

## REMISSVAR

Tack för att du tar dig tid att lämna synpunkter på vårdprogrammet. Denna mall underlättar för oss när vi ska sammanställa remissvaren och vi är tacksamma om du använder den. Om du känner dig begränsad av mallen, skriv i stället dina svar i ett vanligt worddokument eller i ett mejl.

**Ange vilket vårdprogram svaret gäller:** Bröstcancer

**Ange vem som lämnar svaret:** Sammanställning av Bröstcancerförbundets styrelse och Bröstcancerföreningen Amazona Stockholms synpunkter

### Övergripande synpunkter på vårdprogrammet:

De tydliga rekommendationerna om att nationellt använda samma behandlingsstrategier uppfylls inte alltid, vilket är i högsta grad ogynnsamt om vi vill uppnå en jämlik bröstcancervård i Sverige. Vi är eniga i att av av ovanliga undergrupper av patienter samt av vissa behandlingsstrategier ska en centralisering ske. Att fortsatt arbeta för detta är mycket viktigt.

Det torde stå utan tvivel att preoperativ terapi ska användas i många fler fall än vad som sker idag. Det är mer än rimligt att rekommendera preoperativ behandling även vid ER+ diagnos, inte bara vid TNBC och HER2+, i de fall där cytostatika är givet. Likaså bör stark rekommendation för genexpressionsanalyser ges i givna fall för att i möjligaste mån undvika över eller underbehandling.

Det är mer än anmärkningsvärt att den ojämlika och långsamma introduktionen av nya terapier fortfarande härskar i Sverige när både liv kan räddas och livskvalité kan ökas. Det är mer än anmärkningsvärt att den ojämlika och långsamma introduktionen av nya terapier fortfarande härskar i Sverige när både liv kan räddas och livskvalité kan ökas.

Patienter ska informeras om och erbjudas nödvändig hjälp med de biverkningar som de medicinska behandlingarna ger. Rutiner för att ta hand om biverkningar på kort och lång sikt av cytostatikabehandlingar, endokrina behandlingar, målstyrda behandlingar och bisfosfonatbehandlingar ska tillskapas.

Vi välkomnar en tydlig rekommendation vad avser individanpassad screening med komplementära metoder vid svårbedömda bröst och vid konstaterade svårbedömda tumörer.

I stort är vi glada över att NVP blir så väl genomarbetad. Vi saknar dock bättre struktur för patientinvolvering på ett tidigare plan. Patientrepresentant står med i NVP-gruppen men har aldrig involverats annat än i det som meddelas inom SweBCG.

## Synpunkter på enskilda kapitel

Synpunkter på kapitel 1:

Manlig bröstcancer bör ha ett eget kapitel där skillnaderna mellan manlig och kvinnlig bröstcancer blir tydliga speciellt i den onkologiska behandlingen.

Synpunkter på kapitel 2:

Synpunkter på kapitel 3:

Synpunkter på kapitel 4:

4.4.1. "Figur 2. Insjuknande (röd) och dödlighet (grön) över tid".Färgerna stämmer inte med texten. Borde inte figur 7 kunna få bättre uppdatering än för 2015?

10-årsöverlevnaden är viktig och bör nämnas i sammanfattningen.

4.5.1 Det är av största vikt att återfall rapporteras för att få en fullständig bild av sjukdomen bröstcancer. Detta är något som måste utvecklas inom ramen för kvalitetsregistret och omfatta hela landet. Återfallen ska vara uppdelade på lokoregionala återfall samt fjärrmetastaser. Absolut överlevnad och recidivfri överlevnad bör vara viktiga saker att mäta om man vill åstadkomma en förbättring. Likaså behövs registreras vilka behandlingar som ges vid olika faser i kedjan. Relativ överlevnad som idag används är ett alltför trubbigt mått. Man bör redovisa överlevnad vid metastatisk bröstcancer och jämföra dessa siffror mellan olika vårdgivare.

