

## Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Schizofreni, fortsatt vård och stöd

Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland har valt att yttra sig gemensamt inom ramen för samverkan inom den Sydöstra sjukvårdsregionen. Beredningen av ärendet och en övergripande analys av systemeffekter har skett med stöd av regionala programområden och regionala samverkansgrupper.

### Ange RPO/RSG som är svarande:

RPO Endokrina sjukdomar  
RPO Hälsöfrämjande  
RPO Primärvård  
RPO Psykisk hälsa – se separat dokument  
RPO Tandvård  
RPO Äldres hälsa  
RPO Öron-, näsa- och halssjukdomar  
RSG Metodrådet  
RSG Patientsäkerhet  
RSG Standardisering  
RSG Strukturerad vårdinformation  
RSG Uppföljning och analys  
RSG Upphandling

**Ovan anges att RPO psykisk hälsas skickas med som separat dokument.** Anledningen till detta är att deras remissvar på vårdförloppets sakinhåll är gediget genomarbetat och förankrat med berörda parter oavsett huvudman. Sydöstra sjukvårdsregionen stödjer detta arbetssätt och de synpunkter på sakinhåll som de valt att lyfta i sitt svar.

RPO psykisk hälsas svar har genom detta arbetssätt även angett de konsekvenser och förslag till ändring inom och utanför den egna organisationen. I dessa delar reserverar sig sydöstra sjukvårdsregionen och låter de konsekvenserna och förslagen fortsatt hanteras inom ramen för respektive huvudmans plan- och budgetprocess.

### 1. Beskrivning av vårdförlopp

#### RSG strukturerad vårdinformation

Ur sammanfattningen: ..."ska erbjudas fortsatta insatser i verksamhet med särskilt uppdrag upp till tre till fem år efter första insjuknandet oavsett sjukdomsgrad. "Vad blir "upp till tre till fem år efter"? Ett förtydligande skulle underlätta uppföljning.

#### RPO metodrådet

Vårdförloppets innehåll, dess delar och helhet belyses väl i dokumentet vårdförlopp Schizofreni – fortsatt vård och stöd.

Beskrivningen framstår dock mer som en önskelista på ökade personella och andra resurser, speciellt inom primärvården, än som evidensmotiverat underlag för beslutsfattare på olika nivåer inom sjukvården.

Det som vi anser saknas är:

1. Ett huvudsyfte med de nationella sammanhållna vårdförloppen i ett svenskt nationellt perspektiv är att skapa jämlik vård i hela landet. Rapporten behöver därför i betydligt större utsträckning än i ursprungsversionen använda nationella databaser och register för att redovisa
  - a. Regional och sjukvårdsregional prevalens av de tillstånd som vårdförloppet omfattar
  - b. Regional och sjukvårdsregional statistik över väntetider och andra mått på tillgång till den vård inom vårdförloppets område som står invånarna till buds.
  - c. Redovisning av utfallet i de relevanta kvalitetsmått som finns inom området i Sverige.
2. Utökade hänvisningar till ursprungliga vetenskapliga studier som visar att de föreslagna åtgärderna medför bättre resultat i patientledet och bättre hälsoekonomiska utfall än de arbetsätt som nu är aktuella i Sveriges Regioner och Sjukvårdsregioner.
3. Beräkningen av de ökade kostnaderna i samband med införandet av vårdförloppet är ambitiöst gjord, men det saknas kvantitativ redovisning av de effekter som insatserna förväntas leda till t ex genom färre återfall och vårdbesök, större arbetsförmåga etc. och hur dessa effekter förväntas leda till minskade kostnader för samhället.

## 1.1 Om schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

## 1.2 Omfattning

## 1.3 Vårdförloppets mål

## 1.4 Ingång och utgång

### **RSG strukturerad vårdinformation**

"Vårdförloppet är aktuellt för individer som...

