

# 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](mailto: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](mailto: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:

Lena Lundgren, ordf. i Regionsjukvårdsledningen

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

Den region/kommun jag representerar

Sydöstra sjukvårdregionen (Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland).  
Regionsjukvårdsledningen, med stöd av sjukvårdsregionala programområden, RPO, och  
sjukvårdsregionala samverkansgrupper, RSG

Den verksamhet/organisation jag representerar [Click or tap here to enter text.](#)

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

Vårdförloppet är väl beskrivet och lyfter fram en diagnos och patientgrupp som ofta hamnar i skuggan av andra delar av kardiologin.

### Avsnitt 1.2

Vårdförloppet omfattar endast patienter där det finns en välgrundad misstanke om hjärtsvikt avseende utredning och första linjens behandling (nyinsjuknande). Eftersom vårdförloppet därefter

avslutas kommer det krävas ytterligare ett vårdförlopp för den fortsatta kroniska behandlingen om målet att minska ineliggande vård vid hjärtsvikt ska kunna nås och mätas.

Teamarbete är en framgångsfaktor, men nuvarande förslag om sammansättning av team riskerar att fokusera mer på organisation än följsamhet till aktuella rekommendationer för utredning, behandling och uppföljning.

### **Avsnitt 1.3**

Vårdförloppets mål är väl beskrivna och relevanta.

### **Avsnitt 1.4**

Eftersom ingången i vårdförloppet innebär att patienten kan ha relativt lindriga eller diffusa symtom och att NT-proBNP nivån också är relativt lågt satt, finns det risk för undanträngningseffekter av andra patientgrupper i behov av ekokardiografisk diagnostik. Det finns risk att patienter med annan orsak till dessa symtom inte får adekvat utredning och behandling. Föreslår därför att NT-proBNP nivåerna behöver justeras och vid en "grå-zonsnivå" ska det krävas tydligare symtombild.

### **Avsnitt 1.5**

Åtgärd E/F: Skrivningen "om så behövs" kontakt med multidisciplinär mottagning är olycklig, eftersom det finns lika stort behov som för åtgärd D av att ha en smidig vårdkontakt, långvarig relation och att jobba med att öka patientens kunskap utifrån enskilt behov. I tabell 1 står det inte "om så behövs" för åtgärd E. Texten bör överensstämma mellan figur och tabell.

HFpEF är en diagnostisk utmaning och det krävs en sammanvägning av symtom, fynd vid ekokardiografi, NT-proBNP mm. Det finns stor risk att ett stort antal patienter kommer hamna i en mellankategori med tecken på diastolisk sjukdom, men inte någon säker bakomliggande sjukdom. Det finns inte heller någon uppföljningsparameter till denna patientkategori.

### **Avsnitt 1.6**

Det framkommer tydligt att vårdförloppet kommer ändra i vårt arbetssätt att ta hand om patienter med hjärtsvikt. Framför allt i den teambaserade mottagningen ska fysioterapeuter ta en mer aktiv roll, vilket är väl vetenskapligt dokumenterat. För att nå målen måste ny generisk kompetens tas fram, ev. i digitala vårdmöten. På det lokala planet måste detta beskrivas i vad som görs inom den nära vården respektive specialistvården.

Patienter med hjärtsvikt kan också ha behov av annan kompetens i form av dietist och kurator, vilket bör nämnas.

Tabell 1, kolumn F bör stå förmaksflimmer i stället för flimmer.

### **Avsnitt 1.7**

Patientkontrakt är viktigt för patienter med hjärtsvikt.

## Kapitel 2: Uppföljning av vårdförlopp

### Avsnitt 2.1

Nio mått föreslås i remissen för uppföljning av processen. Genomgående för måtten är att det i nästan samtliga fall saknas en nationell källa alternativt att källan saknar tillräcklig täckningsgrad. Det är sannolikt möjligt att i enlighet med vårdförloppen bygga mätningar som mer eller mindre automatiseras i respektive region. Att skapa manuella mätningar som sedan rapporteras till ett kvalitetsregister är inte optimalt ur följsamhet att rapportera perspektivet, utan kommer mest sannolikt att leda till en för låg täckningsgrad. Ett flertal mått berör primärvården, som i nuläget inte registrerar i någon större omfattning i Rikssvikt eller rapporterar till Socialstyrelsen.

Förekomst går att få fram ur kodningen såvida ICD för HFrEF, HFmrEF samt HFpEF och KVÅ kodas korrekt. Ledtider kan lämpligen mätas lokalt på liknande sätt som vi idag mäter SVF för att sedan automatiserat rapporteras centralt. Sannolikt kommer en del värden att kräva särskilda tabeller som sedan går att beräkna EF % ur, men bör vara förhållandevis genomförbart, och även användbart för egen uppföljning.

Bedömningen är därför att föreslagna indikatorer är möjliga att följa men kräver anpassningsarbete och leder till motsvarande kostnader för respektive region. Det bör eftersträvas att föreslagna parametrar samlas in centralt med helt automatiserad rapportering.

Primärvårdskvalitet kan användas om och när ICD kodning införs alternativt annan registrering i vårddatasystem så att man kan skilja HFrEF, HFmrEF och HFpEF.

Nationell patientenkät för rehabilitering kan användas för att fånga patienternas erfarenheter.

### Avsnitt 2.2

Se ovan avsnitt 2.1

Det viktigaste är att diagnoserna ställs korrekt och speciell kodning för de tre grupperna (HFrEF, HFmrEF och HpEF) som beskrivits i vårdförloppet kan särskiljas.

För att kunna använda Riksvikt måste detta register få en bättre täckningsgrad och vara enklare att registrera i för att kunna användas i uppföljningssyfte. Detta gäller framför allt inom primärvården.

Oplanerad hjärtsviktshospitalisering bör istället vara sjukhusvård för hjärtsvikt som första diagnos, men också all hospitalisering under uppföljning av patienter med hjärtsvikt.

Det saknas PROM mått samt tabell med kvalitetsindikatorer, audit (tex rapportering till RikshIA/Swedheart) med återkoppling till användare och patienter

Riksvikt KVÅ koder som ska registreras: Endast en begränsad del av hjärtsviktspopulation registreras idag i Riksvikt och vi ser svårigheter inom primärvården vilket kan leda till problem att få valida data inom överskådlig tid.

Övriga processmått måste förtydligas och vara i linje med vårdförloppets intentioner samt vara möjliga att kunna redovisa i enlighet med avsnitt 2.1. Exempelvis föreligger en diskrepans med uppföljningsbesök inom 30 dagar för den sammanslagna gruppen HFrEF och HFmrEF (EF < 50 %) i stället för enbart HFrEF (EF < 40 %).

Målvärden bedöms relativt högt satta.

## 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)

I vårdförloppet bör prevention finnas med och där bör också 1177 kunna användas för att betona vikten av levnadsvanor och fysisk träning. Fysisk träning som initieras bör kunna följas upp och utvärderas digitalt av fysioterapeut.

## Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

För att förbättra vården av patienter med hjärtsvikt och få en likvärdig vård i landet utgör det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet en viktig del.

Vårdförloppet omfattar endast nyinsjuknade patienter med hjärtsvikt. För att få ett optimalt omhändertagande av samtliga patienter med hjärtsvikt krävs ett utökat sammanhållet vårdförlopp även för den fortsatta behandlingen.

Individer med psykisk ohälsa tenderar att söka vård senare, kan ha sämre följsamhet till läkemedelsbehandling och förmåga till egenvård. Psykisk ohälsa kan även påverka patientens delaktighet.

Flertalet patienter kommer sannolikt hanteras inom den nära vården såväl med initiering av diagnostik och första linjens behandling samt uppföljning. Det är därför av stor vikt att utbildning ges till läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och kuratorer samt utvidgning av diagnostiska specialiteten.

## Konsekvensbeskrivningen

För att uppföljning och behandling ska bli framgångsrik krävs:

- en koordinerande specialistläkarresurs i primärvården
- resursförstärkning och kompetensutveckling för sjuksköterskor inom primärvård
- resursförstärkning och kompetensutveckling för fysioterapeuter inom såväl specialistsjukvård som primärvård
- samarbete över vårdnivåer
- digitala modeller för fysisk träning
- ökad kapacitet inom klinisk fysiologi
- utveckling av IT-stöd för diagnosättning och uppföljning av indikatorer

Det finns risk för begränsad undanträngning av patienter med klaffsjukdom och kranskärslssjukdom.