

# 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](mailto: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-vard@skr.se](mailto:kunskapsstyrning-vard@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. Arbetet 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:

### Kroniskt obstruktiv lungsjukdom

Ange avsändare som lämnar svaret:

**Region** (om applicerbart): Region Gävleborg

**Organisation:** [Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Gävleborg]

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

Remissvaret har utarbetats under ledning av Anna Andersson, Lokalt programområdesansvarig Lung- och allergisjukdomar tillika processägare lungsjukdomar, Region Gävleborg

[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 Region Gävleborg anser att man som komplement till Astma- allergi- och KOL mottagningar bör belysa den digitala utvecklingen. Digitala besöksformer kan bidra till en bättre tillgänglighet för exempelvis patienter som bor utanför större städer, där stora avstånd och små enheter kan vara en utmaning.

Vi önskar poängtera att ett viktigt tillägg till den interprofessionella samverkan som krävs vid vård av patienter med KOL är kunskap om kvalificerad rådgivning för förändring av levnadsvanor.

Kapitel 1.2 Vi upplever att Region Gävleborgs arbetssätt är samstämmigt med vårdförloppet.

I patientexemplet saknas tydliggörande av patientens egen målbild kring sin livskvalitet. Verktyg i arbetet med patientens egen målbild bör förtydligas förslagsvis kan exempelvis hänvisas till material om de fyra beteendetyper som beskrivs i Flippen för primärvården (SKR 2018). Även motiverande samtal kan vara en del av de åtgärder som beskrivs i vårdförloppet, då patientgruppen KOL har ett stort behov den typen av stöd för att åstadkomma förändringar inom livsstil.

Kapitel 1.3 Ska kvalitetsregister användas inom primärvården i sin nuvarande utformning, eller är det PrimärvårdsKvalitet som ska användas för gemensam uppföljning? Vi ser svårigheter med registrering i luftvägsregistret då primärvårdens journalsystem endast har en "halvautomatiskt" överföring av data medan specialistvårdens journalsystem helt saknar överförings möjligheter.

Kapitel 1.4 Det är önskvärt att målsättningen specificeras gällande "tillgänglighet till effektiv och god vård". Viktigt att begreppet "personcentrerat" tydliggörs i målsättningen "öka patienternas delaktighet i vård och behandling".

## Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 Vi ser svårigheter att identifiera och fånga upp de patienter som inte aktivt söker vård själva på grund av luftvägssymtom, men ändå har risk för att drabbas av KOL. Region Gävleborg har möjlighet att fånga upp dessa patienter vid "Hälsosamtal för 40 åringar", men i övrigt svårt att finna patientgruppen utan symtom.

Är förloppet endast riktat till vård inom primärvård? Om misstanke om KOL identifieras på en specialistvårdsavdelning/mottagning hos en patient som är över 40 år och rökare, bör hen då remitteras till primärvården för utredning? Eller ska även specialiserade enheter bedriva personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp?

Detta vårdförlopp gäller endast vid nyinsjuknande, inget program för återinsjuknande? Vi saknar en cirkulär process inom KOL flödet.

Kapitel 2.2 Svårt att uppfatta tidsangivelsen via pilen 'inom 6veckor', studerar man textrutorna under 2.3 görs tolkningen att pilen bör sträcka sig till 'Behandlingsblock: Strukturerad patientutbildning, behandling och uppföljning (K)'.

Kapitel 2.3 Under 'Utredningsblock: Diagnosticering inklusive gradering av luftvägsobstruktion och bedömning av symtom (I); Det framgår att dietiststatus ska genomföras – Är det något särskilt instrument/ formulär som rekommenderas i första hand, eller är det upp till varje region/ verksamhet att välja? Har man övervägt möjligheten för att andra yrkesgrupper att utföra screening av nutrition?

Under 'Utredningsblock: Diagnosticering inklusive gradering av luftvägsobstruktion och bedömning av symtom (I); Hur har arbetsgruppen diskuterat kring de nya forskningsrön som finns på området som talar för att patienter bör tillfrågas om huruvida hen upplever sväljsvårigheter?

