

## Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Palliativ vård

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 akut vård  
RPO barn och ungdomars sjukdomar  
RPO cancersjukdomar  
RPO hälsofrämjande  
RPO lung- och allergisjukdomar  
RPO primärvård  
RPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin  
RPO sällsynta sjukdomar  
RPO tandvård  
RPO öron-, näs- och halssjukdomar  
RSG kvalitetsregister  
RSG metodrådet  
RSG strukturerad vårdinformation  
RSG uppföljning och analys  
RSG upphandling

### 1. Beskrivning av vårdförlopp

#### **RPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin**

Hur synkroniseras Nationellt vårdprogram palliativ vård från Regionala cancercentrum med vårdförloppet? Det är svårt att följa processen i flödesschemat.

#### **RPO hälsofrämjande**

Möjligen kan patientens delaktighet lyftas som ett mål i första meningen.

#### **RSG metodrådet**

Vårdförloppets höga ambitionsnivå saknar stöd i referenser till primärstudier av åtgärdernas effekter jämfört med konventionell sjukvård och av hälsoekonomiska effekter. Vårdförloppet riskerar att framstå som en exceptionellt högt ställd önskelista utan koppling till ekonomiska realiteter och horisontella prioriteringar inom regionernas ram.

#### **RPO primärvård**

För primärvården finns ett tydligt problem med alltför många vårdförlopp där en patient kan ingå i flera vårdförlopp samtidigt.

#### **RPO tandvård**

Tandvårdspersonal är en viktig resurs i palliativ vård.

## **RPO barn och ungdomars hälsa**

Vårdförloppet är användbart för flera yrkesgrupper. Det är användbart inom habiliteringen för barn med kroniska progressiva sjukdomar och begränsad förväntad livslängd.

### 1.1 Om Palliativ vård

#### **RPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin**

Önskvärt med en kort beskrivning av patientkontrakt.

Även rehabiliteringspersonal bör ha kunskaper i allmän palliativ vård.

#### **RPO lung- och allergisjukdomar**

Det ligger närmare till hands att starta en palliativ process för patienten med cancer än för patienter med lungsjukdom. I viss mån har vi verktyg för att bedöma patienter med svikt och KOL utifrån vissa parametrar för att värdera överlevnad, men eftersom patienterna inte uppfattar dessa diagnoser lika "farliga" som cancer kan det vara svårare att få deras gehör för behovet att starta en palliativ process tidigt.

#### **RSG metodrådet**

Formuleringarna i inledningen riskerar att bli missvisande. Vård av livshotande akuta sjukdomar och kroniska sjukdomar nämns före palliativ vård när Socialstyrelsen beskriver vilken vård som har högsta prioritet. Beskrivningen av ojämlikheter i den palliativa vården bör stödjas med data.

#### **RPO primärvård**

Betona att kompetens behövs hos all personal i både primärvården och slutenvården. Infoga information om de den palliativa vårdens fyra hörnstenar eftersom dokumentet refererar till dem under 1.6 (G, H).

### 1.2 Omfattning

#### **RSG kvalitetsregister**

Definiera tydligare vad som menas med palliativa vårdbehov och klargöra skillnaderna mellan allmän och specialiserad palliativ vård.

#### **RSG uppföljning och analys**

Vårdförloppet skulle med fördel delas i flera delar, exempelvis allmän och specialiserad palliativ vård eller ännu mer avgränsad utifrån lämpliga kriterier.

### 1.3 Vårdförloppets mål

#### **RSG strukturerad vårdinformation**

Flera av målen verkar snarare vara medel/aktiviteter än mål. De skulle kunna förbättras.

Subjektivitet som "erforderlig" och "i rätt tid" bör undvikas. För att kunna koppla indikatorerna till ett eller flera mål krävs att målen är tydligt uttryckta.

#### **RSG metodrådet**

Vårdförloppet understryker genomgående behovet av 1. Vårdplan, 2. Multiprofessionellt team 3. Kompetenscentra. Eftersom alla tre ställer krav på sjukvårdsresurser bör vårdförloppet hänvisa till forskningsresultat som visar vilka effekter åtgärderna har jämfört med konventionell sjukvård (inklusive kostnadseffektivitet).

