

Mall för remissvar för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

REMISSPERIOD: 27 JANUARI–6 MARS 2020

Tack för att ni tar er tid att medverka i framtagandet och kvalitetsgranskningen av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. För att besvara remissen använder ni er av denna svarsmodell. Ange vilket vårdförlopp kommentarerna avser. OBS! Använd en svarsmodell per vårdförlopp.

Hör efter i er organisation hur samordningen av remissvar ser ut.

Svar på remissen mailas till kunskapsstyrning-vard@skr.se senast den 6 mars 2020.

Läsanvisning inför svar på remiss

Svar på remissen skrivs i denna mall och skickas per mail till kunskapsstyrning-ward@skr.se senast den 6 mars 2020. Ange vilket vårdförlopp kommentarerna avser. OBS! Använd en svarsmall per vårdförlopp.

Bakgrund och överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stöds av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Mer information om vårdförloppen och arbetet med dem hittar du på SKR:s hemsida.

Nationella arbetsgrupper har utvecklat vårdförlopp och konsekvensbeskrivningar

Nu finns sju vårdförlopp på remiss. För varje vårdförlopp har en arbetsgrupp med representanter utsedda inom regionernas system för kunskapsstyrning utarbetat två dokument – huvuddokumentet om vårdförloppet och en konsekvensbeskrivning. Vårdförloppsdocumentet beskriver målbilden för vårdförloppet samt vilka åtgärder som ska göras och när. Konsekvensbeskrivning är gjord på en övergripande nivå och är ett stöd i arbetet med att göra en regional bedömning. Skillnader i utförande av vården skiljer sig mellan regionerna och därmed även eventuella konsekvenser av beskrivet vårdförlopp. Konsekvensbeskrivningen kan användas som underlag i regionernas arbete med både remissvar och införande av aktuellt vårdförlopp.

Stöd att förbereda införandet

Det är en fördel om regionerna påbörjar förberedelserna för vårdförloppens införande redan under remissperioden. Det ger regionledningen möjlighet till välgrundad analys och beslutsunderlag inför fastställande och ett snabbare införande i patientmötet. Som ett stöd till förberedelser av införande av vårdförloppen utvecklas stödmaterial (exempelvis informationsmaterial och checklistor). Dessa hittar du på SKR:s hemsida.

Publicering på Nationellt kliniskt kunskapsstöd

Vårdförloppen kommer att publiceras efter att de är antagna av regionernas styrgrupp inom nationellt system för kunskapsstyrning, vilket är planerat till den 17 april 2020. Publiceringen sker på Nationellt kliniskt kunskapsstöd i form av PDF-filer men ambitionen på sikt är att bättre nyttja digitala möjligheter. Arbete kommer att inledas för att synkronisera befintlig information på nationell kliniskt kunskapsstöd med vårdförloppen och göra viss målgruppsanpassning av PDF, exempelvis enkelt nå den mest vårdnära informationen.

Övergripande kommentar om uppföljning och dokumentation

I konsekvensbeskrivningarna står i första hand det som avser de specifika vårdförloppen. Nedan kommenteras nuläget för uppföljning av vårdförloppen övergripande. Ambitionen är att så snart det är möjligt kunna beskriva i vilken grad patienter får vård i enlighet med vårdförloppens rekommendationer. För att åstadkomma detta pågår arbete med en långsiktig strategi för

uppföljning av vårdförloppen. Detta kommer att ske i samverkan mellan regionerna i systemet för kunskapsstyrning.

Uppföljning av vårdförloppen på kort sikt varierar

De förslag på indikatorer som finns specificerade i syfte att följa upp vårdförloppen har inte tagit hänsyn till hur tillgången på data ser ut i dagsläget. Fokus har istället legat på vad som är önskvärt att kunna följa upp, både i det lokala vårdarbetet och nationellt. Detta medför att möjligheterna att genomföra den önskade uppföljningen varierar mellan de olika vårdförloppen. För vissa kommer uppföljning enligt indikatorerna fungera bra, i vissa är uppföljning möjlig men med bristande kvalitet, medan det för ytterligare några inte kommer vara möjligt att genomföra indikatorbaserad uppföljning på kort sikt.

