

# 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:

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA

### 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 utifrån ett vårdkedjeperspektiv, under ledning av Annika Hillgren Mattsson, Lokalt programområdesansvarig Neurologiska 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 Symtom vid stroke enligt utmaning 1 inkluderar yrsel och svindel samt försämrad balans vilket är väldigt ospecifika symtom och innebär att specificiteten blir låg och många patienter i onödan kommer att inkluderas i vårdförloppet. Då det saknas ett strukturerat bedömningsstöd för inklusion i vårdförloppet. Viktigt med god kontinuitet av utbildning dels på grund av den bemanningssituation som många har idag där inhyrd personal är vanlig men vi ser också att kompetensen hos 1177 behöver öka

Kapitel 1.3 Förvirring och yrsel är mycket specifika symtom som kan bero på stroke/TIA men ofta på något helt annat. Här behöver man ett strukturerat bedömningsstöd för inklusion så inte strokeflödet domineras av andra diagnoser om specificiteten blir för låg.

Varför utgår patienter ur strokeflödet vid flytt till neurokirurgisk avdelning eller neurointensivvård? Det rör sig ju i flera fall om en delbehandling i den längre

strokeprocessen och det framkommer i nästföljande mening, ”men återförs vid behov efter behandling för rehabilitering vid strokeenhet”

Vidare bedömer vi att det är av vikt att man definierar en ”Rädda Hjärnan –start”. Door-to-needle använder sig vanligen av ankomsttiden till sjukhus, det blir fel om Rädda Hjärnan aktiveras på akutmottagningen eller i samband med nyinsjuknande på vårdavdelning.

Kapitel 1.4 Vi instämmer i den övergripande målbilden. En mycket viktig del är information till allmänheten som strokekampanjen etcetera. Om patienten söker vård 60 minuter tidigare vinner man mer än att ha pressat ner tiden från ankomst till sjukhus och start av reperfusionsterapi med 10 minuter.

## Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 Varför har man valt 16 år som åldersgräns för inklusion, hur är detta tänkt logistiskt med barn- och vuxenmedicin?

Vi ställer oss också frågan varför patienten utgår ur strokeflödet vid flytt till neurokirurgisk avdelning eller neurointensivvård? Det rör sig ju i flera fall om en delbehandling i den längre strokeprocessen och det framkommer i nästföljande mening ”men återförs vid behov efter behandling för rehabilitering vid strokeenhet”.

Kapitel 2.2 Det finns exempel på patienter med strokesymtom som själva tagit sig till akuten utan föregående kontakt med vården och upplever att de inte får det snabba omhändertagandet som beskrivs utan kan få sitta länge i väntrummet och vänta på sin tur därför av stor vikt att rätt anamnes tas så att de hamnar i rätt flöde snabbt.

Kapitel 2.3 Utredningsblock, E. Flertalet av dessa punkter beroende på transportavstånd bör ha kunnat göras innan ankomst till sjukhus (säkra intravenös infart, screening vitala funktioner, överkänslighet, efterfråga antikoagulantia och metformin, viss anamnes).

Utredningsblock G, DWA-MR ett alternativ, eventuellt med tillägget om tillgänglighet finns på aktuellt sjukhus eller tänker man sig att dessa patienter skyndsamt skall flyttas till ett annat sjukhus med tillgänglighet?

Beslut val av vårdnivå P, vid misstänkt/verifierad stroke eller TIA bör vårdas eventuellt ändra till ska? Om intensivvårdsavdelning. Akut stroke med sviktande vitala funktioner samt övervakning och behandlingsbehov som inte kan tillfredsställas på strokeenhet.

Behandling Q, efter 21 dagar med klopidogrel och ASA, därefter enkel trombocythämning. Medicinsk utredning S, precisera vad som ingår i koagulationsstatus?

Utredningsblock: Funktions- och aktivitetsförmåga T, Saknas bedömning av synförmåga och synrehabilitering vid exempelvis synfältsbortfall, dubbelseende, nedsatt synskärpa, svårt att uppfatta kontraster, färgseende etc.

Under rubriken riskbedömning: Fall/fallskada bör vara en egen punkt, överväg om det bör adresseras under fler punkter som rörelse- och förflyttningsförmåga samt förmåga att klara vardagliga aktiviteter.