#### **RPO primärvård**

Förtydliga om vårdplan för medicinska behov innebär ett formulerande av en behandlingsstrategi och ställningstagande till eventuella behandlingsbegränsningar.

### **RPO tandvård**

I vårdplan för omvårdnad bör även odontologiska behov ingå. I första hand bör ROAG genomföras. Om möjligt bör tandläkarundersökning göras i tidigt skede för att upprättande av vårdambitionsnivå och plan för uppföljning.

## **1.4 Ingång och utgång**

### **RSG strukturerad vårdinformation**

Här finns ingen klar gräns för misstanken. Det är en flytande ingång, en process. Detta kan förtydligas före punktlistan. Även ”surprise question” och SPICT bör lyftas fram tydligare.

Hur definieras progressiv obotlig sjukdom? Måste patienten ha fått diagnos? Vad händer om patienten inte har en diagnostiserad obotlig sjukdom? Hur ska man fånga den patientgruppens behov av palliativ vård? Till exempel om patienten är för sjuk för att utreda orsaken men det är uppenbart att patienten behöver palliativ vård och det finns misstanke om progressiv obotlig sjukdom.

Utgång: ”Patienten avlider och efterlevandesamtal har erbjudits”. Vi ser inte kopplingen till mål i att efterlevandesamtal ska erbjudas. Bör det förtydligas? Det bör räcka att ”patienten avlider” som utgång. Hur ska man kunna veta om detta uppnås eller inte? Då måste man både hitta information om att närstående har behov av efterlevandesamtal/-stöd, och därefter erbjuda samtal. Om denna utgång ska tolkas som att det är i efterlevandesamtalet behovet fångas upp kan skrivningen behöva förtydligas. Denna utgång stämmer inte med åtgärdstabellen, där genomförandet av efterlevandestöd är sista åtgärd före utgång.

### **RPO primärvård**

Svårt att definiera patientgruppen med nuvarande ingångskriterier.

”Samtal om allvarlig sjukdom” är en bra ingång som bör upprepas. Kompetens för detta bör utvecklas inom många specialiteter.

Ingången till palliativt vårdförlopp måste finnas i relevanta vårdförlopp för exempelvis cancersjukdomar, hjärtsvikt, KOL och progressiva neurologiska sjukdomar.

## **1.5 Flödesschema för vårdförloppet**

### **RSG strukturerad vårdinformation**

Det behövs en pil från P till utgång i de fall närstående inte behöver efterlevandestöd.

Vad betyder det att D är streckad?

### **RPO primärvård**

Se över rubriknamn för (A) och (B) enligt kommentarer under 1.6.

Inför en punkt för att ta ställning till om patienten befinner sig i tidig eller sen fas av ett palliativt vårdförlopp. Om det är i en sen fas behövs en ny pil ner till lägsta rutan Vård i livets slutskede.

## **1.6 Vårdförloppets åtgärder**

### **RPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin**

A) Begrepp bör vidgas och förtydliga (rubrik) inriktning palliativ vård.

D) Utgår från primärvården, även slutenvården har ett ansvar för inkludering av palliativ vård. Varför ”patientansvarig läkare på primärvårdsenhet” istället för ”fast läkarkontakt”?

G, H) I vårdförloppet omnämns rehabilitering och några professioner ”Se över behov av multiprofessionellt stöd för patient och närstående (exempelvis rehabilitering, dietist, kurator, psykolog). Ta särskild hänsyn till minderåriga barns behov.” Om dessa professioner normalt inte arbetar med multiprofessionellt stöd inom palliativ vård är det svårt att se hur det realiserar på primärvårdsnivå via vårdcentral eller kommunens hälso- och sjukvård. Tydliggör vilken funktion det är som ska: ”Identifiera ett multiprofessionellt team runt patienten och hur detta kan nås”. Är det remissmottagaren?