På kort sikt kommer, utöver kvalitetsregister, andra datakällor och modeller för uppföljning att övervägas. Det kan exempelvis vara patientenkäter eller enkäter till verksamhetsansvariga om hur verksamheten bedrivs i förhållande till vårdförloppets rekommendationer, eller andra tidsbegränsade mätningar av olika slag.

Vårdokumentation – grund för uppföljning på lång sikt

Avsikten är att i ökad utsträckning använda vårdens kontinuerliga dokumentation för uppföljningsändamål, och härigenom minska registreringsbördan vid kvalitetsuppföljning. Under 2020 genomförs ett arbete med syfte att utifrån några av vårdförloppen analysera vad som bör dokumenteras på ett enhetligt sätt för att möjliggöra bland annat önskad uppföljning. Analysen inkluderar exempelvis frågeställningar som rör om det är lämpligt att fånga information om att en patient "ingår" i ett förlopp och hur detta i så fall görs på ett bra sätt. Eftersom denna typ av arbete pågår finns för de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen än så länge inga krav på att särskilda vårdförloppspecifika koder ska registreras likt det som infördes för standardiserade vårdförlopp för cancer.

Återkoppling på indikatorer i remissversionen får gärna vara på en övergripande nivå

Vissa indikatorer kan komma att justeras i det fortsatta arbetet, till exempel efter analys av vad som bör dokumenteras om den vård som utförs enligt vårdförloppen och på synpunkter inkomna under remissperioden. Det är därför till fördel om synpunkter på indikatorer inte främst avser de exakta specifikationerna, utan snarare fokuserar på det bredare syftet med respektive indikator – ger indikatorn önskad och värdefull kunskap om vården för den aktuella patientgruppen?

Regional samordning bör föregå uppföljning av de indikatorer som idag saknar datakälla

Arbetet med de föreslagna indikatorerna kommer som beskrivet att fortgå under 2020, vilket inkluderar frågan vad som ska följas upp nationellt eller regionalt. Regionalt arbete i syfte att följa upp indikatorer som idag saknar nationellt gemensam datakälla bör därför föregås av förankring med berörda nationella samverkansgrupper (NSG) och då främst NSG analys och uppföljning, NSG strukturerad vårdinformation samt NSG kvalitetsregister.

REMISSVAR

Ange vilket vårdförlopp svaret gäller:

Schizofreni – förstagångsinsjuknande

Ange avsändare som lämnar svaret:

Region (om applicerbart): Region Gävleborg]

Organisation: Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, Region Gävleborg

Ansvarig person, titel/roll: Göran Angergård, Hälsa- och sjukvårdsdirektör Region Gävleborg.

Remissvaret har utarbetats under ledning av Anna Sundqvist, Lokal programområdesansvarig för område Psykisk hälsa utifrån ett vårdkedjeperspektiv som inkluderat hälsa- och sjukvård, kommuner och patient-närståendeorganisationer.]

[X] Jag samtycker att mina personuppgifter, för detta ändamål, samlas in av Sveriges Kommuner och Regioner.

Uppgifterna kommer att lagras till och med december 2020. Du har rätt att när som helst ta tillbaka ditt samtycke.

Svarsmall

Du lämnar dina synpunkter på respektive avsnitt kommentaren avser. Det finns även möjlighet att vid behov avslutningsvis lämna övergripande synpunkter på det specifika vårdförloppet.

Kapitel 1: Beskrivning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 1.1 [Skriv eventuella kommentarer här]

1.1 Kapitel 1.2 [Vår bedömning är att de tänkta flöden som illustreras i det aktuella kapitlet ger en god och översiktligt bild som kan fungera som ett stöd vid exempelvis lokala GAP-analyser för att se över nuvarande strukturer och arbetsätt.

Kapitel 1.3 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 1.4 Önskvärt vore att lyfta fram insatser riktade mot livsstilsförändringar och goda levnadsvanor som en målsättning. Då man under rubriken 1 Beskrivning av personcenterart och sammanhållet vårdförloppet Schizofreni beskriver att riskfaktorer för fysisk ohälsa och sjukdom i kombination med stöd till livsstilsförändringar är en viktig del av behandlingen. Om så görs behöver preciseras i flödesschemat när det ska göras och under beskrivning av åtgärder hur och av vem.

Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2.2 Flödena är väl beskrivna och tydliga, vi saknar dock en vägledning i inledande text kring hur man bör organisera detta. Det vill säga en tydlighet kring vikten av sammanhållna processer och kontinuitet. I andra sammanhang förs resonemang om särskilda team, eller mottagningar, men eftersom detta inte är genomförbart överallt beroende på verksamheters storlek och antal nyinsjuknande så skulle det ändå kunna vara av vikt att särskilt lyfta fram behov av specialistkompetens, akut beredskap etc., till stöd för lokala prioriteringar och styrning. En annan frågeställning vi har till det aktuella kapitlet är om det bör finnas någon slags tidsangivelser avseende de olika momenten.

Kapitel 2.3 [Överlag väldigt tydligt och heltäckande avsnitt, Mycket sympatiskt med länkar till VIP och fördjupad beskrivning av åtgärder och aktiviteter

Utredning vid förstagångsinsjukande i psykos: I det inledande avsnittet nämns ej psykolog i teamet under kompetenskrav. Detsamma gäller när man klickar sig vidare till samsjuklighet och diagnos. Andre professioner såsom fysioterapeut och arbetsterapeut nämns, vilket medför att psykolog också bör nämnas. Rimligtvis borde psykologens kompetens kring semistrukturerad utredning/intervju och eventuell testning utnyttjas i ännu fler fall än de då exempelvis fysioterapeut involveras, men såklart varierar det från fall till fall vilket gör det rimligt att alla nämns.

Kanske borde man också på första sidan tydliggöra samsjuklighet och diagnos utreds med hjälp av semistrukturerad intervju. Vår bedömning är att det inte matchar detaljnivån längre ned kring de medicinska utredningarna där man nämner specifika sådana. Rimligtvis bör semistrukturerade intervju nämnas som åtminstone ett exempel på en metod som används vid utredning av samsjuklighet och specifik diagnos.

Diagnos nämns först väldigt långt ner i "trädet". Diagnosen, tillsammans med en beskrivning av allmäntillstånd, funktion, m.m. borde ju vara målet med utredningen och nu ligger det som en underdel. Medicinska undersökningar innebär ju också en viktig pusselbit när det gäller diagnosen. Vi föreslår ett ställningstagande till översyn av denna struktur.

Vårdplan: Bra att det nämns vad en vårdplan måste innehålla och vad den kan innehålla. Vi har uppfattningen att tidsramen för återbesök är på en väldigt djup detaljnivå, man bör överväga om det är att eftersträva? Vidare bör man fundera över om det finns ett värde i att separera vårdplan HV och vårdplan ÖV, då dessa ser olika ut. Omvårdnadsplanen som nämns berör väl främst patienter inom HV och vid LPT? Det vore önskvärt med ett förtydligande kring den delen.]

Kapitel 2.4 Kanhända ligger en av de största utmaningarna inom de nämnda områdena, att säkerställa delaktighet och delat beslutsfattande. Reell delaktighet ställer höga krav på alla inblandade. Glädjande att närståendes viktiga roll lyfts fram genom hela förloppet.

I de nationella riktlinjerna finns peer support med, om än med prioriteringen FOU. Viktigt att framledes utvärdera om det bör ingå som metodstöd i vårdförloppet.

I det aktuella stycket anges kontaktperson i samma mening som case manager och vård- och stödsamordnare, I kommunala verksamheter har kontaktperson en annan definition/roll varför denna formulering behöver ses över.

Kapitel 2.5 [Skriv eventuella kommentarer här] (gäller endast kritisk benischema)

Kapitel 3 Uppföljning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

1.2 Kapitel 3.1 [Indikatorer för att följa upp vård och behandling för den aktuella målgruppen kan vara en utmaning, av skäl som anges i det aktuella stycket. Ambitionsnivån är hög och det är bra att det finns både utfalls- och processmått. Några indikatorer ser vi kan vara svåra att följa i nuläget. Samtidigt planeras det för nya journalsystem som möjliggör stödjande dokumentationsmallar och automatuttag av kvalitetsindikatorer, varför man kan anta att vi kommer kunna följa upp dessa inom några få år. I ett längre perspektiv finns önskemål om att mål, mått och indikatorer tillgängliggörs på ett överskådligt sätt som möjliggör för dialog mellan aktörerna i vårdkedjan.