- har etablerad kontakt med vård och omsorg
- har haft sin första årsuppföljning enligt vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande
- har tappat sin kontakt med vård och omsorg. "

Ska individerna uppfylla alla dessa punkter, eller räcker det med en av dem?

Punkt 1 och 2 verkar hänga ihop enligt flödesschemat, men det framgår inte här. Tredje punkten är en egen ingång. Vi föreslår att använda samma formuleringar som i flödesschemat.

Utgång: Vad menas med att diagnosen "avskrivs"?

### **RPO Äldres hälsa**

"Utgång ur påbörjat vårdförlopp sker i de fallen:

- diagnos schizofreni och schizofreniliknande tillstånd avskrivs och individen erbjuds vård och stöd utifrån sina behov, utanför detta vårdförlopp"

Skulle det kunna vara om man får plats på särskilt boende för äldre tex? Om så är fallet behöver det tydliggöras hur fortsatt en kompetens finnas tillgänglig.

## 1.5 Flödesschema för vårdförloppet

### **RSG strukturerad vårdinformation**

Vad innebär ”etablerad/pågående kontakt”? Pågående vårdkontakt, dvs. inneliggande patient? Eller att patienten haft kontakt vid diagnos och har en vårdplan som ska följas upp? Dvs. har någon planerad vårdkontakt?

Vad innebär ”grå ruta-notationen”? Den är svårtolkad.

Kan en patient med pågående kontakt aldrig ha direkt behov av akuta insatser? Så tolkar vi flödesschemat.

Detta ska visa ett flöde, men flödet beskrivs på annat sätt här än i åtgärdstabellen, dvs. A--> B (vilket inte framgår av flödesschemat där ingen pil finns från A till B) --> vidare, och först därefter kommer man till övriga insatser. Förvirrande.

Det är väldigt mycket text i den grå rutan. Flödet skulle bli mer överskådligt med mindre mängd text.

B kan ju inte gå till AB eftersom den säger samma sak. Däremot bör "ja-fallet" från både B och AB mötas och gå vidare till insatser i öppen resp slutna vård.

## 1.6 Vårdförloppets insatser

### **RSG strukturerad vårdinformation**

(B) "Ja: Fortsätt till (AB) " - AB finns inte i tabellen.

Var i flödet kommer rehabiliteringsplan in? Ingår det alltid i vård- och insatsplanen? Eller är hela vård- och insatsplanen att se som en rehabiliteringsplan? Detta behöver framgå.

## 1.7 Personcentrering och patientkontrakt

## 2. Uppföljning av vårdförlopp

### 2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

#### **RSG uppföljning och analys**

Uppföljningen av vårdförloppet planeras ske med hjälp av sammanlagt 16 indikatorer (7 resultatmått och 9 processmått) som hämtas från olika datakällor, främst från kvalitetsregistret PsykosR men även från Socialstyrelsens hälsodataregister och läkemedelsregister. För några av de föreslagna indikatorerna saknas idag nationell källa och ytterligare ett par indikatorer ska utvecklas genom journalgranskning. I beskrivningen av vårdförloppet anges att datakvaliteten är låg för många av de planerade indikatorerna varför dessa ska ses som preliminära.

Kvalitetsregistret PsykosR som är den huvudsakliga datakällan hade enligt Socialstyrelsens senaste rapport 2020 en täckningsgrad om 19,2 procent, vilket får anses som mycket lågt. För att PsykosR ska kunna vara användbart i ett nationellt vårdförlopp krävs en stor satsning på utbyggnad av registret. Indikatorerna med källa Socialstyrelsen bör kunna hämtas direkt från något av registren eller genom samkörning av flera register. Det finns dock vissa uppgifter i registren som är av tveksam kvalitet, t ex kring tvångsvård. Därför bör indikatorn ”Andel individer med diagnos (F20-F29.9) som vårdats enligt LPT senaste året” tolkas med försiktighet.

Någon enskilda av indikatorer kan möjligen fångas genom regionernas vårdinformationssystem, genom selektion av diagnos- och åtgärds-koder. För de flesta indikatorerna finns dock inte önskad information att tillgå på detta sätt.