Q) Närstående – lägg till fysiskt, psykiskt, socialt och existentiella frågeställningar.

### **RSG strukturerad vårdinformation**

C) Här listas bara exempel. För god och jämlik vård bör detta definieras och tydliga kriterier anges, inte bara exemplifieras.

Från C borde man kunna gå direkt till en bedömning av patientens behov, som inte är en remissbedömning (i de fall behov upptäcks av patientens fasta läkarkontakt i primärvården). Dvs. D hoppas över.

D) ”Patientansvarig läkare” bör ändras till ”fast läkarkontakt i primärvården”.

Vi saknar ett steg mellan F och G för behovsbedömningen, eller är det tänkt att vårdplanen ska baseras enbart på det innehåll som kommer i remissen? Vi tycker att stegen kommer i fel ordning. Punkterna som ligger till grund för vårdplanen kommer efter själva skapandet av vårdplanen.

G, H) Varför har ni slagit ihop två åtgärder i en? ”Informera om vad närstående och patient ska uppmärksamma som tecken på försämring och vem som då ska kontaktas.” Förtydliga att det kan finnas andra kring patienten som också behöver informationen.

I) ”Utför åtgärderna enligt (G) och (H).” Varför detta steg när åtgärderna utförs i G och H? Är det ”utför åtgärderna enligt vårdplanen” som avses? Eller är det uppföljning av dem/av vårdplanen som är själva åtgärden här? Detta behöver förtydligas, kanske delas upp i ett steg där åtgärderna utförs och ett därefter där de följs upp.

J) Vilka vårdbehov avses? Visst borde det väl vara de palliativa vårdbehoven, och i så fall, blir inte J och K dubletter? Eller gäller J de diagnosspecifika vårdbehoven? I så fall kanske det behöver förtydligas. ”I annat fall:” Vilka andra fall kan det finnas än Ja/Nej? Förtydliga!

K) ”Misstanke om begränsad förväntad överlevnad”. Är det inte detsamma som beskrivs i 1.4 ingång? Här är man ju redan inne i vårdförloppet, dvs detta är den patientgrupp som ska få vård enligt vårdförloppet, så det borde ju gälla alla som har ett Ja här? Förtydliga.

M, N) Ska detta ses som en eller två åtgärder?

P) Se kommentar om utgång i 1.4.

### **RPO primärvård**

En angelägen åtgärd vid ett definierat palliativt tillstånd är att utse en läkare som fast vårdkontakt. Det kan dock finnas otydlighet vem som ska definieras som patientansvarig och för vilka åtgärder. Är det primärvården eller organspecialiteten som ansvarar när patienten får eller utreds för diagnosspecifik livsförlängande behandling?

En omvårdnadsansvarig sjuksköterska och god kontinuitet bland övrig vårdpersonal kan överbrygga möjliga brister i läkarkontinuiteten och bidra till en form av resiliens som befrämjar kvalitet och patientsäkerhet, troligen även genom att det kan bidra kan minskat behov av farmakologisk behandling.

Övriga åtgärder framstår som relevanta och kan fungera som checklista men riskerar att skapa mycket administration om listade åtgärder ska kommenteras/dokumenteras.

Åtgärderna är kanske väl detaljerade för att man ska kunna ta till sig informationen.

När brytpunktssamtal och brytpunktsbedömning ska göras är otydligt (L, M, N). Man skulle kunna tolka det som att det ska göras initialt på alla som har en progressiv sjukdom bortom bot.

Ett problem är gränsdragning mellan kommunal hemsjukvård och vårdcentralernas uppdrag när det gäller patienter som är i tidig palliativ fas och börjar få svårt att själv söka vård och ta sig till en vårdcentral. Det finns behov av att introducera hemsjukvård i tid vilket bromsas av att många kommuner inte tar sig an patienter som har behov av proaktiva trygghetsskapande åtgärder och inte är i behov av mer intensiva sjukvårdsinsatser. Detta är en relativt stor grupp av patienter som hamnar mellan stolarna.