1.3 Kapitel 3.2 [Skulle även aktuell vårdplan kunna vara en indikator?

]

Kapitel 4: Referenser

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Ett utvecklingsområde inom arbetet med vårdförlopp som följer patientens väg genom vården är att hitta nya arbetssätt som möjliggör att så många perspektiv som möjligt från vårdkedjans olika delar kan beaktas utan att det innebär en allt för stor arbetsbelastning för små- och medelstora enheter.

Kapitel 6 Appendix (om tillämpligt)

[Skriv eventuella kommentarer här]

Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Med vård- och insatsförloppet som bakgrund eller stödmaterial blir processerna tydliga och väldefinierade. Det bör kunna vara till hjälp för prioritering och planering av både insatser och organisation av vårdkedjan lokalt.

Generella synpunkter avseende arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom nationellt system för kunskapsstyrning.

Flera av de nu remitterade vårdförloppen är redan pågående arbetssätt inom Region Gävleborg och säkert inom flertalet av landets regioner. SKS bör framledes utvärdera om det är rätt väg att gå att börja med vårdförlopp som i flera fall redan är väldefinierade vårdkedjor och har etablerade rutiner för utredning, samverkan och uppföljning. En del i det arbetet blir då att granska vad vårdförloppen tillför i förhållande till exempelvis nationella riktlinjer som redan finns framtagna för flera av de grupper som berörs av vårdförloppen.

Utifrån lärdomarna med standardiserade vårdförlopp inom cancerområdet anser Region Gävleborg också det vara av största vikt att definiera möjligheter till analys av eventuella undanträngningseffekter.

Region Gävleborg önskar en ännu tydligare standard för vårdförloppen. Detta i syfte att lätt hitta information om exempelvis inklusions- och exklusionskriterier. Dessa varierar i tydlighet mellan de sju vårdförloppen; exempelvis anges inte ålderskriterier tydligt. Likaså är inte alla vårdförlopp tidsatta, finns motivering till olikheterna? Vårdförloppen som de presenteras i remissform, är svårgreppade i praktisk klinisk verksamhet och Region Gävleborgs bestämda uppfattning är att för att få genomslag ”i verkligheten” krävs en genomgripande omarbetning, med enhetlig struktur och tydlig, mer överblickbar layout i samtliga.

I de flesta av förloppen saknas också helt försäkringsmedicinska frågor, exempelvis hänvisningar till socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd. Det anser regionen vara en brist, inte minst utifrån patientens perspektiv.

Vidare saknas en diskussion kring avsteg från vårdförloppen. Det vore en fördel om det fanns ett stöd för när så kan/bör ske och hur dessa motiveras och dokumenteras. Detta utifrån flera aspekter: exempelvis utifrån dialogen mellan vårdgivare-patient, risk för kostnadsdrivande utredningar/behandlingsmedel med tveksam patientnytta eller till och med oförenlig med en god vård i det enskilda patientfallet.

Standardiserade vårdförlopp är inte applicerbara på alla enskilda patienter med ett visst symtom och här saknar Region Gävleborg en vägledning/diskussion i konsekvensanalysen.

Slutligen upplevs tidplanen för framtagande och implementering av vårdförloppen hålla ett för högt tempo i att nå sitt mål. Region Gävleborg vill ifrågasätta om det är förenligt med en kvalitetssäkrad produkt? Hastigt framtagna vårdförlopp som ska implementeras under ett halvår riskerar framstå som ogenomtänkta hos den enskilde vårdgivaren. Utifrån forskning om implementeringsarbete ställer sig regionen frågan om det ens är önskvärt eller möjligt att implementera nya arbetssätt inom 6 månader. Den korta remisstiden gör det dessutom ytterst vanskligt att hantera remisserna utifrån ett vårdkedjeperspektiv.