

# 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-ward@skr.se](mailto:kunskapsstyrning-ward@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:

[Höftledsartros                      Dnr. SVN 2020-10 ]

Ange avsändare som lämnar svaret:

**Region** (om applicerbart): [Sydöstra sjukvårdsregionen för Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland]

**Organisation:** [Regionsjukvårdsledningen, med stöd av sjukvårdsregionala programområden, RPO]

**Ansvarig person, titel/roll:** [Lena Lundgren, ordf. i Regionsjukvårdsledningen]

[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 [Bra om det beskrivs tidigt i dokumentet vad grundbehandling innebär]

Kapitel 1.2 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 1.3 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 1.4 [Skriv eventuella kommentarer här]

## Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 [Vem kan inkludera i förloppet? 1177, paramedicinare, nätläkare etc?  
Inklusionskriterierna framstår litet olika i olika stycken.

Bra om det tydliggörs i flödesschemat att patienter behöver komma tidigare såväl till fysioterapeut som till livsstilssköterska. Det kan säkert variera i regionerna vilka som kopplar in livsstilssköterskor respektive dietister

Finns det några ledtider man tänker sig T.ex mellan C och E?  
Acceptabel funktions-och smärtsituation-hur ska man mäta det?]

Kapitel 2.2 [Tabell 1. Misstanke om höftledsartros: Behovet av fysiskt besök i förhållande till nationella vårdgarantin PV (besök inom 3 dagar) - bör förtydligas.

Vilka tidsramar för grundbehandlingen rekommenderas?

Det anges viktkontroll och kontakt med dietist. Tillgång till dietist varierar och är begränsad]

Kapitel 2.3 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2.4 [Skriv eventuella kommentarer här]

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

## Kapitel 3 Uppföljning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 3.1 [[En del av målvärdena är strikt relaterade till patientens motivation och det arbete patienten gör hemma. Är det rimligt att ha de värdena bland målen och hur ska man kunna mäta att patienten rör sig ö 150 min/v?

Rimligare att ha mål som är kopplade till vad sjukvården erbjuder och att det är individanpassat, samt att man sätter in resurser tidigt för att hjälpa patienten med en sundare livstil. Tex tillgång till dietist, som inte finns överallt i primärvården. Egenansvaret hos patienten är stort.]]

Kapitel 3.2 [Skriv eventuella kommentarer här]

#### 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

[För att underlätta för patientgruppen behöver informationen på 1177 förbättras och förtydligas så att det uppmärksammas att även viktreducering är en del av grundbehandlingen. Gärna att det även framgår att livsstilssjuksköterskorna ska kopplas in i ett tidigt skede. Triagering av artrospatienter bör helst ske innan patienten är på läkarens mottagning för att minska sannolikheten att det blir en rutinmässig remiss till röntgen för diagnostisering.

Fler livsstilsfaktorer än fysisk aktivitet och viktminskning bör tas upp i vårdförloppet, exempelvis rökning

Som komplement till de mer omfattande vårdförloppen behövs även en möjlighet till en snabb överblick för kunskapsstöd i primärvården, NKK. Större ansvar och börda faller på primärvård/rehabilitering.]