Många av åtgärderna kräver mycket tid och personalresurser för att genomföras. Det skulle vara värdefullt att beskriva en "lägstaniå" så att alla patienter med behov får möjlighet att ta del av åtgärderna. Hur hantera behoven innan vi får den resursförstärkning som efterfrågas?

Det skulle vara bra att beskriva hur förbättrat samarbete och övergångar mellan specialistvård, kommunal vård och omsorg och primärvård ska förbättras. Detta är en av nycklarna till framgångsrik implementering.

Bra att minderåriga barn belyses, men önskvärt med beskrivningar på hur man kan samarbeta med exempelvis barntraumateam och socialtjänst.

A)

- 1) Rubriken "Bedömning av hälso- och sjukvårdsbehov" är för luddig om det förväntade resultatet är att patienten inkluderas i (allmän eller specialiserad) palliativ vård. Vi är sedan tidigare uppmanade och arbetar med att inkludera patienten tidigare i palliativ vård, än i livets slutskede. För att tydliggöra det har vi kallat motsvarande bedömning för "brytpunktsbedömning" och motsvarande samtal/samtalen för "brytpunktssamtal" och dokumenterad även så i vårt journalsystem Cosmic. Detta trots vetskapen att definitionen "brytpunkt" enligt termbanken egentligen är förbehållen "Brytpunkt till palliativ vård i *livets slutskede*".

Så: (A) är en brytpunktsbedömning och det skulle kännas bra och tydligt att kalla den så också. Innebär att man behöver uppdatera termbanken.

Förslag Rubrik (A): Bedömning av hälso- och sjukvårdsbehov vid identifierad palliativt vårdbehov (Brytpunktsbedömning).

- 2) Alla punkter behöver dokumenteras.
- 3) Tillfoga tre viktiga punkter:
  - Ta ställning till om patienten befinner sig i tidigt eller sen fas av ett palliativ vårdförlopp.
  - Ta ställning om behov av palliativ vid-behovs-medikation föreligger nu eller förväntas föreligger inom nära framtid. (se även Appendix, A)
  - Ta ställning till om det finns eller inte finns behandlingsbegränsningar: ex åtgärder vid eventuell stroke, hjärtinfarkt, sepsis..., blir det då aktuell med sjukhusvård, symptomlindring där patienten befinner sig..... (Denna punkt kanske kan finnas här och/eller under B)

B)

- 1) Rubriken "Samtal vid allvarlig sjukdom" är för ospecifik om det handlar om att inkludera patienten i palliativ vård (se ovan).

Förslag Rubrik (B): Samtal vid allvarlig sjukdom och identifierad palliativt vårdbehov (Brytpunktssamtal).

- 2) 3:e punkten: Här handlar det om att förklara den palliativa vårdens innehåll och möjligheter. Då får man gärna kalla barnet vid namnet, så att det blir tydlig för patienten, anhöriga och vårdpersonal vad som menas.

Förslag: ”Informera om möjlighet att tillämpa ett palliativt förhållningssätt: innebärande möjlighet till symptomlindring och bästa möjliga vård för såväl patient som närstående”

- Tillfoga en punkt: Dokumentera ovanstående (t ex under journalrubrik Brytpunktssamtal).

C)

- 1) Punkt 1: *Otillfredsställande* symptomlindring trots insatta åtgärder. Vem bedömer vad som är otillfredsställande? Vi har ofta haft ESAS>3 som riktmärke. Skulle underlätta om man kunde formulera liknande i vårdförloppet.

D)

- 1) Ändra gärna rubriken till ”Planera för uppföljning inom allmän palliativ vård: inom slutenvård/inom primärvård och remittera vid behov”.
- 2) Punkt 1: Om patientens palliativa vårdbehov identifieras av annan än patientansvarig läkare på primärvårdsenhet: ta ställning till om uppföljning kan ske inom den egna kliniken ( fungera så i verkligheten redan nu i tidiga fasen, eller om patienten på sjukhus identifieras först i sen palliativ fas och förväntas dö på sjukhus).  
I övriga fall: tydliggör vilka uppföljningar/behandlingar som planeras inom den egna kliniken och vad man förväntar av primärvården. Om möjlighet finns: samtala gärna med ansvarig primärvårdsläkare kring fortsatt vård och ansvarsfördelning innan remiss skrivs och kommunicera med patienten kring ovanstående.
- 3) Punkt 3: kanske ändra det till punkt 1 (överst). Då blir de andra punkterna en förklaring.