4.8.7. Viktigt att det tas fram en tillämpbar definition på bröstdensitet. Bröstcancerpatienter ska informeras om de har lättbedömda eller svårbedömda bröst. Detta svar ska delges patienten skriftligen och föras in i vårdplanen. Bröstcancerpatienter med svårbedömda bröst får aldrig skrivas ut till vanlig mammografiscreening. Patienten delges inte denna som regel i dagsläget men det kan för patienten vara en livsviktig information. Många lokala återfall hade kanske kunnat hittas tidigare om patienten själv ägt informationen och kompletterande undersökningar erbjudits. Om undersökningsmetod ska ändras från klinisk mammografi till enbart screening ska patienten meddelas detta även muntligen av bröstradiologen direkt efter avslutad undersökning. Ändring av undersökningsmetod ska alltid ske i samråd med patienten och får aldrig grunda sig på en ev. resursbrist inom den egna vårdinrättningen. Patienten har rätt att få veta sin risk och rätt till en anpassad screeningmetod

Synpunkter på kapitel 5:

Sammanfattningen: bör man inte skriva 5-10 år, eller är den evidensen inte tydlig ännu? Även AI ges längre än 5 år.

Synpunkter på kapitel 6:

6.1. Vi anser att metoderna för uppföljning, respektive hälsokontroll med screening/mammografi behöver individanpassas för kvinnor med bröstprotes, pga. operation med rekonstruktion efter bröstcancer respektive vid bröstförstoring. Dessutom måste, i cancerfallet, val av metod tas med hänsyn till det kontralaterala bröstet.

Vi upplever att man i dagsläget behandlar screening av mastektomerade kvinnor med eller utan bröstprotes olika över landet.

Viktigt att tydliga riktlinjer tas fram vilka bröstcancerpatienter som lämpar sig för fortsatt undersökning med mammografiscreening och vilka som inte gör det. Även lobulär bröstcancer kräver annan screening efter första diagnos.

6.2 Vi anser att det finns tillräckligt med evidens för att täta bröst kräver kompletterande screening. Att tidigt upptäcka bröstcancer är av största vikt för att minska patientlidande samt för att kunna begränsa eventuell cytostatikabehandling pga stora eller flera tumörer. Ultraljud bör vara det minsta möjliga screeningen att använda för de upp till 10% med svårbedömda bröst. Även lobulär bröstcancer kräver annan screening efter första diagnos.

Synpunkter på kapitel 7:

Synpunkter på kapitel 8:

8.2.1. Saknar tydligare och mer lätthittad skrivning (i sammanfattningen kanske) om fördel med tomosyntes eller ultraljud/MR vid tät bröstvävnad.

Rekommendation bör ges till preoperativ MR vid lobulär bc för att öka möjligheten till radikal operation och undvika reoperation.

8.4. Upprätta ”Min vårdplan” i samband med diagnosbeskedet eller säkerställ på annat sätt att patienten får såväl skriftlig som muntlig information. Stryk: eller säkerställ på annat sätt att patienten får såväl skriftlig som muntlig information. Min Vårdplan ska alltid ges i samband med diagnosbesked eller inom kort därefter.

Under hållpunkter: 8.4. Man bör vara uppmärksam på om patienten kommer ensam och är så chockad över ett besked att det är olämpligt just då att köra själv hemåt, speciellt i regioner med längre resväg och dålig med kollektivtrafik

Hållpunkter punkt 8: Säkerställ vid svåra besked och om patient kommer ensam, att den är förmögen att ta sig hem

Under hållpunkter: Ge information om

\_\_\_Bröstcancerförbundet, \_\_\_patientföreningar\_\_\_ samt deras stödpersonsverksamhet.

Synpunkter på kapitel 9:

Vi önskar att lägga till "Allmänt hälsotillstånd" - inte bara ålder som en parameter.

I den sammanfattande rutan står det om spridd sjukdom och att behandlingen ska baseras på prov från återfallet. Detsamma måste rimligen gälla lokala och lokoregionala återfall också.

Vi välkomnar en tydligare rekommendation vad avser individanpassad screening med komplementära metoder vid svårbedömda bröst och vid konstaterade svårbedömda tumörer.

9.6. Det finns ett flertal metoder som ger prognostisk och i vissa fall behandlingsprediktiv information, det är viktigt att man i Sverige även här ligger i framkant vad gäller de olika genexpressionsanalyserna och erbjuder de som visar sig vara de bästa där det är relevant.

Synpunkter på kapitel 10:

Sammanfattning samt 10.3. : Måttligt förhöjd bröstcancerriks är ändå en risk att ta på allvar, att screena från 40 års ålder kan bli för sent. Kan meningen förtydligas så den förstås. Just nu låter det som om man kan välja mellan 5 år före första insjuknande och senast 40 år..

