, med rikssjukvårdsuppdraget gemensamma, vårdaspekter.

Del 2 – organisatorisk kompetens

Socialstyrelsen gör bedömningen att en viktig förutsättning för att framgångsrikt bedriva och utveckla högspecialiserad vård av rikskaraktär är att verksamheten har en långsiktigt hållbar vårdstrategi. En långsiktigt hållbarvårdstrategi är, i sin tur, grundförutsättningen för att en multidisciplinär miljö ska kunna växa fram. Inom en långsiktigt hållbarvårdstrategi ryms även strategier för kompetensförsörjning och kompetensöverföring som en självklar del, då dessa, över tid, bidrar till att verksamheten åtnjuter nödvändig stabilitet och kontinuitet för att utvecklas på bästa sätt. En långsiktigt hållbar vårdstrategi förutsätter sjukhusledningens aktiva deltagande i strategisk verksamhetsplanering och långsiktiga verksamhetsutveckling.

1. Multidisciplinär samverkan

Multidisciplinär samverkan förutsätter närvaron av en multidisciplinär miljö. I en verksamhet som präglas av en stark multidisciplinär miljö finns det hos vårdpersonalen en förståelse för de olika disciplinernas medicinska förutsättningar, begränsningar och behov i vårdprocessen. Denna förståelse bidrar till att vårdpersonalen, oavsett disciplin- eller yrkestillhörighet, kan relatera till vårdprocessen utifrån ett helhetsperspektiv och därmed öka kunskapen om hur denna ska bedrivas för att uppnå högsta möjliga vårdkvalitet.

- Beskriv i svarsfältet nedan de strategiska och strukturella överväganden och åtgärder som vidtagits i syfte att ge verksamheten organisatoriska förutsättningar att skapa en multidisciplinär miljö.
- Bifoga organisatoriskt schema där relevanta kompetensers organisatoriska placering tydligt framgår

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 1 är maximalt 4 sidor.

Svar:

Strategiska och strukturella överväganden – organisationen för Akademiska sjukhusets Kraniofaciala centrum

Akademiska sjukhuset har de senaste åren stegvis utvecklat sin organisation för att gynna multidisciplinär, högspecialiserad kirurgi i huvud/hals området. De organisatoriska förändringar som genomförts har inte minst varit en viktig del i byggandet av Akademiska sjukhusets Kraniofaciala centrum. Första stycket går igenom de strategiska överväganden som gjorts under organisationens uppbyggnad och andra stycket beskriver organisationen som den ser ut idag.

Strategiska överväganden

Från Centrum till Division

Akademiska sjukhuset omstrukturerades kraftigt år 1993 med mål att skapa centrumbildningar som stöd för utveckling och genomförande av högspecialiserad vård. Då bildades bland annat Neurocentrum och några år senare Hand-plastik-öroncentrum. I gränssnittet mellan dessa centra befann sig den rekonstruktiva kirurgin i huvud/halsområdet. År 2004 fortsatte sjukhuset på den inslagna vägen och man övervägde strategiskt på vilket sätt riks- och regionspecialiteten plastikkirurgi skulle organiseras för att maximera fortsatt utveckling. En möjlighet var att låta plastikkirurgin ingå i en nyskapad kirurgdivision, vilket hade varit i överensstämmelse med traditionella uppfattningar om plastikkirurgins position som en grespecialitet, eller kompetensmässig påbyggnad, till den

allmänna kirurgin. Vid närmare analys framgick klart att den plastikkirurgiska specialistkunskapen hade sina största utvecklingsmöjligheter på Akademiska sjukhuset som del i en högspecialiserad multidisciplinär vård av patienter med medfödda och förvärvade defekter i huvud-halsområdet. Samarbetet med allmänkirurgi och ortopedi utgjorde fortfarande en volymsmässigt stor del, men synergieffekterna för högspecialiserad regionvård var marginella. Mot bakgrund av det beslöts, i syfte att gynna maximal vidareutveckling av avancerad rekonstruktiv kirurgi i huvud-halsområdet, att låta VO plastikkirurgi ingå i Neurodivisionen (ND), tillsammans med VO Neurokirurgi, VO Öron-näsa-hals och VO Ögon. På så sätt samlades de för huvud/halskirurgin centrala kompetensområdena under ett ledarskap. Dessa förändringar ledde omedelbart till positiva synergieffekter inom de högspecialiserade, multidisciplinära verksamheterna inom divisionen. Förutsättningarna för samarbete över "klinikgränserna" förbättrades och långsiktiga beslut om satsningar för kompetensutveckling underlättades. Den viktiga kontakten med Uppsala universitet underlättades även av att alla Neurodivisionens verksamhetsområden har sina kopplingar endast till två av universitetets institutioner, institutionen för kirurgiska vetenskaper och institutionen för neurovetenskap.

Kraniofacial och LKG samordnas

År 2003 beslöts inom dåvarande VO plastikkirurgi att närmare samordna teamen för kraniofacial kirurgi och läpp-käk-gom (LKG)spaltskirurgi. Teamet för kraniofacial kirurgi behandlade då framför allt patienter med trauma och tumörer, men det fanns en långsiktig plan att vidareutveckla verksamheten till att inkludera alla typer av kraniofacial kirurgi, inklusive behandling av kraniosynostoser. Man insåg att de två verksamheterna kompletterade varandra kompetensmässigt på ett sätt som skapade ett fundament för en stark vidareutveckling. Det kraniofaciala teamet behärskade teknikerna för friläggning av ansiktets och skallens skelett, osteotomier i ansiktet och skallen, och hade byggt upp ett samarbete med neurokirurgin. LKG-teamet hade kunnandet för pediatrik, rekonstruktiv missbildningskirurgi i ansiktet samt den multidisciplinära organisationen för fullständig behandling av barn med kraniofaciala missbildningar. Genom att samordna de två verksamheterna närmare utnyttjades och samordnades tillgänglig kompetens bättre och förutsättningar för kompetensutveckling förbättrades. Man kunde bland annat utbilda en kirurg till att behärska såväl den kraniofaciala kirurgin som LKG-kirurgin. Den kirurgen kom sedermera att vidareutbilda sig i Paris inom övrig pediatrik kraniofacial kirurgi. Han är idag landets ende kirurg som är utbildad inom alla de olika typerna av kraniofacial kirurgi och LKG-kirurgi. Modellen tillämpas nu för utbildning av ytterligare kirurger. Dels utbildas nya kraniofacialkirurger och dels breddar vi kompetensen för redan erfarna plastikkirurger verksamma inom andra typer av kraniofacialkirurgi. Dr. Malin Hakelius, Överläkare, som leder Akademiska sjukhusets LKG-team kommer på så sätt att ingå i det kraniofacialkirurgiska team som kommer att ansvara för ett eventuellt rikssjukvårdsuppdrag. Den organisatoriska strukturen har utvecklats vidare inom nuvarande VO plastik- och käkkirurgi och förutsättningarna för kompetensutveckling och kompetensförsörjningen har förbättrats ytterligare.

Utbildning för medicinskt ledarskap

Ett långsiktigt strategisk övervägande som blev avgörande för Akademiska sjukhusets möjlighet att kompetensmässigt och organisatoriskt utveckla sin kraniofacialkirurgiska verksamhet mot nuvarande nivå var beslutet att skicka kraniofacial kirurg för tjänstgöring i Paris. Det principiella beslutet om fellowship i kraniofacial kirurgi togs redan år 2003. Valet föll på Paris efter systematisk genomgång av och besök på alternativa utbildningsprogram vid olika världsledande kliniker. Paris valdes för att uppnå maximalt utbildningsvärde och erfarenhet från tjänstgöringen.

Sammanslagning av plastik- och käkkirurgi

Ett annat viktigt steg var käkkirurgins övergång från Folktandvården till Akademiska sjukhuset år 2008 och i samma steg en sammanslagning av käkkirurgin och plastikkirurgin till ett gemensamt verksamhetsområde i Neurodivisionen. Beslutet att förena plastik- och käkkirurgin byggde på en insikt om de samordningsvinster som finns där plastikkirurgin, käkkirurgin, ortodontin och övriga delar av specialistandvården möts. Inte minst ser vi nu hur intensifierat kunskapsutbyte mellan plastikkirurger, käkkirurger och ortodontister gynnat utvecklingen och forskningen inom området kraniofacial kirurgi. Pågående vidareutveckling av organisationen på VO plastik- och käkkirurgi inbegriper inrättande av fyra ämnesområden, varav ett är ämnesområdet kraniofacial kirurgi. Syftet är att skapa bästa möjliga förutsättningar för en vårdprocessinriktad organisation mot ytterligare utveckling av den högspecialiserade rekonstruktiva kirurgin. Den nya organisationen kommer att sjösättas till fullo under hösten 2011.

Förberedelser inför rikssjukvårdsuppdraget

En nyligen genomförd åtgärd var att ge Dr Daniel Nowinski, Överläkare, uppdraget direkt under divisionschefen att samordna den kraniofacialkirurgiska organisationen på divisionsnivå och förbereda verksamheten för ett rikssjukvårdsuppdrag (Bilaga 3). Den åtgärden var ett sätt att ge ansvar och förutsättningar till expertisen att utforma en maximalt ändamålsenlig och patientorienterad vårdprocess över verksamhetsområdesgränserna inom Neurodivisionen. I detta arbete sker rapportering direkt till divisionschefen, med mandat att arbeta direkt mot vårdkoordinatorer, avdelningschefer och ämnesföreträdare på andra verksamhetsområden.

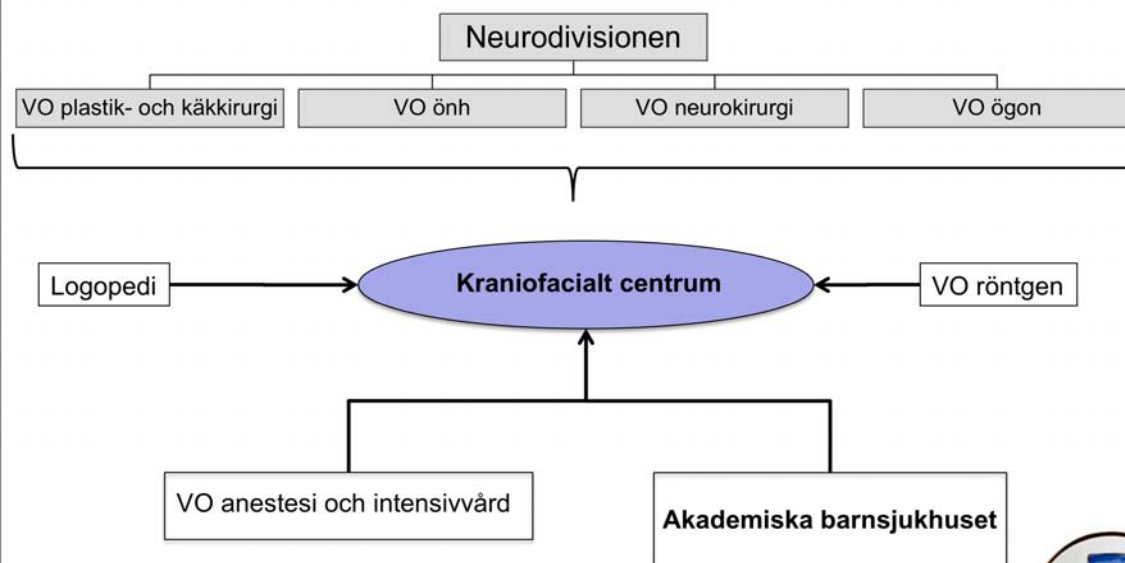
Organisationen

Omhändertagandet av barn med de tillstånd som ingår i rikssjukvård för Viss kraniofacial kirurgi sker inom Akademiska sjukhusets Kraniofaciala centrum. Verksamheten involverar expertis från många olika verksamhetsområden (VO) och från flera divisioner på sjukhuset. Organisation för kraniofacial kirurgi är således divisions- och verksamhetsområdesövergripande. Målet har varit att genom hela vårdkedjan samla rätt funktioner och resurser i rätt tid beroende på patientens vårdbehov. Specialitets- och ”klinik” tillhörighet har getts en underordnad betydelse.

Det kraniofaciala centrets huvudsakliga hemvist är Neurodivisionen som rymmer flertalet av de funktioner och resurser som krävs för alla typer av kraniofacialkirurgisk vård. Vården av just de tillstånd som ryms inom Viss kraniofacial kirurgi är också starkt integrerad i Akademiska barnsjukhusets verksamhet och detta baseras till stor del på den struktur som byggts upp för barnneurokirurgin på sjukhuset. Expertis från VO plastik- och käkkirurgi samarbetar med expertis från VO neurokirurgi runt behandlingen av patienter med skador, tumörer och missbildningar som engagerar kraniet. De behandlande teamen kan se något olika ut beroende på typen av kraniofacial kirurgi. För de tillstånd som ingår i rikssjukvården består det kirurgiska teamet framför allt av plastikkirurger med särskild kompetens inom pediatrik kraniofacial kirurgi och barnneurokirurger. Käkkirurger deltar i den faciala, extrakraniella kirurgin, som inbegriper osteotomier och förflyttning av käkar. Plastikkirurgerna bär det övergripande patientansvaret genom hela vårdkedjan och är konstanta medlemmar i det kirurgiska teamet. Operationerna utförs på en av neurodivisionens ämnesorienterade operationsavdelningar, neurooperation eller plastikoperation. På dessa två avdelningar utförs ca 40% av sjukhusets operationer på barn. Avdelningarna har väl etablerade rutiner för totalt perioperativt omhändertagande av barn och kompetens inom barnanestesi. Den tidiga postoperativa vården efter transkraniella

ingrepp sker på neurointensivvårdsavdelningen. Där vårdas samtliga barn som kräver neurokirurgisk intensivvård, enligt väl etablerade rutiner, av personal med kompetens inom barnintensivvård. Den fortsatta postoperativa vården efter transkraniella ingrepp sker på barnneurologiska avdelningen, Akademiska barnsjukhuset (95B). Det kraniofaciala centrets namn finns på VO plastik- och käkkirurgi. Från och med september 2011 kommer verksamheten inom VO plastik- och käkkirurgi vara indelad i fyra processorienterade ämnesområden. Ämnesområdet kraniofacial kirurgi inkluderar alla typer av kraniofacial kirurgi, inklusive behandling av barn med ansiktsmissbildningar samt hela den ortognata kirurgin. Ämnesområdet leds av ämnesområdesansvarig som bland annat ansvarar för kvalitetssäkring och utveckling av ämnet. Varje ämnesområde har en egen processflödesledare vars uppgift blir att implementera rutiner för ett optimalt resursutnyttjande. Den postoperativa vården efter extrakraniella ingrepp sker på plastik- och käkkirurgiska vårdavdelningen (79B) och öppenvården sker på verksamhetsområdets Patientcentrum.

Organisation



2. Tillgång till ledningskompetens

Tillstånd att bedriva rikssjukvård innebär ett åtagande mot hela landets patienter och delas maximalt ut till två enheter. Det innebär att rikssjukvården alltid kommer att behöva hantera frågan om sårbarhet vilket gör långsiktigplanering och kontinuitet till omistliga delar i arbetet med att säkerställa att den vård som ges är av hög kvalitet. Därmed är det viktigt att de verksamheter som ges tillstånd att bedriva rikssjukvård har ett starkt stöd från ansökande sjukhus ledning i frågor som rör verksamhetsprioritering, strategisk verksamhetsplanering och långsiktig verksamhetsutveckling.

- Beskriv i svarsfältet nedan på vilket sätt sjukhusets ledning har bidragit till att ge verksamheten organisatoriska förutsättningar att utvecklas strategiskt och långsiktigt, genom exempelvis strategiska beslut eller beslut om prioritering.
- Bifoga eventuella strategidokument eller annan relevant dokumentation som tydligt visar hur sjukhusledningen deltagit i den strategiska verksamhetsplaneringen rörande aktuell verksamhet.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 2 är maximalt 3 sidor.

Svar:

Utvecklingen av den kraniofacialkirurgiska verksamheten mot ett framtida rikssjukvårdsuppdrag har getts högsta prioritet inom sjukhusets ledning. Det starka stödet från ledningen har varit långsiktigt och kontinuerligt över chefsbyten på verksamhetsområdes (VO)-, divisions- och sjukhusledningsnivå. Den kraniofacialkirurgiska verksamheten har lyfts fram och presenterats internt och externt i flertalet olika sammanhang såsom sjukhusets klinikchefslunch, för länsstyrelsen, i samband med stadsbesök från Estland och besök från riksdagspolitiker. Strategiska överväganden som lett fram till organisatoriska förändringar har baserats på beslut som fattats på olika nivåer i ledningen, vid olika tidpunkter (Tabell 1).

Tabell 1. Strategiska beslut

Beslutsår	Beslut	Beslutsnivå
1993	Skapandet av Neurocentrum och Hand-Plastik-Öroncentrum	Sjukhusledning
2003	Samordning av LKG-teamet och kraniofacialteamets verksamheter	VO ledning
2003	Fellowship i kraniofacial kirurgi	VO ledning
2004	VO plastikkirurgi blir en del av Neurodivisionen	Divisionsledning och VO ledning
2004	Överläkaretjänst för plastikkirurg (Anders Hedlund) med inriktning mot kraniofacial kirurgi delas mellan VO plastikkirurgi och VO neurokirurgi	Divisionsledning och VO ledning
2005	Resurser avdelas till stöd för uppbyggande av ett långsiktigt samarbete mellan de kraniofaciala teamen i Uppsala och Helsingfors	VO ledning
2008	Käkkirurgin går från folktandvården till sjukhuset och slås samman med plastikkirurgin i gemensamt VO	Sjukhusledning, Divisionsledning, VO ledning
2010-2011	Omorganisation av VO plastik- och käkkirurgi till fyra ämnesområden varav ett är	Divisionsledning och VO ledning

	ämneseområde kraniofacial kirurgi	
2011	Uppdrag för övergripande samordning av den kraniofacialkirurgiska verksamheten och förberedelse av sjukhuset för ett eventuellt rikssjukvårdsuppdrag	Divisionsledning och VO ledning (Bilaga 3)

3. Strategier för kompetensförsörjning

En grundläggande förutsättning för en långsiktigt hållbar vårdstrategi är närvaron av en strategi för hur verksamheten på såväl kort som lång sikt säkerställer att kritisk kompetens finns tillgänglig.

- Beskriv i svarsfältet nedan sjukhusets arbete med att såväl kort- som långsiktigt säkerställa att kritisk medicinsk kompetens finns tillgänglig. Av redogörelsen ska det framgå hur det säkerställs att befintliga strategier för kompetensförsörjning förverkligas genom exempelvis uppföljning och utvärdering.
- Bifoga eventuella strategidokument, beslutsdokument eller annan relevant dokumentation som beskriver sjukhusets strategi för kompetensförsörjning

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 3 är maximalt 2 sidor.

Svar:

Arbetsättet och strategin för kompetensförsörjning beskrivs i svaret på fråga 1 b godkänd i Uppsala läns landstings ansökan om rikssjukvård i Viss kraniofacial kirurgi. Till svaret bifogades även tillhörande ledningsdokument samt dokumentation till stöd för tidigare genomförd VO-övergripande seminarierie på ämnet kraniofacial kirurgi. I svaret till fråga 6 (sårbarhetsanalys) beskrivs strategin för kompetensförsörjning genom fellowshiputbildning, som även redovisades i samband med den intervju som hölls i samband med ansökningsprocessen. Vi har här valt att framför allt beskriva strategin för kort- och långsiktig kompetensförsörjning inom rekonstruktiv plastikkirurgi, då spetskompetens inom den rekonstruktiva kraniofaciala kirurgin har visat sig vara avgörande för rikssjukvårdsuppdraget i Viss kraniofacial kirurgi.

Som beskrivits baseras verksamheten dessutom på en bred och djup kompetens inom hela den multidisciplinära organisationen på Akademiska sjukhuset. Övergripande policy dokument för hela sjukhuset bifogas (Bilaga 5).

Kompetensförsörjning inom rekonstruktiv plastikkirurgi och käkkirurgi

Inom plastikkirurgin på Akademiska sjukhuset har vi systematiskt och långsiktigt, historisk och i nutid, skickat kirurger för 6-12 månaders formell vidareutbildning på internationellt erkänd klinik. Syftet med det har varit att ge möjlighet till redan välutbildade och relativt erfarna kirurger att fördjupa sina kunskaper, tillägna sig nya tekniker, bygga upp internationella nätverk och få nya bredare perspektiv på hur verksamheten kan organiseras, ledas och utföras. I samtliga fall har dessa kirurger återvänt till Akademiska sjukhuset och lett sina respektive delverksamheter till att bli nationellt ledande. Det totala mycket breda internationella kontaktnätet som kliniken på så sätt byggt upp utnyttjas för utbyte och fortbildning. Konceptet med fellowship är vedertaget internationellt inom den rekonstruktiva plastikkirurgin. Dock har detta arbetssätt för kompetensförsörjning varit relativt ovanligt på de olika enheterna i Sverige utanför Uppsala. På Akademiska sjukhuset har merparten av samtliga

verksamma plastik- och käkkirurger fullgjort fellowship enligt tabell 2 nedan.

Utbildningsprogrammet i rekonstruktiv plastikkirurgi på Akademiska sjukhuset innehåller 6 års specialistutbildning, 1 års ”internt” fellowship följt av 6-12 månaders fellowship vid utländsk klinik. Målet med specialistutbildningen är att ge en bredd inom hela det plastikkirurgiska spektrumet vilket skapar en stark teoretisk och praktisk bas för subspecialisering. Det vi kallar internt fellowship är en period på 1 år efter fullgjord ST utbildning då man på hemmakliniken endast jobbar inom ett av klinikens profilområden. Målet med den perioden är att man ska öka sin kunskap och erfarenhet på djupet och tillägna sig det kliniken har att erbjuda inom det området, så att man under följande fellowship vid utländsk klinik redan behärskar den kirurgiska tekniken och kan koncentrera sig på ytterligare fördjupning och att hämta hem nya kunskaper. Efter genomfört fellowship är det tänkt att man får ta ett stort ansvar för genomförande och utveckling av kirurgi inom ett av klinikens profilområden.

Kompetensförsörjning - Viss kraniofacial kirurgi

Akademiska sjukhusets kraniofaciala centrum har utarbetat en strategi för kompetensförsörjning och kompetensutveckling för de experter som deltar i behandlingen av de tillstånd som ingår i rikssjukvårdsdefinitionen. Strategin baseras sig till stor del på det breda internationella kontaktnät som verksamhetens företrädare ingår i. Genom korta besök på olika enheter i andra länder får centrets expertis möjlighet att fördjupa sina kunskaper och vidga sina perspektiv inom de olika delarna av det totala omhändertagandet av de tillstånd som ingår i definitionen. De korta vistelserna ger även tillfälle att knyta internationella kontakter och skapar möjligheter till nya uppslag för forskning och utveckling. Planerade vistelser för 2011/2012 presenteras i tabell 3.

Tabell 2. Fellowship VO plastik och käkkirurgi

Medarbetare	Fellowship
Daniel Nowinski, plastikkirurg	Pediatrisk kraniofacial kirurgi, Hopital Necker Enfants Malades, Paris, Frankrike (Bilaga 2)
Malin Hakelius, plastikkirurg	Mikrokirurgi, Melbourne, Australien
Morten Kildal, plastikkirurg	Mikrokirurgi, Taipei, Taiwan
Thorir Audolfsson, plastikkirurg	Mikrokirurgi, Taipei, Taiwan
Andres Rodrigues, plastik- och handkirurg	Mikrokirurgi, Taipei, Taiwan Mikrokirurgi, Carniesburn, Skottland
Joakim Athlin, plastik- och handkirurg	Mikrokirurgi, Taiwan
Aili Low, plastikkirurg	Brännskadevård, Galveston, USA
Daniel Nowinski, plastikkirurg	Deputy Director, Facial Transplant Team, Brigham and Womens Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA
Maria Mani, plastikkirurg	Pågående – mikrokirurgi, London, Storbritanien
Nicholas Waughlock, plastik- och handkirurg	Pågående, Mikrokirurgi, Taipei, Taiwan
Mikael Magnusson, käkkirurg	Kraniomaxillofacial kirurgi, Melbourne, Australien
Gunnar Sörlin, käkkirurg	Kraniomaxillofacial kirurgi, Carniesburn, Skottland

Daniel Saiepour, ST-läkare i plastikkirurgi	Planerad fellowship i pediatrik kraniofacial kirurgi i Paris planeras till 2014, efter genomförd intern fellowship, enligt modellen för kompetensförsörjning.
---	---

Tabell 3. Planerade vistelser vid kliniker i utlandet

Medarbetare	Planerad vistelse
Anders Lewen, barnneurokirurg	2 veckor, barnneurokirurgiska kliniken, Hopital Necker Enfants Malades, Paris
Malin Svensson, ÖNH-läkare	2 veckor, Barn-önh kliniken, Hopital Necker Enfants Malades, Paris
Daniel Saiepour, ST-läkare plastikkirurg	2 veckor, barnneurokirurgiska kliniken, Hopital Necker Enfants Malades, Paris

4. Strategi för kompetensöverföring

En långsiktigt hållbar vårdstrategiförutsätter att verksamheten har en strategi för hur kompetens överförs från en generation till nästa. En väl utvecklad strategi för kompetensöverföring säkerställer att erfarenheter och ackumulerad kompetens stannar inom verksamheten och på så sätt bidrar till fortsatt stabilitet och kontinuitet.

- Beskriv i svarsfältet nedan sjukhusets strategi för kompetensöverföring samt hur det säkerställs att den efterlevs genom exempelvis uppföljning och utvärdering.
- Bifoga eventuella strategidokument, beslutsdokument eller annan relevant dokumentation som beskriver sjukhusets strategi för kompetensöverföring.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 4 är maximalt 2 sidor.

Svar:

Strategi för kompetensöverföring

Arbetsättet och strategin för kompetensöverföring beskrivs i svaret på fråga 1 b godkänd i Uppsala läns landstings ansökan om rikssjukvård i Viss kraniofacial kirurgi. Till svaret bifogades även tillhörande ledningsdokument samt dokumentation till stöd för tidigare genomförd VO-övergripande seminarieserie på ämnet kraniofacial kirurgi. I svaret till fråga 6 (sårbarhetsanalys) beskrivs strategin för kompetensöverföring över specialitetsgränser. Schema för VO plastikkirurgi läkarmöten för 2010 bifogas (Bilaga 4), som visar hur genomförd undervisning utförs enligt ovan nämnda ledningsdokument. Sedan ansökan skickades in har arbetet med kompetensöverföring fortgått enligt tidigare beskriven modell. Vi vill här särskilt lyfta fram två aspekter som vi anser vara särskilt viktiga för kompetensöverföringen inom verksamheten och i synnerhet från en generation experter till en annan. Den ena aspekten är principen att patienten tas om hand på bästa effektiva omhändertagandenivå och att personalen jobbar på sin högsta möjliga kompetensnivå. Den andra aspekten är strategin med gemensam kirurgi vid komplicerade och ovanliga ingrepp.

Bästa effektiva omhändertagande nivå – högsta kompetensnivå

Arbetsättet har den dubbla effekten av att gynna optimalt resursutnyttjande och kompetensöverföring/kompetensutveckling. Ett illustrativt exempel är hur kirurgiska ingrepp

delas in i delmoment som utförs av kirurger som nått olika nivåer i sitt lärande. Ett moment som lika bra kan utföras av kirurger under utbildning ska i regel inte utföras av expertis på överläkarnivå. Vi strävar efter att tillämpa denna princip konsekvent vid alla vårdmoment, operativa såväl som icke-operativa, och för de olika yrkeskategorierna i personalen. Kirurger under utbildning får på så sätt möjlighet att under överinseende utveckla sin kompetens medan expertis på överläkarnivå får utrymme att utveckla verksamheten ytterligare.

Inom kraniofacialkirurgin har vi definierat en tydlig kompetensstegen som går från mindre till mer komplicerade, och från mindre till mer riskfyllda moment. I den kompetensstegen utgör behandlingen av ansiktsfrakturer basen för utbildningen i kraniofacialkirurgisk teknik. Inom den kraniofaciala traumakirurgin får man nämligen lära sig de grundläggande teknikerna för friläggning och fixering av det kraniofaciala skelettet. Kraniofacialkirurgisk behandling av tumörer vid främre skallbasen och av kraniofaciala missbildningar kommer längre upp i kompetensstegen. Högst upp kommer genomförandet av komplicerade ingrepp på barn med kraniosynostossyndrom. En förutsättning för det arbetssättet är en samlad kraniofacialkirurgisk verksamhet, där Uppsalas kraniofaciala centrum ansvarar för alla typer av kraniofacial kirurgi som utförs på sjukhuset. På många håll i landet är den kraniofaciala traumakirurgin uppdelad på olika separata verksamheter, vilket gör svårare att på ett planerat och strategiskt sätt överföra de grundläggande kirurgiska teknikerna till nästa generation kirurger som ska jobba inom den kraniofaciala rikssjukvården. Idag har vi uppnått en situation där behandlingen av ansiktsfrakturer, till stor del kan planeras och utföras av yngre kirurger. Överläkare godkänner och tar fullt ansvar för behandlingsplanerna och deltar alltid i komplicerade och riskfyllda moment. Den gruppen yngre kirurger kommer att stå kompetensmässigt mycket väl rustade inför kommande fellowshiputbildning i kraniofacial missbildningskirurgi, varefter de kan återkomma till Uppsala och utföra de ingrepp som ryms inom rikssjukvårdsdefinitionen. Nästa kirurg (Daniel Saiepour) kommer att utbildas externt inom den kirurgi som ingår i rikssjukvårdsuppdraget. Fellowship är inplanerad för utbildning i Paris år 2014.

Gemensam kirurgi

Summan av de olika experternas ingrepp i fråga 2, del 1, är större än det totala antalet ingrepp angivet i fråga 3, del 1. Det beror på att vi strävar efter att särskilt ovanliga och komplicerade ingrepp utförs av flera specialister gemensamt. Detta är en strategi som syftar till att på bästa sätt till vara på den samlade erfarenheten och gynna en lärande miljö också för erfarna specialister. Vi har sett hur det arbetssättet möjliggjort mycket effektiv kompetensöverföring inom specialistgruppen och snabb, kontrollerad kompetensutveckling.

Utvärdering och uppföljning

Uppföljning och utvärdering av kompetensöverföringen sker kontinuerligt i samband med de olika undervisningsmoment som utförs i samband med läkarmöten på VO plastikkirurgi (svaret på fråga 1 b godkänd i Uppsala läns landsting ansökan om Viss kraniofacial kirurgi, samt Bilaga 4 till aktuell ansökan). Komplikationer återkopplas bland annat på regelbundna morbiditet och mortalitetsmöten (M&M). Ett kollegium av överläkare på kliniken samlas regelbundet för att diskutera utbildningsfrågor och eventuella problem på struktur eller individnivå. I dessa möten deltar såväl plastikkirurger som käkkirurger.

5. Kompetensutveckling

Inom ramen för en långsiktigt hållbar vårdstrategi är kompetensutveckling ett viktigt verktyg för vårdpersonal att utveckla sig inom sin yrkesroll genom att de får genomgå olika former av utbildningar och kurser. Kompetensutveckling är även en väg för att stärka vårdpersonalens engagemang vilket, i sin tur, leder till ökad förståelse för verksamheten ur ett helhetsperspektiv.

- Beskriv i svarsfältet nedan sjukhusets arbete med att genom kompetensutveckling bidra till att vårdpersonal utvecklar sig i sin yrkesroll samt utvecklar en fördjupad förståelse för verksamheten ur ett helhetsperspektiv. Av redogörelsen ska framgå hur det säkerställs att befintlig policy rörande kompetensutveckling implementeras, genom exempelvis handlingsplan för kompetensutveckling eller utvecklingssamtal.
- Bifoga eventuellt policydokument eller annat beslutsdokument över sjukhusets arbete med kompetensutveckling.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 5 är maximalt 2 sidor.

Svar:

I detta avsnitt har vi valt att beskriva vår syn på kompetensutveckling. I punkterna 3,4 och 6 för vi fram konkreta exempel på hur vi jobbar med kompetensfrågor inom kraniofacial kirurgi. Det viktigaste i vårt arbete med kompetens och kompetensutveckling hos olika yrkesgrupper är grundtanken om att medarbetarna och deras kompetens är det som främst avgör framgång och möjlighet att utveckla verksamheten. Det innebär att vår förmåga att attrahera och utveckla rätt kompetens är avgörande för att säkerställa att patienter får ett professionellt omhändertagande enligt principerna om god vård.