F)

- 1) Ändra rubriken till ”Bedömning av...” istället för ”Remissbedömning av...” eftersom en del patienter kommer i tidig fas följas av den som initierat palliativ vård (både sjukhus och primärvård) samt gäller i sen fas för dem som identifieras på sjukhus och förväntas dö där.
- 2) Ändra andra meningens till: Om remiss har skrivits för uppföljning inom primärvård eller specialiserad palliativ vård kan den behöver riktas om ifall felbedömning av behov har skett.

G, H)

- 1) Ändra ”Som remissmottagare” till ”Som ansvarig enhet eller remissmottagare”.
- 2) Punkt 4: Uppdatera referens 13 för ”Gör bedömning om patienten gagnas av livsförlängande behandling” till andra upplagan av etiska riktlinjer för HLR 2021.
- 3) Infoga en extra punkt efter 4 (vilka läkemedel har patienten behov av):
  - Ta ställning till behov eller snart förväntat behov av palliativa behovsläkemedel, ifall det inte skedd tidigare.
- 4) Punkt 6: Finns tankar kring HUR detta ska förverkligas i praktiken inom primärvården som ofta varken ha tillgång till kurator, psykolog med rätt kompetens i stöd för patienter/närstående med palliativa behov eller ha tider för att göra hembesök (kompetens- och resursfråga)? Se även Appendix: Det behövs struktur- och processmått för att stödja förverkligande.
- 5) Punkt 9: Specificera eller ändra: I praktiken samordnar primärvården inte uppföljningen med andra vårdgivare. Sjukhusvården följer patienten så länge de ser sig kunna hjälpa denna. Eller menas kontakt med hemsjukvården?

K)

- 1) Specificera vad som menas med ”begränsad” överlevnad. Tidsram: några dagar, veckor, månader? Och/eller andra kriterier som indicerar för brytpunkt till livets slutskede.

M, N)

- 1) Punkt 1: Läkare håller *nytt* brytpunktsamtal...
- 2) Punkt 4: Ordinera....behov, *om ej skedde tidigare*.

### **RPO tandvård**

A) Munhälsobedömning bör ingå via ROAG men om möjligt bör även en tandläkarundersökning genomföras för fastställande av vårdplan, vårdambitionsnivå och plan för uppföljning.

G, H) Det bör framgå att munhälsa/munvård ska ingå vid dokumentering av vårdplan. Tandläkare/tandhygienist bör nämnas när behov av multiprofessionellt stöd ses över.

## 1.7 Personcentrering och patientkontrakt

### **RPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin**

Förtydliga att patienten och närståendes resurser ska tillvaratas.

### **RPO primärvård**

Förtydliga vad en ”person- och relationsbeskrivning” är.

## 2. Uppföljning av vårdförlopp

### **RSG metodrådet**

Nationella datakällor för uppföljning saknas för flertalet föreslagna kvantitativa resultatmått.

### 2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

#### **RPO akut vård**

Ambulanssjukvården behöver inkluderas när det gäller att behandlingsplan ska finnas tillgänglig för samtliga vårdgivare.

### **RPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin**

Vårdplaner kan följas via KVÅ-kod AW013 kopplat med diagnoskod Z51.5.

### **RPO lung- och allergisjukdomar**

Önskvärt med automatisk överföring av data från journalen.

### **RSG metodrådet**

Nationella datakällor för uppföljning av aktuella resultatmått saknas för flertalet.

### **RSG uppföljning och analys**

Utmanande uppgift att skapa samsyn kring indikatorer och få ut data ur regionernas journalsystem.