[Under 'Utredningsblock: Diagnosticering inklusive gradering av luftvägsobstruktion och bedömning av symtom (I); Det framgår att både CAT och mMRC ska användas vid bedömning av symtom. I 'Uppföljningsblock: Symtombedömning och behandlingsplan (N)' framgår att CAT och/ eller mMRC bör användas. Krävs alltid CAT och mMRC vid symtomskattning i utredningsskedet?

[Under 'Utredningsblock: Diagnosticering inklusive gradering av luftvägsobstruktion och bedömning av symtom (I)' framgår att blodgaser, lungröntgen alternativ datortomografi bör utföras vid akut försämring. Vi upplever att målgruppen behöver förtydligas. Om ovanstående undersökningar krävs vid akut försämring skulle samtliga patienter med akut försämring behöva sjukhusvård, vilket inte alltid stämmer då patienter med exacerbationer ofta omhändertas optimalt inom primärvården. Undersökningens karaktär bör vara behovsstyrt.

Under 'Behandlingsblock: Strukturerad patientutbildning, behandling och uppföljning' framgår att patienter ska få utbildning i grupp eller i individuellt – Gäller det samtliga patienter med KOL (oavsett BMI)?]

Under 'Behandlingsblock: Strukturerad patientutbildning, behandling och uppföljning' bör information om sväljning och sväljsvårigheter ingå.

Tidsangivelsen för vårdförloppet bör förtydligas. Om ett första uppföljningsbesök ska ske inom 6 veckor och en ny spirometri då ska genomföras för att mäta luftvägsobstruktion sker uppföljande spirometri i mycket nära anslutning till föregående utredningstillfälle. Patienten har då haft behandling i maximalt 4 veckor. Här bör nyttan vägas mot resursåtgången.

Kapitel 2.4 Vi önskar att man ytterligare belyser hur behandlingsplanen för KOL skall synkas med patientkontraktets olika delar vid samsjuklighet hos patienten.

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

### Kapitel 3 Uppföljning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 3.1 [Skriv eventuella kommentarer här]

1.1 Kapitel 3.2 Många indikatorer att följa, vissa med tveksamma uppföljningsmöjligheter och därmed svåra att följa.

Det saknas indikation relaterat till bedömning av nutritionsstatus. Önskemål om indikator som påvisar "Andel patienter med KOL diagnos och med ett BMI <22 som erbjudits alternativt erhållit nutritionsbehandling"

### Kapitel 4: Referenser

Vårdförloppen bör hänvisa till Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS). I FYSS finns specifika diagnosrekommendationer kring fysisk aktivitet.

]

## Kapitel 5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

[Skriv eventuella kommentarer här]

## Kapitel 6 Appendix (om tillämpligt)

[Skriv eventuella kommentarer här]

## Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Vårdförloppet upplevs vara ambitiöst och resursdrivande. Primärvården har idag begränsade möjligheter att tillgodose behoven i vårdförloppet utan utökade resurser alternativt minskat uppdrag inom andra områden. Generellt sett är det svårt med "subspecialisering" inom primärvården då kraft behöver riktas mot att rekrytera och bibehålla det allmänmedicinska generalistperspektivet. Denna patientgrupp behöver troligtvis en fast läkarkontakt i hög omfattning eftersom många har en samsjuklighet. Fast vårdkontakt för de som är i stadie 3-4 är också en viktig funktion för nämnda grupp. Kontinuitet och team med inkludering av patienterna är viktiga incitament för en god och effektiv primärvård.

Arbetet med rökavvänjning ger många samhällsvinster och kräver kanske nya arbetssätt. Kanske behövs "nya" kompetenser inom vården, Hälso- och sjukvård etc. En reflektion värdig att göra är att huruvida det finns någon motsättning mellan en fullt ut personcentrerad vård och dessa tydliga, diagnosrelaterade vårdförlopp.

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/behandlingsmed åtgärder 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 symptom 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.