

Mall för remissvar för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

REMISSPERIOD: 16 SEPTEMBER – 27 NOVEMBER 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 27 november 2020.

Läsanvisning inför svar på remiss

Svar på remissen skrivs i denna mall och skickas per mejl till kunskapsstyrning-ward@skr.se senast den 27 november 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 vårdförloppen 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. Vårdförloppen ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering.

Mer information om vårdförloppen hittar du [på webbsidan för Nationellt system för kunskapsstyrning](#).

Nationella arbetsgrupper har utvecklat vårdförlopp och konsekvensbeskrivningar

Nu finns tre 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. Huvuddokumentet beskriver hur målsättningarna med vårdförloppet ska mötas genom åtgärder på gruppnivå som utgår från bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling. Dokumentet beskriver kortfattat vad som ska göras och i vilken ordning det ska genomföras och innehåller målsatta indikatorer som ska följas upp. 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

Regionerna kan med fördel påbörja förberedelserna för vårdförloppens införande redan under remissperioden. Det ger regionledningen möjlighet till välgrundad analys och beslutsunderlag inför fastställande och att vårdförloppen snabbare kommer regionens patienter till gagn. Som ett stöd till förberedelser av införande av vårdförloppen utvecklas stödmaterial (exempelvis informationsmaterial och checklistor). Dessa hittar du på webbsidan för [Nationellt system för kunskapsstyrning](#).

Publicering på Nationellt kliniskt kunskapsstöd

Vårdförloppen publiceras efter att de antagits av regionernas styrgrupp inom nationellt system för kunskapsstyrning (SKS). Publicering sker på Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK) i form av PDF-filer, men målet är att bättre nyttja digitala möjligheter på sikt. Arbeta kommer att inledas för att synkronisera befintlig information på Nationellt kliniskt kunskapsstöd med vårdförloppen.

Uppföljning av vårdförloppen på kort sikt varierar

Målet är att så snart som möjligt kunna beskriva i vilken grad patienter får vård i enlighet med vårdförloppens rekommendationer och vilka resultat som uppnås. För att åstadkomma denna uppföljning pågår arbete med en långsiktig strategi för uppföljning av vårdförloppen. Detta sker i samverkan mellan regionerna i systemet för kunskapsstyrning. De förslag på indikatorer som finns specificerade i syfte att följa upp vårdförloppen har inte tagit hänsyn till hur tillgång till 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 olika vårdförlopp. För vissa vårdförlopp kommer uppföljning enligt indikatorerna fungera bra, för 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. Uppföljningen presenteras på Vården i Siffror.

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 har arbete påbörjats med syfte att utifrån några av vårdförloppen analysera vad som bör dokumenteras på ett enhetligt sätt för att möjliggöra bland annat önskad uppföljning.

Ännu finns inte nationella datakällor för att fånga all information som behövs för uppföljning av vårdförloppens indikatorer. Exempelvis finns svårigheter att fånga vissa mätpunkter, till exempel remiss till specialist. Genom arbete med att definiera vilken vårdokumentation som krävs skapas ökade möjligheter att, till exempel via regionernas vårdinformationssystem, få fram den här typen av data på ett enhetligt sätt.

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 att fortgå, 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

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Ange vilket personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp svaret gäller:

Vårdförlopp hjärtsvikt Dnr. SVN 2020-46

Avsändare

Ansvarig person, titel/roll: Elvar Theodorsson, professor och ordförande i Metodrådet Sydöstra sjukvårdsregionen

Svaret är lämnat i egenskap av (markera en av nedanstående och fyll i enligt instruktion):

- Den region/kommun jag representerar Metodrådet i Sydöstra Sjukvårdsregionen
- Den verksamhet/organisation jag representerar
- Mig som privatperson

[X] Jag samtycker att mina personuppgifter, för detta ändamål, samlas in av Sveriges Kommuner och Regioner.

Uppgifterna kommer att lagras till och med december 2021. 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 eller dess konsekvensbeskrivning.

Kapitel 1: Beskrivning av vårdförlopp

Avsnitt 1.1

Texten "Hjärtsvikt betyder att hjärtat inte pumpar så mycket blod som kroppen behöver." är onödigt elementär för ett dokument skrivit för utbildad sjukvårdspersonal. Ett alternativ är Läkemedelsbokens definition "Med hjärtsvikt förstås att hjärtat inte kan ge tillräcklig blodförsörjning till kroppens organ vid normalt fyllnadstryck".