Det nationella kvalitetsregistret samlar data på redan avlidna personer och sista veckan i livet. Ur ett mättekniskt synsätt är detta att föredra, men det innebär att kvalitetsregistret bara blir en kartläggning av nuvarande läge. Det är risk för eftersläpning eftersom inmatning i registret är möjligt sex månader efter registrerat dödsfall.

## **RPO primärvård**

Det är helt avgörande att journalsystem och dokumentationsmallar anpassas så att statistik kan dras automatiskt och att regioner och kommuner har gemensamma journaler.

Avsnitt 3 belyser bekymret med detta vårdförlopp: att begreppen är otydliga vad det gäller palliativ vård i tidig fas. Viktigt definiera för att även få ut för att få tillförlitlig statistik. Se kommentar till 1.6.

Flödesdiagram och innehållsbeskrivning D–K klassar allt som allmän eller specialiserat vård, men man vill/kan inte kalla det så och inte heller diagnosätta det så i vårddokumentationen eller vid första brytpunktsamtal (som kallas för samtal vid allvarlig sjukdom). Detta leder till stor förvirring och risk att alla hittar sina egna genvägar, eller att man låter man bli.

Om vi väljer att kalla/diagnosätta den tidiga palliativa fasen INTE för palliativ vård utan något annat, då behöver den och motsvarande vårdåtagande (ruta D-K) ändå få ett ANNAT NAMN, så att alla över landet vet, vad man pratar om.

Avsnitt 4: Se kommentar till 1.6. Ändra ”samtal vid allvarlig sjukdom” till ”samtal vid allvarlig sjukdom och identifierad palliativ vårdbehov” (i alla fall i de lägen där en uppföljning inom allmän eller palliativ vård blir resultatet).

## **2.2 Indikatorer för uppföljning**

### **RPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin**

Vårdplaner kan följas via KVÅ-koder kopplat med diagnoskod Z51.5.

### **RSG strukturerad vårdinformation**

”Uppföljning av de mål och indikatorer som avser vårdinsatserna för patienter i tidig palliativ sjukdomsfas förutsätter att det går att ringa in de aktuella patienterna i vårddokumentationen.” Om det ska gå att fånga dessa behöver de definieras på något sätt, och vi ser inte hur det har tagits om hand inom vårdförloppet, eftersom faserna där inte har definierats. Vill man fånga både tidig fas och resten i samma indikatormätning?

”Andel patienter som erbjuds strukturerad multiprofessionell behovsanalys” Om en sådan analys ska göras med hjälp av ett specifikt bedömningsinstrument behöver det framgå vilket, helst även i det åtgärdssteg i tabellen där det ska göras.

”Andel patienter som har en aktuell dokumenterad vårdplan”. Menas även SIP här? Hur ska man avgöra om den är aktuell eller inte?

”Andel patienter och med patientens medgivande andel närstående som erbjuds samtal vid allvarlig sjukdom” Två olika mätningar i samma indikator? Hur ska man hitta nämnaren för närstående?

”Andel patienter och med patientens medgivande, andel närstående där brytpunktssamtal till vård i livets slutskede har genomförts”. Två mätningar i samma indikator? Hur ska man hitta nämnaren för närstående?

### **RSG kvalitetsregister**

Det saknas beskrivning av hur indikationerna ska beskrivas i form av kodverk. I tabell 3 förekommer även strukturmått. Det saknas mått som kan beskriva uppföljning av personcentrerad exempelvis i form av patientkontrakt. Det finns utmaningar i att fånga hur resultatet blir för den palliativa personen.

Andelen kvalitetsindikatorer är många och bör motiveras. Ett exempel är hur täckningsgrad i Palliativregistret kommer att ge bättre kvalitet, eftersom det också förutsätter att data följs upp och åtgärder för att förbättra ojämlik vård hanteras. Ett annat exempel är upprättande av nationellt



palliativcentrum, vilket i sak är en mycket viktig fråga, men kanske bör ingå i andra nationella initiativ än just vårdförlopp.