Kompetens är som vi uppfattar det ett vidare begrepp än att bara innefatta fackkunskap och sakkompetens. Viktigt är också medarbetarnas strategiska kompetens som innefattar kunskap och förståelse för den egna organisationen, verksamheten (vision, mål, uppdrag) och omvärlden. Sådan kompetens är nödvändig för möjligheten att göra ett bra jobb och prioritera rätt. En annan dimension av kompetens handlar om medarbetarnas förhållningssätt. Viktiga aspekter är självkännedom, samarbetsförmåga och bemötande. Vi försöker medvetet uppmärksamma och jobba med alla dessa aspekter av kompetens.

Vi ser kompetensutveckling som en kontinuerlig pågående process som sker dels i det dagliga arbetet genom att säkerställa strukturer för ett ständigt lärande i organisationen (som framgår i punkterna 3,4 och 6 i del 2) och dels i samband med interna och externa utbildningar, möten och kongresser. En individuell kompetensutvecklingsplan tas fram i samband med medarbetarsamtalen mellan den enskilde medarbetaren och dennes chef kopplat till det behov av kompetens som har identifierats i de olika patientfokuserade processerna.

I arbetet med att ta fram bästa möjliga patientflöde deltar de olika yrkesgrupperna i teamet och ett viktigt mål är att skapa engagemang och förståelse för helheten och en gemensam bild av vilken kompetens som behövs. Utifrån helhetsbilden och arbetssätten som beskrivs under punkt 9, del 1 skapas en kortsiktig och en långsiktig handlingsplan för kompetensutveckling som processansvarig ansvarar för. Handlingsplanen kommuniceras i ledningsgruppen tillsammans med verksamhetschef och avdelningschefer och ligger till grund för kompetensutveckling och utvecklingssamtal för vårdpersonal. Det senaste året har vi på planeringsdagar med olika grupper arbetat med SWOT analyser och därmed belyst verksamhetens starka och svaga sidor samt hot och möjligheter. I detta arbete har bland

annat behovet av kompetensutveckling, kompetensväxling och spridning av kompetens i organisationen synliggjorts.

En annan central del av kompetensutveckling inom högspecialiserad sjukvård är utbyte av erfarenheter och kunskaper för olika yrkesgrupper mellan enheter i Sverige och utomlands. Inom verksamheten har vi på ett systematiskt och målinriktat sätt säkerställt möjligheten för ett stort nationellt och internationellt kunskaps- och erfarenhetsutbyte vilket inte minst speglar sig i det stora antal besök vi har haft upp genom åren. Experter från enheter i olika delar av världen besöker verksamheten i Uppsala för att öka sitt lärande, utbyta erfarenheter och delta i gemensamma forsknings- och utvecklingsprojekt (Tabell 4). Det stora antalet välmeriterade besökare genom åren visar att den rekonstruktiva plastikkirurgi på Akademiska sjukhuset håller högsta internationella klass.

Tabell 4. Internationella besök VO plastikkirurgi 2008-2010

Besökare	Besökstid
2008	
Abbas Ali Ramadhan, Head of department of Neurosurgery, Ibn Sena Hospital, Kuwait	2 dagar
Dr Katja Schwenzer-Zimmerer, Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, University Hospital Basel, Hightech Research Center of CMF-Surgery.	3 dagar
Philipp Jürgens, Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, University Hospital Basel, Hightech Research Center of CMF-Surgery.	3 dagar
Cristoph Kunz, Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, University Hospital Basel, Hightech Research Center of CMF-Surgery.	3 dagar
Stephan Zimmerer, Department of Neurosurgery, University Hospital Basel	3 dagar
Carlos Buitrago-Téllez, Head of Radiology Zofingen Hospital, Zofingen, Schweiz	3 dagar
Ian Whitaker, plastikkirurg, Melbourne, Australien	1 vecka
2009	
Philipp Jürgens, Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, University Hospital Basel, Hightech Research Center of CMF-Surgery.	3 dagar
Carlos Buitrago-Téllez, Head of Radiology, Zofingen Hospital, Zofingen, Schweiz	3 dagar
Cristoph Leiggener, Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, University Hospital Basel, Hightech Research Center of CMF-Surgery.	3 dagar
Hans-Florian Zeilhofer, Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, University Hospital Basel, Hightech Research Center of CMF-Surgery.	4 dagar
Damir Abdyldaev, plastikkirurg, Kyrgyzstan	5 dagar

Myrzabek Mateev, plastikkirurg, Kyrgyzstan	5 dagar
Catherine Darcy, plastikkirurg, Storbritanien	Mikrokirurgisk fellow i 4 månader
Rose Rhemrew-Pieters, plastikkirurg, Holland	Mikrokirurgisk fellow i 3 månader
Tatu Tarkka, plastikkirurg, Finland	5 dagar
Warren Rosen, plastikkirurg, Melbourne, Australien	2 veckor
Eric Arnaud, Co-director, Craniofacial Unit, Hopital Necker Enfants Malades, Paris, Frankrike	2 dagar
2010	
Cristoph Leiggener, Department of Cranio-Maxillofacial Surgery, University Hospital Basel, Hightech Research Center of CMF-Surgery.	4 dagar
Zdzislaw Krol, Hightech Research Center. University Hospital Basel.	4 dagar
Constantin Landes, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Johann Wolfgang Goethe-UNI, Surgery Center, Oral Maxillofacial och Facial Plastic Surgery, Frankfurt am Main,	2 dagar
Christina Klee, Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg	2 månader
Roman Hossein Khonsari, Dept of Maxillofacial Surgery Hopitaux du C.H.U de Nantes Centre Hospitalier, Frankrike	Besök i omgångar, totalt 9 dagar
Lubos Drahan, Department of Plastic and Cosmetic Surgery, Masaryk University Faculty of Medicine, Tjeckien	Besök i omgångar, totalt 2 månader
Arup Ray, Consultant Plastic, Cosmetic and Reconstructive Surgeon, Canniesburn Plastic Surgery Unit, Skottland	4 dagar
Alexander Zolotov Sergeevich, Ryssland	3 dagar
Ian Holten, plastikkirurg, Melbourne, Australien	2 veckor
Jesus Garcia, plastikkirurg, Argentina	1 månad
Peter Chan-Woo Kim, Director, Department of Plastic Surgery, Daegu Catholic Medical Center, Daegu, Korea.	4 dagar

Junnu Leikola, plastikkirurg, Cleft Palate and Craniofacial Center, Helsingfors, Finland	2007-2011	Flera 2-3 dagars besök
Jyri Hukki, plastikkirurg, Helsingfors, Head of Cleft Palate and Craniofacial Center, Helsingfors, Finland	2007-2011	Flera 2-3 dagars besök

6. Övrig vårdpersonal

En långsiktigt hållbar vårdstrategi förutsätter inte bara en multidisciplinär miljö där samverkan mellan olika discipliner sker naturligt. Den förutsätter även samverkan mellan de olika yrkeskategorier som ingår i vårdprocessen.

- Beskriv i svarsfältet nedan hur kompetensen hos övrig vårdpersonal ges förutsättningar att utvecklas och hur den på ett systematiskt sätt tas till vara och integreras i det operativa arbetet vid kliniken.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 6 är maximalt 2 sidor.

Svar:

Inom verksamhetsområdet plastikkirurgi och käkkirurgi finns det ett etablerat sätt att arbeta i multiprofessionella team med processer, processledning och processtyrning. Varje team arbetar systematisk enligt fyra faser i syfte att optimera flödet, säkerställa patientens behov, skapa delaktighet och sprida kunskap och erfarenheter mellan yrkesgrupper. Målet är att säkerställa en samverkan mellan olika yrkeskategorier i teamet och skapa en gemensam överenskommelse om hur denna samverkan skall ske. Arbetet sker i fyra steg:

1. Kartläggning av nuläget med relevant mätning (värdeflödesanalys)
2. Design av det framtida förbättrade flödet
3. Identifiering av förbättringsförslag, prioritering, testning och uppföljning av förbättringar
4. Införande av det nya arbetssättet

Minst en representant från varje yrkeskategori i ett specifikt patientflöde är med i processarbetet. Dessa representanter har ansvar för att återkoppla och förankra med respektive kollegor genom hela processen. Under de senaste två åren har man inom verksamhetsområdet arbetat enligt dessa principer för flera patientgrupper tex för patienter med svåra brännskador, patienter med läpp-käk och gomspalt, patienter med kraniofaciala missbildningar och patienter i behov av avancerade rekonstruktioner efter huvud och halscancer.

Det multiprofessionella teamet leds av en områdesansvarig tillsammans med en flödesledare och en administratör. Återkoppling sker kontinuerlig till ledningsgruppen, berörda avdelningschefer och alla medarbetare. Områdesansvarig, flödesledare och ansvariga chefer har korta veckoplaneringsmöten där verksamheten, utveckling och den dagliga processen följs upp och utvärderas. Det dagliga arbetet följs upp varje dag med korta 10 minuters teamträffar vid arbetsdagens början kallad "Daglig styrning". Detta sker först på enhetsnivå och direkt därefter på verksamhetsövergripande nivå för att samordna arbetsdagen, säkerställa effektivt utnyttjande av resurser och kompetens och utbyte erfarenheter från gårdagens verksamhet. Varje vecka sammanställs föregående veckas avvikande händelser samt händelser som påverkat flödet på ett särskilt positivt sätt. Syftet med detta arbetssätt är att utnyttja resurser effektivt och att skapa en struktur för ständigt lärande mellan individer och yrkesgrupper för att åstadkomma förbättringar.

Det finns dessutom inom verksamhetsområdet ett systematiskt sätt att arbeta med ständiga förbättringar på varje enhet enligt PDSA cirkeln, där nio olika grupperingar av medarbetare samlas vid en förbättringstavla 15 min varje vecka för att stämma av vilka förbättringar som provas och hur det går. Tanken är att medarbetarna i det dagliga arbetet ska kunna identifiera och dokumentera problem och/eller förbättringsförslag. Detta system används även i hela patientflödet och förbättringslappar sänds mellan enheter. För varje problemområde eller

förbättringsförslag finns det en ansvarig och en tidsplan. Statistik förs månadsvis över antal identifierade och genomförda förbättringar.

Del 3 – internationell samverkan

Socialstyrelsen gör bedömningen att ett aktivt deltagande i internationella sammanhang är nödvändigt för att säkerställa att erforderlig kompetens, kunnande och yrkesskicklighet hålls ajour. Ett aktivt deltagande i internationella sammanhang kan ske genom, exempelvis, medlemskap i internationellt sällskap eller deltagande i ett internationellt kunskapsutbyte mellan olika kliniker. Genom ett aktivt deltagande i internationella sammanhang ges godaförutsättningar att tillgodogöra sig erfarenheter och kunskaper om medicinsk och medicinteknisk utveckling. Dessutom görs bedömningen att ett aktivt deltagande i internationella sammanhang är en grundläggande förutsättning för att kunna bedriva forskning, utbildning och utveckling av högsta kvalitet.

1. Samverkansavtal med internationella kliniker

- Beskriv i svarsfältet nedanomfattning och djup för de avtal med utländska kliniker ni ingått. Av redogörelsen ska framgå vilken tid avtalet avser, vilken relevans avtalet anses ha för bedrivandet av rikssjukvård samt vilken kompetens avtalet antas tillföra.
- Bifoga eventuellt nedtecknad och signerad avsiktsförklaring för samarbetet.
- Bifoga kontaktuppgifter för de utländska kliniker ni har avtal med.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 1 är maximalt 4 sidor.

Svar:

Introduktion

De internationella samarbeten som ingåtts handlar inte primärt om kompetensstöd, utan om reciprokt utbyte av kompetens och erfarenheter för maximal utveckling. Det är viktigt att påpeka i detta sammanhang att många av de vinster som finns att hämta från välutvecklade samarbeten med enheter i andra länder, även bör sökas genom samarbeten mellan rikssjukvårdsenheterna i Sverige. Vi ser samarbetet mellan Uppsala och Linköping inom området brännskadevård som en bra modell för hur ett sådant samarbete kan se ut.

Akademiska sjukhusets internationella samarbeten inom pediatrik kraniofacial kirurgi med enheterna i Helsingfors och Paris har beskrivits utförligt i svaret till fråga 6 i rikssjukvårdsansökan (sårbarhetsanalys), i begärda kompletteringar till ansökan 20090829 och 20090930, samt i den intervju som genomfördes i samband med ansökningsprocessen. Tidigare inskickad avsiktsförklaring om samarbetet med Helsingfors bifogas (Bilaga 6). Vi vill hänvisa till tidigare inskickade dokument för en utförlig bakgrund och beskrivning av principerna för Akademiska sjukhusets internationella samarbeten. Här har vi valt att lägga tyngdpunkten på den utveckling som skett de senaste 2 åren, hur situationen ser ut idag i praktiken och hur vi ser på samarbetet i framtiden. Beskrivningen är uppdelad på aktiviteter som rör alla parter och aktiviteter som primärt involverar 2 av de tre parterna.

Uppsala – Helsingfors – Paris

Teamen i Uppsala, Helsingfors och Paris har utvecklat en modell för internationellt samarbete som syftar till att gynna den långsiktiga utvecklingen av kraniofacial kirurgi och säkerställa behandling av högsta kvalitet för patienter i Sverige, Finland och närliggande geografiska regioner, idag och i framtiden. Någon borte gräns för detta bilaterala samarbete har inte definierats. Samarbetet strävar mot de mål, om utveckling och spridning av kraniofacialkirurgisk behandling, som fastställts av International Society of Craniofacial Surgery.

Kärnan i samarbetet är det Nordiska tvåcenterssamarbetet mellan Uppsala och Helsingfors. Visionen är att Uppsala - Helsingfors ska utgöra ett nordiskt kompetenskluster för kraniofacial kirurgi. Uppsala skulle i ett sådant scenario, tack vare denna internationella struktur, starkt bidra till utvecklingen av den kraniofaciala kirurgin i Sverige. Dessutom skulle vård med lätthet kunna erbjudas patienter från regionen med små befolkningsunderlag, såsom Island och de baltiska staterna. Samarbetet med Paris säkerställer utbildning av framtidens expertis. Det är nämligen av största vikt att kraniofacialkirurger, oavsett verksamhetens kvalitet och volym på hemkliniken, genomgår formellt fellowship vid annat etablerat kraniofacialkirurgiskt centrum. De kunskaper och perspektiv som fås från sådana utbildningsvistelser är en förutsättning för kompetensutvecklingen och kompetensförsörjningen. I Uppsalas långsiktiga kompetensförsörjningsplan ligger nästa fellowship för kirurg i Paris år 2014.

Kraniofacialkirurger från Uppsala (Daniel Nowinski) och Helsingfors (Junnu Leikola) har redan utbildats i Paris. De tre teamen samlas 2-3 gånger per år för gemensam kirurgi och diskussioner. Kirurger från de tre teamen (Daniel Nowinski, Junnu Leikola, Eric Arnaud) ingår sedan januari 2011 i Craniofacial section, S.O.R.G. (Strasbourg Osteosynthesis Research Group) – en organisation som i samarbete med industrin verkar för utveckling av nya kirurgiska material och metoder.

Uppsalas kraniofacialkirurgiska kvalitetsregister har beskrivits utförligt i tidigare dokumentation. Registrets presenterades på International Society of Craniofacial Surgery i Oxford 2009, med medlemmar från teamen i Uppsala, Helsingfors och Paris som medförfattare. Hösten 2010 hölls arbetsmöte i Paris för vidareutveckling av registret som nu är färdigställt och i bruk i Uppsala. Ytterligare utvecklingsarbete kommer att krävas för implementering i Helsingfors och Paris. Närmast planeras presentation och demonstration av registret i samband med nästa arbetsmöte för Craniofacial Section, S.O.R.G.

Uppsala - Helsingfors

Samarbetet påbörjades år 2005. Och har sedan dess utvecklats mycket starkt till att uppfylla samtliga mål som specificerats i ingången intentionsförklaring (Bilaga 6).

Kraniofacialkirurger (Daniel Nowinski, Pelle Nilsson, Per Enblad, Daniel Saiepour (ST-läkare)) från Uppsala har gjort upprepade besök i Helsingfors i samband med utförandet av komplicerade och ovanliga ingrepp på barn med syndromala kraniosynostoser.

Kraniofacial kirurger från Helsingfors (Junnu Leikola, Jyri Hukki) har också besökt Uppsala vid upprepade tillfällen, i samband med utförandet av avancerade ingrepp. Detta arbetssätt har exempelvis gett kirurger från Uppsala möjlighet att öka sin erfarenhet av ansiktsklyvningar, medan kirurger från Helsingfors fått möjlighet att delta vid bakre expansion med hjälp av distraktion. I samband med dessa besök förs dessutom mycket värdefulla diskussioner, såväl i formell seminarieform som ”över kaffekoppen”, om hur vi ska vidareutveckla våra behandlingsprotokoll och organisationer ytterligare. Ett konkret exempel är framtagandet av ett det nya koncept för bakre expansion som beskrevs i svaret på fråga 6b.

Metoden har beskrivits i vetenskaplig artikel, inskickad för publikation i Journal of Craniofacial Surgery, med kirurger från de två teamen som medförfattare.

Ett nytt forskningsprojekt har inletts. Ortodontist i Uppsala, Övertandläkare Fatemeh Jabbari, blir doktorand i ett projekt där de två teamens behandling av läpp-käk gomspalt ska utvärderas. Handledarskapet kommer att delas mellan professor i ortodonti Kirsti Hurmenrinta från Helsingfors och Daniel Nowinski i Uppsala. Projektet är ett exempel på hur samarbetet mellan Uppsala och Helsingfors kan användas för att på bästa sätt ta till vara på sällsynt vetenskaplig kompetens, samtidigt som viktig ny kunskap kan vinnas genom jämförelser av olika behandlingsprotokoll. Den kontaktyta som skapats mellan ortodontisterna från de två teamen

kommer även att leda till ett utbyte av kunskap om den ortodontiska delen i behandlingen av barn med kraniosynostossyndrom.

Uppsala – Paris

Med start 2011 inleds gemensamt forskningsprojekt med deltagare från teamen i Uppsala och Paris. Uppsala bidrar med den metodik och kunskap om avancerad bildanalys och bildbearbetning, bland annat med hjälp av haptisk teknologi, som utvecklats inom en stark och välfinansierad forskningsstruktur runt centrum för bildanalys, Uppsala universitet. Paris bidrar med stora och unika patientmaterial av syndromala och icke-syndromala kraniosynostoser.

Helsingfors – Paris

Forskningsprojekt (Cranioresp) pågår där effekten av frontofacial framflyttning (monobloc) på obstruktiv sömnapné utvärderas.

Neurokirurg från Helsingfors vidareutbildades i Paris under hösten 2009.

Kontaktuppgifter

Helsingfors:

Dr Jyri Hukki

Head, Cleft Palate and Craniofacial Center

Tölö Hospital, Helsinki, Finland

cell-phone +358 40 725 46 00

office at Tölö: + 358 504 27 2226

Paris:

Dr Eric Arnaud

Co-director, Craniofacial Unit

Hopital Necker Enfants Malades, Paris, France

Cell-phone: +33 660448717

Office: +33 153578765

2. Medlemskap i internationella sällskap

- Bifoga dokumentation som styrker verksam vårdpersonals medlemskap i internationellt sällskap med relevans för den verksamhet som ansökan avser.

Kommentar:

Kraniofacialkirurgins bredd, med tillämpningar inom missbildningar, trauma och tumörer, samt disciplinens tvärprofessionella natur, har gjort att det finns ett stort antal nationella såväl som internationella sällskap med relevans för de olika aspekterna av den kraniofaciala kirurgin.

Det viktigaste internationella sällskapet, med avgjort störst legitimitet och relevans för utveckling, för den kirurgi som ingår i rikssjukvårdsdefinitionen, är International Society of Craniofacial Surgery (ISCFS). Var god se bilagor 7-11.

3. Deltagande i internationella konferenser

- Beskriv i svarsfältet nedan i vilka internationella konferenser med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen företrädare för kliniken deltagit i den senaste 3-årsperioden (2008 – 2010). Av redogörelsen ska framgå vilka företrädare vid kliniken som deltagit samt betydelsen hos de eventuella bidrag som kliniken har presenterat.
- Bifoga eventuella bidrag vid deltagande i internationella konferenser.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 3 är maximalt 2 sidor.

Svar:

Kraniofacialkirurgins bredd, med tillämpningar inom missbildningar, trauma och tumörer, samt disciplinens tvärprofessionella natur, har gjort att det anordnas ett stort antal nationella såväl som internationella möten med relevans för de olika aspekterna av den kraniofaciala kirurgin.

Det finns ett internationellt möte, International Society of Craniofacial Surgery (ISCFS) Biennial Meeting som nästintill uteslutande behandlar den kraniofaciala kirurgi som ingår i rikssjukvårdsdefinitionen. Detta möte är det huvudsakliga internationella forumet för utveckling och forskning inom just den kraniofaciala kirurgi som kommer att ingå i rikssjukvården. Därutöver, och då framför allt i det europeiska sammanhanget, finns European Society of Craniofacial Surgery (ESCFS) Biennial Meeting. ESCFS sorterar under ISCFS. För deltagande i ESCFS möten krävs medlemskap eller särskild inbjudan.

Kirurger från Akademiska sjukhusets kraniofaciala centrum har deltagit och bidragit vid senaste ISCFS möte i Oxford 2009, och bidrag för muntlig presentation har lämnats in till nästkommande möte i augusti 2011. Kirurg från Uppsala deltog efter inbjudan även i ESCFS 2008. I tabellen nedan listas den totala kraniofacialkirurgiska kongressaktiviteten som tydlig visar att deltagande i internationella möten är högt prioriterat inom verksamheten.

Tabell 4. Internationella möten

Företrädare	Möte	Bidrag
Daniel Nowinski	ISCFS, Oxford, 2009	Muntliga presentationer: 1. A Multicenter Craniofacial Quality Registry 2. Severe Pediatric Orbital Fractures – Treatment and Outcome
	ESCFS, Lille, 2008	Deltagare
Gunnar Sörlin	ISCFS, Oxford, 2009	Deltagare
Mikael Magnusson	ISCFS, Oxford 2009 International symposium on orthognatic surgery, Wien, 2008	Deltagare

Andreas Thor	Astra Tech 2:nd World Congress, Washington, D.C., 2008.	Inbjuden talare: 1. Immediate loading with Osseospeed implants in the severely resorbed edentulous maxilla. 2. Clot formation and the implant surface.
	Norwegian Association for Oral surgery and Medicine, Geilo-meeting, 2009	Inbjuden talare
	Regenerative Medicine and Tissue Engineering Conference Novum, Karolinska institutet. 2009	Inbjuden talare: Blood- a matrix for bone regeneration.
	French Association of Oral Maxillofacial Surgery, Paris, 2010	Deltagare
	22:nd European Conference on Biomaterials, Lausanne. 2009.	Poster: Increased Thrombin generation in blood in contact with a hydrophilic titanium surface. Enhancement of the regenerative process in bone
	European Association of Osseointegration, Monaco, 2009.	Poster: Patient satisfaction after receiving dental implants with immediate loading in the atrophic maxilla,using the OHIP questionnaire, one year results
Jan Hirsch	European Association of Osseointegration, Glasgow, 2010	Poster: Immediately loaded implants in severely resorbed edentulous maxillae, 3-year results
	3rd AO Advanced Symposium in Orbital Reconstruction Halkidiki/Thessaloniki, 2008.	Deltagare
	4th international Bernd-Spiessl-Symposium 2008 for Innovative and Visionary Technologies in Cranio-Maxillofacial Surgery	Föredrag och expertpanel
	5th international Bernd-Spiessl-Symposium 2009 for Innovative and Visionary Technologies in Cranio-Maxillofacial Surgery	Föredrag och expertpanel
	The National Centre of Competence in Research (NCCR) Co-Me Swizerland, 2010	Föredrag och expertpanel

	Swiss-Swedish R&T Workshop on Image Processing, Visualization & Modeling, Berne, 2009	Föredrag och expertpanel
	6th international Bernd-Spiessl-Symposium 2010 for Innovative and Visionary Technologies in Cranio-Maxillofacial Surgery	Föredrag och expertpanel
	25 th Congress of the International College for Maxillofacial Surgery, Belgrad, 2009	Inbjuden talare
Malin Hakelius	11 th International Congress on Cleft Lip and Palate and Related Craniofacial Anomalies, Fortaleza, 2009	Muntlig presentation: Analysis of Dental Arch Relationships with GOSLON Yardstick in UCLP Treated with Delayed Hard Palate Closure, in Uppsala, Sweden
Valdemar Skoog	11 th International Congress on Cleft Lip and Palate and Related Craniofacial Anomalies, Fortaleza, 2009	Muntlig presentation: Alveolar bone grafting-successful coordinated reconstruction in 412 consecutive cases
Fatemeh Jabbari (Övertandläkare, ortodontist)	11 th International Congress on Cleft Lip and Palate and Related Craniofacial Anomalies, Fortaleza, 2009	Muntlig presentation: Unilateral alveolar bone grafting: Long term radiographic evaluation of 66 consecutively treated patients
Anette Jonsson (Kranio/LKG-sköterska)	11 th International Congress on Cleft Lip and Palate and Related Craniofacial Anomalies, Fortaleza, 2009	Deltagare
Karoline Ghazarian (ortodontiassistent)	11 th International Congress on Cleft Lip and Palate and Related Craniofacial Anomalies, Fortaleza, 2009	Poster: Nursing of children and youths with cleft lip and palate
Staffan Moren (foniater)	11 th International Congress on Cleft Lip and Palate and Related Craniofacial Anomalies, Fortaleza, 2009	Poster: Clinical findings and nasal airways symptoms in adult unilateral clp patients
Erika Reiser (ortodontist)	11 th International Congress on Cleft Lip and Palate and Related Craniofacial Anomalies, Fortaleza, 2009	Poster: Association between cleft size and cross-bite in children with cleft palate and unilateral cleft lip and palate
Maria Mani (plastikkirurg)	11 th International Congress on Cleft Lip and Palate and Related Craniofacial Anomalies, Fortaleza, 2009	Muntligt föredrag, som belönades med kongressens Young Investigator Award:

		Form and function of nasal airways in unilateral cleft, lip and palate patients – a long term study.
--	--	--

Kompletterande utredning i tillståndsärendet viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård

Enligt beslut i Rikssjukvårdsnämnden den 24 september 2008 är verksamhetsområdet viss kraniofacial kirurgi definierat som rikssjukvård. För att det tillståndsärende som följde på ansökningar från Landstinget i Uppsala län, Region Skåne, Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen ska kunna slutföras, behöver en kompletterande utredning genomföras. Genom att granska och bedöma landstingens kompetens att bedriva vård inom rikssjukvårdsdefinitionen syftar denna utredning till att tydliggöra vilka landsting som bedöms ha bäst förutsättningar att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Denna blankett genererar därmed underlag för rekommendation av vilka landsting som rekommenderas få tillstånd att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård under perioden 2012-01-01 – 2016-12-31 vid Rikssjukvårdsnämndens sammanträde 15 juni 2011.

Besvara frågorna i de skuggade fälten.

Kontaktuppgifter

Kontaktperson Anders R Eriksson	Telefon (inkl. riktnr) 08-51772632
E-post anders.r.eriksson@karolinska.se	

Adress

Sjukhus Karolinska Universitetssjukhuset	
Utdelningsadress	
Postnr 171 76	Postort Solna

Underskrift av ansökan

 Namn, titel, ort och datum Anders R Eriksson, Verksamhetschef, Käkkirurgiska kliniken Solna 110407 Namnförtydligande
--

Praktiska anvisningar

- Sista inlämningsdag är **den 8 april 2011**. *OBS! Svar efter detta datum beaktas ej.*
- Samtliga svar ska ges i Times New Roman, 12 punkter.
- För samtliga svar gäller att information bortom angivet svarsutrymme *beaktas ej.*
- Dokumenten ska skickas till Socialstyrelsen, Tillstånd, att: Martin Jansson, 106 30 Stockholm i både pappersform och som e-post till martin.jansson@socialstyrelsen.se

Del 1 – medicinsk kompetens

En förutsättning för att få tillstånd att bedriva rikssjukvård är att sökande landsting bedöms ha tillräcklig kritisk medicinsk kompetens för att behandla och åtgärda sjukdomstillstånd inom rikssjukvårdsdefinitionen. För att anses ha tillräcklig kritisk medicinsk kompetens ska sökande landsting ha såväl bredd att behandla och åtgärda, som djup att hantera de mest komplicerade sjukdomstillstånden inom rikssjukvårdsdefinitionen.

1. Tillgång till kritisk medicinsk kompetens med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen

- Markera i svarsfältet nedan med asterisk (*) de specialiteter ni bedömer att er klinik har tillgång till vid utförandet av ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen för viss kraniofacial kirurgi så som den beslutades av Rikssjukvårdsnämnden 2008-09-24. För varje specialitet ska dessutom redovisas de idag verksamma individer som medverkar vid utförandet av dessa ingrepp vid er klinik. För varje individ ska framgå namn, akademisk titel, yrkestitel samt anställningsår enligt exempel nedan.

Plastikkirurgi

- *
- Joseph Gruss, professor, senior consultant, 2010.
- Erik Neovius, doktorand, bitr överläkare, 1992.
- Thomas Engstrand, PhD, bitr överläkare, 2003.
- Kalle Lundgren, PhD, leg läkare, 2007.

Neurokirurgi

- *
- Bengt Gustavsson, överläkare, 1986.
- Ilias Nikolaidis, specialistläkare, 1999
- Halldor Skulason, specialistläkare, 2005
- Adrian Elmi, PhD, specialistläkare, 2004

Käkkirurgi

- *
- Anders Westermarck, docent, övertandläkare, 1994.
- Daniel Danielsson, doktorand, övertandläkare, 2001.
- Anders Holmlund, professor, övertandläkare, 1974

ÖNH

- *
- Jan Kumlien, docent, överläkare, 1997.
- Georgios Papatziamos, PhD, överläkare, 1989.
- Andreas Ekborn, PhD, bitr överläkare, 1997.
- Mattias Jangard, doktorand, avdelningsläkare, 2001.

Anestesi (barnanestesi)

- *
- Barnsmärtenheten
- Stefan Lundeberg, doktorand, överläkare, 1988

Barnanestesi operation

- Martin Rääf, överläkare 1988
- Jarl Reinhard, bitr överläkare 1988
- Per-Arne Lönnqvist, professor, överläkare, 1987
- Jan-Erik Larsson, PhD, överläkare, 2003
- Urban Fläring, PhD, överläkare 1998
- Magnus Söderlind, bitr överläkare
- Tova Hannegård-Hamrin, doktorand, bitr överläkare, 2000
- Karin Björkman, doktorand, specialistläkare, 2006
- Yvonne Nyman, doktorand, bitr överläkare 1990
- Märit Lundblad, doktorand, bitr överläkare 1998
- Ulf Lindsten, bitr överläkare 2004
- Peter Larsson, doktorand, specialistläkare 2006
- Eva Sjö Dahl, specialistläkare 2010
-
- Barnintensiv-, barnintermediär- och lättintensivvårdsavdelning
- Leif Ekmark, doktorand, specialistläkare, 2006
- Ulrika Otterstedt, doktorand, specialistläkare, 2000
- Jonas Berner, PhD, specialistläkare anesthesi/barn, 2006
- Ninna Gullberg, PhD, överläkare, 1991
- Peter Radell, docent, överläkare anesthesi/barn, 1996
- Joakim Krylborn, doktorand, bitr överläkare, 2003
- Eva Olsson, doktorand, specialistläkare
- Zule Sicardi, specialistläkare, 2006
- Alexander Rakov, PhD, bitr överläkare, neonatolog, 2010

Övriga relevanta specialiteter

- *
- Sven Sahlin, ögonläkare, PhD, verksamhetschef S:t Eriks sjukhus 1993.
- Eva Dafgård, ögonläkare, PhD, överläkare, 1993.
- Britt-Marie Anderlid, barnläkare/klinisk genetiker, PhD, överläkare, 1993.
- Ann Nordgren, klinisk genetiker, docent, överläkare, 1993.
- Mikael Mosskin, barnneuroradiolog, PhD, överläkare, 1982.
- Chen Wang, barnneuroradiolog, PhD, överläkare, 2005
- Daniel Martin, barnneuroradiolog, doktorand, specialistläkare,
- Miriam Katz-Salamon, andningsfysiolog, docent, 1988
- Agneta Karsten, ortodontist, docent, universitetslektor, övertandläkare, 1990.
- Anna Andlin Sobocki, ortodontist, odontologie doktor, övertandläkare, 2008.
- Marie Pegelow, ortodontist, doktorand, övertandläkare. 2002.
- Mathias Lemberger, ortodontist, övertandläkare, 2009.
- Jill Nyberg, logoped, master of science, leg logoped, 1984.
- Liisi Raud Westberg, logoped, master of science, leg logoped, 1993.
- Ylva Nowak, psykolog, verksamhetschef 2005

2. Klinisk erfarenhet inom rikssjukvårdsdefinitionen (individ)

- Lista i svarsfältet nedan det totala antalet utförda ingrepp med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen **som var och en av de i fråga 1 listade individerna** har medverkat till att genomföra under perioden 2006-2010. Förteckningen avser ingrepp utförda såväl vid hemmakliniken som vid externa kliniker varför detta ska framgå av redogörelsen enligt exempel nedan.

