

# 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 svars mall. Ange vilket vårdförlopp kommentarerna avser. OBS! Använd en svars mall 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:

### Sepsis

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 Infektionssjukdomar, 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

Kapitel 1.2 [

Kapitel 1.3 [Vad är välgrundad misstanke?

Kapitel 1.4 [Skriv eventuella kommentarer här]

## Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 Inklusionskriterier som exempelvis ålder bör definieras mer noggrant. På sikt är det viktigt att förloppet kompletteras med ett vårdförlopp sepsis barn.

Kapitel 2.2

Kapitel 2.3 A och B är beroende på om behandlingsbegränsning och vilken typ av sådan tagits. Kan **eventuell sjukhusvistelse undvikas för vissa patienter (tex terminalvård i hemmet).**

**C-D:** Ok

**E-F;** Avlämnande och mottagande avdelning ska göra NEWS2 kontroller, därefter enligt rutin.

Mental beredskap för upptrappning av åtgärder och vårdnivå.

Under F: "fortsätt enligt flödesschema **D**" ändra till **G**.

**G:** Sepsislarm – tydliggör vad det innebär och beakta organisationen på mindre sjukhus. På mindre sjukhus finns inte alltid till infektionsläkare på plats, men infektionsläkare finns istället tillgänglig via telefon.

Flytta blodprovstagningen och blododling hit från **K** eller till **H**.

**H:** Svårt för länssjukhus och mindre enheter att inkludera specialistläkare i bedömningen. Utmanar många bemanningsmodeller där övergången till att nå legitimerad kompetens har varit utmanande i sig.

**I:** Ok

**K:** Flera prover ska redan ha tagits här, förutom LP och eventuell röntgen. Viss behandling har redan givits (**G**), man bör istället skriva ställningstagande till fortsatt behandling.

**I-M:** Ok

**N:** Intermediärvård finns ej på alla sjukhus. Bör tas beslut om vart patienten ska vårdas om behov av högre vårdnivå och intermediär inte finns. Behov av transport och hur?

**O:** SOFA upplevs vara för komplicerat och ej användarvänligt, och är dessutom inte implementerat på alla sjukhus. Eventuellt kan detta användas under IVA perioden, men vi ser svårigheter att det i dagsläget kan fungera som ett alternativ på vårdavdelning och akutmottagning. Viktigt utvecklingsområde för de nya digitala vårdstödssystemen, med en automatisk uträkning ur journalen.

**P-Q:** ok

**R-S;** Vår bedömning är att det finns en risk för undanträngningseffekter för andra patientgrupper om alla sepsispatienter ska passera via infektionsenheterna. Ett önskemål är att man överväger om det är rimligt att alla patienter som vårdads enligt vårdförloppet ska följas upp vid två tillfällen, eller om det möjligtvis är så att alla skall följas upp vid ett tillfälle och uppföljningstillfälle två ska förbehållas de som har varit svårast sjuka, de med sepsischock och svår sjukdom.

EQ-5D bör skickas ut till patienten innan uppföljningen.

Kapitel 2.4 [Skriv eventuella kommentarer här]

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

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

Kapitel 3.1 Indikatorbaserad uppföljning är värdefull, dock bör antalet indikatorer begränsas ytterligare. Det är väsentligt att alla huvudmän redovisar indikatorer på jämförbart sätt, förslagsvis via uttag från journalsystem.

Kapitel 3.2 Data följs i dagläget via infektionsregistret, men inte på alla enheter. Viktigt att följa dessa parametrar.

## Kapitel 4: Referenser

[Skriv eventuella kommentarer här]

## Kapitel 5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Representationen av länssjukhus/mindre sjukhus i NAG Vårdförlopp Sepsis har inte varit tillräckligt stor och därmed riskerar man att förlorar perspektiven från små och medelstora enheter, vilket i sin tur kan medföra att vårdförloppet inte blir applicerbart nationellt. Ett allt för stort fokus utgår från den vård som ges vid universitetssjukhus/större sjukhus.

Ett tydligare fokus på tidig upptäckt och snabb behandling även utanför slutenvården hade varit att fördra. Idag bedrivs allt mer vård i primärvård inkluderat kommunal hälso- och sjukvård. Ett gott stöd till professionerna som befinner sig långt ut i vårdkedjan att snabbt upptäcka och behandla sepsissymtom bör beaktas i vårdförloppet.

## Kapitel 6 Appendix (om tillämpligt)

[Skriv eventuella kommentarer här]

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

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/behandlingsmedtveksam 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.