### **RSG uppföljning och analys**

En prioritering av indikatorer skulle underlätta för övergripande ledning och vara stöd i prioritering av utvecklingsinsatser.

Vilka resultatmått är relevanta för vårdförloppet?

Flera strukturmått, ex upprättande av ett nationellt kunskapscentrum, kan ifrågasättas i den här typen av dokument.

### **RPO tandvård**

Varför anges 98 % för andel MHB? Är det ROAG som avses? ROAG ska ej förväxlas med årlig munhalsbedömning (MHB) för personer med tandvårdsintyg (nödvändig tandvård).

Det är viktigt att även tandvårdspersonal får fortbildning i palliativ vård.

## **3. Bakgrund till vårdförlopp**

### **RSG metodrådet**

Beskrivningen stöds långt från tillräckligt på forskningsresultat.

### **3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter**

#### **RSG metodrådet**

Beskrivningen stöds långt ifrån tillräckligt på forskningsresultat.

### **RPO primärvård**

Figur 1, grafisk presentation av nuläget: Saknar ”specialistvård” eller ”sjukhusvård” i översta vänstra rutan, där det står PRIMÄRVÅRD/HEMSJUKVÅRD/ AKUT VÅRD/BOENDE.

### **RPO tandvård**

Utmaning 4: Det finns problem gällande samverkan mellan hälso-och sjukvård och tandvård. Ett problem är de skilda avgiftssystemen. Är det något som har uppmärksammats?

### **3.2 Kompletterande kunskapsunderlag**

#### **RSG metodrådet**

Hänvisningar till vetenskapliga studier av effekter och av hälsoekonomi saknas.

### **RPO tandvård**

Referenser 4 och 5 har endast ytliga råd om munvård. I ref 5 kap. 13 finns detaljerad beskrivning om hud, sår och hur man ska bädda, men inget om munvård. Det finns ingen odontologisk kompetens i projektgruppen i ref 4, 5.

## **3.3 Arbetsprocess**

### **RPO tandvård**

Odontologisk kompetens borde ha inkluderats i arbetsprocessen.

## **4. Referenser**

### **RSG metodrådet**

Hänvisningar till vetenskapliga studier av effekter och av hälsoekonomi saknas.

Synpunkter och återkoppling på dokumentet Konsekvensbeskrivning

### **RPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin**

I Appendix A Kvalitetsunderlag för palliativ vård anges ”Tillgång till fysioterapeut/dietist/arbetsterapeut med vidareutbildning i palliativ vård”. Vilken vidareutbildning avses?

### **RSG upphandling**

I stycke 2.5 nämns några områden med potentiellt ökade kostnader vid införande av föreslaget vårdförlopp. Att beakta ur ett inköpsperspektiv: Digitalisering av manuella processer bör i möjligaste mån ske inom ramen för befintlig IT-miljö om stöd för detta redan finns. Handlar det om anpassning av befintliga IT-system måste eventuella anpassningar beskrivas i tillägg till befintliga avtal om möjligt. Om det krävs nya IT-stöd för att digitalisera processen, ska dessa konkurrensutsättas genom offentlig upphandling. Det är viktigt att dessa behov/möjligheter inventeras i god tid om en upphandling ska genomföras.

### **RPO öron-, näs- och halssjukdomar**

Vårdförloppet ställer krav på ökade resurs i form av utbildningsinsatser och teamarbete. Detta kan betraktas som en engångsinsats med underhållande kompetensutveckling framöver. Vi efterfrågar en konsekvensbeskrivning i större sammanhang samt faktaunderlag utifrån den proklamerade kostnadseffektiviteten.

### **RSG metodrådet**

Hur är det möjligt att den stora utbyggnad av palliativ vård som föreslås, inklusive sex kompetenscentra inte leder till undanträngningseffekter?

Konsekvensutredningen påvisar att kontinuerlig fortbildning samt utvecklade arbetssätt kommer att kräva ökade kostnader, samtidigt som palliativ vård generellt bedöms som kostnadseffektiv. Men vid införandet av vårdförloppet kommer den ökade kostnaden innebära utmaningar, även om det skulle leda till sänkta kostnader i framtiden eller bättre vård.