Sammanfattning samt 10.3. : "Vid uppföljning före 50 års ålder och vid mammografiskt täta bröst kan man för ökad sensitivitet komplettera med ultraljud (++) ©". Inte kan, ska!

10.1.2. Manlig bröstcancer bör samlas i eget kapitel för tydlighet och lättillgänglighet. Även patienter läser vårdprogram.

10.2. Bröstcancerförbundet stödjer absolut skrivningen att alla kvinnor med bröstcancer ska genomgå en genetisk analys.

Tabell 2 s 71. Jättebra tabell. CDH1 tex, ska inte alla med konstaterad lobulär bröstcancer genomgå gentestning och naturligtvis alla med en bröstcancerdiagnos. Det måste vara ett mål att uppfylla så snart som möjligt. Vi ev recidiv finns då gendata redan tillgängligt och rätt behandling kan i vilket fall sättas in redan från början.

10.3.3. "Vid riskreducerande eller profylaktisk mastektomi (PM) genomförs vanligen en omedelbar rekonstruktion". Vid...ska alternativen direktrekonstruktion eller estetisk platt stängning med möjlighet till senrekonstruktion erbjudas. Precis som vid rekonstruktion vid cancerdiagnos behöver patienten informeras om alternativen.

Synpunkter på kapitel 11:

Sammanfattning och 11.3. Patienter, även de med återfall ska diskuteras på MDK, inte bör.

11.1. Rekommendationen för minsta antal medverkande på en MDK bör fastställas. Möjligheten att ha med digital kompetens kan lyftas, om det inte redan är självklart.

11.4. Multidisciplinär konferens för primär bröstcancerbehandling etablerades för mer än 35 år sedan i vissa delar av Sverige, och med tiden har den etablerats på allt fler sjukhus som behandlar bröstcancer". Indikeras det här att inte alla sjukhus använder sig av MDK? Skrämmande i så fall.

"Vidare finns det, med låg evidensstyrka, dokumentation från litteraturen som beskriver bättre patienttillfredsställelse när det gäller delaktighet i behandlingsbeslut, och att behandlingarna blir mer optimala". Delaktighet i behandlingsbeslut ska alltid erbjudas helt enligt Patientlagen. Om sedan patienten inte vill, är det dens eget beslut.

11.2. "...är det av vikt att konferensen tillsammans planerar för att indikera och markera tumörområdet inför den preoperativa medicinska behandlingen." "...viktigt att konferera..."

Synpunkter på kapitel 12:

De många möjligheterna till behandling är tacksamt att läsa. Effekter av biverkningarna som i vissa fall blir mer och mer svåra ska tydliggöras för och kommuniceras till patienten och sättas i kontext med nyttan.

Synpunkter på kapitel 13:

Vi saknar rekonstruktion av mäns bröst. Även här ska väl rekonstruktion erbjudas. Vore bra med separat avsnitt för män.

Patienten bör informeras om mammografins svårighet att upptäcka nya tumörer p.g.a. implantat och informera om alternativa undersökningsmetoder.

13.2.1. "Nya operationstekniker måste förankras i det multidisciplinära teamet och samtidigt utvärderas ur både onkologisk och kosmetisk synpunkt. Större onkoplastikkirurgi förutsätter ett nära samarbete mellan bröst- och plastikkirurg." Yrkesskicklighet och träning krävs för bra resultat i onkoplastikkirurgi. Dåligt utförd bröstbevarande kirurgi kan få stora ej önskvärda konsekvenser för patienten. Och för kirurgen....Kontinuerlig träning och utbildning inom onkoplastikkirurgi är nödvändig.

13.2.2. MR innan bröstbevarande kirurgi lobulär bröstcancer borde vara en stark rekommendation för att i möjligaste mån förhindra reoperation, då mammografi och ultraljud inte alltid är tillräckligt.

13.3. "En enkätundersökning bland Bröstcancerförbundets medlemmar 2021 visar också på stora regionala skillnader när det gäller vilken information som kvinnor med bröstcancer får om olika alternativ rörande rekonstruktion". ...får om olika alternativ inför och efter mastektomi.