Plastikkirurgi

- Joseph Gruss, (Karolinska; 5 pat 2011), Seattle Childrens Hospital; 143 pat.
- Erik Neovius, Karolinska; 8 pat (+5 pat 2011).
- Kalle Lundgren, Karolinska; 4 pat (+5 pat KS, +9 pat Seattle Childrens Hospital, +16 pat Birmingham Childrens Hospital 2011).

Neurokirurgi

- Ansvarig operatör
- Bengt Gustavsson 77
- Ilias Nikolaidis 15
- Adrian Elmi 6
- Halldor Skulason 7

Käkkirurgi

- Daniel Danielsson, 3 pat.
- Anders Westermarck 1 pat samt 2 pat inom diagnosgrupperna som behandlats med käkledsprotaser.

ÖNH

- Andreas Ekborn, 1 pat samt 11 pat inom diagnosgrupperna behandlade för svåra luftvägar (tracheotomi, fiberintubation, laryngoscopi mm)
- Giorgios Papatziamos, 5 pat inom diagnosgrupperna behandlade för svåra luftvägar (tracheotomi, fiberintubation, laryngoscopi mm).

Anestesi (barnanestesi)

- Ansvarig senior barnanestesiolog
- Martin Räf 12
- Yvonne Nyman 7
- Magnus Söderlind 10
- Per-Arne Lönnqvist 13
- Peter Larsson 5
- Joachim Krylborn 1
- Jarl Reinhard 16
- Märit Lundblad 13
- Eva Olsson 1
- Tova Hannegård-Hamrin 6
- Karin Björkman 4
- Zule Sicardi 2
- Ulf Lindsten 5
- Stefan Lundeberg 2
- Eva Sjödahl 1

- Jan-Erik Larsson 1
- Samtliga barn med diagnos enligt rikssjukvårdsdefinitionen som genomgått någon form av kirurgiskt ingrepp har vårdats på BIVA/BIMA eller LIVA, totalt minst 103 barn vid minst ett tillfälle.

Övriga relevanta specialiteter

- Barnröntgen och barnneuroradiologi: cirka 150 barn har genomgått minst en radiologisk utredning med ultraljud, skullröntgen, DT (skiktröntgen) och MRT (magnetkamera) som del i utredning eller uppföljning för avvikande skallform
- Genetiker har gjort bedömningar av ca 50 barn och vuxna inom dessa diagnosgrupper.
- Andningsfysiolog har gjort sömnregistreringar av vissa barn inom dessa diagnosgrupper.
- Ortodontister har genomfört tandreglering på ca 60 barn inom dessa patientgrupper.
- Logopeder har taltränat ca 30 barn inom dessa patientgrupper.
- Ögonläkare har behandlat bulbära dermoider hos 3-4 pat med Goldenhars syndrom
-

3. Klinisk erfarenhet inom rikssjukvårdsdefinitionen (team)

- Ange i svarsfältet nedan **det totala antalet** utförda ingrepp med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen som det kraniofaciala teamet vid ert sjukhus har genomfört under perioden 2006-2010. I redogörelsen ska endast inkluderas de ingrepp där personal som idag är verksam vid ert sjukhus har deltagit.

Svar:

93 st utförda av för närvarande anställda kirurger. Dessutom har teamet utfört ytterligare 11 ingrepp där den seniora kirurgen inte längre är anställd på Karolinska Universitetssjukhuset (seniora operatörer Ingrid Ohlsson-Lindblom 8 stycken och Maria Zetterling 3 stycken) Dessutom cirka 16 operativa ingrepp hos barn med diagnos enligt rikssjukvårdsdefinitionen men andra operationskoder än de i rikssjukvårdsdefinitionen.

4. Kirurgisk bredd inom rikssjukvårdsdefinitionen

- Markera i svarsfältet med asterisk (*) vilka av de nedan listade åtgärds-koder som ni bedömer att i dagsläget tjänstgörande personal vid ert sjukhus har kompetens att utföra.
-

* AAK00 *Kranioplastik*

* AAK20 *Operationer p.g.a. kraniosynostos*

* AAK30 *Kraniofacial rekonstruktion vid missbildning*

* CAC50 *Korrektion av medfödd missbildning av orbitas benvägg*

* DLD10 *Korrektionsplastik av näsans brosk- och benskelett*

* DLD30 *Rekonstruktion av näsan*

* EDC05 *Segmentosteotomi på underkäke*

* EDC10 *Sagittal ramusosteotomi på underkäke*

* EDC15 *Vertikal ramusosteotomi på underkäke*

* EEC05 *Le Fort I-osteotomi*

* EEC10 *Le Fort II-osteotomi*

* EEC15 *Le Fort III-osteotomi*

5. Kompetens och erfarenhet av att behandla kraniosynostos

- Beskriv i svarsfältet nedan processen som leder fram till operation av patient med *Dolicocefali* (Q67.2), *Plagiocefali* (Q67.3) eller *Kraniosynostos* (Q75.0).
- Beskriv övergripande i svarsfältet nedan de strategiska överväganden och alternativa angreppssätt som tillämpas inför och vid genomförandet av operation på patient med *Dolicocefali* (Q67.2), *Plagiocefali* (Q67.3) eller *Kraniosynostos* (Q75.0).
- Ange för var och en av diagnoserna Q67.2, Q67.3 och Q75.0 antal ingrepp utförda av vid ert sjukhus tjänstgörande och idag verksam personal under perioden 2006 – 2010.

Anvisning: Utrymmet för svar på frågorna 5a, 5b och 5c är maximalt 5 sidor.

Svar:

a) Remittent

Patienterna remitteras från barnläkare, BVC-läkare eller neonatalläkare.

Primär mottagning

Ett förhållandevis osållat remissflöde tillåts för att inte missa tillstånd med tecken på förhöjt intrakraniellt tryck, hydrocefalus eller kraniosynostoser. Tidig remiss utan radiologisk diagnos uppmuntras. Barnet och föräldrarna kallas till den kraniofaciala mottagningen inom 1-4 veckor för teambedömning av neurokirurg, plastikkirurg, neuropediatriker, käkkirurg och koordinator. Utvecklingsbedömning görs och graden av skallanomali bedöms. Vid symtom på eller undersökningsfynd tydande på förhöjt intrakraniellt tryck initieras en skyndsamt utredning med målsättning att inom rimlig tid, 1-5 dagar, kunna behandla orsaken till trycksstegringen. Denna behandling är oftast kirurgisk. Föräldrainsformation tillhandahålls om diagnos, orsak, ärftlighet, prognos, indikation för vidare utredning och behandling och risker med behandling. Vid en del okomplicerade kraniosynostoser kan diagnos ställas och operationsplanering ske utan röntgen av skallen. Den stråldos barnets omogna hjärna får vid varje radiologisk undersökning kan då undvikas. Om bedömningen är klar, erbjuds föräldrarna att barnet sätts upp på väntelista för operation.

Kompletterande utredning

Neurooftalmolog gör bedömning av visus, motorik, ögonbottnar och synfält utifrån ålder. DT skalle med benfönster och 3D-rekonstruktioner. Vid trigonocefali inkluderas avbildning av hjärnan, på grund av den relativt ökade risken för associerade missbildningar av hjärnan. Vid misstanke om andningssvårigheter engageras andningsenheten för sömnregistrering. Vid syndrom eller om föräldrarna önskar det, bedöms barnet av pediatrik klinisk genetiker avseende orsak och eventuell ärftlighet. Patienterna fotograferas på medicinsk bild, standardiserade foton men även 3-dimensionell scanning. Vidare kompletteras utredningen med bedömning av såväl ortodontist, psykolog och logoped då behov av detta föreligger.

Första återbesöket

När resultatet av undersökningarna är klara, kallas patienten till återbesök till den kraniofaciala mottagningen för ställningstagande till operation. Föräldrarna informeras om diagnos, indikationer för ett eventuellt kirurgiskt ingrepp och dess risker. All behandling sker i samförstånd med föräldrarna. Patienten vårdplaneras och ev andra operationer koordineras för att undvika upprepade narkoser. Vid positionell plagiocefali övervägs hjälmbehandling. Hjälmbehandling kan också vara aktuell efter operation i enstaka fall.

Patienten utreds, vårdas och opereras på Astrid Lindgrens barnsjukhus med barnsjukhusets unika kompetens. Varje procedur eller operation som kräver sedering eller narkos utförs av barnanestesisjuksköterskor och barnanestesiologer. Som del i detta förbereds redan innan alla ingrepp lämplig smärtlindring under och efter varje procedur eller operation. I den preoperativa bedömningen ingår också planering för vårdnivå postoperativt. Alla barn vårdas på barnintensivvårdsavdelning (BIVA) direkt efter operation. Därutöver kan det finnas medicinskt behov av förhöjd övervakning ytterligare en tid på intermediärvårdsavdelning (BIMA) eller långtidsintensivvårdsavdelning (LIVA). Den vanligaste orsaken till behov av LIVA är att barnet har trånga luftvägar, som del i den kraniofaciala missbildningen, och därför ett behov av tracheostomi. Sjuksköterska och läkare från smärtbehandlingsenheten följer upp varje enskild patient på vårdavdelningen med daglig rond.

Kommunikationen med remittenten sker enligt Karolinskamodellen med målsättningen att återföra barn till hemsjukhuset snarast möjligt. Aktivt medicinskt stöd tillhandahålls remittentkliniken för att underlätta vård på hemorten. Som hjälpmedel i detta arbete kan särskilt nämnas de telemedicinska resurser som organisationen förfogar över. I syfte att ytterligare stärka återkopplingen till remittenterna erbjuder teamet årliga föreläsningar kring ämnet kraniofacial kirurgi.

Situationer kan uppkomma där det kan vara svårt att avgöra om det ligger i barnets intresse att utföra utredning och/eller behandling. I samråd med föräldrarna erbjuds en möjlighet att få denna typ av frågeställningarkan bedömda tillsammans med Karolinska universitetssjukhusets Etiska råd.

Föräldrarna informeras om de två nationella föräldraföreningarna som finns och möjligheten att kontakta dem. Likaså informeras om verksamheten med familjedagar på Ågrenska.

Flödesschema för pre-, per- samt postoperativ vård bifogas (bilaga 1:5-7a-b)

b) Tecken på eller risk för förhöjt intrakraniellt tryck (staspapill, neurologisk påverkan) föranleder tidig kirurgi för att skapa mer utrymme för hjärnan. Vid andningspåverkan görs bedömning tillsammans med barnanestesiologer och Öron- näsa- halsspecialister med specialinriktning på luftvägsproblematik och beslut tas om ev CPAP-behandling (övertrycksandning) eller tracheotomi.

Dolicocefali, kraniosynostos

Ålder och utseende avgörande för val av operationsmetod. Majoriteten av barn opereras med så kallad "skalbaggsplastik" (kranieektomi runt parietalbenen utom mot sutura coronarias nedre del, här görs en greenstickfraktur så att parietalbenen kan vinklas ut, postop rygggläge på individuellt anpassad kilkudde. (resultat redovisade internationellt vg se under del 3 punkt 3). Operation sker med fördel så tidigt som möjligt dvs från 1 månads ålder. Utifrån formen på skallen övervägs modifieringar av eller byte av operationsmetod enligt nedan.

Skallform	Ålder	Planerat ingrepp
1. långsmal (LH)	<3 mån	skalbaggsplastik (SB)
2. LH+buktande panna		SB
3. LH+spetsigt occipitalben		SB+plastik av bakhuvudet (solfjädersformade insnitt, plastik)
4. LH+sluttande bakhuvud		SB+uppåtvinkling av parietalbenen
5. som 1-3	3-9 mån	som 1-3 med tillägg av fixerad benspång mellan parietalbenen mitt på hjässan
6. sadelformad, smal vid tinningarna eller		tunnbandsformade insnitt, korrigerig ("barrel

n 7. som 5 och 6	> 9 mån	stave") tillägg av modulerande hjälm cirka 2 mån
Plagiocefali Skallform bakåtsvept panna (ensidig coronaria) 1	Ålder >3 mån	Planerat ingrepp lateral canthal advancement eller kranieplastik innefattande även laterala orbitaväggen vid 9- 12 mån ålder
skevt bakhuvud (positionell)	<3 mån	instruktion om läge, sjukgymnastik
skevt bakhuvud (ensidig lambdoidea)	5-8 mån >3 mån	modulerande hjälmbehandling plastik av hela bakhuvudet alternativt lokalt kring suturen
Bilateral coronaria	>3 mån	plastik av panna och ögonbrynsbågar
Metopica synostos (trigonocefali)	>3mån 9-12 mån	"floating forehead" alternativt plastik innefattande även laterala orbitaväggarna
Distraktion kan i vissa fall vara ett alternativ. Endoskopisk kraniektomi följd av modulerande hjälmbehandling utförs ej pga den sammanlagda sårsnittet blir nära den vid metoderna ovan och komplikationsrisken pga blödning och risk för restriktion av huvudets tillväxt finns rapporterade. Dynamisk behandling med fjädrar används ej av tre skäl, redovisade resultat sämre än med ovanstående metoder (sagittalissynostos), det krävs två operativa ingrepp och slutligen föreligger en reell risk för penetrering av dura och hjärna. (Se även del 3 punkt 3) c) 92 stycken, där alla utom en operation var primära ingrepp. Den senare utfördes på grund av ett behov av att korrigera en metallplatta. Positionell plagiocefali har diagnosticerats hos cirka 250 barn varav cirka 40 har behandlats aktivt med passivt modulerande hjälm. Därutöver har cirka 6 stycken barn utretts, diagnosticerats men remitterats till Kraniofaciala enheten i Göteborg enligt nu gällande riksavtal. Av dessa barn med syndrom har flera opererats för hydrocefalus (vattenskalle), trängsel i bakre skallgropen och ingrepp för att försäkra fri luftväg på Astrid Lindgrens barnsjukhus i samråd med Kraniofaciala enheten i Göteborg.		

6. Kompetens och erfarenhet av att behandla syndromal kraniosynostos

- a) Beskriv i svarsfältet nedan processen som leder fram till operation av patient med *Kraniofacial dysostosis (Q75.1)* och *Medfödda missbildningssyndrom som främst påverkar ansiktets utseende (Q87.0)*.
- b) Beskriv övergripande i svarsfältet nedan de strategiska överväganden och alternativa angreppssätt som tillämpas inför och vid genomförandet av operation på patient med *Kraniofacial dysostosis (Q75.1)* och *Medfödda missbildningssyndrom som främst påverkar ansiktets utseende (Q87.0)*.
- c) Ange för var och en av diagnoserna Q75.1 och Q87.0 antal ingrepp utförda av vid ert sjukhus tjänstgörande och idag verksam personal under perioden 2006 – 2010.
OBS! För Q87.0 avses och beaktas endast ingrepp rörande Akrocefalosyndaktyli (Apert), Akrocefalopolysyndaktyli (Carpenter) och Cyklopi varför dessa särskilt ska framgå av redogörelsen.

Anvisning: Utrymmet för svar på frågorna 6a, 6b och 6c är maximalt 5 sidor.

Svar:

a) Remittent

Patienterna remitteras från barnläkare, BVC-läkare eller neonatalläkare.

Primär mottagning

Ett förhållandevis osållat remissflöde tillåts för att inte missa tillstånd med tecken på förhöjt intrakraniellt tryck, hydrocefalus eller kraniosynostoser. Tidig remiss utan radiologisk diagnos uppmuntras. Barnet och föräldrarna kallas till den kraniofaciala mottagningen inom senast 1-4 veckor för teambedömning av neurokirurg, plastikkirurg, neuropediatriker och koordinator. Utvecklingsbedömning görs och graden av skallanomali bedöms. Vid symptom på eller undersökningsfynd tydande på förhöjt intrakraniellt tryck initieras en skyndsamt utredning med målsättning att snarast behandla orsaken till tryckstegringen. Denna behandling är oftast kirurgisk.

Kompletterande utredning

Neurooftalmolog gör bedömning av visus, motorik, ögonbottnar och synfält. För att minska stråldosen till den omogna hjärnan utförs DT skalle inkl. 3D rekonstruktioner (bara skelettfönster för att minska stråldosen ytterligare utom vid trigonocefali) när diagnosen är osäker eller det förligger trigonocefali (med ökad risk för associerade missbildningar av hjärnan). Om det finns misstanke om andningssvårigheter engageras andningsenheten för sömnregistrering. Vid misstanke om syndrom eller om föräldrarna önskar det, bedöms barnet av pediatrik klinisk genetiker och föräldrarna informeras om prognos och eventuell ärftlighet. Patienterna fotograferas på medicinsk bild med standardiserade foton samt 3-dimensionella bilder.

Första återbesöket - beslut om planerad behandling för den enskilde patienten.

När resultatet av undersökningarna är klara, kallas patienten till återbesök till den kraniofaciala mottagningen för ställningstagande till operation. Föräldrarna informeras om diagnos, indikationer för ett eventuellt kirurgiskt ingrepp och dess risker. All behandling sker i samförstånd med föräldrarna. Patienten vårdplaneras och ev andra operationer koordineras för att undvika upprepade narkoser. Föreligger extraordinära förutsättningar görs en preoperativ bedömning i samråd med dr Gruss, Seattle. I enstaka fall med flera komplicerande faktorer kan aktivt deltagande i operationen bli aktuell för dr Gruss. Kliniken

har även ett samarbete med Birmingham Children's Hospital och dr Nishikawa. Denna organisation med stöd från två enheter med stora volymer av avancerad kraniofacial kirurgi uppfattar vi som nödvändig och odelat positiv ur patientsäkerhetsperspektivet. Antalet barn i Sverige med avancerade skall- och ansiktsmissbildningar är litet vilket fordrar ett internationellt samarbete. Därtill garanterar denna organisatoriska lösning fortsatt god FoUU-utveckling.

Patienten utreds, vårdas och opereras på Astrid Lindgrens barnsjukhus med barnsjukhusets unika kompetens. Varje procedur eller operation som kräver sedering eller narkos utförs av barnanestesisjuksköterskor och barnanestesiologer. Som del i detta förbereds, redan innan alla ingrepp, lämplig smärtlindring under och efter varje procedur eller operation. I den preoperativa bedömningen ingår också planering för vårdnivå postoperativt. Alla barn vårdas på barnintensivvårdsavdelning (BIVA) direkt efter operation. Därutöver kan det finnas medicinskt behov av förhöjd övervakning ytterligare en tid på intermediärvårdsavdelning (BIMA) eller långtidsintensivvårdsavdelning (LIVA). Den vanligaste orsaken till behov av LIVA är att barnet har trånga luftvägar, som del i den kraniofaciala missbildningen, och därför ett behov av tracheostomi. Sjuksköterska och läkare från smärtbehandlingsenheten följer upp varje enskild patient på vårdavdelningen med daglig rond.

Kommunikationen med remittenten sker enligt Karolinskamodellen med målsättningen att återföra barn till hemsjukhuset snarast möjligt. Aktivt medicinskt stöd tillhandahålls remittentkliniken för att underlätta vård på hemorten. Som hjälpmedel i detta arbete kan särskilt nämnas de telemedicinska resurser som organisationen förfogar över. I syfte att ytterligare stärka återkopplingen till remittenterna erbjuder teamet årliga föreläsningar kring ämnet kraniofacial kirurgi.

Situationer kan uppkomma där det kan vara svårt att avgöra om det ligger i barnets intresse att utföra utredning och/eller behandling. I samråd med föräldrarna erbjuds en möjlighet att få denna typ av frågeställningar bedömda i Karolinska Universitetssjukhusets Ethiska råd.

Föräldrarna informeras om de två nationella föräldraföreningarna.

b) Tecken på eller risk för förhöjt intrakraniellt tryck (stasapill, neurologisk påverkan) föranleder tidig kirurgi för att skapa mer utrymme för hjärnan, t.ex. distraktion av bakhuvudet. Om en behandlingskrävande likvorcirkulationsrubbnings föreligger är det av stor vikt att behandlingen utförs som en del i behandlingen av syndromet. Detta för att undvika de skador eller utebliven utveckling som barnet kan drabbas av om behandlingen insätts för sent samt för att behandlingen av hydrocefalus i högsta grad kan påverka det kosmetiska slutresultatet. Skall shuntbehandling undvikas kan hydrocefalus i stället behandlas med endoskopiskt tredje ventrikulocisternostomi. Vid shuntbehandling måste lokalisering av shunten avgöras med tanke på eventuellt framtida rekonstruktioner. Inte minst viktigt är att följa patienten noga och dränera en lagom mängd likvor per dygn för att tillväxten av skallen skall bli optimal för hjärnans men också skallens utveckling och därmed det kosmetiska resultatet. Vid andningspåverkan görs bedömning tillsammans med barnanestesiologer och öron- näsa- halsspecialister med specialinriktning på luftvägsproblematik och beslut tas om ev CPAP-behandling (övertrycksandning) eller tracheotomi. Vid problem pga grunda ögonhålor, sk proptos, behandlas patienten av specialutbildad ögonläkare (neurooftalmolog) med ögondroppar/salva eller ögonkammare för att skydda ögonen, vid behov kan också delar av ögonlocken behöva sys igen, sk tarsorafik. En första kraniofacial rekonstruktion av syndromala synostoser sker vid konstaterad eller risk för förhöjt intrakraniellt tryck eller vid 9-12 månaders ålder. Senare tids erfarenheter visar på vikten av att skapa plats för hjärnan genom att expandera bakhuvudet. Utifrån förutsättningarna i det enskilda fallet avgörs om distraktion är att föredra framför en eller flera rgelrätta

expansioner av bakhuvudet. Vi förordar en expansion av skallbenet med en rigid fixation med resoberbara plattor alternativt distraktion. Den rigida fixationen är en förutsättning för att barnet skall kunna ligga på bakhuvudet utan att huvudet blir för kort eller deformerat. Tidpunkten för ytterligare rekonstruktioner avgörs av konstaterad eller risk för förhöjt intrakraniellt tryck, behov av rekonstruktion för att skydda syn och ögon eller vid nyckelåldrar beroende på skelettets tillväxtfas/mognad. Bedömning av händernas och fötternas missbildningar och deras behandling, sker parallellt med processen för den kraniofaciala missbildningen och eventuell kan operationer samordnas

c) Ett barn opererat 2011. 3 barn utredda och diagnostiserade därefter remitterade till kraniofaciala enheten i Göteborg (enligt idag gällande riksavtal). Samma barn har opererats på Astrid Lindgrensbarnsjukhus för hydrocefalus (vattenskalles) (2 st), laryngoskopier, dilatationer och tracheostomier för trånga luftvägar (2 st)

7. Kompetens och erfarenhet av att behandla övriga kraniofaciala missbildningar

- a) Beskriv i svarsfältet nedan processen som leder fram till operation av patient med *Hypertelorism (Q75.2)*.
- b) Beskriv övergripande i svarsfältet nedan de strategiska överväganden och alternativa angreppssätt som tillämpas inför och vid genomförandet av operation på patient med *Hypertelorism (Q75.2)*.
- c) Ange för diagnosen Q75.2 antal ingrepp utförda av vid ert sjukhus tjänstgörande och idag verksam personal under perioden 2006 – 2010.

Anvisning: Utrymmet för svar på frågorna 7a, 7b och 7c är maximalt 5 sidor.

Svar:

a) Patienterna remitteras från barnläkare eller neonatalläkare och kallas till den kraniofaciala mottagningen där neurokirurg, plastikkirurg, neuropediatriker, käkkirurg och koordinator ingår. Utvecklingsbedömning görs och graden av hypertelorism bedöms. Kontakt tas för ögonundersökning och CT skulle inklusive 3D rekonstruktioner. Vid eventuella andningssvårigheter kontaktas andningsenheten för sömnregistrering. Vidare engageras genetiker, efter samråd med föräldrarna, då hypertelorism kan ingå i olika syndrom. Patienterna fotograferas på medicinsk bild med vanliga foton samt 3-dimensionella bilder. Efter CT-undersökning och ögonundersökning, genetisk bedömning och eventuell sömnregistrering kallas patienten till återbesök till den kraniofaciala mottagningen för ställningstagande till operation. Beslutet fattas i samförstånd med föräldrarna. Föreligger extraordinära förutsättningar görs en preoperativ bedömning i samråd med dr Gruss, Seattle och/eller senior consultant i plastikkirurgi, Birmingham. I enstaka fall med flera komplicerande faktorer kan aktivt deltagande i operationen bli aktuell för dr Gruss eller kollega från Birmingham.

b) Tecken på eller risk för förhöjt intrakraniellt tryck (staspapill, neurologisk påverkan) föranleder tidig kirurgi för att skapa mer utrymme för hjärnan, t.ex. distraktion av bakhuvudet. Vid andningspåverkan görs bedömning tillsammans med barnanestesiologer

och öron- näsa- halsspecialister med specialinriktning på luftvägsproblematik och beslut tas om ev CPAP-behandling (övertrycksandning) eller tracheotomi. Behandling av hypertelorism har tidigare vanligen skett vid 2-5 års ålder om ej särskilda skäl motiverar tidigare rekonstruktion. Som särskilda skäl kan anges synpåverkan eller annat ingrepp på kraniet. Nya data talar dock för lägre relapsfrekvens vid kirurgi efter 8 års ålder varför teamet idag ser över behandlingsschemat.

Barn med hypertelorism handläggs i övrigt enligt punkterna 5 och 6.

c) Karolinska Universitetssjukhuset har ej haft några patienter med detta problem under aktuella år.

8. Tillgång till kritisk kompetens hos ej opererande vårdpersonal

- Redogör i svarsfältet nedan för kritisk kompetens hos ej opererande vårdpersonal och hur den bidrar till att aktuell vård bedrivs på ett framgångsrikt sätt. Med ej opererande vårdpersonal avses här sjuksköterskor med specialistinriktning.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 8 är maximalt 2 sidor.

Svar:

Tillgången på specialistutbildade sjuksköterskor inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom har förbättrats i Stockholm de senaste åren.

Vårdavdelning Q 82, där de aktuella barnen vårdas, är specialiserad på barnneurokirurgi och barnneurologi. Nyanställda sjuksköterskor har 8 veckors strukturerad inskolning, vilket även innefattar öppenvårdsmottagning tillsammans barnneurokirurg. Flera sjuksköterskorna har studerat neurologisk akutsjukvård och omvårdnad vid Karolinska Institutet. En sjuksköterska har skrivit en magisteruppsats inom neurokirurgi.

Tillgången på specialistutbildade sjuksköterskor är god inom anestesi och intensivvård samt vid smärtenheten. På avdelning Q82 är flertalet specialistutbildade, och övriga erhåller en noggrann och strukturerad introduktion.

Samtliga berörda verksamhetsområden har i sina respektive kvalitetsboksut för år 2010 preciserat andelen specialistsjuksköterskor idag och behovet om fem år.

PETS, Pediatric Emergency Transport Service

Inom verksamheten för Barnanestesi och Intensivvård finns sedan 2005 en organisation för transporter av intensivvårdskrävande barn allt från extremt prematurfödda till tonåringar. Barn som behöver pediatrik eller neonatal intensivvård och/eller kirurgi, eller annan högspecialiserad vård transporteras.

Transporterna kan ske med CPAP-och respiratorbehandling (konventionell och HFOV samt NO-behandling). Även kontrollerad kylning vid transport av asfyktiska barn kan genomföras. Verksamheten har dygnet runt service och bemannas av 10 stycken barnanestesiologer och 10 stycken barnintensivvårdssjuksköterskor.

För båda yrkeskategorierna krävs minst två års tjänstgöring vid kliniken och samtliga i

gruppen ingående barnanestesiologer är bakjourkompetenta.

Till transportorganisationen är en grupp av neonatologer och neonatalsjuksköterskor knutna. Dessa ombesörjer transporter av extremprematura barn från v 23, även här råder dygnet runt beredskap. Beroende på avstånd används ambulansflyg, helikopter eller ambulans.

2010 utfördes 160 transporter.

Inom de aktuella vårdenheterna vid ALB dokumenteras deltagande i kurser/seminarier och eventuella behörighetsbevis för specifika arbetsmoment i ett webb-baserat dataprogram, Tilda. I programmet finns utbildningar där den enskilde själv kan träna inför olika uppgifter. Listor med deltagande medarbetare kan tryckas ut vid förfrågan.

Grundläggande funktioner för den kraniofaciala verksamheten:

* Katrin Stabel-Svensson, kontaktsjuksköterska, Stockholms Kraniofaciala Centrum, Kliniken för rekonstruktiv plastikkirurgi. Tillgänglig för föräldrar på telefon måndag - fredag 8.00 - 16.30.

* Inger Lundström, specialistsjuksköterska, kontaktsjuksköterska. Tillgänglig för föräldrar på telefon måndag - fredag, klockan 08 - 16.30.

Barnoperation

* Annika Petterson, specialistsjuksköterska, sektionsansvarig barnoperation ALB.

* Eva Berggren, sektionsansvarig barnanestesisjuksköterska, barnoperation, ALB

Intensivvårdsavdelningar

* Carin Lövestedt, chefssjuksköterska BIVA.

* Marie Samuelsson-Ahlgren, chefssjuksköterska LIVA

* Rakel Kuusinieemi. chefssjuksköterska barnavdelning Q82S med övervakningsplatser bemannade med kompetenta barn- eller undersköterskor. Områdesansvarig.

* Anestesisjuksköterskor med minst två års erfarenhet av anestesi, 6 månaders inskolning.

* Smärtsjuksköterskor. Dagliga ronder med smärtläkare.

* Sjukgymnast för mobilisering och behandling av torticollis om denna är orsak till positionell plagiocefali

* Arbetsterapeut för framtagande av individuellt anpassad kilkudde efter operation.

Avdelning Q 82 där patienterna vårdas på är specialiserad på barnneurokirurgi och barnneurologi. Nyanställda sjuksköterskor har 8 veckors strukturerad inskolning, vilket även innefattar en mottagnings-em med barnneurokirurg, se bilaga.

Barnsköterskor har arbetat länge inom barnneurokirurgi samt neurokirurgi.

9. Utbildning

- Bifoga dokument som styrker tjänstgörande personals deltagande i utbildning för att säkerställa kompetens att utföra ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen.
-

10. Utbildning ej opererande vårdpersonal

- Beskriv i svarsfältet nedan vilka utbildningsinsatser som särskilt vidtagits för att säkerställa kompetensen hos ej opererande vårdpersonal att delta i vårdprocessen för viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård på ett framgångsrikt sätt. Med ej opererande vårdpersonal avses här sjuksköterskor med specialistinriktning.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 10 är maximalt 2 sidor.

* Grunden är internutbildning vilket sker regelbundet på utbildningsdagar, Barnop 1gång/mån.

* Good Clinical Practise, GCS, webbaserat prov för att kunna medverka i NIH-finansierade studier.

* Deltagande i nationella och nordiska konferenser. (ex bilaga 1:10a-b)

* Smärtutbildning på vårdavdelning Q82, smärtsjuksköterskor

* Riskanalysutbildning

* VRISS Simulatorutbildning - för säkrare prevention mot vårdrelaterade infektioner

* Neurokirurgisk omvårdnad

* BarnFASS - syftar till att minska riskerna för fel i läkemedelshanteringen.

* CRM - Crew Resource Management syftar till att optimera teamets arbetsmetoder.

* SBAR - Situation Bakgrund Aktuellt Rekommendation - rapportmal för säker informationsöverföring.

* 15 poängskurs neuropediatrik

* KI-Smärtutbildning

* Magisteruppsats

ALB har fortlöpande lärande seminarier där samtlig personal kan delta.

En utökning av utbildningsplatserna i Stockholm gör att det idag utexamineras drygt 100 barnsjuksköterskor per år, varav ett stort antal kan rekryteras till ALB. Ett nära samarbete med Karolinska Institutet har inneburit att fristående kurser i Neuropediatrik på 15hp ges regelbundet.