### **RPO primärvård**

Beskrivningen uppmärksammar behovet av ökade resurser inom framför allt allmänmedicin och kommunal hälso- och sjukvård men även inom palliativ medicin. Det finns stora behov av resursförstärkning redan idag vilket begränsar möjligheten att genomföra de goda intentioner som finns i vårdförloppet. Värt att påpeka att det palliativa förhållningssättet är helt naturligt i allmänmedicin och till vissa delar redan är integrerat i primärvården

Det är bra att poängtera etiska aspekter som att inte alla patienter önskar all information eller alla åtgärder och att kulturella faktorer kan spela stor roll.

Det behövs konkreta exempel och förslag på hur teambaserade personcentrerade arbetssätt bör utvecklas för att stärka genomförandet av vårdförloppet.

Undanträngningseffekter är viktiga att beakta för primärvården. Ett utbyggt (och nödvändigt) palliativt uppdrag skapar ofrånkomligen sämre tillgänglighet för flera andra lägre prioriterade grupper inklusive de med mindre allvarlig kronisk sjukdom.

Mycket talar för att behovet av inneliggande vård och annan specialistvård kommer att minska om vårdförloppet kan implementeras.

### **RPO tandvård**

Att tydligare inkludera tandvården i vårdförloppet skulle kunna öka möjligheten till en mer jämlik munhälsa i livets slutskede. Då munhålan är en del av den allmänna hälsan är detta viktigt för det allmänna välbefinnandet.

### **Övergripande eller övriga synpunkter på vårdförloppet**

#### **Regionsjukvårdsledningen**

Regionsjukvårdsledningen i Sydöstra sjukvårdsregionen anser att det behövs förtydliganden av vilka patienter som ska inkluderas i vårdförloppet utifrån Socialstyrelsens definition av palliativ vård.

Regionsjukvårdsledningen, flera regionala programområden och regionala samverkansgrupper anser att vårdförloppets höga ambitionsnivå är både tilltalande och svår att hantera. Förloppet kräver nya prioriteringar och mycket omfattande utveckling.

Innehåll i appendix som inte har kopplingar till innehållet i vårdförloppet ska inte finnas med i dokumentet. Sjukvårdsregionen kan inte acceptera vårdförloppet om det innehåller denna typ av organisatoriska förslag. Sådana frågor måste drivas på annat sätt.

### **RPO sällsynta diagnoser**

Komplettera gärna med hur man säkerställer trygg palliativ vård för individer med kognitiva och fysiska funktionsvariationer.

### **RPO hälsofrämjande**

Ordet diskussion, när man avser att prata med patienten, bör konsekvent bytas ut mot ordet dialog eftersom diskussion kan uppfattas som ett ord som anger att man inte är överens.

### **RPO primärvård**

Varför omnämns inte hospice som ju finns i de flesta större kommuner?

Appendix

A: Kvalitetsunderlag för palliativ vård. Punkt 2: Patient (och närstående) erbjuds ”Samtal vid allvarlig sjukdom och identifierad palliativ vårdbehov”.

Formulera strukturmått och processmått även för allmän palliativ vård för att tydliggöra resursbehovet av personal och utbildning.

### **RPO tandvård**

Det palliativa förhållningssättet med en helhetssyn på patienten och målet att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt borde även inkludera munhälsa. Genom en tandläkarundersökning i tidigt skede då vårdambitionsnivå och plan för lämplig uppföljning fastställs kan lidande undvikas och patientens livskvalitet förbättras. Det skulle även minska risken för vård som inte är värdeskapande för patienten.

Se över om ingången skulle kunna innehålla ett tandvårdsintyg för nödvändig tandvård. Detta skulle berättiga till tandvård till samma avgift som inom den öppna hälso- och sjukvården samt ett avgiftsfritt hembesök årligen. Intyget skulle kunna underlätta samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården, vilket skulle gynna patienterna.