Under rubriken sväljförmåga bör sittställning och kognitiv förmåga beaktas som parametrar. Ställningstagande behöver ske till behov av anpassad kost, enteral nutrition, parenteral nutrition eller total parenteral nutrition om enteral nutrition ej är möjlig.

Under rubriken nutrition, förtydliga att dietist bör kontaktas vid dysfagi och risk för undernäring för bedömning av energi- och näringsbehov.

Under rubriken kognition bör man överväga om det är realistiskt att de bedömningar som beskrivs ska hinna göras under vårdtiden som idag kan vara så kort som 2-3 dagar. Det är också värt att notera att små och medelstora sjukhus många gånger saknar tillgång till neuropsykolog, något som bör beaktas i utformningen av vårdförloppet.

Under rubriken förmåga att klara vardagliga aktiviteter. Förslår vi en ändring av texten enligt följande: Utförandanalys av för patienten relevanta aktiviteter, hur kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar påverkar görandet. Vi vill också poängtera behovet av att genomföra en riskbedömning i aktivitetsutförande.

Behandlingsblock U, syrgasbehandling vid syresaturation <95%, behöver preciseras duration, rimligt hos kroniskt lungsjuka med risk för hyperkapni?

Behandlingsblock X, Under Sväljförmåga: Viktigt att även här ta ställning till om sjukhustandläkare finns att tillgå på alla strokeenheter och om behovet föreligger just under vårtiden på strokeenheten. Punkten regelbunden utvärdering av kostanpassning bör omformuleras till att omfatta både regelbunden utvärdering av sväljförmåga och kostanpassning. Vi anser det önskvärt att i vårdförloppet stärka teamarbetet och omvårdnadsperspektivet kring behandling/kompensatoriska strategier vid exempelvis sväljsvårigheter så att det exempelvis omfattar parametrar som sittställning och kognitiv förmåga.

Under Nutrition, Viktigt att klargöra ansvar för bedömning av risk för undernäring.  
Under Tal, språk och kommunikation, Intensiv språklig rehabilitering utförs förslagsvis inte i superakut eller akut fas (=under de första 7 dagarna). Det är mera optimalt att påbörja intensiva insatser i tidig subakut fas då neuroplasticiteten är som störst.  
Under Rörelse- och förflyttningsförmåga, i mån av att evidens finns föreslås att även ett förbyggande perspektiv lyfts in rörande exempelvis handsvullnad och skuldersmärta.  
Under Vardagliga aktiviteter, föreslås att texten i första punkten formuleras om så att innebörden blir uppgiftsspecifik aktivitetsträning enligt patientens målsättning bör erbjudas.

Information om funktions- och aktivitetsförmåga Z,

Beslut Å, Ytterligare definition av ”yngre patient” och ”komplicerad stroke” krävs.

Kapitel 2.4 Sekundärprevention i form av fysisk aktiviteter behöver sättas in tidigt och följas upp kontinuerligt. Hänvisning bör ske till fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS), där finns rekommendationer om fysisk aktivitet för personer som haft stroke. Vidare kan patienterna ha behov av stöd i förändring av hälsosamma levnadsvanor.

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

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

Kapitel 3.1 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 3.2 Tidpunkt för insättning bör definieras under mät punkt  
Antikoagulantibehandling vid Förmaksflimmer både vid TIA och Stroke, samt att det mäts vid utskrivning. Ibland sker insättning polikliniskt på grund av korta vårdtider.

## 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 saknas ett strukturerat bedömningsstöd för inklusion i vårdförloppet, vilket är ett måste för ett sammanhållet vårdförlopp.

Det saknas etiska aspekter runt eventuell inklusion av patienter med exempelvis terminal eller svår kronisk sjukdom.

När man i vårdförloppet slår fast var i vårdkedjan en insats ska ske och av vem, är det viktigt att beakta att lokala förutsättningar varierar och att alla variationer med automatik inte medför en försämrad kvalitet för patienten.

Flera av de nu remitterade vårdförloppen är redan pågående arbetsätt 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 att 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 problematiskt att hantera remisserna utifrån ett vårdkedjeperspektiv.