<http://ki.se/?d=13473&a=96358&l=sv&id=2QA028&url=%2Fselma%2Fselma%2FcoursePlan>

Del 2 – organisatorisk kompetens

Socialstyrelsen gör bedömningen att en viktig förutsättning för att framgångsrikt bedriva och utveckla högspecialiserad vård av rikskaraktär är att verksamheten har en långsiktigt hållbar vårdstrategi. En långsiktigt hållbar vårdstrategi är, i sin tur, grundförutsättningen för att en multidisciplinär miljö ska kunna växa fram. Inom en långsiktigt hållbar vårdstrategi ryms även strategier för kompetensförsörjning och kompetensöverföring som en självklar del, då dessa, över tid, bidrar till att verksamheten åtnjuter nödvändig stabilitet och kontinuitet för att utvecklas på bästa sätt. En långsiktigt hållbar vårdstrategi förutsätter sjukhusledningens aktiva deltagande i strategisk verksamhetsplanering och långsiktiga verksamhetsutveckling.

1. Multidisciplinär samverkan

Multidisciplinär samverkan förutsätter närvaron av en multidisciplinär miljö. I en verksamhet som präglas av en stark multidisciplinär miljö finns det hos vårdpersonalen en förståelse för de olika disciplinernas medicinska förutsättningar, begränsningar och behov i vårdprocessen. Denna förståelse bidrar till att vårdpersonalen, oavsett disciplin- eller yrkestillhörighet, kan relatera till vårdprocessen utifrån ett helhetsperspektiv och därmed öka kunskapen om hur denna ska bedrivas för att uppnå högsta möjliga vårdkvalitet.

- Beskriv i svarsfältet nedan de strategiska och strukturella överväganden och åtgärder som vidtagits i syfte att ge verksamheten organisatoriska förutsättningar att skapa en multidisciplinär miljö.
- Bifoga organisatoriskt schema där relevanta kompetensers organisatoriska placering tydligt framgår

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 1 är maximalt 4 sidor.

Svar:

Den kraniofaciala verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset är omfattande och berör missbildningar, skall- och ansiktsfrakturer, tumörer samt rekonstruktioner efter frakturer och tumörer där viss kraniofacial kirurgi ingår som en del.

Stockholms Kraniofaciala Centrum

Läpp-, käk-, och gomspaltsverksamheten (LKG) och hanteringen av patienter med övriga ansiktsmissbildningar är samlade organisatoriskt och fysiskt i Stockholms Kraniofaciala Team där ett väletablerat samarbete mellan plastikkirurgin, folktandvården, tandläkarhögskolan och logopedin föreligger sedan många år. Ansiktstraumatologin är vidare organiserad tillsammans med ÖNH-kliniken samt käkkirurgin i angränsande lokaler. Vården av barn med kraniosynostoser är organiserad under neurokirurgin i samarbete med plastikkirurgi, neuropediatriken på Astrid Lindgrens barnsjukhus, barnradiologi och inte minst barnanestesi med särskild kompetens inom intensivvård och smärtbehandling av barn med avancerade ansikts- och skallmissbildningar. Ovanför de beskrivna organisatoriska entiteterna finns Stockholms Kraniofaciala Centrum (SKC) där samtliga ingående specialiteter är representerade. SKC fungerar som ett organisatoriskt nav (bilaga 2:1a).

SKC håller multidisciplinära behandlingsmöten månatligen. Ett aktivt arbete pågår inom Karolinska och SLL för att ytterligare utveckla SKC utifrån följande perspektiv:

Patienten

Stockholms Kraniofaciala Centrum (SKC) fungerar idag som en samarbetsorganisation och avses inom kort bli en egen resultatenhet dit patienten remitteras primärt. Inom verksamheten finns samtliga discipliner representerade vilket innebär att det traditionella remissförfarandet mellan olika kliniker kan elimineras. Efter remissbedömning vid SKC tillser koordinatören att berörda specialiteter sammankallas till vårdkonferens. Kontaktytan mot patienten och dennes föräldrar utgörs primärt av en kontaktsjuksköterska tillsammans med koordinatören. Denna struktur optimerar resursutnyttjandet och erbjuder patienten god kontinuitet i vården.

Patientsäkerhet

Strukturen med ett centrum (SKC) inom ramen för sjukhuset innebär att patienterna koordineras och planeras multidisciplinärt enligt ovan. Denna struktur minimerar risken för att medicinskt relevanta aspekter av avancerad sjukdom och kirurgi inte uppmärksammas under utredningsfasen. Den morbiditet och mortalitet som finns i berörda patientgrupper är oftast relaterad till anesthesiologiska/intensivvårdsmässiga aspekter (1,3-4). Den avgjort viktigaste faktorn är därmed en anesthesiologisk struktur med dygnet-runt vård av specialist i barnanestesiologi. Det skall också betonas att stor erfarenhet och kompetens hos intensivvårdssjuksköterskorna är av mycket stor betydelse. Det är ett oavvisligt krav att barn skall vårdas åtskilt från vuxna, särskilt under intensivvårdstiden då denna period bedöms som vulnerabel med risk för psykologisk traumatisering av små barn. En helt separat byggnad är att föredra ur detta perspektiv enligt National Craniofacial Standards, UK (2). Detta villkor uppfylls på Karolinska Universitetssjukhuset och Astrid Lindgrens Barnsjukhus.

SKC som ett rikssjukvårdscentra på Karolinska Universitetssjukhuset innefattar alltså en av nordens största barnanestesiologiska kliniker vilket är av särskild vikt då vårdförloppen ofta fortgår enligt vårdavdelning - operation - intensivvård - intermediärvård - vårdavdelning.

Volym – Kompetens

Karolinska Universitetssjukhuset har landets näst största volym inom icke-syndromal kraniosynostoskirurgi (efter Sahlgrenska sjukhuset) och störst volym inom flertalet av övriga diagnosgrupper inom "viss kraniofaciell kirurgi". Den relativa kompetensen bland kirurgerna har stärkts beaktat att verksamheten vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset genomgått ett generationsskifte inom den avancerade kraniofaciala kirurgin. Kompetensen bedöms vara av högsta internationella klass genom samarbeten med Birmingham Childrens Hospital (c:a 120 avancerade kraniofaciala ingrepp årligen) och Seattle Childrens Hospital (c:a 70 avancerade kraniofaciala ingrepp årligen). Relevansen av dessa samarbeten kan beläggas genom det faktum att man på vardera av dessa centra genomför åtskilligt fler ingrepp/år än vad som görs sammantaget i Sverige.

Vidare uppfyller Karolinska Universitetssjukhuset de internationella kriterierna för ett kraniofacialt centrum enligt International Society of Cranio Facial Surgery (ISCFS) samt de riktlinjer för avancerad barnanestesiologisk verksamhet som beskrivs av FEAPA (Federation of the European Associations of Paediatric Anaesthesia).

Barnanestesiologer, specialutbildade ÖNH-läkare och sjuksköterskor på intensivvården vid ALB har mångårig erfarenhet och har sålunda hanterat stora volymer av patienter med missbildningar av ansikte och luftvägar.

Karolinska förfogar över en robust organisation genom sina internationella samarbeten. Detta garanterar bland annat att verksamheten är säkrad även om enskilda nyckelmedarbetare plötsligt skulle lämna Stockholms kraniofaciala centrum.

Internationella samarbeten

Internationella samarbeten har skapats och dr Joseph Gruss vid Seattles Children's Hospital, USA är konsultanställd vid Karolinska Universitetssjukhuset i syfte att bistå med kirurgisk kompetens och utveckling för centrats fortsatta tillväxt. Även dr Richard Hopper vid samma klinik är engagerad i vårt bilaterala samarbete. Dr Kalle Lundgren vid kliniken för rekonstruktiv plastikkirurgi har varit på utbildningsbesök i Seattle och för närvarande pågår arbetet att implementera delar av dessa erfarenheter i verksamheten.

Vidare har SKC också etablerat ett samarbete med Birmingham Childrens Hospital, Storbritannien och dr Hiroshi Nishikawa. Dr Lundgren från Kliniken för Rekonstruktiv Plastikkirurgi har erhållit en sk Honorary Contract-anställning vid Birminghams Childrens Hospital och har fram till innevarande månad aktivt deltagit i den kirurgiska behandlingen av avancerade skall- och ansiktsmissbildningar i Birmingham. (Se bil.1.9a).

I Storbritannien genomförde Department of Health 2003 en mycket omfattande utredning (2) av området kraniofacial kirurgi där sedan fyra centra tilldelades tillstånd för utförande av denna kirurgi. Denna process är i flera avseenden analog med Socialstyrelsens utredning av "viss kraniofacial kirurgi". Birmingham Childrens Hospital innehar ett av tillstånden och har nu mångårig erfarenhet av drift och organisation av ett större kraniofacialt center. Utöver den kirurgiska kompetensförstärkning som följer med samarbetet ämnar vi också nyttja erfarenheterna i Birmingham till att optimera det egna centrats organisatoriskt. Storbritanniens Department of Health har i den utredning som initierades 2003 och som ledde till framtagandet av dokumentet "National Craniofacial Standards" identifierat 16 topics och därtill specificerat vardera topic avseende kraven på ett centrum för tilldelande av det som motsvarar rikssjukvård. Varje topic graderades av Department of Health enligt: A= Essential, B= To be met within 12 months och C= To be met within three years. Karolinska Universitetssjukhuset har gått igenom detta dokument och organisatoriskt gjort de förändringar som ej tidigare varit uppfyllda. I nuläget uppfylls samtliga topics som är adapterbara i ett svenskt system (undantaget är sådant som medlemskap i för Storbritannien specifika organisationer samt för Storbritannien specifika inrapporteringar etc). Vi noterar även att Karolinska som enda sökanden tillmötesgår kravet på barnintensivvård dygnet runt stipulerat i Storbritanniens utredning.

Utbildning

ST läkare liksom specialistsjuksköterskor inom alla berörda specialiteter bereds plats vid de schemalagda multidisciplinära konferenser som hålls vid SKC. Praktiskt löses detta genom utbildningsrotationer förankrade i respektive specialitets utbildningsplan. Vidare erbjuder SKC att regelbundet ta emot läkare från övriga delar av landet som behöver utbildas inom en specifik gren eller teknik i sin specialitet. Inom SKC tilldelas ST läkare respektive specialistsjuksköterskor en handledare för sin period vid centralt och blir sedan delaktiga i kirurgi, mottagningar och konferenser. Genom detta utbildningsflöde identifieras yngre medarbetare med potential för att specialistutbildas inom respektive disciplin med särskild inriktning på avancerad kraniofacial verksamhet.

Forskning

Det bedrivs idag högklassig forskning kliniskt och prekliniskt inom det kraniofaciala fältet vid Karolinska Universitetssjukhuset. Detta har tidigare uppmärksammats av externa granskare i rikssjukvårdsutredningen som rankar Karolinska Universitetssjukhuset i topp bland de sökande.

Inom SKC inryms även en mer samlad FoUU-verksamhet som möjliggör synergistiska effekter mellan de framgångsrika forskningsverksamheter som redan idag finns inom det kraniofaciala fältet vid Karolinska.

FoUU-området är i övrigt väl belyst i de tidigare inskickade ansökningarna och diskuteras

därför ej vidare här.

Framtid

I det aktuella utlåtandet "Framtidens hälso- och sjukvård" från SLL har man fångat upp delar av NKS-förvaltningens strukturplan för Nya Karolinska. Särskilt omnämns att Nya Karolinska planeras att vara anpassat för barnsjukvård i 20% av sin hela verksamhet. Detta i kombination med den tematiska struktur som beskrivits för Nya Karolinska skapar en stabil plattform för den organisation av SKC som beskrivits ovan. Nya Karolinska är också planerat för att härbärgera annan avancerad pediatrik såsom komplicerad obstetrik och neonatologi vilket borgar för en fortsatt hög kompetens inom den krävande barnintensivvården.

Avslutningsvis vill vi uppmärksamma på att vi nu har drygt 10 års erfarenhet från Astrid Lindgrens barnsjukhus (ALB) och Barnens sjukhus (BS) att sätta "Barnet i centrum" (bilaga 2:1b). Innebörden av detta begrepp är att specialister av olika slag kommer till barnet oavsett på vilken avdelning barnet befinner sig. Detta har bidragit till en stark utveckling av en praktisk holistisk syn på vården av barn med komplicerade och ofta kroniska sjukdomar. Astrid Lindgrens Barnsjukhus (ALB) lyfter fram värderingar och visioner som utgår från barnet och dennes familj. Vården som ges, oavsett vårdenhet, involverar föräldrarna på sådant sätt att barnets trygghet och välbefinnande ökar, samt underlättar för hela familjen att hantera barnets hälsotillstånd och behov. Föräldrar har plats att stanna på vådrummet med sitt barn, det finns tillgång till Lekterapi och skola inom sjukhusets väggar. Det finns också en föräldravåning i barnsjukhuset med fjorton rum som i första hand används till föräldrar vars barn vårdas på intensivvårdsavdelningen samt föräldrar till utomlänspatienter. ALB har även initierat ett avtal med närliggande hotell som underlättar för familjer där barnet behöver vård på barnsjukhuset.

Sammanfattningsvis uppfyller Karolinska och SKC de krav på strategiska och strukturella överväganden och åtgärder som fodras, för att med utgångspunkt från ovanstående rubriker, ytterligare förstärka och utveckla vår befintliga multidisciplinära miljö.

Referenser:

- (1). Bruce et al. Oral and Maxillofacial clinics of NA; 16:4 2004.
- (2). United Kingdom Department of Health, Natinal Craniofacial Standards. 2003. Document control: Dr. B Gutteridge.
- (3). Goodrich J.T. Seminars in Pediatric Neurology; 11:4 2004, 288-300
- (4). Deborah et al. Craniofacial Reconstruction: Perioperative Care of The Craniosynostosis Patient. AORN; 44:4 1986, 554-562

2. Tillgång till ledningskompetens

Tillstånd att bedriva rikssjukvård innebär ett åtagande mot hela landets patienter och delas maximalt ut till två enheter. Det innebär att rikssjukvården alltid kommer att behöva hantera frågan om sårbarhet vilket gör långsiktig planering och kontinuitet till omistliga delar i arbetet med att säkerställa att den vård som ges är av hög kvalitet. Därmed är det viktigt att de verksamheter som ges tillstånd att bedriva rikssjukvård har ett starkt stöd från ansökande sjukhus ledning i frågor som rör verksamhetsprioritering, strategisk verksamhetsplanering och långsiktig verksamhetsutveckling.

- Beskriv i svarsfältet nedan på vilket sätt sjukhusets ledning har bidragit till att ge verksamheten organisatoriska förutsättningar att utvecklas strategiskt och långsiktigt, genom exempelvis strategiska beslut eller beslut om prioritering.
- Bifoga eventuella strategidokument eller annan relevant dokumentation som tydligt visar hur sjukhusledningen deltagit i den strategiska verksamhetsplaneringen rörande aktuell verksamhet.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 2 är maximalt 3 sidor.

Svar:

Karolinska Universitetssjukhusets ledning har tagit ett flertal initiativ för att stödja utvecklingen av den kraniofaciala verksamheten på sjukhuset, bland annat genom att stödja skapandet av Stockholms Kraniofaciala Centrum och avsätta särskilda lokaler för detta. Inför framtagande av sjukhusets verksamhetsplan 2011 behandlade sjukhusledningen dagsläge och framtida strategier inom aktuella rikssjukvårdsområden och diskuterade då bland annat kompetensförstärkning inom kraniofacialkirurgin (se protokoll med bilaga, 13/9 2010 samt brev Socialstyrelsen). Karolinska Universitetssjukhusets ledning beslutade därefter att stödja den kraniofaciala verksamheten genom att tillskapa en struktur och avsätta särskilda medel för att anställa internationell spetskompetens (professor Joseph Gruss, Seattle) inom det kraniofaciala programmet. Sjukhuset stödjer nu också det samverkansprojekt som initierats med Birmingham Children's Hospital samt vidareutbildning av en av Karolinskas kirurger vid dessa enheter.

Karolinska Universitetssjukhuset har därutöver tagit ett strategiskt beslut rörande säkrande av fortsatt goda resurser i den kraniofaciala verksamheten i det fall verksamheten tilldelas Rikssjukvårdsuppdrag. Detta beslut inkluderar tillsättande av koordinatorsfunktion för att optimera situationen för utomlänspatienter och samordningen inom denna multidisciplinära vårdkedja (beslut Karolinska Universitetssjukhusets ledningsgrupp 4/4 2011 bifogas).

Karolinska Universitetssjukhusets ledning har också sedan HT 2010 tagit initiativ till att främja den högspecialiserade vården i allmänhet och Rikssjukvårdsområden i synnerhet genom samverkan med såväl landstingsledningen som ledningen vid Karolinska Institutet. Dessa initiativ ledde till att landstingsdirektören 2010 tillsatte en styrgrupp för Rikssjukvård (Mikael Forss, biträdande sjukhusdirektör Karolinska Universitetssjukhuset, Lennart Persson, förvaltningsdirektör SLL och ansvarig för projekteringen av Nya Karolinska Solna samt Jan Andersson, prorektor vid Karolinska Institutet). Karolinska Universitetssjukhuset tillsatte parallellt en rikssjukvårdssamordnare (50 %) Annika Tibell som samtidigt fungerar som sekreterare i styrgruppen. Gruppen har också tillgång till en referensgrupp bestående av Henrik Almqvist, chefläkare SLL, Peter Rönnerfalk, chefläkare SLL, och Sten Lindahl, FoUU-direktör Karolinska Universitetssjukhuset.

På uppdrag av landstingsdirektören har en utredning om strategiska satsningsområden

inom den högspecialiserade vården genomförts. Denna utredning, som fokuserar på genomförda, pågående och framtida rikssjukvårdsprocesser, presenterades för landstingsdirektören VT 2010 och därefter i landstingets allmänna utskott och produktionsutskott. Såväl allmänna utskottet som produktionsutskottet rekommenderar landstingsstyrelsen att stödja detta strategiska satsningsområde (25/5 och 26/5, 2010, se bilagda protokoll).

I utredningen föreslås att en plan för strategiska satsningar inom den högspecialiserade vården i Stockholm utarbetas. Som underlag har en enkät till den högspecialiserade vården genomförts under årsskiftet 2010/2011. Denna enkät fokuserar bland annat på Rikssjukvård (se bilagda enkät, sid 5-6). 132 satsningsansökningar har inkommit. Dessa har först prioriterats i respektive sjukhusledning och utvärdering i central prioriteringskommitté sker för närvarande. Redan tilldelat rikssjukvårdsansvar, pågående rikssjukvårdsutredning respektive potential som framtida rikssjukvård är en viktig grund för prioritering.

Området kraniofacial kirurgi har inlämnat ansökan om sådan satsning och prioriterats i högsta prioriteringsgrupp av sjukhusledningen men bedömningen i central prioriteringskommitté har inte slutförts vid detta dokumentets inlämnande. Som framgår ovan har Karolinska Universitetssjukhusets ledningsgrupp därför tagit ett beslut som säkrar resurserna till det kraniofaciala området.

Fortsatt avrapportering till allmänna utskottet är inplanerat till den 12/4 och till Stockholms läns landstings FoU-beredning den 17/5. Denna strategiska satsning kommer sedan slutligen att behandlas i landstingsstyrelsen.

Utvecklingen inom de verksamheter vid Karolinska Universitetssjukhuset som är aktuella för rikssjukvård följs regelbundet upp av Karolinska Universitetssjukhusets styrelse vilket framgår av protokoll från den 14/4 2010, 14/9 2010, 16/11 2010 och 19/1 2011 (bilagda).

Rikssjukvård är också ett viktigt fokusområde vid Karolinska Universitetssjukhusets samverkan med Karolinska Institutet. Frågan behandlades vid stormöte mellan ledningsgrupperna såväl 4/5 2010 som 30/11 2010 (protokoll biläggs). Dessa diskussioner har bland annat lett till att sjukhus och Universitetsledningar initierat ett gemensamt projekt rörande strategiska rekryteringar och att Karolinska Universitetssjukhusets rikssjukvårdssamordnare Annika Tibell adjungerats till den grupp inom institutet som handlägger dessa frågor.

Karolinska Universitetssjukhuset bedriver ett strukturerat förbättrings- och kvalitetsarbete i syfte att effektivisera vården med patientsäkerheten och flödesprocesserna i fokus. Detta arbete har lett till att Karolinska idag har en ekonomi i balans vilket borgar för stabilitet i de högspecialiserade vårduppgifterna.

Som framgår ovan ser Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet, Rikssjukvård som ett viktigt gemensamt strategiskt satsningsområde och har under 2010 initierat flera projekt för att säkra relevanta resurser för att stödja verksamheter aktuella för Rikssjukvård. Detta framgår bland annat av de exempel som ges rörande kraniofacial kirurgi i detta dokument.

Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet har idag ett starkt gemensamt fokus på rikssjukvårdsfrågorna och en väl avstämd strategi, något som säkrar en högkvalitativ verksamhet inom den kraniofaciala kirurgin om Stockholms läns landsting via Karolinska Universitetssjukhuset får förtroende att driva området som Rikssjukvård.

3. Strategier för kompetensförsörjning

En grundläggande förutsättning för en långsiktigt hållbar vårdstrategi är närvaron av en strategi för hur verksamheten på såväl kort som lång sikt säkerställer att kritisk kompetens finns tillgänglig.

- Beskriv i svarsfältet nedan sjukhusets arbete med att såväl kort- som långsiktigt säkerställa att kritisk medicinsk kompetens finns tillgänglig. Av redogörelsen ska det framgå hur det säkerställs att befintliga strategier för kompetensförsörjning förverkligas genom exempelvis uppföljning och utvärdering.
- Bifoga eventuella strategidokument, beslutsdokument eller annan relevant dokumentation som beskriver sjukhusets strategi för kompetensförsörjning

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 3 är maximalt 2 sidor.

Svar:

Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag att bedriva specialiserad/högspecialiserad vård, utbildning och forskning kräver medarbetare med rätt kompetens. Detta innebär att arbetet med strategisk kompetensförsörjning är en av de enskilt viktigaste frågorna för sjukhuset. Arbetet utgår från kraven i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), Patientsäkerhetslagen

(2010:659), SOSFS 2005:12 och kraven i sjukhusets Vårdavtal med SLL:s beställarenhet, samt från Stockholms läns landstings personalpolicy och Stockholms läns landstings FoUU-strategi (LS 1005-0483). I enlighet med Karolinska Universitetssjukhusets kvalitets- och patientsäkerhetsmål 2011 uppmannas alla verksamheter ha en handlingsplan för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet som innefattar kompetensförsörjning- och utveckling.

Sjukhusets riktlinjer för rekrytering beskriver arbetssätt och metoder som ska användas i rekryteringsprocessen för att säkerställa rätt kompetens i verksamheten.

För att säkerställa rätt dimensionering av kompetenta medarbetare samarbetar Karolinska och övriga vårdgivare inom Stockholms läns landsting med varandra och olika utbildningsanordnare i enlighet med de intentioner som beskrivs i Kompetensförsörjning för framtidens hälso- och sjukvård (LS 1103-0356). Som ett stöd för sjukhusets verksamheter att kunna rekrytera tillräcklig volym av medarbetare med strategiska kompetenser fattas beslut om olika stödåtgärder som exempel kan nämnas Beslut om studiebidrag 2011 för vidareutbildning av sjuksköterskor.

Sjukhusets chefs- och ledarskapspolicy och generella chefsuppdrag fastslår ansvaret för att verksamhetens kompetensbehov tillgodoses genom verksamhetsplanering och medarbetarnas kompetensutveckling genom utvecklingssamtal med individuella kompetensutvecklingsplaner. Den enskilde chefens uppdrag fastslås i ett chefsstyrkort. Styrkortet omfattar bland annat kompetensfrågorna.

I Karolinskas avtal om samverkan beskrivs formerna för hur medarbetarnas direkta inflytande på vidareutvecklingen av verksamheten ska ske genom arbetsplatsträffar och årliga planerings- och utvecklingssamtal mellan chef och medarbetare. Vid arbetsplatsträffen ska frågor som utveckling och uppföljning av verksamheten, kompetensutveckling och kvalitet diskuteras. Medarbetarnas eget ansvar för den egna kompetensen beskrivs i Medarbetarpolicyn.

Uppföljning och utvärdering

Uppföljning av kompetens.

För att säkerställa att kritisk medicinsk kompetens finns tillgänglig genomförs bl a riktade kartläggningar. Under 2010 genomfördes sjukhusövergripande dels en kartläggning avseende personalvolym, omsättning och åldersstruktur, dels en kartläggning av strategiska utbildningar/kompetenser (t ex specialistutbildade läkare och sjuksköterskor). I verksamhetschefsuppdraget ingår att inventera de kort- respektive långsiktiga behoven av kompetensförsörjning inom den egna disciplinen. Avseende läkarkompetensen prognosticeras behoven genom beräkning av pensionsavgångar och eventuella avhopp. Aktivt rekryteringsarbete av yngre kollegor sker genom intervjuer och provtjänstgöringar på vikariatsbasis. Beslut om rekrytering sker i mindre grupper med en sammansättning av kollegor representerande såväl klinik som FoUU-sida.

Inom ramen för budgetarbetet uppmannas samtliga verksamheter att identifiera och beskriva eventuella behov för ökad resurstilldelning. Sjukhuset arbetar sedan aktivt tillsammans med SLL för att systematiskt tilldela olika verksamheter nya medel i syfte att säkra kompetensförsörjningen.

Inom de verksamheter där man noterar små årsvolymer av patienter stödjer sjukhuset aktivt verksamheterna i arbetet att skapa internationella samarbeten. Ett exempel på detta är den nu aktuella satsningen på Stockholms Kraniofaciala Centrum.

Medarbetaruppföljning.

Sjukhusets årliga medarbetaruppföljning innefattar frågor om hur medarbetarna uppfattar att verksamheten leds och organiseras samt möjlighet till påverkan, hur deras kompetens tillvaratas och möjligheterna till kompetensutveckling och förekomsten av individuell kompetensutvecklingsplan/ handlingsplan. Förutom att redovisning av resultatet sker på

sjukhus-, verksamhets- och enhetsnivå, redovisas resultatet för t ex läkare respektive sjuksköterskor.

Chefsutvärdering.

Hur sjukhusets chefer fullgör sina uppdrag utvärderas en gång per år. Det sker dels genom utvecklingssamtal, dels genom chefsutvärderingen som sammanställs på enhets- och divisionsnivå. Grunden för utvärderingen är utvecklingssamtal och styrkort samt medarbetaruppföljningen.

Internkontrollprogram.

Karolinska följer landstingets samtliga policydokument och uppföljning och mätning av efterlevnad av policydokument sker via sjukhusets internkontroll-program. Sjukhuset har en egen organisation för intern kontroll.

Patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsbokslut.

Olika typer av kompetensfrågor ingår som en självklar del och redovisas i det årliga bokslutet.

Sjuksköterskor uppmuntras att studera för specialistexamen inom barn- och ungdomshälsa, även på deltid. ALB har en utbildningspolicy som ger sjuksköterskor ekonomisk ersättning vid specialistutbildning, även på magisternivå. Särskilda medel är avsatta för specialistutbildning för sjuksköterskor.

I det årliga kvalitetsbokslutet identifierar verksamhetsområdet kommande behov av specialistkompetens.

Bilagor 2:3 a-p

4. Strategi för kompetensöverföring

En långsiktigt hållbar vårdstrategi förutsätter att verksamheten har en strategi för hur kompetens överförs från en generation till nästa. En väl utvecklad strategi för kompetensöverföring säkerställer att erfarenheter och ackumulerad kompetens stannar inom verksamheten och på så sätt bidrar till fortsatt stabilitet och kontinuitet.

- Beskriv i svarsfältet nedan sjukhusets strategi för kompetensöverföring samt hur det säkerställs att den efterlevs genom exempelvis uppföljning och utvärdering.
- Bifoga eventuella strategidokument, beslutsdokument eller annan relevant dokumentation som beskriver sjukhusets strategi för kompetensöverföring.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 4 är maximalt 2 sidor.

Svar:

Inom den högspecialiserade vården fodras ett aktivt internationellt arbete för att säkerställa såväl den aktuella kompetensnivån som kompetensöverföringen. Inom den avancerade kraniofaciala verksamheten har därför Karolinska Universitetssjukhuset och Kliniken för rekonstruktiv plastikkirurgi konsultanställt dr Joseph Gruss, Seattle Children's Hospital i syfte att säkra kompetensöverföringen. Vidare har kliniken för rekonstruktiv plastikkirurgi etablerat ett samarbete med Birmingham Children's Hospital för att ytterligare stärka kompetensutvecklingen och kompetensöverföringen inom ämnesområdet. Dessa två

samarbeten följs upp och utvärderas på årsbasis inom sektionen för kraniofacial kirurgi, kliniken för rekonstruktiv plastikkirurgi. En genomlysning sker då av verksamhetens vårdvolymer, interna kompetensutveckling och FoUU-aktivitet. Sjukhusets ambition att stödja denna FoUU-utveckling illustreras väl av höjningen av FoUU-andelen av Karolinskas totala omsättning till >4,3% (bilaga 1 fråga 2.4).

På verksamhetsnivå genomlysas frågorna om kompetensöverföring med regelbundenhet och i olika sammanhang. Behoven uppmärksammas i verksamheten och delges ledningsgruppen. I de fall den rådande kompetensöverföringen är bristfällig görs en inventering av förbättringsbehoven tillsammans med utbildningsansvarig läkare samt linjechefer.

Kompetensöverföring sker regelbundet inom många delar av verksamheten. Som exempel på strukturerad kompetensöverföring kan nämnas ST-utbildningarna inom vilka metoderna och vägarna för kunskapsöverföringen är väl definierande. Handledarskapet har här en avgörande betydelse. Handledarskapet övergår efter avslutad ST till ett mentorskap som också kan förstärkas med andra kompetenta medarbetare.

Ett stort utbyte av kompetens sker också vid de interna och externa möten och konferenser som verksamhetens medarbetare löpande deltar i.

I anslutning till SPUR-inspektioner sker en återkoppling till verksamheten om styrkor och svagheter i utbildningsmiljön.

Utvecklingssamtalen som alla medarbetare erbjuds årligen utgör en fundamental del av den enskilda medarbetarens utvecklingsplan. Här identifieras behov av förstärkt kompetensöverföring mycket tydligt. Uppföljning av utvecklingssamtalen sker årligen.

Genom resultaten av medarbetarenkäten ICQ erhåller sjukhuset och dess verksamheter en god bild av medarbetarnas uppfattning om kompetensutveckling och kompetensöverföring. Genomgång av ICQ-resultaten sker på samtliga nivåer inom sjukhusets organisation.

Genom månadslånga inskolningsprogram rörande barnsjukvård generellt och neuropediatrik specifikt sker en kompetensöverföring.

Bilagor 2:4 a samt bilagor från 2:3

5. Kompetensutveckling

Inom ramen för en långsiktigt hållbar vårdstrategi är kompetensutveckling ett viktigt verktyg för vårdpersonal att utveckla sig inom sin yrkesroll genom att de får genomgå olika former av utbildningar och kurser. Kompetensutveckling är även en väg för att stärka vårdpersonalens engagemang vilket, i sin tur, leder till ökad förståelse för verksamheten ur ett helhetsperspektiv.

- Beskriv i svarsfältet nedan sjukhusets arbete med att genom kompetensutveckling bidra till att vårdpersonal utvecklar sig i sin yrkesroll samt utvecklar en fördjupad förståelse för verksamheten ur ett helhetsperspektiv. Av redogörelsen ska framgå hur det säkerställs att befintlig policy rörande kompetensutveckling implementeras, genom exempelvis handlingsplan för kompetensutveckling eller utvecklingssamtal.
- Bifoga eventuellt policydokument eller annat beslutsdokument över sjukhusets arbete med kompetensutveckling.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 5 är maximalt 2 sidor.

Sjukhuset erbjuder samtliga medarbetare utrymme för kompetensutveckling inom ett stort antal områden. Valda delar av kompetensutvecklingsprogrammet är obligatoriskt för

samtliga medarbetare. Bland dessa kan nämnas miljö- och HLR-utbildningarna. Vidare erbjuds alla medarbetare utbildning inom olika områden såsom etik, nutrition och sårvård samt olika utbildningar för ökad patientsäkerhet inom läkemedelsområdet, hygien, risk- och händelseanalys, strukturerad journalgranskning (MAG/GTT) och dokumentation.

I samband med olika patientsäkerhetssatsningar erbjuds också kompetensutveckling i form av genombrottsprojekt med lärandeseminarier. Som exempel kan nämnas VRISS (vårdrelaterade infektioner ska stoppas), TUFF (trycksår, undernäring, fall förebyggande), läkemedelsavstämning/läkemedelsberättelser för att förhindra fel i vårdens övergångar. Som tidigare nämnts erbjuder också sjukhuset för att säkra kompetensförsörjningen medarbetare inom sjuksköterskegruppen möjlighet till specialistutbildning med utbildningsbidrag. Förutom detta erbjuds sköterskegruppen också möjlighet till utbildning inom speciella områden som gagnar verksamheten till exempel kardiologi, njurmedicin, infektionssjukvård, gastroenterologi.