Avsnitt 1.2

Dokumentet är naturligt färgat av hur den nuvarande vården på många håll är bristfälligt organiserad.

Beskrivningen av tillståndet hjärtsvikt är adekvat liksom beskrivningen av behandlingssätt och alternativ handläggning beroende bl a på tillståndets svårighetsgrad.

Eftersom hjärtsvikt kan innebära mycket stora skillnader i hur olika patienter mår är det av stor vikt att individanpassa rekommenderade tidsgränser för omhändertagande, diagnostik, behandling inklusive uppföljning.

Vårdprogrammet innehåller även en målande beskrivning av hur vården idag brister i att tillhandahålla ett adekvat och effektivt omhändertagande inom rimlig tid.

En tidsgräns på upp till 120 dagar kan möjligen accepteras för patienter som söker vård i ett elektivt skede där misstanken om möjlig hjärtsvikt föreligger. En väntetid på 120 dagar är däremot allt för lång för patienter som har en högre dignitet av svikt. Sjukdomen kan i sådana fall påtagligt variera i svårighetsgrad även under dygnet och har en mycket hög mortalitet.

Standardisering – att få alla att arbeta på samma sätt – har visat positiva effekter i många sammanhang inom sjukvården. Frågan är dock i fall överdriven standardisering kan vara en risk i sig vid diagnostik och behandling av hjärtsvikt eftersom sjukdomens allvarlighetsgrad kan vara mycket olika för olika patienter. För hjärtsvikt är det särskilt viktigt att individanpassa omhändertagandet.

Uppdraget för vården måste vara att ordna en teambaserad organisation inom befintliga sjukvårdsstrukturer med samtliga erforderliga kompetenser som effektivt och individanpassat kan diagnosticera, behandla och följa upp behandlingen, ibland med mycket korta ledtider.

Det är avgörande hur uppdraget att handlägga patienterna utförs och inte vilka yrkeskategorier de tillhör som leder verksamheten. Alla nämnda kompetenser behövs naturligtvis i ett team. En sådan teambaserad organisation kan diagnosticera och påbörja en initial behandling väsentligen samma dag.

Nuvarande förslag riskerar att betona rena organisationsfrågor till exempel förslag om sjuksköterskeledda team på bekostnad av välgrundade internationella riktlinjer om diagnostik, behandling och uppföljning.

För uppföljning är teamet sedan självklara mottagare av patientdata liksom utförare av eventuella justeringar av behandlingen. Antingen genom digitala lösningar eller återbesök till mottagningen.

Slutligen är en grundläggande och sannolikt helt avgörande faktor att patienten blir individanpassat utbildad i vad sjukdomen innebär.

Avsnitt 1.3

[Skriv eventuella kommentarer här]

Avsnitt 1.4

[Skriv eventuella kommentarer här]

Avsnitt 1.5

[Skriv eventuella kommentarer här]

Avsnitt 1.6

[Skriv eventuella kommentarer här]

Avsnitt 1.7

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2: Uppföljning av vårdförlopp

Avsnitt 2.1

[Skriv eventuella kommentarer här]

Avsnitt 2.2

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 3 Bakgrund till vårdförlopp

Avsnitt 3.1

[Skriv eventuella kommentarer här]

Avsnitt 3.2

[Skriv eventuella kommentarer här]

Avsnitt 3.3

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 4: Referenser

[Skriv eventuella kommentarer här]

Appendix (om tillämpligt)

De praktiska åtgärder som rekommenderas i vårdförloppet för hjärtsvikt har sina rötter i det 4D hjärtsviktsprogram som utvecklats i samarbete mellan Stockholms Läns Landsting och Karolinska Institutet (Matan, Lofstrom et al. 2019, Matan, Lofstrom et al. 2020) åren 2012-2017 och de sjuksköterskeledda mottagningar som bl a tillämpats i Östergötland (Liljeroos and Stromberg 2019, Savarese, Lund et al. 2019).