## 2.2 Preliminära indikatorer för uppföljning

### **RSG strukturerad vårdinformation**

Det var väldigt många, och många av dem otydliga, indikatorer i denna lista.

I de fall där man pekar ut bedömningsinstrument - tydliggör även i motsvarande steg i åtgärdsstabellen att det instrumentet ska användas där.

Konstigt att beskriva en indikator på detta sätt: "Indikator baserad på potentiell PREM Jag känner att jag kan få hjälp av vården när jag behöver det" Saknar "andel...som" av vilken patientgrupp?

Det är inte önskvärt att ha "journalgranskning" som källa. Det finns inte resurser att journalgranska för att svara på indikatorer. Det som ska följas måste kunna struktureras i patientens journal på ett sådant sätt att det går att ta ut data på.

Indikator nr 2, 5, 6: "Under tidsperioden" – vilken tidsperiod avses?

"Tid från beslut om insats till start av insats" – vilken insats avses?

### **RPO hälsofrämjande**

BMI följs upp – vore intressant med uppföljning av även andra levnadsvanor – fysisk aktivitet, alkohol och tobak.

## 3. Bakgrund till vårdförlopp

### 3.1 Nulägesbeskrivning utifrån ett individperspektiv

### 3.2 Kompletterande kunskapsstöd

#### **RPO metoderådet**

Saknas hänvisningar till de viktigaste ursprungliga patientstudierna som rapporten bygger på. Acetunos och medarbetares systematiska översikt (Acetuno, Vera et al. 2019) som vårdförloppet och konsekvensbeskrivningen refererar till är närmast översvallande positiv till kostnadseffektiviteten av tidiga interventioner. Deras slutsatser stöds t ex av McCrone och medarbetare (McCrone, Craig et al. 2010) men står i skarp kontrast till motsvarande mer kritiska översikter inom området (Amos 2012, Amos 2019).

Vårdförloppet och konsekvensbeskrivningen skulle vinna i tillförlitlighet ifall den innehöll kritisk, men balanserad, analys av originalstudier för och emot åtgärderna i det aktuella förslaget till vårdförlopp.

### 3.3 Arbetsprocess

## 4. Referenser

Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

### **RSG strukturerad vårdinformation**

2.5. Saknar en punkt som rör vårdinformationshantering. Nu står det bara "IT-system Kostnader i form av tid för tekniker för att möjliggöra direktöverföring från journalsystem till nationella kvalitetsregistret PsykosR." Det kräver dessutom en stor omställning i vårdverksamheterna med tillhörande förändringsledning och informatiskt arbete för att hitta lämpliga dokumentationsstrukturer och få verksamheterna att börja använda dem.

### **RPO metodrådet**

Konsekvensbeskrivningen förutsätter att finansiering kommer att finnas i samtliga Sveriges regioner för att genomföra vårdförloppet i sin helhet. Sannolikt kommer Regioner och Sjukvårdsregioner att behöva fortsätta att prioritera mellan olika nationella vårdförlopp inom befintliga ekonomiska ramar. I konsekvensbeskrivningen saknas viktiga resultat som visar t ex vilken förbättring i livskvalitet, arbetsförmåga etc. som gör det möjligt att jämföra insatsernas värde jämfört med kostnader i relation till andra sjukdomar och vårdförlopp som också har starka argument för utökad finansiering.

Mycket i konsekvensbeskrivningen är bra beskrivet. Samtidigt är det svårt att bedöma konsekvenser av ett vårdförlopp som täcker så lång tid, så många aktörer och olika nivåer av vård såsom detta. Det gör att beskrivningen tyvärr blir lite väl övergripande och därmed inte sätter tillräcklig tyngd vid aspekter såsom risk för undanträngning och organisatoriska och ekonomiska utmaningar. På flera platser beskrivs att kostnaderna initialt kommer att öka, och det visar även den hälsoekonomiska beräkningen. Eftersom regionerna förväntar sig att vårdförloppen ska vara kostnadsneutrala innebär detta betydande utmaningar och risker. Ni skriver själva att detta innebär risk att vårdförloppet inte implementeras fullt ut och att undanträngningseffekter kan uppstå. Samtidigt skriver ni att den totala kostnaden inte bedöms öka på sikt och att värdet av ökad livskvalitet bedöms bidra till kostnadseffektiva vårdförlopp. Det kan nog stämma på en långsiktig och samhällsövergripande nivå, men det ställer ytterst stora utmaningar på flera aktörer. Den hälsoekonomiska analysen är som sagt grundligt utförd och påvisar ökade kostnader på flera olika nivåer.

### Övergripande eller övriga synpunkter på vårdförloppet

**Sydöstra sjukvårdsregionen** vill skicka med att vårdförlopp som kräver utökade personella insatser i ett läge med utmanande kompetensförsörjning och uppdämda vårdbehov kommer att ta betydande tid att införa fullt ut. Ett övergripande önskemål på förloppen är att de i ännu högre utsträckning fokuserade på hur vi kan använda befintlig personal mer effektivt.

### **RPO tandvård**

Omfattande brister i munhälsa och tandvård föreligger inte sällan hos personer med omfattande psykiatriska frågeställningar såsom vid schizofreni. Detta kommer att kunna vara stigmatiserande för personen och påverka vardagslivet och möjligheter till social interaktion. Därför bör munhälsa och tandvård uppmärksammas i den fortsatta vården och stödet för personkretsen.

### **RPO metodrådet**

Konsekvenserna av undanträngningseffekterna av införandet av vårdförloppet borde kunna analyseras mer nyanserat.

### **RPO Äldres hälsa**

Behöver tydliggöras om sjuk-klassificeringen (lindrig, måttlig, påtaglig) gäller oavsett ålder. Man kan lätt få uppfattningen att det gäller yngre personer, man skriver tex om studier, arbete och sjukskrivning på flera ställen.

Positivt med skrivningar som ”att ta hänsyn till situation, ålder och riskfaktorer” under läkemedel tex.

Gäller årliga uppföljningar livet ut? Vem tar i så fall över- om man ska fasa ut? Och vilket kunskapsstöd finns då?

### **RPO metodrådet**

Vårdförloppet hänvisar i huvudsak till ”Kunskapsguiden.se” som beskriver sig själv på följande sätt:

”Kunskapsguiden är en webbplats som samlar kunskapsstödande produkter från Socialstyrelsen, andra myndigheter och aktörer. Här hittar du som arbetar inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården stöd och vägledning för dig och din verksamhet.

Kunskapsguiden samlar publikationer, webbutbildningar, poddar, filmer, checklistor och andra kunskapsstödande produkter för dig som arbetar inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården.

Innehållet på Kunskapsguiden bygger på bästa tillgängliga kunskap som kommer från Socialstyrelsen och andra myndigheter och aktörer. Innehållet är kostnadsfritt och öppet för alla.”

De aktuella vårdförloppen har till syfte att förbättra hälsan och ge optimala sjukvårdsinsatser för den svenska befolkningen. För att bedöma i vilken mån de föreslagna vårdförloppen är effektiva och kostnadseffektiva krävs information om vilken vetenskaplig evidens förslagen bygger på. Varken kunskapsguiden eller det aktuella vårdförloppet redovisar vilka vetenskapliga studier förslagen bygger på och gör inte skillnad på allmänt hållna råd och på råd byggda på vetenskapliga studier med effektmått och hälsoekonomiska beräkningar.

Det vore ytterst olyckligt om patienter med psykiatriska sjukdomar, i synnerhet de med långvarig schizofreni, skulle fortsätta att få stå kraftigt tillbaka för patienter med andra sjukdomstillstånd med bättre studier av behandlingseffekter och hälsoekonomiska effekter.