I anslutning till det medarbetarsamtal/utvecklingssamtal som samtliga medarbetare erbjuds görs en analys av den enskilde medarbetarens kompetensnivå och de behov som föreligger. Medarbetaren uppmuntras att identifiera utbildningar av intresse och en prövning genomförs sedan för att karllägga möjligheterna att tillhandahålla medel för den aktuella utbildningen.

Samtliga utbildningar följs upp i kommande medarbetarsamtal och vid de tillfällen då utbildningens innehåll bedöms vara av allmänt intresse uppmanas medarbetaren att presentera sitt nyvunna kunnande för övriga medarbetare på arbetsplatsen. Vid internationella utbildningar/möten är det krav på aktiv återkoppling i hela medarbetargruppen för att säkerställa att nyvunnen kompetens når samtliga medarbetare. Ett väsentligt instrument för att stärka vårdpersonalens engagemang är att regelbundet genomföra internutbildningar inom verksamheten. Det åligger alla ST-läkare att regelbundet hålla sk ST-seminarier och på många vårdenheter förekommer samma strategi bland övriga medarbetare.

ALB har sju disputerade sjuksköterskor i klinisk verksamhet vars uppdrag bland annat är metodutveckling och handledning i syfte att implementera bästa praktik. ALB har vidare en enhet för kvalitet och utveckling som med en tvärprofessionell ansats bistår verksamheten med stöd för kontinuerlig kompetensutveckling. Ett flertal sjuksköterskor är doktorander och bidrar tillsammans med forskare, vårdutvecklare och andra till en kreativ och lärande organisation.

Se bilaga Kompetensutveckling Patientsäkerhet

Bilagor 2:5 a-b

6. Övrig vårdpersonal

En långsiktigt hållbar vårdstrategi förutsätter inte bara en multidisciplinär miljö där samverkan mellan olika discipliner sker naturligt. Den förutsätter även samverkan mellan de olika yrkeskategorier som ingår i vårdprocessen.

- Beskriv i svarsfältet nedan hur kompetensen hos övrig vårdpersonal ges förutsättningar att utvecklas och hur den på ett systematiskt sätt tas till vara och integreras i det operativa arbetet vid kliniken.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 6 är maximalt 2 sidor.

Svar:

Inom ALB finns pedagoger vid sjukhusets skola samt vid Lekterapin. Detta utgör en viktig del för barnets ökade självkänsla, interaktion och möjlighet att hantera sin hälsosituation. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster ingår som självklara teammedlemmar under hela vårdprocessen. Kuratorer finns till familjens förfogande.

Som beskrivits under fråga 3-5 erbjuds samtliga medarbetare, vid flera tillfällen under året, att delta i utbildningsaktiviteter internt.

Del 3 – internationell samverkan

Socialstyrelsen gör bedömningen att ett aktivt deltagande i internationella sammanhang är nödvändigt för att säkerställa att erforderlig kompetens, kunnande och yrkesskicklighet hålls ajour. Ett aktivt deltagande i internationella sammanhang kan ske genom, exempelvis, medlemskap i internationellt sällskap eller deltagande i ett internationellt kunskapsutbyte mellan olika kliniker. Genom ett aktivt deltagande i internationella sammanhang ges goda förutsättningar att tillgodogöra sig erfarenheter och kunskaper om medicinsk och medicinteknisk utveckling. Dessutom görs bedömningen att ett aktivt deltagande i internationella sammanhang är en grundläggande förutsättning för att kunna bedriva forskning, utbildning och utveckling av högsta kvalitet.

1. Samverkansavtal med internationella kliniker

- Beskriv i svarsfältet nedan omfattning och djup för de avtal med utländska kliniker ni ingått. Av redogörelsen ska framgå vilken tid avtalet avser, vilken relevans avtalet anses ha för bedrivandet av rikssjukvård samt vilken kompetens avtalet antas tillföra.
- Bifoga eventuellt nedtecknad och signerad avsiktsförklaring för samarbetet.
- Bifoga kontaktuppgifter för de utländska kliniker ni har avtal med.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 1 är maximalt 4 sidor.

Svar:

Karolinska Universitetssjukhuset och Kliniken för rekonstruktiv plastikkirurgi har tecknat ett konsultläkaravtal med dr Joseph Gruss, Seattles Children's Hospital, Seattle, USA. Avtalet har ingåtts under hösten 2010 och omfattar besök av dr Gruss vid Karolinska 1-4 gånger årligen i syfte att delta i bedömningar och eventuell kirurgi vid extraordinära patientärenden. Vidare omfattar avtalet även en möjlighet för vidareutbildning av opererande läkare vid Seattles Children's Hospital. Dr Kalle Lundgren har nyligen besökt Seattles Children's Hospital för utbildning och träning. Avtalet gäller tills vidare. (Bilaga 3:1a)

Kliniken för rekonstruktiv plastikkirurgi har också ett samarbete med Birmingham Children's Hospital. Aktiv utbildning inom den avancerade kraniofaciala kirurgin har tillhandahållits dr Kalle Lundgren vid denna klinik nyligen. Ett mer omfattande forsknings- och utbildningssamarbete är etablerat. (Bilaga 3:1b)

Ovanstående samarbeten borgar för en säker och långsiktig kompetensförsörjning och kompetensöverföring. Då antalet barn med avancerade skall- och ansiktsmissbildningar inom rikssjukvårdsdefinitionen oavvisligen är relativt litet, måste denna högspecialiserade verksamhet förankras vid ett eller två internationella centra med stora patientvolymen. Självständigheten vid de två rikssjukvårdsenheterna i Sverige blir som en konsekvens av detta relativ. Karolinska kan idag klara hela spektrat av vård inom rikssjukvårdsdefinitionen. Likväl är samarbetena enligt ovan av yttersta vikt för att garantera bästa möjliga vård även i de patientfall som omfattar flera komplicerande faktorer utanför rikssjukvårdsdefinitionen. Därtill erbjuder dessa samarbeten en möjlighet för medarbetare inom flera olika specialiteter och professioner (läkare, sjuksköterskor) att genom besök vid enheterna snabbt tillgodogöra sig kunskaper som sedan kan implementeras i den egna verksamheten.

2. Medlemskap i internationella sällskap

- Bifoga dokumentation som styrker verksam vårdpersonals medlemskap i internationellt sällskap med relevans för den verksamhet som ansökan avser.

3. Deltagande i internationella konferenser

- Beskriv i svarsfältet nedan i vilka internationella konferenser med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen företrädare för kliniken deltagit i den senaste 3-årsperioden (2008 – 2010). Av redogörelsen ska framgå vilka företrädare vid kliniken som deltagit samt betydelsen hos de eventuella bidrag som kliniken har presenterat.
- Bifoga eventuella bidrag vid deltagande i internationella konferenser.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 3 är maximalt 2 sidor.

Svar:

* Engstrand T. Formation of new bone and connective tissue and the impact of implant material compositions. The 9th World Congress on Inflammation. Tokyo, Japan, 2009. Inbjuden föreläsare inom delområdet vävnadsregeneration. Presentation av kraniofacial benrekonstruktion.

* Hilborn J, Ossipov D, Bergman K, Bowden T, Engstrand T and Ann-Charlott Docherty-Skoggh. Injectable hyaluronan gel forms bone in vivo. The TERMIS-NA Annual Conference & Exposition, San Diego, USA, 2008. Oral presentation av nyutvecklade biomaterial för benregenerering.

* Docherty-Skoggh A-C, Engstrand T. Injectable two-component hydrogel for BMP-2 induced bone formation. 7:th International Conference on Bone Morphogenetic Proteins. Lake Tahoe, Californien, USA, 2008.

Oral presentation av prekliniska kraniofaciala studier på gris.

* Neovius E, Engstrand T. Craniofacial Reconstruction with Bone and Biomaterials; a Review over the Last Ten Years. 11th International Congress on Cleft Lip and Palate and Related Craniofacial Anomalies. Fortaleza, Brasil, 2009.

Sammanfattande beskrivning av kunskapen inom fältet för kraniofaciala rekonstruktioner med ben och biomaterial. Oral presentation av review-studie.

* Engstrand T. Bone Morphogenetic Protein-2 in a resorbable hydrogel improves bone formation. 11th International Congress on Cleft Lip and Palate and Related Anomalies. Fortaleza, Brasil, 2009.

Oral presentation av prekliniska och kliniska data på kraniofacial rekonstruktion med hjälp av biomaterial.

* Neovius E. Orbital Trauma & plastic surgery of facial trauma. 6th Nordic Trauma Radiology Course, Stockholm, 2010.

Föreläsning om handhavandet av patienter med skador i och kring orbita.

* Gustavsson B, Wang C, Katz-Salaman M, Hagenäs L. Prophylactic Cervicomedullary Decompression of Foramen Magnum in Achondroplasia. 36th Annual Meeting of the

International Society for Pediatric Neurosurgery, Cape Town, South Africa, 2008
Föredrag som beskriver effekterna av kirurgisk avlastning av hjärnstammen vid achondroplasi.

* Gustavsson B, Ohlsson-Lindblom I, Zetterling M. Positioning improves the cosmetic results after craniectomy for sagittal synostosis. 37th Annual Meeting of the International Society for Pediatric Neurosurgery, Los Angeles, California, USA, 2009
Föredrag som beskriver en teknik att bättre positionera benlambåerna vid operation för sagittal synostosis.

Kompletterande utredning i tillståndsärendet viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård

Enligt beslut i Rikssjukvårdsnämnden den 24 september 2008 är verksamhetsområdet viss kraniofacial kirurgi definierat som rikssjukvård. För att det tillståndsärende som följde på ansökningar från Landstinget i Uppsala län, Region Skåne, Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen ska kunna slutföras, behöver en kompletterande utredning genomföras. Genom att granska och bedöma landstingens kompetens att bedriva vård inom rikssjukvårdsdefinitionen syftar denna utredning till att tydliggöra vilka landsting som bedöms ha bäst förutsättningar att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård. Denna blankett genererar därmed underlag för rekommendation av vilka landsting som rekommenderas få tillstånd att bedriva viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård under perioden 2012-01-01 – 2016-12-31 vid Rikssjukvårdsnämndens sammanträde 15 juni 2011.

Besvara frågorna i de skuggade fälten.

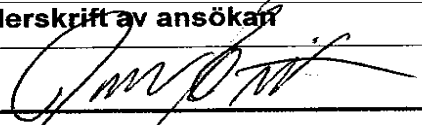
Kontaktuppgifter

Kontaktperson Professor Anna Elander	Telefon (inkl. riktnr) 0313427622
E-post anna.elander@vgregion.se	

Adress

Sjukhus Plastikkirurgiska Kliniken

Underskrift av ansökan


Namn, titel, ort och datum Jan Eriksson, Sjukhusdirektör Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg den 7 april 2011
Namnförtydligande

Praktiska anvisningar

- Sista inlämningsdag är **den 8 april 2011**. *OBS! Svar efter detta datum beaktas ej.*
- Samtliga svar ska ges i Times New Roman, 12 punkter.
- För samtliga svar gäller att information bortom angivet svarsutrymme *beaktas ej.*
- Dokumenten ska skickas till Socialstyrelsen, Tillstånd, att: Martin Jansson, 106 30 Stockholm i både pappersform och som e-post till martin.jansson@socialstyrelsen.se

Del 1 – medicinsk kompetens

En förutsättning för att få tillstånd att bedriva rikssjukvård är att sökande landsting bedöms ha tillräcklig kritisk medicinsk kompetens för att behandla och åtgärda sjukdomstillstånd inom rikssjukvårdsdefinitionen. För att anses ha tillräcklig kritisk medicinsk kompetens ska sökande landsting ha såväl bredd att behandla och åtgärda, som djup att hantera de mest komplicerade sjukdomstillstånden inom rikssjukvårdsdefinitionen.

1. Tillgång till kritisk medicinsk kompetens med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen

- Markera i svarsfältet nedan med asterisk (*) de specialiteter ni bedömer att er klinik har tillgång till vid utförandet av ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen för viss kraniofacial kirurgi så som den beslutades av Rikssjukvårdsnämnden 2008-09-24. För varje specialitet ska dessutom redovisas de idag verksamma individer som medverkar vid utförandet av dessa ingrepp vid er klinik. För varje individ ska framgå namn, akademisk titel, yrkestitel samt anställningsår enligt exempel nedan.

Plastikkirurgi

- Peter Tarnow, med dr, överläkare, 1995
- Giovanni Maltese, doktorand, specialistläkare, 2007
- Lars Kölby, docent, universitetssjukhusöverläkare, 1995
- Peter Zachrisson, specialistläkare, överläkare, 2000

Neurokirurgi

- Robert Olsson, överläkare, 1994
- Hans Silander, docent, överläkare, 1999
- Daniel Nilsson, med dr, överläkare, 2000
- Magnus Tisell, docent sektionschef, överläkare, 1997

Käkkirurgi

- Sanjiv Kanagaraja, odont dr, övertandläkare i käkkirurgi, 1999
- Lars Rasmusson, professor, övertandläkare i käkkirurgi, 1995
- Göran Kjeller, docent, övertandläkare, 1998
- Hossein Kashani, odont dr, övertandläkare, 1998

ÖNH

-

Anestesi (barnanestesi)

- Jan Pålsson, med dr, överläkare, 1984
- Ann-Charlotte Adrian, med dr, överläkare, 2005
- Anette Nyberg, med dr, överläkare,
- Ludvig Csajbok, doktorand, vårdenhetsöverläkare 1994
- Robert Dutkiewicz, specialistläkare,
- Kerstin Sandström, med dr, överläkare, 1987
- Magnus Janson, med dr, överläkare, 1999
- samt ytterligare 6 överläkare i barnanestessiologi vid Drottning Silias BoU sjukhus

Övriga relevanta specialiteter

-

2. Klinisk erfarenhet inom rikssjukvårdsdefinitionen (individ)

- Lista i svarsfältet nedan det totala antalet utförda ingrepp med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen **som var och en av de i fråga 1 listade individerna** har medverkat till att genomföra under perioden 2006-2010. Förteckningen avser ingrepp utförda såväl vid hemmakliniken som vid externa kliniker varför detta ska framgå av redogörelsen enligt exempel nedan.

Plastikkirurgi

- Samtliga strikt enligt rikssjukvårdsdefinitionen, seans I
- Peter Tarnow 170 ingrepp vid hemmaklinik och 12 ingrepp vid Drottning Silvias Barnsjukhus (DSBUS)
- Giovanni Maltese 88 ingrepp vid hemmaklinik och 4 ingrepp vid DSBUS
- Lars Kölby 29 ingrepp vid hemmaklinik och 1 ingrepp vid DSBUS
- Peter Zachrisson 9 ingrepp vid hemmaklinik
-

Neurokirurgi

- Samtliga strikt enligt rikssjukvårdsdefinitionen, seans I
- Robert Olsson 186 ingrepp vid hemmaklinik och 10 ingrepp vid DSBUS
- Hans Silander 20 ingrepp vid hemmaklinik
- Daniel Nilsson 13 ingrepp vid hemmaklinik
- Magnus Tisell 3 ingrepp vid hemmaklinik

Käkkirurgi

- Samtliga strikt enligt rikssjukvårdsdefinitionen
- Sanjiv Kanagaraja, 55 ingrepp
- Lars Rasmusson, 55 ingrepp
- Göran Kjeller, 8 ingrepp
- Hossein Kashani, 17 ingrepp

ÖNH

- Namn, antal ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen vid hemmaklinik 2006-2010/
antal ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen vid extern klinik 2006-2010)

Anestesi (barnanestesi)

- Samtliga strikt enligt rikssjukvårdsdefinitionen
- Jan Pålsson 135 ingrepp vid hemmaklinik
- Ann-Charlott Adrian 110 ingrepp vid hemmaklinik
- Annette Nyberg 15 ingrepp vid hemmaklinik
- Ludvig Csajbok 6 ingrepp vid hemmaklinik
- Robert Dutkiewicz 5 ingrepp vid hemmaklinik
- Kerstin Sandström, 2 ingrepp vid hemmaklinik
- Magnus Janson, 1 ingrepp vid hemmaklinik
- Narkosläkare DSBUS 19 ingrepp

Övriga relevanta specialiteter

- Namn, antal ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen vid hemmaklinik 2006-2010/
antal ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen vid extern klinik 2006-2010)

3. Klinisk erfarenhet inom rikssjukvårdsdefinitionen (team)

- Ange i svarsfältet nedan **det totala antalet** utförda ingrepp med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen som det kraniofaciala teamet vid ert sjukhus har genomfört under perioden 2006-2010. I redogörelsen ska endast inkluderas de ingrepp där personal som idag är verksam vid ert sjukhus har deltagit.

Svar: 322 ingrepp strikt enligt rikssjukvårdsdefinitionen 2006-2010.

Under perioden 2006-2010 har gjorts totalt 596 ingrepp inom kraniofaciala området av plastikkirurgens kraniofaciala team. Därav tex 163 st kranioplastik med akrylat och fjäderextraktioner (seans II) som INTE inkluderas i de 322 operationerna ovan. Här kan också ingå tex näskorrekationer på missbildade näsor. Även mellanskillnaden (596 minus 322) bidrar till kompetens inom området såväl för kirurg, anestesilog som personal på vårdavdelningar, mottagning och operationsavdelning.

Under 2006-2010 har också opererats 70 st mer omfattande kraniotraumata av plastikkirurgens kraniofaciala team.

Under 2006 - 2010 har käkkirurgen gjort 731 operationer inom fältet (320 ortognatism, 403 trauma och 8 käkledsproteser)

Under 2006 - 2010 har det utförts 903+97 läppkäckgomspaltsoperationer varav 197 näskorrekationer och näsrekonstruktioner utförda av LKG-teamets Jan Lilja och Hans Mark, vilka utgör resurspersoner till kranioteamet med kompetens i näsrekonstruktioner.

Totala näsrekonstruktioner och öronrekonstruktioner har under tidperioden utförts av Peter Zachrisson.

Mikrokirurgi med käkrekonstruktion av under - eller överkäke med 1-3 lambåer utförs rutinmässigt på kliniken. Denna kompetens är viktig för att vid utveckling av kirurgin kunna ha ett kunskapsutbyte med andra kompetenser och ha förutsättningar för nya behandlingsprinciper, som tex öronrekonstruktioner med fri lambå där ett broskskelett preparerats och läkt in i lambån före förflyttning.

○

4. Kirurgisk bredd inom rikssjukvårdsdefinitionen

- Markera i svarsfältet med asterisk (*) vilka av de nedan listade åtgärds-koder som ni bedömer att i dagsläget tjänstgörande personal vid ert sjukhus har kompetens att utföra.

-
- * *AAK00 Kranioplastik*
 - * *AAK20 Operationer p.g.a. kraniosynostos*
 - * *AAK30 Kraniofacial rekonstruktion vid missbildning*
 - * *CAC50 Korrektion av medfödd missbildning av orbitas benvägg*
 - * *DLD10 Korrektionsplastik av näsans brosk- och benskett*
 - * *DLD30 Rekonstruktion av näsan*
 - * *EDC05 Segmentosteotomi på underkäke*
 - * *EDC10 Sagittal ramusosteotomi på underkäke*
 - * *EDC15 Vertikal ramusosteotomi på underkäke*
 - * *EEC05 Le Fort I-osteotomi*
 - * *EEC10 Le Fort II-osteotomi*
 - * *EEC15 Le Fort III-osteotomi*

5. Kompetens och erfarenhet av att behandla kraniosynostos

- Beskriv i svarsfältet nedan processen som leder fram till operation av patient med *Dolicocefali (Q67.2)*, *Plagiocefali (Q67.3)* eller *Kraniosynostos (Q75.0)*.
- Beskriv övergripande i svarsfältet nedan de strategiska överväganden och alternativa angreppssätt som tillämpas inför och vid genomförandet av operation på patient med *Dolicocefali (Q67.2)*, *Plagiocefali (Q67.3)* eller *Kraniosynostos (Q75.0)*.
- Ange för var och en av diagnoserna Q67.2, Q67.3 och Q75.0 antal ingrepp utförda av vid ert sjukhus tjänstgörande och idag verksam personal under perioden 2006 – 2010.

Anvisning: Utrymmet för svar på frågorna 5a, 5b och 5c är maximalt 5 sidor.

Svar:

5a. Bakgrund: Kraniosynostos eller prematur fusion av skallens tillväxtsömmar leder till skalld deformitet enligt kända mönster men med en betydande variabilitet. Tillväxten vid en prematurt slutna tillväxtsöm hindras i vinkelrät riktning. Istället sker kompensatorisk tillväxt på andra håll, vilket leder till sekundära deformiteter. Kombinationer av olika synostoser förekommer. Här exkluderas syndromala former.

Anamnes

Av vikt är att utröna om hereditet finns, ärftliga former förekommer och syndromala former bör diagnosticeras på ett tidigt stadium. Graviditet, förlossning och perinatal morbiditet efterfrågas, eftersom det finns former där mediciner under graviditet, mekanisk induktion, blödning eller infektion skulle kunna ha orsakat synostosen. Ibland ses det motsatta, dvs att synostosen orsakat förlossningskomplikationer pga. sämre förmåga att passera förlossningskanalen. Tillväxt och utveckling är viktigt att ta reda på för säkerheten vid operationen (ex samtidigt hjärtfel). Vid kombinerade former kan det intrakraniella trycket öka med neurologiska symptom som följd. Vid t.ex. shuntbehandlad hydrocephalus kan ibland en sekundär kraniosynostos eller liknande skalld deformitet ses vid övershunting.

Status

Kraniosynostoser uppvisar ofta typiska deformiteter för respektive sutur. Den sagittala kraniosynostosen ger en åsbildning över den sagittala suturen och en långsmal huvudform med försnävning biparietalt och temporalt. Ofta ses en kompensatorisk buktning frontalt och ett utskjutande nackparti. En prematur metopicasynostos ger en åsbildning mitt i pannan och en plogformad panna sedd uppfifrån. Pannans laterala delar medialiseras och en hypotelorism infinner sig. Vid den unicoronal prematura kraniosynostosen ses en ipsilateralt platt panna och en kontralateralt buktande dito. Det ipsilaterala ögat ger ett större intryck medan det kontralaterala verkar hoptryckt med en mindre ögonspringa och ett lägre ögonbryn. Örat på den afficerade sidan är förskjutet framåt och temporalt finns en kompensatorisk buktning. Vid bilateral coronal synostos blir skallen kort, bred och hög. Åsbildningen över den stängda suturen är mild. En temporal konvexitet ses bilateralt, liksom en platt och tillbakadragen panna. Vid en lambdoideasynostos ses en åsbildning över den fusionerade suturen och en platt nacke på denna sida. Skallbasen och mastoidcellerna buktar ipsilateralt medan nackpartiet buktar kontralateralt. Vid en bilateral lambdoideasynostos blir hela nacken platt och pannan sekundärt hög. Slutligen förekommer mer sällsynta kombinationer av synostoser av två eller flera sömmar, med en deformitet beroende på vilka sömmar som är involverade.

Fotografering

Barn med skalld deformitet är en vanlig företeelse och ger upphov till många frågor.

Fotografisk registrering är därför av stor vikt vid konsultationer på distans. Fotoregistrering

sker också rutinemässigt på alla barn som blir föremål för uppföljning eller åtgärd. Denna sker på ett standardiserat sätt före, under och efter operation, samt vid uppföljande mottagningsbesök.

Radiologi

Som diagnostisk standardmetod används datortomografi med tredimensionell rekonstruktion av skelettet. Den ger möjlighet att bedöma även centrala nervsystemet för att hitta eventuella associerade missbildningar. Stråldosen har reducerats avsevärt genom ett protokoll som ger oss den information vi önskar. Skallröntgen är en sämre metod, med många falskt positiva och falskt negativa utfall, och används därför i regel inte. Magnetrontgenundersökning används bara vid riktade frågeställningar vid andra missbildningar.

På grundval av anamnes, status, fotografier och 3D-CT ställs operationsindikationen med ett individuellt ställningstagande beroende på ålder och deformitet. Information sker vid mottagningsbesök då psykolog deltar och patient och föräldrar får besöka vårdavdelningen för fördjupad information.

5b. Tidpunkten för operation väljs med tanke på att ett optimalt behandlingsresultat skall uppnås. Vid Göteborgskliniken opereras kraniosynostospatienter med fjäderteknik vid 4-5 månaders ålder. Valet av ålder beror på att vid en tidigare intervention förväntas barnet ha ett alltför omoget skelett, för tunt att säkerställa en god effekt av fjädrar. Dessutom anses de anestesilogiska riskerna vara något större vid tidigare intervention. När barnet blir 6 månader eller äldre är skallbenet redan så kraftigt att fjädereffekten avtar. I högre åldrar opereras patienterna därför med kranioplastik utan fjäderteknik. Anestesilogiskt har arbetet koncentrerats på att uppnå högsta möjliga patientsäkerhet, med noggrann övervakning peroperativt och postoperativt.

Fjädertekniken har möjliggjort att kraniosynostosoperationerna kunnat göras mindre och vid t.ex. sagittal synostos utan behov av blodtransfusion. Mer komplicerade skalldeformiteter vid multipel kraniosynostos har kunnat behandlas med resultat som förr inte varit möjliga. Fjädertekniken har också spridits genom ffa våra fellows och används nu i allt högre utsträckning i andra länder.

Operationsmetoderna vid kraniosynostos är vetenskapligt väl dokumenterade (ref 1-14) i arbeten från Göteborgskliniken. Detta medför att operationsmetoderna vid kraniosynostos är standardiserade, vilket har medfört att operationstiderna har kunnat förkortas avsevärt. Dessutom har komplikationsfrekvensen och reoperationsfrekvensen reducerats påtagligt. Alla patienter följs upp med 3D-CT vid 3 års ålder och kontrolleras också vid 5 års ålder. På detta sätt har vi haft möjlighet att följa upp alla patienter och dokumenterar iakttagelserna i klinikkens kraniofaciala register.

5c.

Q75.0 - 344 operationer varav 186 kranioplastik

Q67.3 - 5 operationer

(N.B. vi använder huvudsakligen Q75.0 även för plagiocephali)

1: Maltese G, Tarnow P, Lauritzen CG. Spring-assisted correction of hypotelorism in metopic synostosis. *Plast Reconstr Surg.* 2007 Mar;119(3):977-84.

2: Lauritzen CG, Davis C, Ivarsson A, Sanger C, Hewitt TD. The evolving role of springs in craniofacial surgery: the first 100 clinical cases. *Plast Reconstr Surg.* 2008 Feb;121(2):545-54.

3: Windh P, Davis C, Sanger C, Sahlin P, Lauritzen C. Spring-assisted cranioplasty vs pi-plasty for sagittal synostosis--a long term follow-up study. *J*

Craniofac Surg. 2008 Jan;19(1):59-64.

4: Lauritzen C, Tarnow P. Craniofacial surgery over 30 years in Göteborg. Scand J Surg. 2003;92(4):274-80.

5: Gewalli F, da Silva Guimarães-Ferreira JP, Sahlin P, Friede H, Owman-Moll P, Olsson R, David L, Lauritzen C. Long-term follow-up of dynamic cranioplasty for brachycephaly--non-syndromal bicoronal synostosis. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2001 Jun;35(2):157-64.

6: Guimarães-Ferreira J, Gewalli F, David L, Olsson R, Friede H, Lauritzen CG. Clinical outcome of the modified pi-plasty procedure for sagittal synostosis. J Craniofac Surg. 2001 May;12(3):218-24; discussion 225-6.

7: Gewalli F, Guimarães-Ferreira JP, Sahlin P, Emanuelsson I, Horneman G, Stephensen H, Lauritzen CG. Mental development after modified pi procedure: dynamic cranioplasty for sagittal synostosis. Ann Plast Surg. 2001 Apr;46(4):415-20.

8: Lauritzen C. [Craniofacial surgery in Sweden in 2000]. Lakartidningen. 2001 Jan 31;98(5):424-9. Swedish.

9: Kocabalkan O, Owman-Moll P, Sugawara Y, Friede H, Lauritzen C. Evaluation of a surgical technique for trigonocephaly. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2000 Mar;34(1):33-42.

10: Lauritzen C, Sugawara Y, Kocabalkan O, Olsson R. Spring mediated dynamic craniofacial reshaping. Case report. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 1998 Sep;32(3):331-8.

11: Lauritzen C, Friede H, Elander A, Olsson R, Jensen P. Dynamic cranioplasty for brachycephaly. Plast Reconstr Surg. 1996 Jul;98(1):7-14; discussion 15-6.

12: Lauritzen C. The Göteborg protocol for treatment of craniosynostosis. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg Suppl. 1995;27:11-7.

13: Friede H, Alberius P, Lilja J, Lauritzen C. Trigonocephaly: clinical and cephalometric assessment of craniofacial morphology in operated and nontreated patients. Cleft Palate J. 1990 Oct;27(4):362-7; discussion 368.

14: Johanson B, Lilja J, Lauritzen C, Andersson H, Friede H, Svendsen P. [Craniofacial surgery in Gothenburg. Premature synostoses--new methods in early treatment]. Lakartidningen. 1985 Apr 17;82(16):1481-6. Swedish.

6. Kompetens och erfarenhet av att behandla syndromal kraniosynostos

- a) Beskriv i svarsfältet nedan processen som leder fram till operation av patient med *Kraniofacial dysostosis (Q75.1)* och *Medfödda missbildningssyndrom som främst påverkar ansiktets utseende (Q87.0)*.
- b) Beskriv övergripande i svarsfältet nedan de strategiska överväganden och alternativa angreppssätt som tillämpas inför och vid genomförandet av operation på patient med *Kraniofacial dysostosis (Q75.1)* och *Medfödda missbildningssyndrom som främst påverkar ansiktets utseende (Q87.0)*.
- c) Ange för var och en av diagnoserna Q75.1 och Q87.0 antal ingrepp utförda av vid ert sjukhus tjänstgörande och idag verksam personal under perioden 2006 – 2010.
OBS! För Q87.0 avses och beaktas endast ingrepp rörande Akrocefalosyndaktyli (Apert), Akrocefalopolysyndaktyli (Carpenter) och Cyklopi varför dessa särskilt ska framgå av redogörelsen.

Anvisning: Utrymmet för svar på frågorna 6a, 6b och 6c är maximalt 5 sidor.

Svar: Syndromal kraniosynostos

Barnen ses tidigt, ibland redan på förlossningsklinik eller neonatalavdelning, vanligen inom den första 3-månadersperioden för informationssamtal och klinisk bedömning. Remisser skrivs till relevanta specialiteter som ögon, öron, cardiologi, barnortopedi, handkirurgi etc. Barnen följer samma utrednings- och behandlingsschema som för kraniosynostos med de tillägg som behövs för de specifika symptom respektive barn har. Syndromala barn kontrolleras i regel årligen till vuxen ålder.

Behandling under spädbarnsåret

Ett barn med kraniofacialt syndrom diagnostiseras vid födelsen eller strax efter på grund av de kliniska manifestationer som är uppenbara. Många kraniofaciala syndrom ger en bristande tillväxt av mellanansiktets strukturer, och barnets luftvägar kan ha olika typer av förträngningar. Spädbarn andas genom näsan vilket leder till uppenbara svårigheter att andas hos dessa barn, med nattliga apneer och snarkning, och om den är allvarlig, hypoxi. Svårt drabbade individer kan behöva en säkrad luftväg genom en nasopharyngeal tub eller en trakeostomi.

En trång luftväg kommer också att påverka amningen. Eftersom barnet inte kan andas normalt genom näsan, kan amning vara en omöjlig eller svår uppgift för barnet, vilket resulterar i matningsproblem och tillväxstörning. En ventrikelsond eller en gastrostomi kan lösa dessa problem under en period, som kan vara upp till flera år.

När de kraniala suturerna inte fungerar, finner hjärnan i ett antal fall inte tillräckligt med utrymme för sin snabba tillväxt under det första levnadsåret. Detta kommer att leda till ett förhöjt intrakraniellt tryck. Om den inte behandlas kan detta förhöjt tryck orsaka beteendestörningar och kognitiva störningar, dövhet, blindhet, eller tom död. Intrakraniell hypertension är en svår diagnos att göra i denna patientgrupp. Invasiva tryck (ICP) mätningar kan göras, men det finns inga definierade gränser av ett skadligt tryck i dessa barn. En röntgen visar digitata impressioner. En CT kan visa samma impressioner, bedefekter och små eller frånvarande liquorrum. Oftalmologisk undersökning avslöjar ett papillödem i nervus opticus (2).