"Att senare utföra mastektomi för symmetri är liksom mastektomi pga cancer förenad med komplikationer på både kort och lång sikt, exempelvis infektion, serom, sår-läkningsproblematik och skulderdysfunktion. Indikationen för ett symmetriingrepp bör noga vägas mot den individuella risken med operation och sövning liksom mot risken för komplikationer på kort- och lång sikt." Om det sker en symmetrikorrektion av kvarvarande bröst så finns även här risker.

Korrektion genom symmetrimastektomi ska inte vara ett lättvindigt beslut att ta och enligt vår åsikt inte utföras samtidigt med en mastektomi pga av cancer. Men den ska absolut ges utan att det ska krävas en enorm övertalning från patientens sida.

Information ska ges att man bör vänta en längre tid med op av frisk sida så att det opererade strålade bröstet tagit sin slutgiltiga form/storlek. Dock ska möjligheten till korrektion nämnas inför cancermastektomi och det ska inte efter tid vara så svårt att få genomföra. De nämnda riskerna med symmetrimastektomi finns även vid symmetrikorrektion vid rekonstruktion. Bra information krävs och är grundläggande för att patienten ska kunna ta ett välgrundat beslut.

13.8.1. "Hos kvinnor som önskar rekonstruktion ger såväl direkt- som senrekonstruktion förhöjd självkänsla och förbättrad livskvalitet jämfört med enbart mastektomi [520]." ...jämfört med kvinnor där mastektomi inte var ett eget val.

13.8.2. "Vid mastektomi ska patienten alltid informeras om möjligheten till direkt- och senrekonstruktion (A–B) " ...samt estetisk platt stängning. (omformning av bröstkorgen som ska ses som ett alternativ vid mastektomi).

"Vid planerad postoperativ strålbehandling bör direktrekonstruktion med implantat eller lambå utföras med försiktighet och med noggrann information till patienten, eftersom strålbehandlingen innebär en ökad risk för kapselkontraktur, fettnekros och sämre kosmetik (B–C). " : Det viktiga här är att patienten är medveten om fördelar och risker och kan ta ett välgrundat eget beslut. Den texten bör stå även här.

13.8.2.4. Rekonstruktion med fri lambå. Viktig information till patienten är att det finns en EU-resolution om detta och där framgår att patienten har rätt att begära den här typen av rekonstruktion. Patienten ska tydligt informeras om för- och nackdelar med de olika metoderna samt vilka risker som finns.

13.9. Önskvärt att problemet med armsvullnad tas på allvar och behandlas därefter. Lymfterapeuter ska finnas på varje sjukhus med bröstkirurgi. Annars remiss till närmsta terapeut.

Synpunkter på kapitel 14:

Med tanke på hur långa väntetider flera strålbehandlingskliniker har idag, och behovet att kunna skicka patienter till andra kliniker för snabbare behandling, är det värdefullt om alla (även de utan långa väntetider) tar till sig de nya rönen ang FastForward studien. Att ge 5 fraktioner istället för 15 blir för patienten en stor skillnad i både återgång till arbete och att kunna avsluta sin behandling inom en rimlig tid

14.1. Gating: Risker för hjärt-kärlsjukdom och lungsjukdom kan vara okända. Gating borde användas som rutin för strålpatienter.

- "Hos patienter med rökanamnes är nytta-riskanalyser extra viktigt, speciellt noteras riskökningen för lungcancer efter strålbehandling (+++) (A) Rökare och före detta rökare borde alltid följas upp med en DT lungor efter avslutad strålning.

- "Strålbehandling bör starta så fort som möjligt efter kirurgin, dock tidigast 3 veckor postop på grund av sårsläkning. Varje månads fördröjning leder till en relativ riskökning för lokalt återfall på 8 %, absolut riskökning cirka 0,04–0,3 %/år i 10 år (+++) (B). Fördröjning av strålbehandling har inte visat sig öka dödligheten i bröstcancer (++"). Den här skrivningegen ger upphov till stor oro bland dem som inte får strålning efter tre veckor. Väntetider på 3 månader och mer förekommer i vissa regioner, det här måste rimligtvis lösas! All väntan som inte är medicinskt grundad är för lång för patienter. Hur många regioner kan hålla tre veckor? Om fördröjning av strål inte har ökat dödlighet eller ökat metastasering bör skrivningen ses över. Naturligtvis vill vi ha korta ledtider och möjlighet till snabbt avslut av behandling, men texten orsakar oro så som den är skriven idag. Borde inte SVF och NVPB vara överensstämmande vad gäller ledtider, vi ställer oss frågan om SVF är skrivet på vetenskapliga grunder eller rimlighetsgrunder?"