Vi har enbart lyckats identifiera en publikation (Matan, Lofstrom et al. 2020) och ett konferensabstrakt (Matan, Lofstrom et al. 2020) som utvärderat 4D hjärtsviktsprogrammet. De variabler som studerats under åren 2012-2017 hos hela Stockholms befolkning genom 47 400 vårdbesök är främst inriktade på hur väl patienterna följde vårdprogrammet (<http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Hjart-karlsystemet/Hjartsvikt/#about>) samt nya och återkommande besök på hjärtsviktsmottagningarna.

Tyvärr har inte någon randomiserad och kontrollerad studiedesign använts, vilket innebär att man inte har data som jämför programmet med till exempel den diagnostik och behandling som vanligen tillämpas.

Man har inte heller jämfört kostnaden med vanlig diagnostik och behandling och inte heller patienttillfredsställelsen.

Det finns ett betydligt bättre vetenskapligt underlag för de sjuksköterskeledda hjärtsviktsmottagningarna med ett 50-tal originalpublikationer från olika delar av världen. Det har dock inte påvisats att en profession framför andra är en oberoende förklarande faktor i behandlingsresultaten.

De ESC guidelines för diagnos och behandling av akut och kronisk hjärtsvikt som är hörnstenen i de vetenskapliga rekommendationer som ges i det aktuella och motsvarande svenska vårdförloppet är välgrundad. Genom den relativt dominerande andel av den totala textmassan i de svenska rekommendationerna som ägnas åt 4D programmet och sjuksköterskeledda mottagningar finns en påtaglig risk att de som är verksamma inom svensk sjukvård felaktigt uppfattar dessa organisatoriska förändringar som förutsättning för att genomföra aktuella ESC guidelines. Denna risk bör elimineras genom kraftig bantning av andelen text som ägnas åt 4D programmet och åt sjuksköterskemottagningar. Rapporten bör också tydliggöra den faktiska vetenskapliga evidens som rekommendationerna om särskilda hjärtsviktsmottagningar bygger på. Det bör även understrykas att ESC guidelines bör införas för att öka effektiviteten i de organisationsstrukturer som redan finns i olika delar av svensk sjukvård för att minimera kostnadsökningar och därmed ge ökad tillgänglighet till exempel till diagnostik med ekokardiografi/blodflödesmätningar/UKG och behandling med fysioterapi.

Betydelsen av ökad användning av mätningar av förmakspeptider för att minska den andel patienter med misstänkt hjärtsvikt som skickas till ekokardiografi/blodflödesmätningar bör understrykas ytterligare.

Ibland är hjärtsvikt ett isolerat symtom men inte sällan är hjärtsvikt kombinerad med andra sjukdomstillstånd. En helhetssyn är därför angelägen men denna finns inte alltid på hjärtsviktsmottagningarna. Därför måste primärvården involveras i många fall, vilket inte diskuteras i det aktuella vårdförloppet.

Referenser

Liljeroos, M. and A. Stromberg (2019). "Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings." *Eur J Heart Fail* 21(1): 103-109.

Matan, D., U. Lofstrom, C. Cabrera-Corovic, B. L. Eriksson, M. Ekstrom, C. Hage, G. Ljunggren, P. Lynga, B. Persson, M. J. Eriksson, H. Wallen, B. Janerot Sjöberg, K. Malmqvist, C. Linde and H. Persson

(2019). A quality improvement program for heart failure involving structured patient data, diagnosis and organization of care - results from the 4D heart failure project. ESC Congress 2019 together with World Congress of Cardiology European Heart Journal, Volume 40, Issue Supplement_1, October 2019, ehz747.0364.

Matan, D., U. Lofstrom, C. Corovic Cabrera, B. Eriksson, M. Ekstrom, C. Hage, G. Ljunggren, P. Lynga, H. Wallen, K. Knudsen Malmqvist, C. Linde and H. Persson (2020). "Reorganization of heart failure management and improved outcome - the 4D HF Project." Scand Cardiovasc J: 1-8.

Savarese, G., L. H. Lund, U. Dahlstrom and A. Stromberg (2019). "Nurse-Led Heart Failure Clinics Are Associated With Reduced Mortality but Not Heart Failure Hospitalization." J Am Heart Assoc **8**(10): e011737.

Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Vårdförlopp har tillämpats sedan sena 1980- talet i samarbete mellan personer inom flera sjukvårdsprofessioner. Vårdförlopp är ett samlingsbegrepp över tillämpning av evidensbaserad medicin/vård, hälsoekonomi inklusive DRG, standardisering och förbättringskunskaper – för att nämna några. Minst 84 olika synonymer har använts i internationell litteratur för att beskriva arbetssättet (De Bleser, Depreitere et al. 2006) inklusive "clinical pathways", "integrated care pathways", "two-week wait" or "critical pathways". Kinsman et al. (Kinsman, Rotter et al. 2010) föreslog för tio år sedan fem kriterier för att definiera vårdförlopp som med tiden blivit fyra centrala kriterier Rotter et al. (Rotter, Kinsman et al. 2010, Rotter, Kinsman et al. 2012) och Lawal et al. (Lawal, Rotter et al. 2016):

Vårdförloppet består av strukturerade insatser från flera kategorier sjukvårdspersonal, tillämpar vetenskaplig evidens i lokala och praktiska arbetssätt, styrs och följs upp av tidsbestämda mål och standardiserar diagnostik, behandling och uppföljning av en viss sjukdom/tillstånd för en viss befolkning.

Även om vårdförlopp har praktiserats i mer än 30 år, kvarstår begreppsförvirring och brist på standardisering inom kunskapsområdet till och med inom det respekterade Cochrane samarbetet (Vanhaecht, Ovretveit et al. 2012, Gopalakrishna, Langendam et al. 2016). Vårdförlopp tillämpas så olika i internationellt perspektiv att solid vetenskaplig evidens för dess effekter ännu inte har säkerställts (Pearson, Goulartfisher et al. 1995, de Luc 2000, El Baz, Middel et al. 2007, Allen, Gillen et al. 2009, Vanhaecht, Panella et al. 2010, Lord, Willis et al. 2013, SBU 2014, van Harten, Goedbloed et al. 2018, van Hoeve, Vernooij et al. 2018). Personcentrerad medicin är också mycket lovande, men vilar fortfarande på ett otillräckligt vetenskapligt underlag (Khoury, McBride et al. 2009, Saad, Paoletti et al. 2017, Hey, Gerlach et al. 2020).

Även om vetenskaplig evidens för standardiserade vårdförlopp och personcentrerad medicin är bristfällig, finns ett befogat krav om likvärdig sjukvård och behandlingsresultat i Sverige. Därför vill vi föreslå att det väletablerade begreppet vårdprogram eller standardisera insatsförlopp används i

stället för de modebetonade begreppen "vårdförlopp" och "personcentrerad medicin". Ett nationellt förankrat och implementerat vårdprogram vars resultat följs upp i register är nyskapande och kraftfullt i sig. Det är samtidigt viktigt att ständigt beakta att inga undanträngningar uppkommer, det vill säga, situationer när högre prioriterade patienter får stå tillbaka för lägre prioriterade patienter, även om de senare följer ett särskilt vårdprogram.

Referenser

- Allen, D., E. Gillen and L. Rixson (2009). "The Effectiveness of Integrated Care Pathways for Adults and Children in Health Care Settings: A Systematic Review." *JBI Libr Syst Rev* 7(3): 80-129.
- De Bleser, L., R. Depreitere, K. De Waele, K. Vanhaecht, J. Vlayen and W. Sermeus (2006). "Defining pathways." *J Nurs Manag* 14(7): 553-563.
- de Luc, K. (2000). "Care pathways: an evaluation of their effectiveness." *Journal of Advanced Nursing* 32(2): 485-496.
- El Baz, N., B. Middel, J. P. van Dijk, A. Oosterhof, P. W. Boonstra and S. A. Reijneveld (2007). "Are the outcomes of clinical pathways evidence-based? A critical appraisal of clinical pathway evaluation research." *J Eval Clin Pract* 13(6): 920-929.
- Gopalakrishna, G., M. W. Langendam, R. J. P. M. Scholten, P. M. M. Bossuyt and M. M. G. Leeflang (2016). "Defining the clinical pathway in cochrane diagnostic test accuracy reviews." *Bmc Medical Research Methodology* 16.
- Hey, S. P., C. V. Gerlach, G. Dunlap, V. Prasad and A. S. Kesselheim (2020). "The evidence landscape in precision medicine." *Science Translational Medicine* 12(540).
- Khoury, M. J., C. M. McBride, S. D. Schully, J. P. A. Ioannidis, W. G. Feero, A. C. J. W. Janssens, M. Gwinn, D. G. Simons-Morton, J. M. Bernhardt, M. Cargill, S. J. Chanock, G. M. Church, R. J. Coates, F. S. Collins, R. T. Croyle, B. R. Davis, G. J. Downing, A. DuRoss, S. Friedman, M. H. Gail, G. S. Ginsburg, R. C. Green, M. H. Greene, P. Greenland, J. R. Gulcher, A. Hsu, K. L. Hudson, S. L. R. Kardia, P. L. Kimmel, M. S. Lauer, A. M. Miller, K. Offit, D. F. Ransohoff, J. S. Roberts, R. S. Rasooly, K. Stefansson, S. F. Terry, S. M. Teutsch, A. Trepanier, K. L. Wanke, J. S. Witte and J. F. Xu (2009). "The Scientific Foundation for Personal Genomics: Recommendations from a National Institutes of Health-Centers for Disease Control and Prevention Multidisciplinary Workshop." *Genetics in Medicine* 11(8): 559-567.
- Kinsman, L., T. Rotter, E. James, P. Snow and J. Willis (2010). "What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate." *Bmc Medicine* 8.
- Lawal, A. K., T. Rotter, L. Kinsman, A. Machotta, U. Ronellenfitsch, S. D. Scott, D. Goodridge, C. Plishka and G. Groot (2016). "What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review." *Bmc Medicine* 14.
- Lord, J., S. Willis, J. Eatock, P. Tappenden, M. Traperro-Bertran, A. Miners, C. Crossan, M. Westby, A. Anagnostou, S. Taylor, I. Mavranezouli, D. Wonderling, P. Alderson and F. Ruiz (2013). "Economic modelling of diagnostic and treatment pathways in National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines: the Modelling Algorithm Pathways in Guidelines (MAPGuide) project." *Health Technol Assess* 17(58): v-vi, 1-192.
- Pearson, S. D., D. Goulartfisher and T. H. Lee (1995). "Critical Pathways as a Strategy for Improving Care - Problems and Potential." *Annals of Internal Medicine* 123(12): 941-948.
- Rotter, T., L. Kinsman, E. James, A. Machotta, H. Gothe, J. Willis, P. Snow and J. Kugler (2010). "Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs." *Cochrane Database Syst Rev*(3): CD006632.

Rotter, T., L. Kinsman, E. James, A. Machotta, J. Willis, P. Snow and J. Kugler (2012). "The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs: Cochrane systematic review and meta-analysis." *Eval Health Prof* 35(1): 3-27.

Saad, E. D., X. Paoletti, T. Burzykowski and M. Buyse (2017). "Precision medicine needs randomized clinical trials." *Nature Reviews Clinical Oncology* 14(5): 317-323.

SBU (2014). Tidig upptäckt av symtomgivande cancer. En systematisk litteraturöversikt. <https://www.sbu.se/222>. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering 222.

van Harten, W. H., N. Goedbloed, A. H. Boekhout and S. Heintzbergen (2018). "Implementing large scale fast track diagnostics in a comprehensive cancer center, pre- and post-measurement data." *BMC Health Serv Res* 18(1): 85.

van Hoeve, J. C., R. W. M. Vernooij, A. K. Lawal, M. Fiander, P. Nieboer, S. Siesling and T. Rotter (2018). "Effects of oncological care pathways in primary and secondary care on patient, professional, and health systems outcomes: protocol for a systematic review and meta-analysis." *Syst Rev* 7(1): 49.

Vanhaecht, K., J. Ovreteit, M. J. Elliott, W. Sermeus, J. Ellershaw and M. Panella (2012). "Have We Drawn the Wrong Conclusions About the Value of Care Pathways? Is a Cochrane Review Appropriate?" *Evaluation & the Health Professions* 35(1): 28-42.

Vanhaecht, K., M. Panella, R. van Zelm and W. Sermeus (2010). "An overview on the history and concepts of care pathways as complex interventions." *International Journal of Care Pathways*. 14: 117-123.

Konsekvensbeskrivningen

[Skriv eventuella kommentarer här]