Ansamling av cerebrospinalvätska (CSF) i skallen, hydrocefalus, är nära förknippad med kraniofaciala syndrom. Detta står i kontrast till icke syndromal kraniosynostos där det sällan ses. Diagnosen av hydrocefalus är svår, eftersom ett stort antal av patienter med kraniofaciala syndrom uppvisar ventrikulomegali som inte är progressiv och inte shuntberoende. Dessutom kan hydrocefalus maskeras av en samtidig kraniostenos, vilken ger ett

högt intrakraniellt tryck trots små ventriklar. Den intrakraniella volymen kommer att reduceras vid kraniostenos, samtidigt som hydrocefalus kommer att försöka öka den intrakraniella volymen. Följaktligen bör upprepade kliniska uppföljningar med MRT eller CT och ögonbottenundersökning både före och efter kraniosynostosoperation att bli nödvändiga för en korrekt diagnos av shunt-beroende hydrocefalus.

Orsaken till progressiv hydrocefalus förblir kontroversiell. Det kan vara resultatet av en trängsel i bakre skallgropen med en åtföljande ökning i CSF:s avflödesmotstånd. En annan teori är att det venösa utflödet från kraniet är reducerat och leder till en försämrad CSF absorption.

En ventriculoperitoneal shunt blir alltså ibland aktuellt. Det är en kirurgisk behandling med en icke obetydlig sjuklighet och bör reserveras för de patienter som har en verkligt progressiv hydrocefalus. Dessa patienter måste övervakas för över-eller undershunting. Det finns flera typer av synnedsättning som påverkar kraniofaciala syndrom. Optikusatrofi, amblyopi, korneala ärr, skelning och brytningsfel är vanliga fynd.

Dessutom förekommer missbildningar av hjärnvävnad, ögon, ögonmuskler och synbanor i ett brett spektrum. Optikusatrofi med försämrats syn eller blindhet kan finnas redan vid födseln eller kommer att utvecklas som en följd av ökat intrakraniellt tryck. Lyckligtvis kan kirurgi reversera detta. Minskar trycket på synnerven, kan man förhindra utvecklingen av optikusatrofi. Hos patienter med risk för förhöjt intrakraniellt tryck, finns det ett behov av upprepade, noggranna neuroophthalmologiska bedömningar med ögonbottenundersökning för att upptäcka ett högt intrakraniellt tryck och förhindra oåterkalleliga problem med synen.

Amblyopi är en permanent förlust av syn på grund av ett undertryckt öga som inte har stimulerats på grund av skelning. Skelning är vanligt bland dessa patienter, och tidig behandling kan återställa det binokulära seendet. Brytningsfel är mycket vanliga och behöver uppmärksamhet och korrigerande med rätt glasögon.

När exorbitism finns hos barn med grunda orbitae, kan ögonlocken ibland inte stängas ordentligt, vilket kan leda till att hornhinnan torkar, med sår och ärrbildning som följd. De oskyddade ögonen kan också skadas av trauma. I svåra fall ögat kan luxera och kräver akut reposition och tarsorafi.

Crouzons syndrom

Kraniofaciala symptom på Crouzon syndrom är kraniosynostos, exorbitism och ett hypoplastiskt mellanansikte. Kraniosynostosen är oftast bicoronal, men kan påverka andra suturer ensamma eller i kombination. Intrakraniell volym kan hotas av att kraniosynostosen inte medger tillräckligt med utrymme för den växande hjärnan. De utsatta ögonen kommer att löpa en större risk att bli traumatiserade och torka ut, och den åtföljande keratit som kan uppstå kan orsaka ärrbildning på hornhinnan och försämrad syn. Dessutom finns det ofta en komplext divergerande strabism. Förhöjt intrakraniellt tryck och utsatta ögon kräver tidiga insatser för återställa intrakraniell volym, omforma skallen och skydda ögonen.

Pfeiffers syndrom

Vid Pfeiffers syndrom ses kraniosynostos, mellanansiktshypoplasi breda, devierade tummar och stortår. Ofullständig syndaktyli kan förekomma. Tre typer av Pfeiffers syndrom har beskrivits. Typ I, med brachycephali, litet mellanansikte samt finger- och tåabnormiteter, förknippas med god prognos och normal intelligens. Typ II uppvisar pansynostos av skallen (klöverbladsskalle), svår exorbitism, hydrocefalus och cerebral dysfunktion. En hög incidens av tidig död finns. Vid typ III ses en kombination av kraniosynostos, exorbitism, ofta hydrocefalus och hjärndysfunktion, med en dålig prognos i många fall. Orsaken är mutationer i FGFR 1 och 2 gener. Pfeiffer har autosomt dominant nedärvning, och drabbar 1 av ca 100,000 födselar.

Aperts syndrom

Aperts syndrom eller akrocefalosyndactyli typ I är en sällsynt syndrom som kännetecknas av brachycephali, hypertelorism, sluttande ögonspringor, skelning, mellanansiktshypoplasi och komplexa syndaktylier i händer och fötter. Det finns två huvudsakliga mutationer i fibroblast growth factor receptor 2 med skillnader i fenotyper. Båda är autosomt dominant överförda. Syndaktyli finns i fingrar och tår, 2-4 eller alla fingrar och tår, tillsammans med begränsade rörelser i större leder som armbågar och axlar. Gomspalt ses hos mindre än hälften av patienterna. Psykisk utvecklingsstörning av varierande grad är förknippad med detta syndrom. I tonåren, det Aperts patienten lider ofta svår akne och hyperhidros. Den brachycephali som finns har setts som ett resultat av en bicoronal synostosis. Studier har dock visat en mycket mer komplex dysmorfologi med en komplex dysplasi i skallbasen och skalltaket.

Saethre-Chatzen syndrom

Saethre-Chatzen syndrom är ett autosomt dominant syndrom associerat med TWIST-genmutation och kännetecknas av brachycephali med uni-eller bicoronal synostosis, intryckt näsrygg, lågt hårfäste, lågt sittande öron, och s-formad övre ögonlocksptos. Utvecklingsstörning kan förekomma. Patienterna har en partiell syndaktyli mellan andra och tredje fingret och tån. Skelettmissbildningar är vanliga. Frekvensen är omkring 1 på 25.000 till 50000, men en varierande fenotyp.

Carpenters syndrom

Carpenter beskrev 1901 akrocefalopolysyndactyli typ II, en sällsynt autosomt recessiv genetisk sjukdom, som kännetecknas av kraniosynostosis. Drabbade individer har ett spetsigt huvud (akrocefali) eller brachycephali. Kraniosynostosis kan påverka sagittala, koronala och lambdoidea suturerna och är ofta asymmetrisk. Cerebral missbildning kan förekomma och en hög risk utvecklingsstörning finns. Ansiktsmissbildningar kan omfatta mellanansiktshypoplasi, bettavvikelse, sneda ögonspringor, en platt näsa och dysplastiska lågt belägna öron. Fingrar och tår är korta, med syndaktyli, och fingrarna kan vara övertaliga (polydactyli). Andra fysiska avvikelser kan förekomma, som medfödda hjärtfel, navelbräck, kryptorkism eller kortväxthet.

Muenkes syndrom

Muenke beskriver individer som drabbats av koronal kraniosynostosis med samtidig Pro250Arg mutation i FGFR3 genen. Fenotypen visar en stor variation i denna population. Både uni-och bicoronal synostosis är vanlig. Olika skelettmissbildningar i händer och fötter har rapporterats dock med ringa funktionell betydelse. En partiell sensorineural hörselnedsättning är vanligt. Utvecklingsstörning kan förekomma i vissa fall.

6 b.

Crouzons syndrom

Skallkirurgi utförs under patientens första levnadsår. I Göteborg föredrar vi en tidig intervention när barnet är omkring 4-6 månader. Skälen till tidig kirurgi är att benet är mer följsamt, sekundära missbildningar får kortare tid att utvecklas på, och användning av fjädrar för att förbättra resultaten är möjligt (1). Andra författare föredrar att vänta till 9-10 månaders ålder för att eventuellt minska behovet av upprepad tidig skallkirurgi. Operationen utförs via en bicoronal sick-sackincision. Frontoorbitalt avancemang och omformning av pannan görs med försnävning av den breda skallformen. Särskild uppmärksamhet ägnas supraorbital komplexen, som vanligtvis har en konkav missbildning. Denna operation kommer också att tillföra ett övre benskylld skydd för ögonen. Nackpartiet kan samtidigt avanceras bakåt antingen statistiskt eller med hjälp av fjädrar.

Hos vissa patienter görs ytterligare kirurgi såsom ventrikuloperitoneal shunt för hydrocefalus, lateral tarsorraphi eller upprepade kraniala expansioner om nödvändigt.

Under barndomen kan crouzonpatienten lida av effekterna av mellanansiktshypoplasin, inklusive en komprometterad luftväg (sömnapné), exponerade ögon, talsvårigheter eller psykosociala problem med sitt särpräglade utseende. En korrigerande operation för detta i barndomen är kontroversiell och många författare försöker fördröja den kirurgiska interventionen så länge som barnet och föräldrarna tillåter.

Ansiktstillväxt kommer oundvikligen att försämrats av kirurgi, och medan kortvariga fantastiska resultat kan uppnås tenderar de att helt försvinna när barnet kommer upp i tonåren. Detta är något att vara medveten om när man utför omfattande operationer under uppväxten vid Crouzon och andra kraniofaciala syndrom. Kirurgens behandlingsplan måste inbegripa barnet och familjen som helhet och sträcka sig 20 år in i framtiden, där varje intervention bygger på den föregående. Det finns ingen plan som kan gälla på alla patienter, och en kraniofacial kirurg bör alltid begrunda den enskilde och dennes familj, med hans eller hennes unika dysmorfologi och göra en behandlingsplan som bäst passar dennes behov.

Kirurgisk behandling av mellanansiktshypoplasin kan utföras som en Le Fort III osteotomi, en monobloc osteotomi, en ansiktssklyvning eller andra kombinationer av osteotomier.

Distraktionsbehandling används för att flytta bensegment längre än vid användning av traditionella statiska tekniker (2). Långsiktiga resultat har visat att trots operation, kan återfall i tonåren kräva ytterligare eller upprepade förfaranden för att uppnå ett tillfredsställande resultat. Ansiktstillväxten verkar vara hämmad på grund av det underliggande syndromet och kirurgi under barndomen kan ha negativa effekter på den återstående tillväxtpotential som finns, resulterande i en benägenhet för recidiv. Med hjälp av långvariga interna fjädrar har vi försökt att förhindra recidiv efter Le Fort III osteotomi (3).

Den slutliga rekonstruktionen av crouzonpatienten måste göras efter uppnådd skelettmognad. Patienten har som regel grunda orbitae, mellanansiktshypoplasin och en klass III malokklusion. Det är inte tillrådligt att försöka rätta till alla missbildningar på en gång. Orbital kirurgi eller Le Fort III kirurgi utförs som ett första steg, och när effekten av det ingreppet är stabil görs en slutlig käkkirurgisk operation. Vid Sahlgrenska använder vi en s.k. glasögonplastik med osteotomi av främre delar av ögonhålorna, med de nedre delarna mer framflyttade än de supraorbitala. Denna glasögonplastik är ett alternativ till en Le Fort III eller monobloc osteotomi (4). När stabila resultat uppnås och tandreglering är färdig görs en käkkirurgisk korrektion.

Förutom mer omfattande kirurgi som beskrivs, kan flera mindre kirurgiska korrigeringar vara användbart för ett estetiskt tilltalande resultat. Lateral canthopexier, näsplastik, hakplastik, konturering av benoregelbundenheter och fetttransplantation är några exempel på operationer som kan förbättra det slutliga resultatet.

Pfeiffers syndrom

Kraniosynostosproblematiken åtgärdas kirurgiskt vid 4 - 5 månaders ålder. Om hydrocephalus uppstår, läggs en ventrikuloperitoneal shunt och en bakre skallgropsdekompensation kan vara indicerad i utvalda fall. Mellanansiktsframflyttningen görs när indikation föreligger för att åtgärda andning, nutrition, oskyddade ögon eller av psykosociala skäl. Ortognat kirurgi och slutlig utseendekirurgi skjuts upp till slutet av tonåren. Eftersom fenotypen för varje patient är olika, är en individuell behandlingsplan alltid indicerad.

Aperts syndrom

Behandlingen inleds under patienternas första år (5). Den brachycephala huvudform kan

förbättras genom en kranioplastik. Detta görs med hjälp frontoorbital framflyttning och en bakåtflyttning av nackpartiet (6). Skallens tillväxt uppåt kan kirurgiskt begränsas. Sahlgrenskas metod innebär frontoorbital framflyttning och omformning, parasagittala kraniektomier med tillväxtbegränsande sutur och slutligen ett bakre avancemang av nackpartiet med hjälp av fjädrar. Gomspalt opereras vid ca 6 månader, men kan skjutas upp om andningssvårigheter finns. Handkirurgin påbörjas före utgången av det första året, och syftar till en början att uppnå opposition av tumme och ett effektivt grepp vid den tid barnet börjar utforska sin omgivning med sina händer. Fotproblem kan ofta kräva kirurgiska ingrepp, och påbörjas vid behov innan barnet börjar gå

Under barndomen, som vid Crouzons syndrom, kan andningssvårigheter, nutritionsbesvär, exorbitism eller stora psykosociala problem finnas och leda till kirurgiska ingrepp såsom bakre skallgropsdekompression, mellanansiktsframflyttning eller ansiktslkyvning. Återigen, resultatet av operationer under denna tid följs inte sällan av recidiv och måste upprepas senare. Syn- och hörselnedsättning förekommer ofta och behöver sina specifika åtgärder. I tonåren sker tandreglering före ortognat kirurgi. En kirurgisk konturförbättring är inte ovanligt hos Apertpatienten efter puberteten. Orbital kirurgi för exorbitism eller hypertelorism utförs i utvalda fall. Kindaugmentation, näsplastik, ögonlocksplastik är adjuvanta förfaranden för ett bättre slutresultat. Medicinsk behandling för svår acne hos dessa patienter för att undvika ärrbildning är också viktigt.

Saethre Chotzens syndrom

Kirurgisk behandling av Saethre-Chotzens syndrom kräver ofta en kranioplastik enligt den individuella deformitet, som beskrivs för andra kraniosynostoser, vanligen en bicoronal eller unicoronal sådan. Ögonlocksptos korrigeras när så bedöms fördelaktigt. Ibland kan en näsplastik, lateral kanthopexi eller delning av syndaktyli bidra till att normalisera utseendet av detta syndrom. Hörselnedsättning, synnedsättning, kramper kommer också att behöva uppmärksamhet i vissa fall (7).

Carpeneters syndrom

Kraniofacialkirurgisk behandling syftar till att korrigera akrocefali tidigt (8), mellanansiktshypoplasi och malokklusion efter puberteten. Ögonlock och näsa opereras vid behov vid för patienten lämplig tidpunkt .

Muenkes syndrom

Vi opererar här den uni-eller bicoronala synostoden enligt metoder för icke-syndromal kraniosynostos. Enskilda individer kan bli föremål för ortognat kirurgi efter skelttmognad. De kirurgiska resultaten kan vara mindre givande i denna population jämfört med icke-syndromal uni-eller bicoronal kraniosynostos, och upprepad kirurgi är vanligare (9).

1.Lauritzen CG, Davis C, Ivarsson A, Sanger C, Hewitt TD. The evolving role of springs in craniofacial surgery: the first 100 clinical cases. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121: 545-54.

2.Shetye PR, Boutros S, Grayson BH, McCarthy JG. Midterm follow-up of midface distraction for syndromic craniosynostosis: a clinical and cephalometric study. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120: 1621-32.

3. Lauritzen CG, Davis C, Ivarsson A, Sanger C, Hewitt TD. The evolving role of springs in craniofacial surgery: the first 100 clinical cases. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121: 545-54.

4. Davis C, Lauritzen C. "Spectaclesplasty" periorbital rotation advancement in Crouzon syndrome. *J Craniofac Surg*. 2008 May;19(3):652-8.

5. Mulliken JB, Bruneteau RJ. Surgical correction of the craniofacial anomalies in Apert syndrome. *Clin Plast Surg* 1991; 18: 277-89.

6. Fearon JA. Beyond the bandeau: 4 variations on fronto-orbital advancements. J Craniofac Surg 2008; 19: 1180-2.
7. Elia M, Musumeci SA, Ferri R, et al. Saethre-Chotzen syndrome: a clinical, EEG and neuroradiological study. Childs Nerv Syst 1996; 12: 699-704.
8. Perlyn CA, Marsh JL. Craniofacial dysmorphology of Carpenter syndrome: lessons from three affected siblings. Plast Reconstr Surg 2008; 121: 971-81.
9. Honnebier MB, Cabiling DS, Hetlinger M, et al. The natural history of patients treated for FGFR3-associated (Muenke-type) craniosynostosis. Plast Reconstr Surg 2008; 121: 919-31.

6c. Q75.1 - 34 ingrepp, Q87.0 Apert - 23 ingrepp, Carpenter 0 ingrepp (op 1 pat i mars 2011), Cyklopi 0 ingrepp

7. Kompetens och erfarenhet av att behandla övriga kraniofaciala missbildningar

- a) Beskriv i svarsfältet nedan processen som leder fram till operation av patient med *Hypertelorism (Q75.2)*.
- b) Beskriv övergripande i svarsfältet nedan de strategiska överväganden och alternativa angreppssätt som tillämpas inför och vid genomförandet av operation på patient med *Hypertelorism (Q75.2)*.
- c) Ange för diagnosen Q75.2 antal ingrepp utförda av vid ert sjukhus tjänstgörande och idag verksam personal under perioden 2006 – 2010.

Anvisning: Utrymmet för svar på frågorna 7a, 7b och 7c är maximalt 5 sidor.

Svar:
Hypertelorism

7a. Processen som leder fram till operation av patient med hypertelorism (Q75.2).
Introduktion. Orbital hypertelorism anger ett ökat avstånd mellan ögonen/ögonhålorna. Tillståndet skiljs från pseudohypertelorism, där t.ex. en divergent strabism (exotropi) eller ett isolerat ökat avstånd mellan mediala canthalligamenten (telecanthus) utan hypertelorism, ger ett för betraktaren liknande intryck (1). Telecanthus förekommer ju däremot förstås hos patienter med äkta hypertelorism. Orbital hypertelorism ses vid ett stort antal kraniofaciala missbildningstillstånd såsom kraniosynostos, kraniofaciala syndrom, ansiktsspalter, encephalocoele, dermoidcystor osv. Frontonasal dysplasi och craniofrontonasal dysplasi har rapporterats vara de vanligaste orsakerna till orbital hypertelorism (2, 3). Bland syndromen är Aperts syndrom det vanligaste hypertelorismtillståndet (4).

Orbital hypertelorism kan mätas främst som ett ökat avstånd mellan mediala orbitaväggarna, men även som ett ökat avstånd mellan laterala orbitaväggarna. Det interorbitala avståndet i skelettet (IOD, interorbital distance) är ca 5 mm kortare än intercanthalavståndet. Normalt är detta ca 25 mm hos en vuxen. Graden av hypertelorism har klassificerats som mild vid ett avstånd av 30-34 mm, moderat vid ett avstånd mellan 34-40 mm och grav vid ett avstånd större än 40 mm (2).

Symptom. Symptomen kan vara relaterade till samtidiga missbildningar av hjärna, ögon, näsa, tårvägar och hårlinje. Hypertelorismen i sig kan ge psykosociala besvär, påverkan av det binokulära seendet och utseendebesvär.

Diagnostik. Diagnostiken grundas på en noggrann anamnes och en klinisk undersökning. Fotografisk registrering sker rutinmässigt. Vi använder rutinmässigt 3D-CT för att studera skall- och ansiktsskelett. En magnetröntgenundersökning är av värde för att klarlägga underliggande mjukdelspatologi såsom encephalocoele, dermoidcysta etc.

En rad olika konsultter kan vara indicerade. Neurokirurg konsulteras för att klarlägga intrakraniell patologi och kirurgisk strategi vid t.ex. encephalocoele. Käkkirurg och ortodontist konsulteras vid samtidig bettfelställning, och är delaktiga i val av kirurgisk strategi om en ansiktssklyvning planeras. Ögonläkare konsulteras alltid för att diagnostisera samtidiga missbildningar, strabism och syn. ÖNH-specialist konsulteras för att utröna intranasala förhållanden, luktförmåga och associerade missbildningar inom området. Anestesiolog får förutse eventuella svårigheter i det per- och postoperativa förloppet. Slutligen bedöms patienten/patientens familj av vår psykolog. Ett besök på vårdavdelningen sker för information och för att familjen skall kunna bekanta sig med miljön.

7b. Strategiska överväganden och alternativa angreppssätt som tillämpas inför och vid genomförandet av operation på patient med hypertelorism.

Den kirurgiska behandlingen av hypertelorism är krävande och långtidsresultaten inte ofta i paritet med vad som åstadkommits på operationsbordet. Tidpunkten för intervention måste noggrant beaktas, då kirurgen riskerar att störa tillväxten i ansiktet (5 - 7). Data talar dock för att en tidig intervention före skolstart inte har uppenbara negativa konsekvenser för tillväxten. Dessutom nås psykosociala fördelar vid operation före skolstart och möjligen också fördelar vad beträffar det binokulära seendet. Dessa överväganden har gjort att vi i huvudsak opererar vid 5 - 6 års ålder eller efter avslutad pubertet. Finns en underliggande orsak som encephalocoele sker operationen tidigt. Det är också av vikt att inse när man inte bör operera, dvs när korrektion kommer att ske pga t.ex. kraniosynostosoperation. Varje pat bör utvärderas individuellt för att försöka utröna den enskildes förutsättningar, vinster av operation och komplikationsrisker. Mildare former av hypertelorism utgör sällan en operationsindikation.

Kirurgen innebär alltid en förflyttning av mediala orbitaväggen. Detta kan ske i form av ansiktssklyvning, förflyttning av hela ögonhålets främre delar (box osteotomi), U-formad (eller omvänt u-formad) osteotomi av tre av orbitans väggar, förflyttning av mediala och laterala orbitaväggarna eller en isolerad förflyttning av mediala orbitaväggen. I samtliga fall skall adekvat del av orbita medtagas i anteroposterior för att få en funktionell förflyttning av orbitainnehållet (8,9) Vi har också använt fjäderteknik i ett fall med viss framgång.

Access till skelettet fås via bicoronal incision, subciliär eller transconjunctival incision, vestibulär incision (vid ansiktssklyvning), incision över mediala canthalligamenten, näsplastikincision och ev medellinjesincision (vid grava hudöverskott).

Resultaten har i olika studier varit alltifrån mkt goda till att visa en stor recidivbenägenhet (10,11,12). Komplikationer i form av skador på infraorbitalnerv, tårvägar och tandanlag måste beaktas (3)

När skelettkirurgen har gjorts återstår ofta korrektioner av mjukdelar som näsplastik, kompletterande canthopexier, hudöverskott i medellinjen och strabismkirurgi. Det är därför av vikt att dessa patienter följs till vuxen ålder.

7c. Antal utförda ingrepp vid pl kir klin SU/Sahlgrenska 2006-2010 för diagnosen hypertelorism Q75.2 av idag verksam personal.

Det har utförts 5 orbitala ingrepp varav 1 ansiktssklyvning, 3 mediala orbitaväggar, 1

fjäderop. Dessutom har utförts 14 sekundära ingrepp innefattande näsplastiker, canthopexier, akrylatplastik, fettransplantation.

Referenser

1. Fearon JA. Hypertelorism. In: Bentz ML, Bauer BS, Zuker RM, eds. Principles and Practice of Pediatric Plastic Surgery. St. Louis, Mo: Quality Medical Publishing; 2007:571-580.
2. Tan ST, Mulliken JB. Hypertelorism: Nosologic analysis of 90 patients. *Plast Reconstr Surg.* 1997; 99:317-327.
3. Tessier P, Guiot G, Rougerie J, et al. [Cranio-naso-orbito-facial osteotomies. Hypertelorism]. *Ann Chir Plast.* 1967; 12:103-118.
4. Moreira Gonzalez A, Elahi M, Barakat K, et al. Hypertelorism: The importance of three-dimensional imaging and trends in the surgical correction by facial bipartition. *Plast Reconstr Surg.* 2005; 115:1537-1546.
5. McCarthy JG, La Trenta GS, Breitbart AS, et al. Hypertelorism correction in the young child. *Plast Reconstr Surg.* 1990; 86:214-225; discussion 226-218.
6. Ortiz Monasterio F, Molina F, Sigler A, et al. Maxillary growth in children after early facial bipartition. *J Craniofac Surg.* 1996; 7:440-448.
7. Mulliken JB, Kaban LB, Evans CA, et al. Facial skeletal changes following hypertelorbitism correction. *Plast Reconstr Surg.* 1986; 77:7-16.
8. Ortiz-Monasterio F, Molina F. Orbital hypertelorism. *Clin Plast Surg.* 1994; 21:599-612.
9. Shewmake KB, Boop RF. Hypertelorbitism. In: Lin KY, Ogle RC, Jane JA, eds. *Craniofacial Surgery: Science and Surgical Technique.* St. Louis, Mo: Saunders; 2001.
10. Panchal J, Kim YO, Stelnicki E, et al. Quantitative assessment of osseous, ocular, and periocular changes after hypertelorism surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1999; 104:16-28.
11. Songur E, Mutluer S, Kececi Y, et al. Late results of hypertelorism correction. *J Craniofac Surg.* 1997; 8:29-31.
12. Kawamoto HK, Heller JB, Heller MM, et al. Craniofrontonasal dysplasia: A surgical treatment algorithm. *Plast Reconstr Surg.* 2007; 120:1943-1956.

8. Tillgång till kritisk kompetens hos ej opererande vårdpersonal

- Redogör i svarsfältet nedan för kritisk kompetens hos ej opererande vårdpersonal och hur den bidrar till att aktuell vård bedrivs på ett framgångsrikt sätt. Med ej opererande vårdpersonal avses här sjuksköterskor med specialinriktning.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 8 är maximalt 2 sidor.

Se även svar 2.4

Då vi vårdat denna patientgrupp under mycket lång tid och över generationer, har en väl inarbetad vårdstrategi utformats. Vården/omvårdnaden av kraniofaciala patienter är väl genomtänkt och långsiktigt planerad och utgår från ett helhetsperspektiv. Detta innebär att all vård/omvårdnad före, under och efter operation/behandling är kartlagd. Sjuksköterskan har det omvårdnadsföretagande ansvaret och ansvarar även för den medicinska omvårdnaden av kraniofaciala patienter. Ansvarsfördelningen inom teamen bygger i hög grad på god kännedom om de enskilda medlemmarnas specifika kompetens och yrkeserfarenhet. Detta gäller såväl allmän som specifik omvårdnad. Specialistutbildade sjuksköterskor finns på mottagningen (barn och ungdom spec.utb/operation), vårdavdelningen (barn och ungdom spec.utb , operationsenheten (spec.utb operation och anestesi och CIVA (intensivvårdsutb).

Tillgången till kritisk kompetens säkras genom olika utbildningsinsatser, vårdprogram, omvårdnadsprogram, PM, samverkan i multidisciplinärt team, kunskapsöverföring via mentorskap, checklistor, interna/externa utbildningar och utvecklingsarbeten. Samtliga sjuksköterskor i vårdkedjan har den kompetens som krävs för att vårda kraniofaciala patienter (mottagningen – vårdavdelningen – operation - CIVA). Alla operations- och anestesisköterskor på Plastikkirurgi har även kompetens för och vana vid neurokirurgiska ingrepp.

Ansvarig plastikkirurg för kraniofaciala teamet är ansvarig för kompetens- och kvalitetsutveckling hos teamets medlemmar (bil. 1.8.1) gällande kraniofacial kirurgi. För specialistutbildad sjuksköterska med specialuppdrag, medlem i kraniofaciala teamet, avser detta bl a forskning och insättning/utsättning av olika operationsmetoder.

Kontinuerlig kompetensutveckling sker för att höja evidensgraden, i form av specialuppdrag för sjuksköterska. Vid kliniken finns ett antal specialuppdrag, förutom kraniofacial kirurgi som kvalitet och patientsäkerhet, LKG, bröstkirurgi, mikrokirurgi m fl. För varje specifikt uppdrag finns en uppdragsbeskrivning. Nedan följer en beskrivning av de specialuppdrag som är en integrerad del i vårdkedjan för kraniofacial kirurgi.

SPECIALISTUTBILDAD SJUKSKÖTERSKA MED SPECIFIKT UPPDRAG

Specialistutbildad sjuksköterska med specifikt uppdrag (kraniosjuksköterska) ingår i det kraniofaciala teamet tillsammans med bl a plastikkirurg och psykolog (för övriga medlemmar, se svar 2.1). Sjuksköterskans kompetens - och ansvarsområde är väl definierat i teamet. Detta specialuppdrag har funnits på kliniken sedan 2002. Syftet är att ha det övergripande ansvaret för omvårdnaden, planeringen och säkerställande av omvårdnaden för kraniofaciala patienter. Uppdraget innebär också att vara ansvarig för inhämtning och spridning av kunskap till övrig vårdpersonal. Hålla sig à jour med aktuell forskning och utveckling samt vara kontaktperson för föräldrar/närstående.

I uppdraget ingår bl a att;

- Ha ett primärt ansvar för omvårdnaden av kraniofaciala patienter
- Ansvara för att omvårdnadsåtgärder planeras, genomförs och utvärderas i samverkan med andra personalgrupper och discipliner

- Utvärdera den kraniofaciala verksamheten samt följa utvecklingen och forskningen inom kraniofaciala verksamhetsområdet med avseende på omvårdnad
- Informera, utbilda och handleda omvårdnadspersonalen
- Utföra och delegera i omvårdnaden runt vårdtagaren där sjuksköterskans kompetens behövs och enl. Socialstyrelsens författning utifrån vårdtagarens bästa.
- Vara ett stöd för föräldrar/närstående före, under och efter vårdtiden
- Informera, handleda och utbilda föräldrar/närstående
- Aktivt medverka i den tvärprofessionella barngruppen på SU/S
- Kvalitetssäkra kraniofaciala omvårdnaden i samarbete med verksamhetsutvecklare (se nedan)
- Initiera och bedriva forskningsprojekt för omvårdnadspersonal samt inhämta data vid kliniska forskningsprojekt

VERKSAMHETSUTVECKLARE

Verksamheten har två sjuksköterskor (anställda sedan 1985 resp 1995) som arbetar på som verksamhetsutvecklare och är direkt underställda verksamhetschefen. I uppdraget ingår att följa sjukhusets riktlinjer för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet (bil 1.8.2). Verksamhetsutvecklarna ingår i områdets grupp för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet och arbetar utifrån områdets handlingsplan (1.8.3) som sedan ska anpassas i verksamheten. Den följer huvudsakligen Socialstyrelsens "God Vård". Områdets grupp arbetar på uppdrag av SU:s ledningsgrupp och leds av en kvalitetsdirektör. Arbetet syftar till att stödja sjukhusets uppdrag och mål och att säkerställa ett kompetent och kvalitetssäkrat stöd till cheferna.

Verksamheten arbetar, i överensstämmelse med SU i övrigt, efter den sk Fokus-modellen, som är en integrering av LEAN, 6-sigma och PDSA. Vid mer omfattande förbättringsbehov används metod beroende på problemets art. Exempel på detta är t ex Genombrottsmetoden. Verksamheten (inkl operationsenheten) deltog i SKL:s nationella satsning 2009, för att minska vårdrelaterade infektioner, vilket är viktigt för att säkerställa god och säker vård. Detta medför ett tydligt patient- och verksamhetsfokus där det strategiska - analytiska - undervisande - idéskapande sätts i centrum.

I uppdraget ingår att;

- följa sjukhusets riktlinjer för patientsäkerhet
- utarbeta handlingsplan för kvalitetsutveckling och patientsäkerhet för verksamheten
- utforma rutiner, specifika omvårdnadsprogram och patientinformation utifrån multidisciplinär samverkan
- utforma handlingsplaner för kvalitetsutveckling och kompetensutveckling hos sjuksköterskor
- vara delaktig i upprättandet av verksamhetens balanserade styrkort
- arbeta med verksamhetens processer i syfte att förbättra vårdflödet
- utvärdera patienttillfredsställelsen genom kvalitetsuppföljning såsom enkäter, intervjuer mm. och utforma handlingsplan för förbättringar/förändringar
- delta i nätverksgrupper och vid behov multidisciplinära team
- vara forum för lärande, erfarenhetsutbyte och information om viktiga förändringar inom kvalitet och patientsäkerhetsområdet.
- stödja verksamhetschefen och verksamhetsområdets arbete för att nå fastställda mål.
- utifrån fastställda mål initiera, driva, genomföra och samordna utveckling av verksamhetens arbete med kvalitetsutveckling och patientsäkerhet samt inom produktionsplanering och logistik.
- I samråd med verksamhetschef strukturera och stödja förbättringsarbeten inom verksamhetsområdet.
- delta i områdesövergripande nätverk tillsammans med övriga verksamhetsutvecklare avseende kvalitets och patientsäkerhetsutveckling.
- delta i i områdesövergripande förbättringsarbete.

