

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 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 senast den 6 mars 2020. Ange vilket vårdförlopp kommentarerna avser. OBS! Använd en svars mall 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:

[Stroke och TIA Dnr. SVN 2020-16]

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 Förslag på komplettering: Ungefär tre av fyra patienter med stroke kommer till akutsjukhus med ambulans. Första vårdkontakt är oftast via 112 men ibland via 1177. En mindre andel söker direkt på akutmottagning, alternativt tar de kontakt med primärvård eller närakut först och hänvisas då akut vidare till akutmottagning. Akut behandling av stroke sker primärt inom akutsjukvården. Indikatorer för tid i process börjar på akuten i ex. Rikstroke, Vården i siffror?]

Kapitel 1.2 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 1.3 Bra om det tydligt framgår hur avgränsning ser ut för vårdförloppet. Kan det framgå att vårdförloppet upphör innan primärvård/kommun vid behov tar vid?]

Kapitel 1.4 [När det gäller filmen "Prehospitalt och diagnos på sjukhuset" så är punkten val av sjukhus (Närmaste akutsjukhus/högspecialiserat sjukhus) beroende på lokala valmöjligheter liksom triage för direkttransport till sjukhus där trombektomi utförs.

När det gäller punkten undersökning av patienten så sker den nog vanligen på plats och inte i ambulansfordonet.

Förslag är att det bör framkomma redan i rubriken att det handlar om ischemisk stroke.

Mål på personcentrerad nivå saknas.

Mål avseende innehåll på strokeenhet saknas.]

Kapitel 2: Beskrivning av åtgärder och flödesschema

Kapitel 2.1 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2.2 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2.3 Undvika fördröjning av transport till sjukhus även vid TIA och att man förstår detta i telefonrådgivning och 1177 beställer prio 1 ambulans.]

Utredningsblock: Akut bilddiagnostik (G) (1, 5) "På icke-trombektomisjukhus bör ambulans vänta tills bedömning om trombektomiindikation föreligger och akut transport till trombektomienhet är aktuellt"

- Divergenta synpunkter har inkommit angående väntande ambulans. Beror nog på lokala faktorer inklusive avtal med leverantör.

Behandlingsblock: Åtgärder för att förbättra funktions- och aktivitetsförmåga (X).

Information om funktions- och aktivitetsförmåga (Z): Tal, språk och kommunikation

- Kompensatoriska tekniker, t.ex. bildstöd, bör användas vid nedsatt kommunikationsförmåga
- Information om afasi/dysartri samt kommunikationsrådgivning.

Ökat tryck på logoped - flexibilitet (snabba insatser), tillgänglighet (frekventa och individanpassade åtgärder).

Risk för undanträngningseffekten för övriga diagnosgrupper som är i behov av logoped

Viktigt att det finns en effektiv vårdkedja för stroke hos alla barn, Idag är vårdkedjan ofta för långsam för att interventionen skall vara aktuell, krävs en anpassning för unga och ett behov av att vidareutvecklar det i kommande vårdförlopp

Vad innebär att medverka i åtgärder? Kan det även innebära att samtycka till åtgärder?

D: Uppställningen upplevs svår att följa/otydlig

E: Vore bra med en riktlinje om vad som gäller vid första omhändertagandet på sjukhus om patienten inte kan kommunicera och inte har någon anhörig med.

P. Endast strokeenhet på länssjukhus omnämns, ska även länsdelssjukhus stå med?

T: Fall/fallskada bör ligga på samma nivå som övriga.

T: Smärta saknas under riskbedömning.

T: Kognitiv screening utförs oftast av arbetsterapeut eftersom tillgång till neuropsykolog saknas på många strokeenheter.

T: I texten står "Vid nedsatt rörelseförmåga gör Fysioterapeuten inom 1-2 dygn en fördjupad bedömning avseende..." Förslag till tillägg: tidigare förflyttning-/rörelseförmåga.

X. Nutrition. I texten står: "Kontakta dietist för specifik ordination av energibehov vid dysfagi eller risk för undernäring". Dietister ordinerar nutritionsåtgärd. Energitillbehov beräknar vi. Meningen är svårtolkad. Kanske går den formulera om för att bli extra tydlig?]

Kapitel 2.4 [Det vore bra om det fanns nationella informationsbroschyren för patient/anhöriga att ta del av.]

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

Kapitel 3 Uppföljning av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Kapitel 3.1 [Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 3.2

Det saknas rehabmått vid uppföljning. De båda mått (adl-beroende efter 3 månader, sväljfunktion), som finns med saknar målvärden. Möjligt att man slagit ihop alla mål och lagt under hur många som vårdats på strokeenhet. Ett förtydligande saknas i så fall.

Med utgångspunkt i åtgärdsförslag borde det vara relevant att mäta:
Antal bedömningar gällande funktion/aktivitet/kommunikation som erbjudits.
Andel som träffat at/ft/log? Tid från inskrivning till bedömning.

Kapitel 4: Referenser

[Referenser om psykosocialt perspektiv saknas]

Kapitel 5 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

[I arbetsgruppen finns ingen namngiven representant från ambulanssjukvården eller Flisa (Föreningen för ledningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård) alternativt dess undergrupp Slas(Sveriges medicinskt ledningsansvariga ambulansläkare i samverkan) Hur skedde förankring?]

Kapitel 6 Appendix (om tillämpligt)

6.2: Specifik strokekompetens. Här förespråkas Triangelrevisionen var 3:e år. Tar tid – effektivt?

6.4: Screening av sväljförmåga. Här anges SSA-S men kanske man kan tänka sig flera screeningsmaterial, exempelvis GUSS

Screening av språklig funktion. Här förespråkas LAST. Vore bra med fler alternativ.

Bedömningsinstrument för smärta saknas.

I appendix ges många olika förslag på bedömning avseende funktions- och aktivitetsförmåga vilka är ok, men inte känns helt relevanta då processen beskriver slutenvård. I programmet behöver man definiera var gränsen går mellan slutenvård och öppenvård. Det är bra med referenser och förslag men med tanke på att det är det medicinska som främst lyfts i programmet så riskerar man att vika det hela fel.

Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Sammantaget bejakas vårdförloppet. Vårdförloppet är avgränsat och omfattar inte den del av vårdkedjan som operationsförlopp, intervention och intensivvårdsbehov medför. Bör tas med i kommande arbete.

Bra fokus på personcentrering men anhöriga och det psykosociala kan betonas mer. Så även levnadsvanor, särskilt rökning.

Idag är DT-perfusion inte helt utbyggt. Tolkning kan behöva centraliserat stöd i SÖSR. Det gäller att diagnostiken kan göra skillnad avseende behandling dvs inom aktuell tidsrymd.

Vad gäller frågan om ambulanshelikopter finns inget politiskt beslut om det i sydöstra sjukvårdsregionen. Att bedöma hälsoekonomi som gjorts i konsekvensanalysen kan vara vanskeligare än vad som framgår.

Från paramedicin och omvårdnad har synpunkter inkommit angående att olika professioner bidrar med bedömningar och åtgärder efter lokala traditioner och förutsättningar. Det finns också synpunkter kring val av termer och bedömningsskalor etc.

Mer detaljerade svar från de sjukvårdsregionala programområdena lämnas i en separat mall som komplement till regionsjukvårdsledningens remissvar.

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