

# 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-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:

[Reumatoid artrit                      Dnr. SVN 2020-13 ]

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 []

Kapitel 1.2 [Bra att perspektivet om patientens vardag tas upp. Levnadsvanor är en viktig del i behandlingen.

Önskvärt att samla information på 1177 som primärvården kan hänvisa patienter till. Exempelvis råd om smärtlindring, viloställningar, rörlighetsuttag och information om fysisk aktivitet.

Kurator saknas i figur 1-reumatologisk specialistvård.]]

Kapitel 1.3 [Exklusionskriterier är viktiga.]

Kapitel 1.4 [Sista punkten: Att minska andelen patienter som utvecklar bestående funktionsnedsättning är ett rimligt slutmål, men går inte alltid att avgöra redan efter ett år  
Förslag att lägga till långvarig smärta efter funktionsnedsättning

## Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 [Bra beskrivning av inklusionskriterier]

Kapitel 2.2 [Önskvärt att förtydliga i flödesschemats första ruta att även röntgenremiss skickas redan där. Det är lätt att misstolka flödesschemat till att röntgenundersökningen inte ska göras via primärvården alls utan att den ska beställas av specialistvården.]

Kapitel 2.3 [[Bra med tydlighet i att levnadsvanor är en viktig del av behandlingen. Mycket ansvar faller på patienten att genomföra dessa. Bör det stå att rökavvänjning ska erbjudas? Kan annat stöd ges, exempelvis FaR, stöd från dietist? ]

Åtgärdsblock (A): Viktigt att remissen SKICKAS inom en vecka. Bra och viktigt att "undvik kortisonbehandling" står med.

Information och dialog (B): Måste man beskriva för patienten vad ett PSVF är? Räcker det inte att veta att de snart får kontakt med reumatolog? Förvirrande för patienten och detta är vårt arbetsredskap.

Utredningsblock (C): Förslag att ändra till "skickad" istället för "skriven".

Utredningsblock (E): Förslag att ändra till ÖVERVÄG röntgen av lungor.

Behandlingsblock J: Information om levnadsvanor via reumatolog. Vid behov av utökat stöd till beteendeförändring bör patienten remitteras till exempelvis livsstilmottagning eller liknande i primärvården.

Behandlingsblock (K) Arbetsförmågebedömning bör inte ingå. Kan möjligen uppmuntra till sjukskrivningsbehov som inte finns innan? Förslag att istället göra en första bedömning av aktivitetsförmåga och rörelseförmåga.  
"information om deltagande i tillgängliga forskningsstudier DÅ DET ÄR AKTUELLT. (Tillägg av det som är skrivet med versaler).

Behandlingsblock M: Förslag att utforma ett nationellt utbildningsmaterial i samarbete med reumatikerförbundet. LiR gruppens material om levnadsvanor bör ingå.

Behandlingsblock (N): ERBJUDAS bedömning hos arbetsterapeut, fysioterapeut med särskilda kunskaper... samt erbjudas kontakt med kurator vid behov. Önskemål om tillägg där det framgår att patienten ska erbjudas koordineringsinsatser vid behov för att främja återgång till arbetslivet.

Behandlingsblock P: Förslag att det utarbetas ett nationellt material för patientundervisning, i samarbete med reumatikerförbundet. Fördel om det kan användas både webbaserat och vid fysiska träffar.

Uppföljningsblock S: Avses registrering i SRQ gällande arbetsförmågebedömning och är det rätt begrepp som använts?

Uppföljningsblock T: För sent med osteoporosprofylax efter 6 månader, bör göras senast efter 3 månader Uppföljning av fysisk aktivitet/träning bör ingå, liksom erbjudande om testning av fysisk prestationsförmåga..

Uppföljningsblock T och U: Uppföljning efter 6 månader och ett år med HAQ och VAS vid försämring eller utebliven effekt bör finnas med.

Kapitel 2.4 [I texten omnämns hälsoplan. Bra om även rehabplan omnämns. Sannolikt finns olika benämningar på olika platser i landet.]

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

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

Kapitel 3.1 DAS28 är ett delvis patientrapporterat sjukdomsmått, vi tycker därför det både procentuell reduktion av DAS28 och absoluta målvärden bör ingå. Bör HAQ ingå?

Dessa indikatorer bör vara synkade med SBU:s indikatorer för uppföljning av socialstyrelsens nationella riktlinjer.]]

Kapitel 3.2 [Andel patienter som haft kontakt med både fysioterapeut och arbetsterapeut –  
kan detta registreras exempelvis i rehabmodulen i SRQ?

Målet bör höjas till 90% avseende andel som träffat arbetsterapeut/fysioterapeut inom 3 månader

Som framtida indikatorer i SRQ föreslås Nivå av fysisk aktivitet sammanräknat i aktivitetsminuter, konditionsvärde, GRIPPIT]

## 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

[Personcentrerad vård: Patient och anhöriga skulle kunna beskrivas som mer aktiva medskapare som resurser och i teamet.

Som komplement till de mer omfattande vårdförloppen behövs även en möjlighet till en snabb överblick för kunskapsstöd i primärvården NKK.

Synpunkter avseende konsekvensbeskrivning:

Etiska aspekter - För icke svensktalande patienter finns behov av informationsmaterial på andra språk som kan användas nationellt.

Kan kompetensen i de multiprofessionella teamen nyttjas på ett effektivare sätt? Kan patienterna erbjudas vård enligt riktlinjer genom nya arbetssätt och uppgiftsväxling på de klinker där det råder brist på reumatologläkare?

Vilket begrepp är tänkt att användas: Reumarehabilitering eller rehabilitering inom reumatologi?]