Ledtid till start av strål efter cyto står inte i sammanfattningen?

Synpunkter på kapitel 15:

15.2. Rekommendationer för män kan med fördel vara tydligare att hitta.

Antingen tas biverkningar för män med GnRH bort ur texten eller så måste motsvarande biverkningar för kvinnor nämnas.

15.2.1. Rutiner med ett informativt avslutningssamtal måste efterföljas. Information om seneffekter samt varningssignaler vid eventuella återfall ska informeras om vid avslutningssamtal

15.2.2. Patient ska informeras om risken för underlivscancer o venös tromboembolism

15.2.3.1. I jämförelsen mellan biverkningsprofilen mellan AI och Tamoxifen saknas ytterligare en känd bieffekt, nämligen depression. Enligt FASS är den för AI vanlig, dvs kan förekomma i 1/10 – 1/100 fall, medan den uppges vara sällsynt 1/1000, vid behandling med Tamoxifen

15.4.2 Sammanfattning: saknas rekommendation ang CDK4/6 hämmare adjuvant .

Synpunkter på kapitel 16:

Synpunkter på kapitel 17:

"Kronologisk ålder bör inte ligga till grund för behandlingsrekommendationer, utan styras av tumördata, biologisk ålder, samsjuklighet samt förväntad kvarvarande livslängd (++++) (A)." Kronologisk ålder ska... Således ska äldre erbjudas behandling enligt samma indikationer som yngre, enligt risk-nytta analys och samsjuklighet. Rekommendationerna kan stärkas upp med skal!

Ett synnerligen välskrivet och välkommet kapitel som behöver lyftas och tydligöras. Vi lever längre och är mer vitala än tidigare. Det måste beaktas.



17.3. Borde inte enbart kirurgi (vid mindre tumörer) vara bättre för en kvinna i hög ålder utifrån biverkansbild. Trots sövningsrisk. Endokrin behandling med dess ibland mycket svåra biverkningar inskränker betydligt på livskvalitén och möjligheten för fysisk aktivitet, vilket är otroligt viktigt i högre ålder.

17.10. Uppföljning efter behandling. Uppföljningen bör även här vara individualiserad efter patientens behov och risk för återfall. Patienten ska informeras om möjligheter till kliniska mammografiundersökningar samt ges information om svårbedömd bröstvävnad alternativt svårupptäckta tumörer/lobulär.. Vårdprogrammet bör tydligare uttrycka att screening ska erbjudas alla över 74 år med högre risk och definitivt dem som tidigare behandlats för bröstcancer. Ska vara lika över landet! Kontakt med patientorganisation kan med fördel förmedlas i samband med uppföljningen.

"Vid tumörer med större risk för återfall är det rimligt med kliniska kontroller i kombination med årliga mammografikontroller i 5 år. " Vid större risk för återfall" ska det vara mer tvingande än rimligt att få årlig screening samt klinisk kontroll.

Synpunkter på kapitel 18:

"CDK 4/6- hämmare ger tydliga och kliniskt meningsfulla tilläggseffekter avseende progressionsfri överlevnad samt överlevnadsvinst, som tillägg till letrozol (respektive fulvestrant)" . Vi reagerar på letrozol, varför står det inte ickesteroidal AI?

Synpunkter på kapitel 19:

Sammanfattning: "En andel av dessa patienter kan ha mycket lång överlevnad" Meningen är lite märklig. Behövs den?

SABR behöver en förklaring, stereotaktisk ablativ strålbehandling (SABR)

Synpunkter på kapitel 20:

Kapitlet 20:3 om behandling av östrogenbristsymtom är magert och behöver utökas. Andra biverkningar förutom svettningar, vallningar såsom stelhet, värk, humörlabilitet, sexuella besvär bör gås igenom och förslag till handläggande ges.

Synpunkter på kapitel 21:

21.4. behöver uppdateras. Även IPÖ behöver det skrivas om, kanske här under kap 21?

