

# 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:

### RA Reumatoid artrit

Ange avsändare som lämnar svaret:

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

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

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

Remissvaret har utarbetats under ledning av Annika Hillgren Mattsson, Lokalt programområdesansvarig Reumatiska sjukdomar]

[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]

Kapitel 1.2 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 1.3 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 1.4 [Skriv eventuella kommentarer här]

## Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2.2 Region Gävleborg vill belysa vikten av att inte planera in fler fysiska besök än nödvändigt, då det medför en ökad risk för undanträngningseffekter. Vi anser det klokare att ge patienten möjligheter till andra lösningar, som självrapportering av mående och sjukdomsaktivitet. Exempelvis via digitala lösningar som möjliggör för patienten att rapportera in sitt för tillfället aktuella behov till Hälso- och sjukvården.

**1.1 Kapitel 2.3 A:** Vi önskar förtydliga att det är av vikt att remiss till reumatolog innehåller information om aktuella läkemedel, eventuell hereditet för reumatiska sjukdomar, morgonstelhet, nuvarande sjukdomar, Lab prover: SR/CRP, LPK, Hb, Tpk. (Viktigast med CRP/SR) samt eventuell psoriasis anamnes.

**D:** Om återremiss till primärvården så bör specialistvården arbeta konsultativt med att beskriva vad man gjort och kommit fram till i utredningen samt ge förslag till fortsatt utredning, för att underlätta fortsatt handläggningen inom primärvården.

**E:** U-sticka bör tas.

Endast röntgen om befogat, ej på alla i detta läge.

**H:** Tydliggör att förloppet avslutas.

**J:** Förtydliga att förloppet avslutas. Patienten får information om vikten av hälsosamma levnadsvanor och om prognos. Vid eventuell återremittering/remissvar till primärvård skall sammanfattas vårdförlopp, utredningsresultat och eventuella ordinationer samt att brådskande återremiss önskas om patienten debuterar med svullna leder och samma information skall delges patienten muntligt och skriftligt.

**K:** Vad som avses med arbetsförmågebedömning bör förtydligas. Det kan vara svårt att ta genomföra en fullständig arbetsförmågebedömning vid de första besöken. Dock ska ett ställningstagande till behov av sjukskrivning och sjukskrivningsgrad göras.

Patienten bör erbjudas information kring sjukdomen, vilket medför att patienten har möjlighet att aktivt delta i dialog kring sjukdomen, behandling och levnadsvanor.

**L:** Återbesök är inte alltid relevant redan efter 1 månad för patienter med hög aktivitet, då behandlingen förväntas nå effekt först efter 2-3 månader. Eventuell steroidbehandling (Prednisolon) kan justeras via telefon eller digitalt.

Vi föreslår besök vid månad 3.

Övrig uppföljning sker efter patientens behov vilket kan ske t.ex. digitalt, via telefon eller besök, ej färdiga mätpunkter som det står nu, 6 månader och 1 år.

**O-P.** Ok.

**S:** Det krävs ett tydliggörande kring hur arbetsförmågebedömning ska ske och när i förhållande till bland annat sjukskrivningsprocess.

Uppföljningen bör inkludera flera delar av teamet (fysioterapeut/arbetsterapeut) då de också kan fånga upp HAQ mer än 1 eller VAS över 40, så kan de intensifiera träningen direkt.

**T:** 6 månader och 12 månader uppföljning efter patientens behov. Slå ihop T och U. Osteoporosbehandling bör sättas redan när kortisonbehandling startar.

**U:** Röntgen av händer och fötter ska ske endast om status inger misstanke om strukturella förändringar föreligger.

Basal kardiovaskulärscreening bör ske i detta skede, då patient är under behandling.

**2.4** Bra med tydlighet men det får inte leda till en omfattande arbetsbörda.

Kapitel 2.4 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2.5 (gäller endast kritisk ben ischemi)

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

Kapitel 3.1 DAS28 ok.

VAS smärta under <20 är ett mycket högt uppsatt mål, patienterna har ibland inte bara RA smärta, de kan även föreligga annan genes till smärtan.

Viktigt med definitionen för vilka patienter som ingår i vårdförloppet, inklusionskriterier, och när de ska utgå ur förloppet. Om det inte är tydligt finns utrymme för egna tolkningar och data blir inte jämförbara.

Många osäkra indikatorer som inte går att mäta idag.

Kapitel 3.2 Angående kardiovaskulär screening så bör man vara observant på att det vid samsjuklighet redan kan vara utfört via primärvård eller inom annan del av specialistvården. Sammanhållen information bör hämtas via NPÖ.

## Kapitel 4: Referenser

[Skriv eventuella kommentarer här]

## 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

Det är önskvärt att man i arbetet med vårdförloppet tar höjd för möjligheterna till ökad digitalisering, ökat egenansvar hos patient, taskshifting etc. i syfte att öka möjligheterna till utveckling av en personcentrerad vård. Något som skulle gynna alla parter och kanske framförallt patienter som befinner sig utanför storstadsområden där små enheter och stora avstånd kan medföra utmaningar.

Flera av de nu remitterade vårdförloppen är redan pågående arbets sätt 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/behandlingsåtgärder 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.