- övervaka verksamhetens avvikelshantering, Medcontrol pro (statistik,utredning mm.)
- leda, stödja och delta i arbetet med risk och händelseanalyser.
- följa den nationella/internationella utvecklingen inom kvalitets och patientsäkerhetsområdet.
- vara ett stöd för verksamhetschefen i det vårdhygieniska kvalitetssäkringsarbetet, övervaka verksamhetens följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

9. Utbildning

- Bifoga dokument som styrker tjänstgörande personals deltagande i utbildning för att säkerställa kompetens att utföra ingrepp inom rikssjukvårdsdefinitionen.

10. Utbildning ej opererande vårdpersonal

- Beskriv i svarsfältet nedan vilka utbildningsinsatser som särskilt vidtagits för att säkerställa kompetensen hos ej opererande vårdpersonal att delta i vårdprocessen för viss kraniofacial kirurgi som rikssjukvård på ett framgångsrikt sätt. Med ej opererande vårdpersonal avses här sjuksköterskor med specialinriktning.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 10 är maximalt 2 sidor.

Verksamheten arbetar utifrån Västra Götalands och SU:s kompetensutvecklingspolicy, "Personalvision 2010".(bil. 1.10.1) Verksamheten analyserar regelbundet de kompetenser som behövs samt betydelsen av genomförd kompetensutveckling.

Verksamhetens sjuksköterskor (mottagning-vårdavdelning-operation-CIVA) liksom övrig vårdpersonal, har individuella kompetensplaner som upprättas och utvärderas i samband med det årliga medarbetarsamtalet. All nyanställd vårdpersonal har dessutom ett introduktionsprogram som genomförs tillsammans med handledare (bil.1.10.2)

Kompetensbegreppet innefattar både formell och reell kompetens. Då det inte finns någon formell utbildning för den kraniofaciala vårdprocessen, sker kunskapsöverföring och säkerställande av kritisk kompetens genom interna (kraniofacial kirurgi) och externa (allmän och specifik omvårdnad) utbildningsinsatser samt för vårdavdelningspersonal via kraniosjuksköterskan. De sjuksköterskor som deltar i processen kring kraniofacial kirurgi har dessutom ett nära samarbete med DSBUS.

De utbildningsinsatser som gjorts och görs kontinuerligt, syftar till att bibehålla och höja kunskapen och kompetensen hos all vårdpersonal som ingår i vårdkedjan kring kraniofaciala patienter (specifikt för sjuksköterskor med specialuppdrag, se svar fråga 1.8). All vårdpersonal arbetar efter kvalitetssäkrade PM; vårdprogram och rutinbeskrivningar. Kraniofacialt utbildningsmaterial i form av bl a inspelade operationer och föreläsningar.

Exempel på särskilda utbildningsinsatser för sjuksköterskor (mottagning-vårdavdelning-operation- CIVA) 2006-2010:

- Årlig gemensam utbildningsdag anordnad av verksamheten för plastikkirurgi (allmän och subspecialisering där kranio ingår, forskningsresultat, resultat av eller pågående utvecklingsarbeten mm)
- Smärtutbildning riktat mot barn
- Akutmedicin barn
- Akut traumasjukvård (ATSS, ATCN)
- Nordisk barnanestesikurs, Rikshospitalet Köpenhamn
- Barnanestesi med huvudämne svår luftväg (anordnat av DSBUS och Rikshospitalet i Köpenhamn), utbildning/konferens
- Utbildning barn som far illa
- Processinriktat ledarskap – universitetsutbildning verksamhetsutvecklare och sektionsledare för anestesisjuksköterskor på operation säkrade processen "patient från vårdavdelning till operation"
- A-HLR barn, 2 instruktörer (vårdavdelning-operation)
- Projekt "Barn An/Op/IVA (se 2.3)
- Utbildningsdag för alla nyanställda CIVA sjuksköterskor ang kraniofacial kirurgi (ansv Peter Tarnow) efter 6 mån anställning. Innan dess får de inte vårda kraniobarn.
- Luftvägsseminarium – heldag
- Deltagande i nationella och internationella kongresser/seminarium
- Hygienutbildning
- 1 sjuksköterska under specialistutbildning till barnsjuksköterska (klar juni 2011)

Del 2 – organisatorisk kompetens

Socialstyrelsen gör bedömningen att en viktig förutsättning för att framgångsrikt bedriva och utveckla högspecialiserad vård av rikskaraktär är att verksamheten har en långsiktigt hållbar vårdstrategi. En långsiktigt hållbar vårdstrategi är, i sin tur, grundförutsättningen för att en multidisciplinär miljö ska kunna växa fram. Inom en långsiktigt hållbar vårdstrategi ryms även strategier för kompetensförsörjning och kompetensöverföring som en självklar del, då dessa, över tid, bidrar till att verksamheten åtnjuter nödvändig stabilitet och kontinuitet för att utvecklas på bästa sätt. En långsiktigt hållbar vårdstrategi förutsätter sjukhusledningens aktiva deltagande i strategisk verksamhetsplanering och långsiktiga verksamhetsutveckling.

1. Multidisciplinär samverkan

Multidisciplinär samverkan förutsätter närvaron av en multidisciplinär miljö. I en verksamhet som präglas av en stark multidisciplinär miljö finns det hos vårdpersonalen en förståelse för de olika disciplinernas medicinska förutsättningar, begränsningar och behov i vårdprocessen. Denna förståelse bidrar till att vårdpersonalen, oavsett disciplin- eller yrkestillhörighet, kan relatera till vårdprocessen utifrån ett helhetsperspektiv och därmed öka kunskapen om hur denna ska bedrivas för att uppnå högsta möjliga vårdkvalitet.

- Beskriv i svarsfältet nedan de strategiska och strukturella överväganden och åtgärder som vidtagits i syfte att ge verksamheten organisatoriska förutsättningar att skapa en multidisciplinär miljö.
- Bifoga organisatoriskt schema där relevanta kompetensers organisatoriska placering tydligt framgår

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 1 är maximalt 4 sidor.

INLEDNING

En förutsättning för multidisciplinär samverkan är en offensiv kvalitets- och ledningsutveckling, vilket innebär att ständigt sträva mot förbättringar. Sjukhusets storlek och bredd ger de bästa förutsättningarna för att skapa multidisciplinära samarbeten med hög kvalitet inom varje delområde, så att bästa/rätt kompetens ansvarar för sitt specialområde.

Sjukhusets vision är att "Vården vid SU håller hög kvalitet och bedrivs på ett tryggt och säkert sätt". (bil. 2.1.1). Detta innebär att allt införande av nya och utmönstrande av mindre effektiva eller föråldrade metoder sker på ett ordnat och evidensbaserat sätt, vilket stöds av sjukhusets HTA-centrum, beläget på Sahlgrenska-tomten. Exempel på detta är införande av fjäderteknik i spädbarnsålder för att minska det kirurgiska traumat.

Sjukhusets ledning stöder sedan många år utvecklingen av multidisciplinär samverkan med patienten i centrum. Allt kvalitets- och utvecklingsarbetet utgår från att det ska vara värdeskapande för patienten.

ORGANISATORISK STRUKTUR

Sahlgrenska Universitetssjukhuset är uppdelat på huvudsakligen 3 tomter (Sahlgrenska sjukhuset, Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset där Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus (DSBUS) ligger) med representation av alla medicinska specialiteter. (bil.2.1.2).

Huvuddelen av det multidisciplinära teamet ligger på Sahlgrenska-tomten. I nära anslutning

dvs granne med Sahlgrenska ligger Odontologen, där käkkirurgi och ortodonti är placerade. Käkkirurgi och Odontologi tillhör Folk tandvården men ambitionen för Käkkirurgins framtida organisationstillhörighet är att den ska inordnas i sjukvården, eftersom större delen av verksamheten handlar om sjukhusbunden vård.

Plastikkirurgen har ansvaret för att driva kranioverksamheten, som är uppbyggd kring plastikkirurgin där teamchefen för kraniofacila kirurgi är samordnare av behandlingen. Alla remisser går till plastikkirurgen SU/S för registrering och bedömning, varefter patienterna kallas. Verksamheten har också en web-adress "skallform.se" där föräldrar och patienter själva ställa frågor samt bifoga foto, vilket återkopplas av någon av kranio-teamets plastikkirurger. Patienterna bedöms på Plastikkirurgens mottagning på Sahlgrenska-tomten av plastikkirurg ihop med neurokirurg och psykolog. Då operation är aktuell besöker familjen plastikkirurgiska verksamhetens avdelning för barn och ungdomar på Sahlgrenska-tomten för omvårdnadsinformation av specialistsjuksköterska. Denna vårdavdelning, som även vårdar unga vuxna, ligger i nära anslutning till plastikkirurgens operationsavdelning och CIVA/postop. I samma närhet ligger också neurokirurgens operationsavdelning och NIVA, som utgör resursenheter.

Operationerna sker i första hand på Plastikoperation och i andra hand på Neurooperation, på Sahlgrenska. Båda enheterna har mångårig kompetens att driva den kraniofacila operationsverksamheten map på anestesi- och operationskompetens (läkare och sjuksköterskor). I de fall då speciell anestesikompetens för multisjuka barn och BarnIVA-kompetens behövs, sker operationerna på DSBUS. Vid dessa tillfällen åker hela operationsteamet inkl en kompetent operationssköterska till DSBUS. Postoperativt vårdas alla kraniofacila patienter rutinmässigt minst ett dygn på CIVA-enheten för övervakning, där det finns mångårig erfarenhet och kompetens av denna vård.

BAKGRUND

Den kraniofacila verksamheten startade 1975 på SU av ett multidisciplinärt team bestående av plastikkirurg (Bengt Johansson, Claes Lauritzen, Jan Lilja), neurokirurg, käkkirurg, ortodontist, ögonläkare, anestesilog och radiolog samt fotograf.

Under de första 10 åren hade plastikkirurgerna även ansvar för LKG-kirurgin, men from 1986 delades ansvaren upp på 2 team - ett för kraniofacial kirurgi under ledning av Claes Lauritzen och ett för LKG under ledning av Jan Lilja. Skälet var att vardera diagnosgruppen behövde eget fokus för att driva utvecklingen av kirurgin, bygga upp kirurgisk kompetens och fokusera på kvalitetsuppföljning/forskningssammanställning av kirurgiska resultat. Till vardera teamet knöts 1987 en nyfärdig specialist (Pelle Sahlin och Anna Elander) för att säkra kompetensöverföring till nästa generation. Kranio-teamet och LKG-teamet har dock alltid haft ett samarbete och kompetensutbyte.

Sedan 1980-talet är en specifik neurokirurg integrerad i kranio-teamet (sedan 1990-talet Robert Olsson). Sedan dess har ytterligare ett par neurokirurger knutits till teamet. Vid alla kraniofacila operationer närvarar en neurokirurg som har i uppdrag att ansvara för den neurokirurgiska delen av ingreppen. För att tydliggöra vikten av uppdraget finansierades en tjänst på neurokirurgen från Plastikkirurgen. Denne neurokirurg har sin basplacering på Neurokirurgen och fördelar arbetet mellan kraniofacila verksamheten (60 %) och övrig neurokirurgiska verksamhet (40 %). Denna vårdstrategi lades i slutet av 80-talet av dåvarande klinikledning i samråd med dåvarande sjukhusledning och modellen har levt kvar fram tills dags datum. Som en strategisk satsning återrekryterades en yngre neurokirurg (Daniel Nilsson) med denna kompetens 2009 för att ingå i det kraniofacila teamet och säkra kompetensöverföring till nästa generation. Totalt finns nu 4 neurokirurger med kraniofacial kompetens.

Teamansvaret för kraniofacial kirurgi har i många år legat på Claes Lauritzen, som slutade operera i januari 2009 och gick i pension januari 2010. Ansvaret övergick då till Peter Tarnow som tf i januari 2009 och formellt ansvarig fr om juni 2009. Han har sedan dess drivit verksamheten självständigt. Peter Tarnow har varit knuten till kranioteamet sedan 1997 då han utbildades av Claes Lauritzen, men sedan 2000 arbetat parallellt med Claes Lauritzen. Till teamet knöts Giovanni Maltese 2007, som hade tjänstgjort som fellow i kranioteamet under en tvåårsperiod och är sedan 2 år självständig. Hösten 2008 anställdes ytterligare en kirurg som knöts till teamet och ytterligare en plastikkirurg anställdes 2010 (tidigare anställd på Plastikkirurgen 2000-2008).

SU och verksamheten har en långsiktig strategi avseende all kirurgisk kompetens (även annan än den kirurgiska), vilket innebär en gedigen bredd samtidigt som subspecialisering för mindre diagnosområden ligger på 3-4 individer för att möjliggöra utveckling av hög skicklighet samtidigt som sårbarheten måste beaktas. Detta för att skapa stabilitet och kontinuitet. Den kraniofaciala verksamheten har sedan 90-talets början varit och är fortfarande planerad efter en grundmatris med 2-3 ingrepp fasta veckodagar/ vecka för att möjliggöra en hög tillgänglighet. Detta kräver ett sammansvetsat team som kan täcka upp för varandra vid bl a ledigheter, samt kunna erbjuda dygnet runt service (exempelvis akutfall nattetid).

LEDARSKAP

En viktig förutsättning för en framgångsrik multidisciplinär samverkan är ett tydligt ledarskap med utrymme för reflektioner. Teamet utgår från Plastikkirurgen. Kranioteamet leds av en teamchef, underställd verksamhetschefen, med uppdrag att driva kranioverksamheten, utveckla densamma och samla in resp sprida kunskap. Exempel på detta är workshops, utländska fellows.

Verksamhetschefen ansvarar för den plastikkirurgiska delen av teamet avseende kompetensförsörjning, kompetensutveckling, rekrytering, budget, samt har det organisatoriska ansvaret. Verksamhetschefen ansvarar också för linjefrågor gällande teammedlemmar som ligger under andra verksamhetschefers ansvarsområden. Samarbetet mellan verksamhetschef och teamchef sker i öppen dialog vad gäller teamsamverkan, utbildningsinsatser, behov och resursfördelning, samt ansvar och befogenheter.

MULTIDISCIPLINÄRT TEAM

För de patienter med mer vanligt förekommande (exempelvis sagittal synostos) diagnoser planeras behandlingen utifrån fastlagda vårdprogram, vilket innebär att vårdkedjan följer upparbetade processer med etablerade frågeställning. (För detta, se vårdprogram i originalansökan.) Teamets medlemmar är införstådda i detta och var och en bidrar med sin kompetens.

För patienter med mer komplicerade missbildningssyndrom och med komplexa vårdbehov görs alltid en individuell vårdplanering. Detta görs regelbundet varje månad vid kraniokonferensen av plastikkirurg, käkkirurg, ortodontist, neurokirurg, psykolog, sjuksköterska och koordinator. Dessa patienter är vanligen föremål för många olika preoperativa utredningar vad gäller alla engagerade organ av respektive specialist i teamet. Vid dessa möten tas beslut i enskilda fall om vidare utredning (sömnapnéer, ögonundersökning, ev shuntproblem etc) och kommande behandling såsom tandregling, käkkirurgiska och plastikkirurgiska ingrepp. Det innebär att det multidisciplinära teamets sammansättning är dynamisk och anpassas efter patienten individuella behov.

Vid kraniokonferensen diskuterar teamet också postoperativa resultat och uppföljningar, samt behov och introduktion av nya behandlingsmetoder. Genom prospektiva konsekutiva uppföljningar följs patienterna med klinisk bedömning, foto, CT, mm. Dessa uppföljningsdata utgör bas för analys och utveckling av nya behandlingsformer. Utifrån dessa diskussioner och ställningstagande görs behovsanalyser av finansiella och personella resurser på kort och lång sikt.

TEAMETS SAMMANSÄTTNING

Kranioteamet består av:

- Plastikkirurg (SU/S)- Övergripande ansvar för vårdkedjan. LKG-kirurg kopplas in för gomspaltskirurgi vb.
- Neurokirurg (SU/S)- Ansvar för den intrakraniella patologin och neurokirurgiska strategin.
- Ortodontist (Odontologen)- Registrerar och följer upp ansiktets och skallens morfologi från nyföddhetsperiod till färdigväxt individ. Reglerar bettfelställningar.
- Käkkirurg (Odontologen)- Deltar i planeringen av kirurgi i mellanansiktet och opererar bettfelställningar .
- Anestesiolog (SU/S)- Ansvarar för anestesi och postoperativ övervakning.
- Radiologi (SU/S)- Diagnostiserar typ av missbildning skall- och ansiktsskelett, samt eventuella associerade missbildningar i centrala nervsystemet.
- Ögonläkare/neurooftamolog (SU/S)- Diagnostiserar samtidiga missbildningar, strabism och syn. Bedömer ögonbotten för att värdera graden av intrakraniellt tryck.
- Fotograf (SU/S)- Dokumenterar utseende före, under och efter operation sker rutinmässigt enligt standardiserad mall.
- Psykolog (SU/S)- Psykologisk utredning om lämplig tidpunkt för att genomföra operation. Kopplas in för stödåtgärder till barn och föräldrar både inom verksamheten och externt.
- Kranioosjuksköterska (SU/S)- Övergripande ansvar för den kraniofaciala omvårdnaden.
- Kraniokoordinator (SU/S)- Kontaktperson för verksamheten - remitterer/föräldrar
- Specialpedagog (lekterapi)- Deltar i förberedelser inför operation och under vårdtiden

Teammedlemmar vid behov:

- Lungmedicin barn (DSBUS)- Utreder andningsproblem. Sätter in CPAP-behandling vb.
- Arbetsterapi (hjälm) (SU/S)- Tillverkar hjälmar vid lägesbetingad skalldeformitet, samt som komplement till viss kraniokirurgi.
- ÖNH (SU/S)- Konsulteras för utredning av intranasal förhållanden, luktförmåga och associerade missbildningar inom området.

Övrigt;Samarbete med Mun-H center i Göteborg vad gäller rehabilitering av kranio -och funktionshindrade patienter från hela riket.

- Audiolog (SU/S)- Hörselutredning och behandling.
- Logoped (SU/S)- Diagnostik av och träningsinsatser vid talavvikelser.
- Klinisk genetik (SU/S)- Utredning av morfologi i kombination med genetisk undersökning. Ärftlighetsutredning.
- Handkirurg (SU/S) och ortoped(SU/M)- Konsulteras vid hand- resp fotmissbildningar.

(bil. 2.1.3)

2. Tillgång till ledningskompetens

Tillstånd att bedriva rikssjukvård innebär ett åtagande mot hela landets patienter och delas maximalt ut till två enheter. Det innebär att rikssjukvården alltid kommer att behöva hantera frågan om sårbarhet vilket gör långsiktig planering och kontinuitet till omistliga delar i arbetet med att säkerställa att den vård som ges är av hög kvalitet. Därmed är det viktigt att de verksamheter som ges tillstånd att bedriva rikssjukvård har ett starkt stöd från ansökande sjukhus ledning i frågor som rör verksamhetsprioritering, strategisk verksamhetsplanering och långsiktig verksamhetsutveckling.

- Beskriv i svarsfältet nedan på vilket sätt sjukhusets ledning har bidragit till att ge verksamheten organisatoriska förutsättningar att utvecklas strategiskt och långsiktigt, genom exempelvis strategiska beslut eller beslut om prioritering.
- Bifoga eventuella strategidokument eller annan relevant dokumentation som tydligt visar hur sjukhusledningen deltagit i den strategiska verksamhetsplaneringen rörande aktuell verksamhet.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 2 är maximalt 3 sidor.

STÖD FRÅN SJUKHUSLEDNING

När den kraniofaciala verksamheten startade 1975 var det med stöd av dåvarande sjukhusledning på Sahlgrenska sjukhuset. Från och med 1986 betecknades verksamheten som högspecialiserad vård av rikskaraktär och under ca 20 års har vi varit Nordiskt centra för kraniofacial kirurgi, vilket vi hade ett starkt stöd för i sjukhusledningen och Göteborgs politiska kommunledning. Med detta stöd och godkända budgetmedel har den kraniofaciala enheten kunnat utvecklas till den multidisciplinära verksamhet som den är i dag.

Den kraniofaciala kirurgin har en framträdande ställning på sjukhuset och stöds av sjukhusets ledning såväl som av den politiska styrelsen och den politiska ledningen i Västra Götaland. Den kraniofaciala verksamheten räknas som en av SU's och Västra Götalands mer framträdande och prioriterade områden, vilket bl a beskrivs i "Vägen till SU 2015-slutrapport, 2008" (Bil 2.2.1, sid 38-39). I denna rapport poängteras att den kraniofaciala kirurgin är ett "aktuellt område där SU har en stark ställning att bevaka".

Sjukhusledning tog 2008 beslut om att söka rikssjukvård för kraniofacial kirurgi (bil.2.2.2). Verksamheten fick inför rikssjukvårdsansökan finansiellt stöd från sjukhusledningen för att skapa förutsättningar för att bedriva rikssjukvård inom kraniofacial kirurgi. Inför 2009-2010 erhöll plastikkirurgiska verksamheten 250 tkr.

Vid sjukhusstyrelsens "Fördelning av anslag för rikssjukvård, utbildning och spridning av medicinska metoder" (50 mkr) 2010-12-02 tilldelades kraniofacial kirurgi vid plastikkirurgen 1.5 mkr, för utveckling och etablering av rikssjukvård. Dessutom tilldelades verksamheten 1.5 mkr i strategiska ALF-medel, dvs som forskningsanslag. (bil 2.2.3).

ORGANISATORISK PLACERING AV KRANIOVERKSAMHETEN. Den kraniofaciala verksamheten är belägen på Sahlgrenska-tomten och inte på Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus (DSBUS), vilket är en medveten strategi. Utredning gjordes i slutet av 90-talet i samband med bildandet av SU, då frågan huruvida de plastikkirurgiska barnen istället skulle vårdas vid DSBUS (vårdar endast barn 0-18 år). Utredningen 1997 visade att det ur ett kompetens- och kvalitetsperspektiv var säkrare att behandla de kraniofaciala patienterna på Sahlgrenska eftersom det finns en hög samlad kompetens där, närheten till Odontologen med ortodonti och käkkirurgi (geografisk närhet – Odontologen granne med Sahlgrenska-tomten) och tillgång dygnet runt till neurokirurgi (jourer) finns på Sahlgrenska-tomten. Då de

kraniofaciala patienterna behandlas och följs upp till vuxen ålder, ca 19-25 år, av kranio teamet, är det viktigt ur ett helhetsperspektiv att bibehålla kontinuitet, stabilitet och kompetens, varför SU's ledning beslöt att alla plastikkirurgiska barn skulle fortsätta behandlas och vårdas på Sahlgrenska-tomten. Detta bidrar också till en samlad plastikkirurgisk kompetens.

AVDELNING FÖR BARN OCH UNGDOMAR PÅ SAHLGRENSKA-TOMTEN (SU/S).

Sedan kranioverksamheten startade har en avdelning för barn, ungdomar och unga vuxna varit placerad på SU/S inom Plastikkirurgin, i nära anslutning till plastikkirurgens operationsavdelning, CIVA/postop. I samma närhet ligger också neurokirurgens operationsavdelning och NIVA, som utgör resursenheter. Den pediatrika kompetensen har tillgodosetts av konsulttjänster från DSBUS. Avdelningar har 12 vårdplatser och relativt hög bemanning.

Den organisatoriska tillhörigheten för denna avdelning på Sahlgrenska var föremål för utredning två gånger. Första gången var 2000 i "Projekt vuxensjukhuset - Barn i vuxensjukhuset eller kompetens från Vuxensjukhuset i barnsjukhuset". I sammanfattningen som gjordes utifrån organisation, kvalitet och säkerhet, forskning och utveckling, utbildning och rekrytering rekommenderades att barnsjukvård ska fortsätta att bedrivas i nuvarande omfattning på Sahlgrenska, men i nära samarbete med Barnsjukhuset och med en gemensam standard för barns och ungdomars rättigheter vid vistelse på sjukhus. Andra gången frågan blev föremål för utredning var 2009, men beslut togs att den fortsättningsvis skulle vara placerad inom Plastikkirurgin på SU/S (bil 2.2.4). Barnavd se nätet) då fördelarna med nuvarande organisation väger över. För de kraniofaciala barnen innebär nuvarande organisation att deras behov inte behöver ske i konkurrens med annan vård med större behov, varför tillgång på vårdplats inte är begränsande för att bedriva kraniofacial kirurgi. Den nuvarande avdelningen ligger i anslutning till vuxenavdelningen och tack vare mångårigt samarbete med roterande personal är den kritiska massan av kompetens relativt stor, vilket minskar sårbarheten och möjliggör omstrukturering på både kort och lång sikt.

Denna avdelning ska nu flytta till nya lokaler i samband med ombyggnationer på Sahlgrenska-tomten. Vid avdelningens nya placering har hänsyn tagits till närhet till CIVA och operation, varför den ligger kvar i omedelbar närhet. Lektioner flyttar samtidigt till angränsande lokaler för att barnen/ungdomarna ska kunna vistas där så mycket som möjligt.

SÅRBARHETSANALYS

Verksamheten har en strategi på kort och lång sikt för oförutsedda händelser. Då verksamheten till största delen har elektiva kraniofaciala operationer, vilka sker vid en ålder som är optimal för varje patient, innebär detta att operationerna kan planeras och fördelas relativt jämnt över verksamhetsåret. Införandet av en möjlighet för e-postkonsultationer (skallform.se) från hela landet har gjort det möjligt att styra patientflödena för ett optimalt resursutnyttjande. Vid planeringen av verksamheten görs detta utifrån att kritisk kompetens alltid ska finnas att tillgå dygnet runt och året runt inom såväl kraniofacial kirurgi, som andra subspecialiteter.

Vid plastikkirurgiska kliniken, SU/Sahlgrenska har kraniofacial verksamhet hög prioritet bland de operationer kliniken utför. Detta innebär att den kraniofaciala delen har tillgång till operationssal/ar efter behov. Kliniken har totalt 4 salar att tillgå och vid behov kan fler än den sal som normalt används utnyttjas. På liknande sätt kan verksamheter omflyttas inom sjukhuset vid brand eller annan oförutsedd händelse. Neurooperation är till exempel en

fullvärdig resurs inom SU/S, men vid behov kan verksamheten förläggas till DSBUS med likvärdig patientsäkerhet.

Personalmässigt är den kraniofaciala verksamheten beroende av kvalificerad operations- och anestesipersonal, kraniofaciala kirurger, intensivvårdsplatser och röntgenutrymme. I och med att operationspersonal och anestesipersonal roterar mellan kraniofacial kirurgi och andra subspecialiteter eller kliniker, finns en möjlighet att stärka verksamheten vid sjukdom eller annan störning av personalresursen. Antalet aktiva kraniokirurger är för närvarande fyra i olika åldrar. Möjlighet finns också att relativt snabbt utbilda ytterligare, eftersom alla plastikkirurger vid kliniken får utbildning i kraniofacial kirurgi.

Kliniken har inte behövt ställa in operationer pga resursbrist under de år den kraniofaciala verksamheten bedrivits. De senaste decennierna har inga kraniofaciala patienter behövt skickas utomlands. Tvärtom, har kliniken tagit emot patienter från andra länder. Det finns ett etablerat kontaktnät världen över som gör sådana patientflöden möjliga vid behov.

Detta kontaktnät kunde vi själva dra nytta av i samband med brandkatastrofen 1998, då 11 patienter snabbt kunde skickas till ett flertal brännskadecentra i Skandinavien. Sjukhuset har "Level 1-nivå" i traumasjukvård med alla nödvändiga resurser inklusive helikopterplattform och etablerad transportkedja.

STÖD FRÅN SOCIALSTYRELSEN

Från Socialstyrelsens sida ställdes 2000-12-15 (Nr 699/2000) riktade medel (ca 2 000 000 kr) till verksamheten för finansiering av en psykolog med barnkompetens under 3 år, under förutsättning att SU därefter skulle överta finansieringen (Bil 2.2.5). Psykologen skulle integreras i det kraniofaciala teamet för att komplettera detta med psykosocial kompetens. Psykologen anställdes 2002 och från 2005 övergick finansieringen på SU. En psykolog har alltså sedan dess varit anställd inom verksamheten fram tills dags datum. Psykologen går nu i pension och nyrekrytering pågår för anställning till sommaren 2011, vilket är godkänt av sjukhusledningen.

3. Strategier för kompetensförsörjning

En grundläggande förutsättning för en långsiktigt hållbar vårdstrategi är närvaron av en strategi för hur verksamheten på såväl kort som lång sikt säkerställer att kritisk kompetens finns tillgänglig.

- Beskriv i svarsfältet nedan sjukhusets arbete med att såväl kort- som långsiktigt säkerställa att kritisk medicinsk kompetens finns tillgänglig. Av redogörelsen ska det framgå hur det säkerställs att befintliga strategier för kompetensförsörjning förverkligas genom exempelvis uppföljning och utvärdering.
- Bifoga eventuella strategidokument, beslutsdokument eller annan relevant dokumentation som beskriver sjukhusets strategi för kompetensförsörjning

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 3 är maximalt 2 sidor.

SJUKHUSÖVERGRIPANDE STRATEGI FÖR KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Sjukhuset har tagit fram en strategisk plan för kompetensförsörjning på kort och lång sikt. (bil.2.3.1). Syftet är att säkerställa att rätt kompetens utvecklas utifrån verksamhetens faktiska behov.

De beslutsunderlag som behövs för planering och prioritering av åtgärder och ekonomiska resurser är en kompetensanalys och en kompetensförsörjningsplan, vilken innefattar personalförsörjningsplan, kompetensutvecklingsplan och chefsförsörjningsplan. Detta görs genom att kartlägga det kortsiktiga och långsiktiga kompetensförsörjningsbehovet och skapa en intern styrning som tydligt stödjer detta. Det är viktigt att hitta interna och externa samarbetsformer för långsiktig kompetensförsörjning då det kräver många olika aktörers engagemang och delaktighet.

Sjukhuset följer det regionövergripande riktlinjerna vid rekrytering, vilket gäller all personal. (bil.2.3.2). Genom enhetliga riktlinjer för rekrytering kan processen bli mer kostnadseffektiv och kvalitetssäkras. Undantag från dessa riktlinjer görs för specifika rekryteringsprocesser som till exempel utlandsrekrytering. För kraniofacial kirurgi innebär detta att medarbetare kan rekryteras utanför landets gränser.

Västra Götaland har tagit fram ett IT-stöd för kartläggning, Cognos planing (bil.2.3.3). Den är en del i ledningssystemet för kompetensförsörjning Svensk Standard SS 624070. Arbetet har pågått sedan 2010 med en första inventering, varefter revidering och dialog vidtar. Planering av åtgärder inför 2012 sker under hösten 2011.

För Plastikkirurgiska verksamheten, liksom kirurgi, barnkirurgi, urologi och kärlkirurgi, har denna inventering genomförts och revision pågår. Sedan många år har verksamheten arbetat med långsiktig kompetensförsörjning genom rekrytering av ST-läkare där målet för deras framtida subspecialisering diskuteras tidigt. Efter avslutad specialistutbildning vidtar subspecialisering utefter verksamhetens behov med årlig inventering. (se fråga 2.4). Kompetensen redovisas varje år i bokslutet och behov redovisas i verksamhetsplaner och tas med i budgetarbetet.

För att säkra den plastikkirurgiska och neurokirurgiska kompetensen och möjliggöra ett utökat uppdrag rekryterades 1 plastikkirurg och 1 neurokirurg med kraniofacial kompetens 2010 trots anställningsstopp, dvs budgetmedel avsattes för detta. Käkkirugin förstärker sin kompetens genom rekrytering av ytterligare en käkkirurg som har dubbel kompetens (leg läkare samt käkkirurg fr om 2011-07).

Anestesiologisk barn kompetens inventerades 2006, varefter ledningen beslöt att förstärka

och tydliggöra vikten av hög anestesilogisk barnkompetens på Sahlgrenskatomten. Man anställde då ytterligare en anesthesiolog med barnkompetens (som biträdande vårdenhetsöverläkare) vid Plastikoperation. Därefter identifierades en anesthesiolog för post-graduateutbildning i barnanestesi och intensivvård, som nu genomfört en 1-årig utbildning, "Pediatrik anestesi" (SSAI kurs med tjänsgöring vid DSBUS), som är placerad som chef för neurooperation på Sahlgrenska-tomten, och utgör resurs exempelvis vid sjukdom. Ledningen jobbar också för att utbilda ytterligare två anesthesiologer mot att söva barn med kraniofaciala missbildningar. Två personer på SU/S är utbildade instruktörer i "Barn HLR" och jobbar mot all barnpersonal på SU/S.

Ett projekt startade upp 2008 "Barn inom An/Op/IVA (kvalitet och säkerhet vid SU/S)", vilket är inriktad mot anestesi vid kraniofacial kirurgi, dvs barn med "svår" luftväg pga medfödda missbildningar. Resurser avsattes från sjukhusets ledning för detta projekt.

CHEFSFÖRSÖRJNINGSTRATEGI OCH LEDARUTVECKLING

Sjukhuset arbetar strategiskt och målinriktat med chefsförsörjningsprocessens olika delar. Sjukhuset har tagit fram ett dokument (bil.2.3.4) för chefsförsörjning och ledarutveckling 2009 som poängterar vikten av ett framgångsrikt chef- och ledarskap för verksamhetens och sjukhusets fortsatta utveckling. Denna sjukhusgemensamma strategi för chefsförsörjning och ledarutveckling anger vad som behövs för att identifiera, rekrytera, utveckla och behålla chefer. Den beskriver också vilket stöd och vilken uppföljning som chefer erbjuds samt hur avslut av chefskap ska ske. Strategin kompletteras med information om de utvecklingsprogram som erbjuds chefer inom sjukhuset.

I strategin beskrivs bl a hur man ser på chefskapet som en profession i sig, att ett framgångsrikt ledarskap bygger på självkännedom, personlig mognad och förmåga att hantera komplexa system, leda processer och vara kommunikativ och att medarbetarskapet är en relation där förmågan att arbeta tillsammans ses, vid sidan av yrkesspecifik kunskap som en av de viktigaste kompetenserna hos alla anställda.

Sjukhuset arbetar med chefsförsörjningen genom att varje chef årligen identifierar minst två medarbetare som bedöms lämpliga för chefs-uppdrag i framtiden. Efter identifiering passerar de Assessment center som avgör vilka kandidater som erbjuds plats i sjukhusets chefkandidatsprogram alternativt till aspirantutbildning.

Rekrytering av chefer görs på ett systematiskt och grundligt sätt och innehåller krav på kompetens och erfarenhet samt gällande ledarskapskriterier. Sjukhuset ska sträva efter att vid tillsättning av chefer öka den etniska och kulturella mångfalden. En jämnare könsfördelning på chefsnivå ska säkerställas och om möjligt skall det finnas både män och kvinnor som slutkandidater vid sista urvalet i rekryteringsprocessen.

Vid anställning av chefer inom SU görs det genom tidsbegränsade förordnanden och chefsvillkor finns angivna i avtal. Närmaste chef upprättar, tillsammans med den nyanställda chefen, en individuell plan för inskolning och introduktion, chefsstöd och utveckling. Planen följs upp och revideras under kommande utvecklingssamtal. I samband med anställningen ska också samtal föras om avslutet. Varje chef ska erbjudas stöd för sin utveckling i sitt chefsuppdrag.

Varje chef ska regelbundet följa upp underordnade chefers uppdrag och ledarskap. Medarbetarsamtal är det redskap som används vid uppföljningen. En systematisk uppföljning av chef- och ledarskapet sker också genom medarbetarenkäter. För att få en bild av hur förutsättningarna för att utöva chef- och ledarskap upplevs används enkät för chefsavslut.

Inom sjukhuset och i Regionen finns en uttalad önskan om att öka den interna rörligheten bland chefer. Att avsluta ett chefskap rör den mest komplexa delen i chefsförsörjningsprocessen. Redan i anslutning till att chefer anställs ska samtal föras kring vad som händer när chefen ska lämna sitt chefskap. Villkoren vid avgång ska vara en naturlig del av anställningsförfarandet. Att avsluta ett chefskap innebär att man frånträder sitt chefskap och återgår till sin grundanställning eller övergår till annan roll. Oavsett av vilken orsak en chef lämnar sitt uppdrag ska det ske på ett för alla parter så bra och konstruktivt sätt som möjligt och med ömsesidig respekt.

UTVECKLINGSSAMTALET – STRATEGI

Syftet är att klargöra verksamhetens uppdrag och mål, diskutera arbetsuppgifter och utvärdera arbetsresultat, stödja medarbetare utveckling och ligga till grund för utvecklingsplanen. Sjukhuset har ett utarbetat dokument kring utvecklingssamtalet som ska utgöra ett stöd med råd, samtalsguide och underlag för individuell utvecklingsplan (bil.2.3.5). Avsikten är att inom organisationen skapa en gemensam struktur för utvecklingssamtalet, som betecknas som ett av de viktigaste verktygen för utveckling av verksamheten, medarbetare och ledaren., dvs en viktig del i kompetensförsörjningsprocessen.

4. Strategi för kompetensöverföring

En långsiktig hållbar vårdstrategi förutsätter att verksamheten har en strategi för hur kompetens överförs från en generation till nästa. En väl utvecklad strategi för kompetensöverföring säkerställer att erfarenheter och ackumulerad kompetens stannar inom verksamheten och på så sätt bidrar till fortsatt stabilitet och kontinuitet.

- Beskriv i svarsfältet nedan sjukhusets strategi för kompetensöverföring samt hur det säkerställs att den efterlevs genom exempelvis uppföljning och utvärdering.
- Bifoga eventuella strategidokument, beslutsdokument eller annan relevant dokumentation som beskriver sjukhusets strategi för kompetensöverföring.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 4 är maximalt 2 sidor.

Sjukhuset har ingen specifikt policydokument för kompetensöverföring, utan är en del av "Personalvision 2010" (bil.1.10.1). En ny vision (Vision 2021) är klar men ej publicerad och där har man tagit fasta på denna del av kompetensen, dvs hur ska man strategiskt överföra kompetens i verksamheterna. Exempel på kunskapsöverföring som sker vid de olika verksamheterna inom sjukhuset är trainee-skap, mentorskap, handledning, bredvidgång, utbildningsinsatser, forskning. Då plastikkirurgi med subspecialisering är ett relativt smalt kompetensområde sker kunskapsöverföring dels genom att gå parallellt med sin mentor, senior advisor etc. Succesivt får man sedan stå på egna ben, men har alltid stöd och feedback genom att resultat följs upp. Med denna kalibrering överförs kunskap, som till exempel avancerade operationsmoment och klinisk erfarenhet för att uppnå spetskompetens. Verksamhetschefen ansvarar inom respektive område för att kompetens säkras och överförs från medarbetare till medarbetare utifrån de behov som verksamheten har på kort och lång sikt. Detta finns beskrivet i verksamhetschefens uppdrag. En avvägning görs utifrån att bibehålla hög kvalitet hos de som utförs uppgiften, samtidigt som hänsyn tas till

sårbarheten.

Sjukhuset har sedan decennier verkat för en internationellt aktiv kraniofacial enhet. Allt sedan slutet av 1970-talet har den kraniofaciala kirurgin varit ett prioriterat område vid den plastikkirurgiska kliniken och för sjukhuset ett särintresse pga dess rikssjukvårdskaraktär. Den plastikkirurgiska kliniken har alltid haft dedicerat operationsutrymme som idag innefattar 4 operationssalar. Operations- och anestesipersonal har möjlighet att rotera mellan olika operationsenheter, vilket gör att ett stort antal individer besitter kompetens att söva kraniofacialt missbildade barn. Dessutom finns vid behov och i utbildningshänseende en operations- och barnintensivvårdsenhet vid DSBUS med ett framstående renommé i världen. På grund av nära tillgång till andra specialiteter och ett intimt samarbete har kvalitén och kvantiteten kunnat bibehållas över tid.

Den kraniofaciala kirurgen har genomgått en lång utbildning under erfaret mentorskap. Verksamheten har under många år fokuserat på utbildning av kommande kirurger på inom kliniken och till utlandet. Vid i stort sett varje operation finns det ett moment av lärande. Idag har kliniken tillgång till fyra kraniofaciala kirurger med en genomtänkt successionsordning. Ledningen är lyhörd för personliga önskemål och mån om utbildning, forskning och undervisning. Detta har lett till att kirurgerna fortsätter sitt arbete inom den kraniofaciala enheten, eftersom arbetet blivit tillfredsställande pga detta stöd, trots ett omfattande kliniskt och ansvarsmässigt arbete. Dessutom har alla läkare under utbildning vid plastikkirurgiska kliniken fått möjlighet att utbilda sig inom kraniofacial kirurgi under ca 6 månader, vilket gett en bred rekryteringsbas för nya intresserade kraniofacialkirurger. För den mer långtgående rekryteringen forskarutbildas läkarkandidater, vilka också fått möjlighet att delta i operationer och därigenom bildat en grund för en framtid inom kraniofacialkirurgin.

Kliniken utvärderar varje år vid läkarmöten den rådande situationen i de olika teamen och stärker vid behov upp de team som kan behöva fler kirurger från kliniken eller nyrekryteringar utifrån. Strategin är att varje subspecialitet, i detta fall kraniofacial kirurgi ska kunna drivas av 3-4 läkare med god kvalitet och patientsäkerhet. Denna grupp läkare ska representera olika åldrar för att klara successionsordning i samband med pensionering eller andra avgångar. Vid de flesta kraniofaciala ingrepp och i synnerhet för de mer komplicerade operationerna finns det alltid en representation av två kraniokirurger i ett lärande syfte. På grund av möjligheten för internationella kollegor att göra sk fellowship har verksamheten också en internationell rekryteringsbas för dedikerade kirurger och det är ingen tillfällighet att en av kraniofacialkirurgerna kommit till oss på detta sätt. Inom neurokirurgin finns en liknande långsiktig linje. En av neurokirurgerna fungerar hela tiden som mentor åt nästkommande generation. Dessutom har övriga neurokirurger engagerats tidvis för att få en bred kunskapsbas som gör verksamheten mindre sårbar. Det finns därför ett flertal neurokirurger som med kort varsel skulle kunna träda in i verksamheten vid behov.

Käkkirurgin har en stark klinik och en internationellt framstående kompetens. För tillfället pågår 8 doktorandprojekt på kliniken varav tre är direkt involverade i kranioverksamheten. Även här finns en utpräglad mentorstradition, vilket innebär att vid alla kraniofaciala käkkirurgiska ingrepp deltar minst två käkkirurger för att kompetens skall kunna spridas vidare till nästa generation. Käkkirurgen har en mycket aktiv forskning med ett stort antal publikationer 2006-2010 (närmare redovisning i den komplettering som begärts in till den 29.4.2011).

Anestesiologisk barnkompetens inventerades 2006, varefter ledningen beslöt att förstärka och tydliggöra vikten av hög anestesiologisk barnkompetens på Sahlgrenskatomten. Man anställde då ytterligare en anestesiolog med barnkompetens (som biträdande vårdenhetsöverläkare) vid Plastikoperation. Därefter identifierades en anestesiolog med

stort intresse och fallenhet för post-graduateutbildning i barnanestesi, som nu genomfört en 1-årig utbildning.

Den akademiska profilen med ett stort antal publicerade artiklar och också författande av utbildningslitteratur befäster bredden och kompetensen hos direkt och indirekt involverad personal.

5. Kompetensutveckling

Inom ramen för en långsiktigt hållbar vårdstrategi är kompetensutveckling ett viktigt verktyg för vårdpersonal att utveckla sig inom sin yrkesroll genom att de får genomgå olika former av utbildningar och kurser. Kompetensutveckling är även en väg för att stärka vårdpersonalens engagemang vilket, i sin tur, leder till ökad förståelse för verksamheten ur ett helhetsperspektiv.

- Beskriv i svarsfältet nedan sjukhusets arbete med att genom kompetensutveckling bidra till att vårdpersonal utvecklar sig i sin yrkesroll samt utvecklar en fördjupad förståelse för verksamheten ur ett helhetsperspektiv. Av redogörelsen ska framgå hur det säkerställs att befintlig policy rörande kompetensutveckling implementeras, genom exempelvis handlingsplan för kompetensutveckling eller utvecklingssamtal.
- Bifoga eventuellt policydokument eller annat beslutsdokument över sjukhusets arbete med kompetensutveckling.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 5 är maximalt 2 sidor.

Se även svar på fråga 1.6.

Västra Götalandsregionen har en "Personalvision 2010" (bil.1.10.1), samt dokumentet "Vägen till personalvisionen" (bil.2.5.1), som innehåller sex olika policys, varav en är en gemensam "Kompetensutvecklingspolicy" för alla anställda i regionen.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset startade 2007 ett projekt för att genomlys sjukhuset ur alla perspektiv som resulterade i en analys av vilka åtgärder som sjukhuset behövde vidta för att kunna möta framtiden. Denna rapport "Vägen till SU 2015" (bil.2.2.1) skulle sedan utgöra grunden för en handlingsplaner. Ett stort antal handlingsplaner har nu tagits fram för bl a chefsutvecklingskompetens, yrkesbunden kompetens för ex undersköterskor, administrativ personal och specialistsköterskor.

Alla verksamheter inom SU ska upprätta en handlingsplan för respektive yrkeskategori vad gäller kompetensutveckling. Vid utvecklingssamtalet (bil.2.3.5) med närmaste chef ska en individuell kompetensplan upprättas och följas upp minst en gång per år. I årsbokslutet

lämnas redogörelse för samtliga yrkeskategoriers kompetensutveckling under året.

6. Övrig vårdpersonal

En långsiktigt hållbar vårdstrategi förutsätter inte bara en multidisciplinär miljö där samverkan mellan olika discipliner sker naturligt. Den förutsätter även samverkan mellan de olika yrkeskategorier som ingår i vårdprocessen.

- Beskriv i svarsfältet nedan hur kompetensen hos övrig vårdpersonal ges förutsättningar att utvecklas och hur den på ett systematiskt sätt tas till vara och integreras i det operativa arbetet vid kliniken.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 6 är maximalt 2 sidor.

På varje enhet (mottagning-vårdavdelning-operation-CIVA) finns verksamhetsutvecklare eller vårdlärare som har huvudansvaret för att implementera och planera vilken kompetens som behövs i verksamheten. Verksamheten har även olika former av tvärprofessionella nätverksgrupper för barn som vårdas på SU/S. I denna nätverksgrupp behandlas och diskuteras olika aspekter av vård och omvårdnad av barn, t ex anestesi, komplikationer, nutrition, barns rätt i sjukvården, smärta, smärtlindring, läkemedelshantering/administrering, stickrädsla, kvalitetsgrupp (SU övergripande, områdesövergripande och lokalt, (se svar 1.8).

Kompetenshöjning och utbildningsinsatser leder inte automatiskt till utveckling och därför har kraniofaciala verksamheten en långsiktig strategi för kompetenshöjning, forskning och utveckling, patientsäkerhet och kvalitetsförbättringar samt hur detta ska implementeras i verksamheten. All vårdpersonal har individuella kompetensplaner (se svar 1.10) och kunskapsöverföring och kompetensutveckling sker genom tillämpning av evidensbaserad omvårdnad i multidisciplinär samverkan i team.

Verksamhetens strategi och mål är att all personal som genomgår utbildning eller på andra sätt tillägnar sig kunskap/har specifik kompetens, återför det i verksamheten genom utbildningstillfällen (t ex vår gemensamma utbildningsdag), i nätverksgrupper, enhetsmöten (APT), medverkar i utformningen av riktlinjer, vårdprogram etc.

Verksamheten arbetar, i överensstämmelse med SU i övrigt, efter den sk Fokus-modellen,

som är en integrering av LEAN, 6-sigma och PDSA . Vid mer omfattande förbättringsbehov används metod beroende på problemets art. Exempel på detta är t ex Genombrottsmetoden. Verksamheten (inkl operationsenheten) deltog i SKL:s nationella satsning för att minska vårdrelaterade infektioner, vilket är viktigt för att säkerställa god och säker vård. kompetensutveckling genom olika utbildningar och utvecklingsarbeten inom allmän och specifik omvårdnad i kombination med erfarenhet från klinisk verksamheten.

Exempel på tvärprofessionell samverkan är;

Operationsråd (läkare, anestesijuksköterska, sektionsledare, operationskoordinator

Nätverk

Barngrupp (nätverk)

Handledning och mentorskap nyanställd personal (ca 6 mån) inkl hospitering, dvs att vårdavdelningspersonal ska vara väl förtrogen med alla enheter som vårdar kraniofaciala patienter

Årlig utbildningsdag (se 1.10)

Del 3 – internationell samverkan

Socialstyrelsen gör bedömningen att ett aktivt deltagande i internationella sammanhang är nödvändigt för att säkerställa att erforderlig kompetens, kunnande och yrkesskicklighet hålls ajour. Ett aktivt deltagande i internationella sammanhang kan ske genom, exempelvis, medlemskap i internationellt sällskap eller deltagande i ett internationellt kunskapsutbyte mellan olika kliniker. Genom ett aktivt deltagande i internationella sammanhang ges goda förutsättningar att tillgodogöra sig erfarenheter och kunskaper om medicinsk och medicinteknisk utveckling. Dessutom görs bedömningen att ett aktivt deltagande i internationella sammanhang är en grundläggande förutsättning för att kunna bedriva forskning, utbildning och utveckling av högsta kvalitet.

1. Samverkansavtal med internationella kliniker

- Beskriv i svarsfältet nedan omfattning och djup för de avtal med utländska kliniker ni ingått. Av redogörelsen ska framgå vilken tid avtalet avser, vilken relevans avtalet anses ha för bedrivandet av rikssjukvård samt vilken kompetens avtalet antas tillföra.
- Bifoga eventuellt nedtecknad och signerad avsiktsförklaring för samarbetet.
- Bifoga kontaktuppgifter för de utländska kliniker ni har avtal med.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 1 är maximalt 4 sidor.

PLASTIKKIRUGI

Det internationella samarbetet för kraniofaciala enheten, Sahlgrenska sjukhuset har allt sedan den kraniofaciala specialiteten startade varit en naturlig del av verksamheten. Det startade med att dåvarande professorn, Bengt Johanson, utbildade sig hos Paul Tessier i Paris. The International Society of Craniofacial Surgery grundades 1983 och Bengt Johansson var en av dem som startade föreningen.

Det internationella samarbetet utvecklades ytterligare av professor Claes Lauritzen som utbildade sig vidare på Childrens Hospital i Toronto, Canada. Kunskaperna som då hämtades hem kunde sedan vidareutvecklas vid Göteborgskliniken, som kom att bli ett av de större centra i världen. Professor Lauritzen har hela tiden varit en aktiv medlem av den internationella föreningen vilket gjorde att han valdes till president (1999- 2001) och kunde vara värd för 2001 års internationella möte som ägde rum i Visby på Gotland.

Till del har på senare år kunskapsinflödet vänt och blivit ett undervisande utflöde i takt med att vår enhets kompetens ökat. Internationella välrenommerade kollegor har besökt oss för utbildning. Bland annat har Prof. Eric Arnaud från Paris, Hans Peter Howaldt, Tyskland och Prof. Anthony Wolfe från Miami bevistat kliniken (2007-2008) i syfte att hämta hem kunskaper om fjäderbehandling vid kraniofaciala missbildningar.

Göteborgskliniken har utbildat en rad internationellt verksamma kraniofacialkirurger under årlånga fellowships. Några av dessa är Y Sugawara (Osaka, Japan), Lucie Lessard (Montreal, Canada), Oya Kocabalkan (Turkiet), Tim Hewitt (Perth, Australien), Claire Sanger (Kentucky, USA), Fabio Santanelli (Rom, Italien), Lisa David (USA), José Guimaraes-Ferreira (Portugal), Charles Davis (Nya Zeeland), Charles Baillieu (Melbourne, Australien). Av dessa disputerade José Guimaraes-Ferreira 2001 vid Göteborgs Universitet och Charles Davis handleds av Prof Lauritzen för avläggande av doktorsexamen.

Göteborgskliniken har varit värd för European Society of Craniofacial Surgery (ESCFS) möten 1984 och 1996. Denna förening grundades av bl.a. professor Lauritzen och prof Johansson.

Aktivt forskningssamarbete inom flera fält har resulterat i ett flertal publikationer. Ett samarbete med Helsingfors Universitet har lett fram till publikation rörande Evoked Auditory Potentials hos barn med plagiocefali. Samarbete rörande genetiska studier (Moloney, Oxford) har visat att mutationen vid Apert syndrom ärvs på fädernet. De senaste åren har forskning kring fjädertekniken lett till omfattande samarbeten med Wake Forest University, NC, USA och Wellington Hospital, New Zealand.

KÄKKIRURGI

Specialistkliniken för käkkirurgi i Göteborg strävar efter att etablera nätverk regionalt, nationellt och internationellt. Samarbetspartner internationellt är;

Under 3 månader kommer Dr Meng, post doc. kirurg, Beijing Stomatological, Capital Medical University, NO4 Tiantanxili, Kina, till käkkirurgiska kliniken och en av käkkirurgerna härifrån åker dit. Vidare samarbetar prof. Lars Rasmusson med prof. C.B Guo, vad gäller forskning och utveckling.

Dr Igawa, Tokyo Universitet, gästforskare som forskar på biomaterial för ben augmentation inom kraniofacial kirurgi.

De senaste årens publicerade vetenskapliga artiklar med delförfattare från internationellt samarbete:

Moloney D. M, Slaney S.F, Oldridge M, Wall S. A, Sahlin P, Stenman G and Wilkie A,O,M. Exclusive paternal origin of new mutations in Apert syndrome. Nature Genet. 13:48-53 (1996).

Lauritzen C, Kocabalkan O, Sugawara Y, Sahlin P and Olsson R. Reuse of tumorous calvarial bone after gamma irradiation. J of Craniofacial Surgery 9:459-463 (1998).

Gewalli F, Guimaraes-Ferreira JP, Sahlin P, Emanuelsson I, Horneman G, Stephensen H, Lauritzen CG. Mental development after modified pi procedure: dynamic cranioplasty for sagittal synostosis. Ann Plast Surg 46(4):415-20 (2001).

Gewalli F, Guimaraes-Ferreira JP, Sahlin P, Fridé H, Owman-Moll P, Olsson R, David L, Lauritzen CG. Long-term follow-up of dynamic cranioplasty for brachycephaly—non-syndromal bicoronal synostosis. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 35(2):157-64 (2001).

Guimaraes-Ferreira JP, Gewalli F, Sahlin P, Fridé H, Owman-Moll P, Olsson R, Lauritzen CG. Dynamic cranioplasty for brachycephaly in apert syndrome: long term follow-up study. J Neurosurg 94(5): 757-64 (2001).

Gewalli F, Guimaraes-Ferreira J, Sahlin P, Emanuelsson I, Horneman G and Lauritzen. Scaphocephaly and mental development – Outcome of Pi-procedure. (ed. Claes G.K. Lauritzen). Craniofacial Surgery 9:25-27 (2001).

Balan P, Kushnerenko E, Sahlin P, Huutilainen M, Naatanen R, Hukki J. Auditory ERPs reveal brain dysfunction in infants with plagiocephaly. J Craniofac Surg 13(4):520-25 (2002).

Hukki J, Karaharju-Suvanto T, Hurmerinta K, Sahlin P. Pinhole osteotomy in distraction osteogenesis – a technical note. J Craniomaxillofac Surg 30(3):144-47 (2002).

Guimarães-Ferreira J, Gewalli F, David L, Darvann TA, Hermann NV, Kreiborg S, Friede H, Lauritzen CG. Sagittal synostosis: I. Preoperative morphology of the skull. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2006;40(4):193-9.

Guimarães-Ferreira J, Gewalli F, David L, Darvann TA, Hermann NV, Kreiborg S, Friede H, Lauritzen CG. Sagittal synostosis: II. Cranial morphology and growth after the modified pi-plasty. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2006;40(4):200-9.

Maltese G, Tarnow P, Lauritzen CG.
Spring-assisted correction of hypotelorism in metopic synostosis.
Plast Reconstr Surg. 2007 Mar;119(3):977-84.

Windh P, Davis C, Sanger C, Sahlin P, Lauritzen C. Spring-assisted cranioplasty vs pi-plasty for sagittal synostosis--a long term follow-up study. J Craniofac Surg. 2008 Jan;19(1):59-64.

Lauritzen CG, Davis C, Ivarsson A, Sanger C, Hewitt TD. The evolving role of springs in craniofacial surgery: the first 100 clinical cases. Plast Reconstr Surg. 2008 Feb;121(2):545-54.

Davis C, Lauritzen CG. Spring-assisted remodeling for ventricular shunt-induced cranial deformity. J Craniofac Surg. 2008 May;19(3):588-92.

Davis C, Lauritzen C. "Spectaclesplasty" periorbital rotation advancement in Crouzon syndrome. J Craniofac Surg. 2008 May;19(3):652-8.

Davis C, Lauritzen CG. Frontobasal suture distraction corrects hypotelorism in metopic synostosis. J Craniofac Surg. 2009 Jan;20(1):121-4.

Davis C, Windh P, Lauritzen CG. Do expansile cranial springs erode through the cranium? J Craniofac Surg. 2009 Jan;20(1):168-70.

2. Medlemskap i internationella sällskap

- Bifoga dokumentation som styrker verksam vårdpersonals medlemskap i internationellt sällskap med relevans för den verksamhet som ansökan avser.

3. Deltagande i internationella konferenser

- Beskriv i svarsfältet nedan i vilka internationella konferenser med relevans för rikssjukvårdsdefinitionen företrädare för kliniken deltagit i den senaste 3-årsperioden (2008 – 2010). Av redogörelsen ska framgå vilka företrädare vid kliniken som deltagit samt betydelsen hos de eventuella bidrag som kliniken har presenterat.
- Bifoga eventuella bidrag vid deltagande i internationella konferenser.

Anvisning: Utrymmet för svar på fråga 3 är maximalt 2 sidor.

Peter Tarnow deltagit i International Meeting on Aesthetic and Reconstructive Facial Surgery (IMAFR) Conference, Mykonos Grekland 090513-15.

Peter Tarnow var inbjuden föreläsare och symposiemedlem vid European Society of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery (ESPRAS) mötet 20090920-26 med föredraget "The use of springs in craniofacial surgery."

Peter Tarnow, Giovanni Maltese och Lars Kölby deltagit i International Society of Craniofacial Surgery XIII Congress 090926-30 Oxford, Storbritannien.

Peter Tarnow deltagit i 25th Dallas Annual Rhinoplasty Symposium 2008 March 3-6.

Vid Nordiska mötet i plastikkirurgi, Reykjavik, juni 2010 hade kraniofaciala enheten vid plastikkirurgiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset fyra föredrag:

1. Children with Apert syndrome as adults. A follow-up study of 33 Scandinavian patients (L. Kölby, R. Tovetjärn, P. Tarnow, C. Lauritzen, P-E Sahlin)
2. New method for correction of unicoronal synostosis. (L. Kölby, P. Tarnow, C. Baillieu, P. Sahlin, G. Maltese, C. Lauritzen)
3. Spring assisted cranioplasty for brachycephaly. (P. Tarnow, R. Tovetjärn, G. Maltese, L. Kölby)
4. The Gothenburg craniofacial register – a research tool that reflects decades of development. (P-E Sahlin, D. Mårtensson, R. Tovetjärn, L. Kölby, G. Maltese, C. Lauritzen and P. Tarnow.)

Prof. Lauritzen har regelbundet varit inbjuden föreläsare i under många år t ex Bologna (2007), utsedd att hålla "The Millard Lecture" Miami (2009) och till det amerikanska pediatrika läkarmötet 2010, australiensiska läkarstämman för att hålla "The BK Rank Lecture" (2010). Föreläsningar baseras på Göteborgsklinikens mångåriga erfarenhet och utveckling av kraniofaciala operationsmetoder.

Käkkirurger 2008-2010;

Prof. Lars Rasmusson har deltagit i International Course in modern Rhinoplasty techniques, MBBS kurs i London.

Sanjiv Kanagaraja har deltagit i konferens för Ortognati, Wien, Osteodistraktion i Belgien.

Hossein Kashani har deltagit i konferens för Orbitakirurgi, Mallorca, Ortognati, Wien samt deltagit i plastikkirurgisk konferens, Uppsala

Robert Olsson deltagit i International Society of Craniofacial Surgery XIII Congress 090926-30 Oxford, Storbritannien.

Robert Olsson deltagit i European Society of Craniofacial Surgery, Rotterdam 2010.

Robert Olsson utnämnd till "President for the European Society of Craniofacial Surgery", 2010.

Robert Olsson är ordförande och ansvarig för nästa möte i European Society for Craniofacial Surgery 2012 i Göteborg, Sweden.

Daniel Nilsson har hållit följande presentationer:

"Risk factors in the treatment of hydrocephalus": 37th meeting of the International Society for Pediatric Neurosurgery, Los Angeles, Oct 11-15 2009

"Imaging visual pathways in temporal lobe epilepsy surgery", 9th European congress on Epileptology, Rhodes, Greece. June 2010.

"Applications of diffusion tensor imaging and tractography in pediatric epilepsy surgery", 38th meeting of meeting of the International Society for Pediatric Neurosurgery Oct 31- Nov 4, 2010, Jeju, South Korea.

Posters:

"Bilateral diffusion tensor abnormalities of temporal lobe and cingulate gyrus white matter in children with temporal lobe epilepsy" Nilsson D Rutka JT, Snead OCIII., Raybaud CR, Rydenhag B, Widjaja E 11th Congress of the European Society for Magnetic Resonance in Neuropediatrics, Zürich, Switzerland, Sept 2009.

"Anatomical accuracy and feasibility of deterministic and probabilistic tractography of the optic radiation" . Nilsson D, Starck G, Ljungberg M, Rydenhag B, Frisén L 9th European Congress on Epileptology, Rhodes, Greece 2010.

Jan Pålsson deltagit vid European Conference on Pediatric Anesthesia (FEAPA), 25-27 September 2008, Aten

Ann-Charlotte Adrian deltagit i

FEAPA/ESPA European Society for Paediatric Anaesthesiology	Warszawa	2009
--	----------	------

ESPA European Society for Paediatric Anaesthesiology	Berlin	2010
--	--------	------



August 28th, 2009

Dear Mr Jansson,

As per your request about the parameters of potential craniofacial reference centres, one should ask as to who could participate in such craniofacial centres by indicating what the criteria are for membership in our society, in order of importance:

- **Multidisciplinarity** certainly is the key issue: the craniofacial activity should be organized around the craniofacial core consisting of the association of 3 key people collaborating together: a craniofacial reconstructive surgeon (a plastic surgeon or a true maxillofacial surgeon i.e not an oral surgeon), a neurosurgeon and a paediatric anesthesiologist, working in an appropriate paediatric care facility.

This genuine craniofacial core is surrounded by a group of specialists: paediatrician, geneticist, orthodontist, speech therapist, psychologist etc....

- **Adequate training** in craniofacial surgery, as for example a nationally or internationally recognized fellowship. In theory, any Active member of our society should be able to deliver a recognized fellowship, provided that there is a sufficient activity at the time of the fellowship. This could apply to a plastic surgeon, a neurosurgeon or a maxillo-facial surgeon all of whom can be recognized as Active members.

- **Experience and Activity**

A minimal case load activity: In this respect, the numbers are taken as relating quality to quantity (assuming initial adequate training and skill). A case load of 12 major multidisciplinary transcranial per year is deemed reasonable in the first years after Unit establishment, aiming at 36 or more per year after a few years.

- **Research, Audit and Review**

These factors include :

- 1) a high quality of scientific activity as evidenced by; Peer reviewed scientific journal publications in the field of craniofacial surgery; Oral presentations in our meetings or in other recognized societies, (these contribute to qualification for membership in our Society and should be in the craniofacial centre criteria)
 - 2) The ability to demonstrate an internal structure for review of activity/actions that are in place to document quality of care and outcomes as well as for scrutinizing morbidities and other untoward events
 - 3) The willingness to participate in external national or international audit and review to ensure maintenance of standards/performance commensurate with other established centres
- Much of the above (as well as other potentially useful information) may be found in the website of our society: www.iscfs.org.

It is essential to stress that all of the above needs to be adapted to particular situations, taking in consideration that the concentration of cases in a limited number of centres is the only viable and ethical route toward increasing quality care. It has also to be adapted to the cultural environment of the country in which the healthcare is delivered.

Remaining at your disposal for any further information you may need, Yours sincerely

Steven Wall
ISCFS President 2007-2009

Eric Arnaud
ISCFS Secretary-treasurer