21.1. "Patienternas psykosociala behov är stora och uppmärksammas ofta inte av sjukvården. " "Ett flertal studier har visat att känslomässigt och socialt stöd upplevs vara den mest betydelsefulla hjälpen när man drabbas av en cancerdiagnos. " Vi vill åter göra uppmärksamma på patientföreningarna och den hjälp de kan erbjuda med sina utbildade stödpersoner och gruppträffar, möjligheten att tillgodose det psykosociala behovet och det goda i att kunna dela sin oro med någon som haft samma erfarenhet.



21.2. Vården måste i mycket större utsträckning ta sitt ansvar vad gäller patientlagens innehåll. Delaktighet innebär inte bara delaktighet i behandling utan så mycket mer. I Bröstcancerförbundets rapport från juli 2019 har undersökningen visat att man inte får tillräcklig information om t ex möjligheten till en andra medicinsk bedömning. Man ska känna till och följa Patientlagens innehåll, inte bör.

21.6.1.

Synpunkter på kapitel 22:

22.3. Kapitlet bör uppdateras. Ett mer öppet förhållningssätt gentemot KAM och KIM (som saknas här) välkomnas. Patienter idag är välinformerade kring komplementär medicin och en öppen dialog och ett öppet sinne behövs från vårdens håll. Det bör informeras om Komplementär medicin (som kan vara ett mycket bra komplement) och det bör informeras om nackdelarna med viss alternativ medicin, även i fråga om kosttillskott. Komplementär och alternativ är två olika saker. Att ändå hålla kontakt med sin patient som väljer alternativ behandling med regelbundna återbesök anser vi mycket viktigt, det ger en trygghet för patienten att kunna komma tillbaka till sin läkare utan ångest för kanske vilja revidera sin uppfattning.

Synpunkter på kapitel 23:

Synpunkter på kapitel 24:

På p 1 i Sammanfattning: Där må inte vara någon skillnad i sjukdomsfri eller total överlevnad mellan intensivuppföljning eller konventionell uppföljning men livskvalitén och svårigheten i att behandla en längre framskriden spridd bröstcancer jämfört med en spridd bc upptäckt i tidigt stadium är betydande olika.

24.1. ...den behandlade personen. (inte kvinnan)

24.3.1. Sjuhuspecialistuppföljning. Vi ställer oss fortsatt mycket tveksamma till att det generellt går att jämföra uppföljning utförd av specialistläkare resp. allmänläkare under nuvarande svenska förhållanden. De studier som refereras till är gjorda i Kanada och England och kan inte jämföras med svenska förhållanden.

Nära vård inom onkologi är ett framtidsscenario som kan bli bra. En slags certifiering blir nödvändig. En närmare dialog och bra överlämning även av rutiner och annan nödvändig information för uppföljning av primärvård är viktig.

24.3.3. "Telefonuppföljning av sjuksköterska jämfört med standarduppföljning på sjukhus ". Uppföljningssättet bör vara patientbehovsstyr, dvs läkarbesök alternativ digital kontakt/telefonkontakt .

24.5. Digitala vårdbesök bör nämnas.

Synpunkter på kapitel 25:

Synpunkter på kapitel 26:

Kvalitetsregistret ska omfatta även metastaserad bröstcancer. Det kan i det här avsnittet påpekas att recidivregister och metastasregister saknas. Vi förstår att patientöversikten kan komma att täcka detta till viss del men det är viktigt denna mindre patientgrupps utveckling av sjukdom och behandlingar följs upp på nationell nivå och att detta uppmärksammas och åtgärdas snarast. Kan man på något sätt få ett mått på bröstcancervårdens jämlikhet i NKBC?

Synpunkter på kapitel 27:

"Sedan hösten 2016 sammanställer dessutom nationellt kvalitetsregister för bröstcancer varje månad kvalitetsindikatorer ("Koll på läget") och skickar dem till bland annat verksamhetschefer. Koll på läget kan vara ett värdefullt redskap för processarbetet." IPÖ skulle tillföra ytterligare en koll på läget för verksamhetschefer och ett värdefullt redskap.

Synpunkter på kapitel 28:

Synpunkter på kapitel 29:

Synpunkter på kapitel 30:

Synpunkter på bilaga 1:

Synpunkter på bilaga 2:

Synpunkter på bilaga 3:

Synpunkter på bilaga 4:

Synpunkter på bilaga 5:

Synpunkter på bilaga 6:

Synpunkter på bilaga 7: