

Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp - Knäledsartros

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.

RPO Endokrina sjukdomar
RPO Hälsofrämjande
RPO Medicinsk diagnostik
RPO Primärvård
RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
RPO Äldres hälsa
RPO Öron-, näsa- och halssjukdomar
RSG Metodrådet
RSG Patientsäkerhet
RSG Standardisering
RSG Strukturerad vårdinformation
RSG Uppföljning och analys

1. Beskrivning av vårdförlopp

RPO Äldres hälsa

Inga formuleringar som skulle riskera att exkludera personer tex pga. hög ålder, men heller inte nämnt som en faktor att ta hänsyn till. Skulle man ev. överväga det utan att exkludera personer pga. ålder?

1.1 Om knäledsartros

1.2 Omfattning

Som för andra vårdförlopp blir det svårt när man delar upp vårdförloppet i olika steg. Det kan innebära förändringar i vårdinformationshanteringen för steg 1 när steg 2 kommer. Det påverkar verksamhetens informations- och utbildningsinsatser.

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Vad innebär det att uppleva en acceptabel funktions- och smärtsituation och har en fungerande egenvård? Finns någon tidsaspekt? Exempelvis om patienten aldrig uppnår en acceptabel smärtsituation och remiss till ortoped är inte aktuell, försvinner patienten aldrig ur vårdförloppet? Detta skulle i sådana fall innebära en större förändring jämfört med sättet som vi jobbar på idag (= ökad vård, ökat behov av resurser).

1.3 Vårdförloppets mål

Målen är lite passiva – de skulle kunna ta tillvara patientperspektivet mer – vad vinner patienten på vårdförloppet?

Står enbart öka kunskap hos *allmänhet samt vårdgivare*. Inkluderar allmänhet även patient?

1.4 Ingång och utgång

Är ingången litet för bred när det räcker med ett av uppräknade symptom/försämring av tidigare känd knäledsartros?

Ska det först vara verifierat av hälso- och sjukvårdspersonal att de symptom patienten upplever är en försämring av just knäledsartrosen (välgrundad misstanke)?

Utgången “patienten får remiss till ortopedisk bedömning inför ställningstagande till kirurgi” -som det beskrivs i både flödesschemat och åtgärdstabellen är det ju inte remissen som är slutpunkten i detta vårdförlopp, utan att en rehabiliteringsplan har upprättats efter att remiss har skickats för ställningstagande till kirurgi. Denna punkt bör därför uppdateras så den stämmer med vad som beskrivs, och då även i kapitlet beskrivning och omfattning som nämner remittering som slutpunkt.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

RPO Primärvård

Det framgår inte några tidsperspektiv beträffande hur lång tids grund- och eventuell tilläggsbehandling ska tillämpas innan differentialdiagnostisk bedömning och eventuell röntgenundersökning ska göras.

Punkt G: *Revidering av rehabiliteringsplan vid fortsatt rehabilitering, i dialog med patienten.* Är det tänkt att man ska skriva en rehabiliteringsplan inför avslut? Står ”vid fortsatt rehabilitering” men bör det istället stå vid fortsatt egenvård?

1.6 Vårdförloppets åtgärder

RPO Hälsofrämjande

s. 8. Pyramiden är bra och meningen ovanför kring patientens delaktighet är bra.

s. 10 – (C) – ”Säkerställ att patienten har förstått information om diagnosen.” – ansvaret är på hälso- och sjukvården att tillse att informationen varit på ett sådant sätt att patienten förstår.

Meningen som är nu lägger i lite för stor utsträckning över ansvaret på patienten.

(G) – bra att FaR tas upp och uppföljning av levnadsvanor som sker utanför vårdförloppet. Bra med helhetssyn.

(J) – bra att levnadsvanor tas upp inför kirurgi.

(L) – levnadsvanor: ”Inled åtgärder vid behov” kan ersättas med ”erbjud och motivera åtgärder vid behov”.

RSG Metodrådet

Utredningen konstaterar att det behövs ett ”snabbspår” för de patienter som primärt söker hjälp i ett avancerat stadium av sjukdomen för att inte i onödan förlänga dessa patienters lidanden. Hur detta snabbspår skall utföras och utvärderas kommenteras inte ytterligare.

1.6.1 Ställa diagnos

RSG Metodrådet

Diagnosen ska baseras på den kliniska undersökningen av fysioterapeut eller allmänläkare eftersom traditionell röntgenundersökning med belastning inte är tillförlitlig i tidiga stadier. Vi efterlyser tydligare kriterier för att ställa diagnosen. Man kan till exempel använda ett formulär där undersökningsfynden ifylls vid varje tillfälle för att kunna se bedömningen av olika undersökare vid olika tillfällen.

1.6.2 Behandling

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Vid behov kan grundbehandlingen kompletteras med tilläggsbehandling såsom smärtlindrande läkemedel och hjälpmedel. Vilka hjälpmedel avses, gånghjälpmedel?

Tabell 1, A) Klinisk utredning, symtom: Bör det stå med att det också förekommer plötslig debut efter trauma (står under om knäledsartros men kommer sedan inte med i tabellen)? Står nu enbart att symtomen ofta kommer gradvis.

Tabell 1, A) Klinisk utredning, status: Bör man lägga till vad man menar med kompletterande undersökningar?

Tabell 1, C) Kontakta arbetsgivare för eventuell anpassning av arbetsplats. Det bör snarare och inte minst gälla arbetsuppgifter.

Förebyggande sjukskrivning, Byter förmodligen namn till preventionsbidrag och förmodligen lättare att få beviljat

"En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet (SOU 2021:69)"

Tabell 1, D) Grundbehandling och ev tilläggsbehandling: *Tilläggsbehandlingen kan variera bland annat beroende på symtom och behandlingseffekt. Vad menas med detta? anpassning av arbetsplats och/eller sysselsättningsgrad. Viktigare är arbetsuppgifter.*

Lägg till punkt:

Om sjukskrivning krävs tänk deltidssjukskrivning i första hand.

Tabell 1, K) Behov av ortopedisk bedömning? Om ortopeden bedömer att det inte är aktuellt med operation, tillbaka till C dvs revidering av rehabiliteringsplan. Går det att utveckla?

Tabell 1, L) aktuell röntgen - information om datum och utförande enhet. lägg till punkt om information om sjukskrivning.

Tabell 1, M) Under väntetiden till ortopedisk bedömning ansvarar primärvården för patientens fortsatta smärtlindring och sjukskrivning. Lägg till Eventuell sjukskrivning.

Sidan 11, kolumn D, Hälso- och sjukvårdens åtgärder, mening: Informera om viktkontroll och erbjud detta via vården vid behov, exempelvis remiss till dietist.

Synpunkt: även om det står "exempelvis remiss till dietist" kanske man ska avstå från att peka ut yrkesgrupp. Hälsosamma kostvanor, viktnedgång och fysisk aktivitet ligger i primärvårdens ansvar. Finns inte alltid tillgång till dietist.

Övrig synpunkt: Finns det någon tidsaspekt kring hur länge patienten bör befinna sig i faserna Grundbehandling och Tilläggsbehandling? Detta behöver förtydliga hur länge patienten behöver befinna sig i dessa faser med tanke på bedömning inför kirurgisk åtgärd. Vad säger evidensen?

RSG Metodrådet

Om behandlingen ska utföras och utvärderas av fysioterapeut och inte av allmänläkare bör det ansvaret framgå tydligt.

Vårdförloppet Knäledsartros beskriver att remiss till ortopedklinik skall utfärdas om inte insatta åtgärder har tillräcklig effekt men anger inget maximalt tidsintervall mellan första besök och remiss i dessa fall. I en av referensartiklarna står 6 månader som lämplig tid. Eller är det individuellt/personcentrerat? Till den tiden ska läggas den lokala väntetiden från remiss till operation. Kanske även ortopedklinikerna måste inrätta ”snabbspår” för de patienter som deltagit i vårdförloppet? Vad skulle vara kriterier för snabbspår?

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

Brukarrepresentant har påpekat att standardiserat vårdförlopp inte passar alla patienter

2. Uppföljning av vårdförlopp

Uppföljning och bedömning av behandlingsresultaten kräver en lång rad återbesök för patienterna. Primärvårdens organisation har det senaste decenniet successivt minskat antalet återbesök och övergått till ett system där patienterna själva får beställa återbesök. Detta riskerar medföra att även svårt drabbade kan falla ur systemet då de inte anser sig få den hjälp de behöver och de kan då uppfatta att sjukvården sviker dem.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Det beskrivs att *strukturerad dokumentation just nu används i begränsad utsträckning*? Målet bör vara att uppnå standardiserad information för uppföljning

RSG Uppföljning och analys

Mätvärdena är något svåra att följa då en stor del av processen sker i primärvården och dokumentationen där behöver utvecklas. Flera av värdena baseras på uttag ur BOA registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros) där täckningsgraden 2019 (senaste redovisade värde) var 61%. Detta medför att värdena inte i tillräcklig omfattning går att värdera förrän täckningsgraden påtagligt förbättras. Däremot bör det vara möjligt att ur egna journaldatabasen fånga de ingående parametrarna och skapa mätpunkterna.

2.2 Indikatorer för uppföljning

RSG Strukturerad vårdinformation

Det vore önskvärt att kunna följa indikatorer även i journalsystemet och att man inte blir beroende av kvalitetsregister som källa.

Vi saknar en indikator som mäter det första målet, dvs. från första symtom till diagnos och behandling.

RPO Hälsöfrämjande

Saknar mått på andel patienter som är rök- och alkoholfria inför, under och efter operation.

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

3.3 Arbetsprocess

RSG Strukturerad vårdinformation

Vi saknar representation för strukturerad vårdinformation och analys och uppföljning som deltagare i NAG.

4. Referenser

RSG Metodrådet

Bättre vetenskaplig evidens för effekter av fysioterapi vid tidig diagnos och behandling av knäledsartros efterlyses, i synnerhet när vårdförloppet så kraftigt för över patienterna till denna form av diagnostik och behandling.

Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

RPO Primärvård

2.5 Kommentar kring att kostnader för dietister kommer att öka; tillgängligheten och möjligheterna till att remittera till dietister från primärvården skiljer sig idag över landet.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd; I samband med att förloppet fastställs önskvärt att man ser över Nationellt kliniskt kunskapsstöd så att man i största möjliga mån använder sig av samma text där det kan anses vara relevant och samma bilder vad gäller behandlingstrappan t.ex. (där åtminstone det sistnämnda skiljer sig åt i dagsläget)

2.9 Arbetet med direktöverföring mellan journalsystem och kvalitetsregister bör påskyndas för att minska onödig administrativ arbetsbörda för vårdpersonal, i detta fall fysioterapeuterna.

RSG Strukturerad vårdinformation

2.5. Saknar en punkt som rör vårdinformationshantering. Det kräver en stor omställning i vårdverksamheterna med tillhörande förändringsledning och informatiskt arbete för att hitta lämpliga dokumentationsstrukturer och få verksamheterna att börja använda dem.

RSG Metodrådet

Omfattande redovisning av kloka tankar men utan tungt vetenskapligt stöd. Att vårdförloppet skulle innebära minskade eller oförändrade kostnader för hälso- och sjukvården (vilket påstås) skulle behöva visas i en gedigen hälsoekonomisk analys, något som helt saknas i vårdförloppet och i konsekvensbeskrivningen.

Det är inte helt klart att man i konsekvensbeskrivningen tänkt igenom de etiska aspekterna. I dokumentet återfinns till exempel följande skrivning: ”Vårdförloppet bedöms ha följande konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården:” Det är inte helt klart vad som avses här. Behovsprincipen borde till exempel ha konsekvenser för hur de individuella bedömningarna görs. De med de största behoven ska enligt hälso- och sjukvårdslagen ges företräde

till vård. Man för dock ett resonemang i dokumenten om hur vårdförloppet förväntas påverka jämlik vård i landet.

RPO öron-, näsa- och halssjukdomar

Risk för konkurrens om fysioterapeut mellan primärvården och slutenvården.

Vid oförändrad kompetensförsörjning för denna yrkeskategori även risk för intern konkurrens mellan diagnoserna – undanträngningseffekter

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.

RSG Patientsäkerhet

Väl genomarbetat vårdförlopp där viktiga aspekter som exempelvis rätt vård i rätt tid, delaktighet, samordning, patient-/närståendeperspektiv finns med.

RPO Hälsöfrämjande

Bra att vårdförloppet tar upp patientkontrakt. Bra vårdförlopp.

RPO Medicinsk diagnostik

RAG Radiologi har följande synpunkt: Det är viktigt att det kommuniceras ut i organisationerna att indikationerna för röntgen enligt vårdförloppet är något som skall följas av remitterande.

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Synpunkten från försäkringsmedicinska gruppen:

Borde finnas med ett samlat avsnitt med försäkringsmedicin som harmoniserar med försäkringsmedicinskt beslutsstöd som just nu revideras av Socialstyrelsen.

RSG Metodrådet

Vårdförloppet anger en väl genomarbetad plan för att göra vårdkedjan vid knäledsartros mer rationell. Förutom avsaknad av evidens för tidig behandling av fysioterapeut är de planerade åtgärderna delvis väl förankrade i referenslitteraturen. Tyvärr saknas dock övertygande vetenskaplig evidens för vissa delar av vårdförloppet men i gengäld baseras det på erfarenhet och gott omdöme.

Vårdförloppet Knäledsartros innebär som konsekvensbeskrivningen anger en överföring av arbetsuppgifter som utredning, vård och uppföljning till primärvården som ett led i att avlasta specialistsjukvården och att undvika vård som inte är medicinskt motiverad. Detta kommer enligt författarna att kräva investeringar i riktade utbildningsinsatser i primärvården i form av utbildning i diagnostisering och primärbehandling av knäledsartros. Reformen förutsätter att fysioterapeuter får en annan och radikalt större roll i diagnostisering och primärbehandling av knäledsartros, till exempel remissrätt till ortopedisk klinik.

RPO öron-, näsa- och halssjukdomar



Vilka insatser för kompetensförsörjning behövs redan nu för att kunna möta upp behoven som vårdförloppet /vårdförloppen genererar?

Hur ska detta vårdförlopp prioriteras mot andra förlopp och annan vård?