

Mall för remissvar för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

REMISSPERIOD: 16 SEPTEMBER – 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 Kognitiv svikt vid demenssjukdom Dnr. 2020-47

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 sjukvårdsregionen (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

Ytterligare ett skäl att förbättra utredningen och omhändertagandet av personer med kognitiv nedsättning är att den medicinska utvecklingen går framåt. Framtida sjukdomsmodifierande behandlingar ställer krav på en välfungerande utredningsprocess. Förtydliga inklusionskriterierna. Hur ska vi hantera om man inte kommer fram till om det är en progressiv neurodegenerativ åkomma utan en mer kognitiv störning där allmänna hälsotillståndet också påverkar psyke och kognition? Ska vårdförlopp startas flera gånger? När avslutas vårdförloppet?

Avsnitt 1.2

Överväg MRT hjärna istället för datortomografi tidigt i utredningsprocessen. Kostnaden skiljer sig inte nämnvärt och med MRT hjärna kan vi exempelvis hitta vaskulära förändringar som kan vara avgörande för diagnos. Härutöver kan man snabbare identifiera patienter med hydrocefalus och skilja mellan kommunicerande och icke kommunicerande variant. Tillgängligheten är i nuläget inte tillräckligt stor, men ökade resurser borde kunna motiveras då det även ger fördelar inom andra områden (ex stroke).

Avsnitt 1.3

Click or tap here to enter text.

Avsnitt 1.4

Uppföljning, hjälpmedelsutprovning och kontakter med omsorgspersonal bör säkerställas med logopedkompetens i primärvården.

Avsnitt 1.5

Öppna för att vissa patienter med grad 5 också kan behöva specialiserad demensvård. Avgränsningen för begreppet "biologiskt åldrad" (Clinical frailty scale grad 5) kan exkludera yngre personer.

Välj testmetod utifrån anamnes och basal utredning. Kognitiva tester är mer tillförlitliga i trygg miljö utan tidspress.

Bedömning av hörsel bör vid behov ingå i den basala utredningen, och nämnas i block A, för att kunna göra rehabiliteringsåtgärder och kompensera eventuell hörselnedsättning tidigt i utredningsskede.

Tidig kontakt med logoped är önskvärd.

Avsnitt 1.6

Formulera om och förtydliga så att naturliga funktioner och sexualitet inte listas som sjukdomar.

Förtydliga lämpliga bedömningsinstrument och eventuella kompetenskrav för kognitiva tester och bedömning av ADL.

Avsnitt 1.7

Utveckla hur patientöverenskommelsen kan ske och vilka svårigheter det kan innebära för patientgruppen. Förtydliga behovet av utbildningsinsatser för att överbrygga både kommunikativa svårigheter och förmåga att svälja.

Kapitel 2: Uppföljning av vårdförlopp

Avsnitt 2.1

Click or tap here to enter text.

Avsnitt 2.2

Processmåttén med målvärde >90 % för andel som genomgått en fullständig basal kognitiv utredning samt ADL-bedömning kan upplevas ambitiösa då en del av patienterna kan vara svåra att motivera till medverkan.

Överväg medel- och medianvärde även för tid från kontaktdatum till mottagen remiss och diagnos för utvidgade utredningar.

Det finns idag ingen nationell heltäckande datakälla där vårdförloppet kan följas, i stället avses detta att följas upp med indikatorer från Svenska Demensregistret (SveDem), vilket är begränsande i vissa delar. Indikatorerna som ska följas är 7 processmått, varav två börjar samlas in först 2021. På sikt kan eventuellt kvalitetsindikatorer hämtade från Primärvårdskvalitet (PVQ) inkluderas. Här behöver dock en utveckling ske.

Processmåttén som avses användas bör i stort kunna täcka in vårdförloppets viktigaste målsättningar, men det finns några frågeställningar som behöver belysas:

- 1) Osäkerhet i incidens och prevalens då nationellt register över demenssjukdomar saknas. Hur hanteras detta?
- 2) Täckningsgrad i SveDem .
 - a) Specialistsjukvården saknas i Skåne, 78 procent av rikets primärvårdsenheter är anslutna, samt 878 kommunala enheter från 82 kommuner. Att så många enheter saknas bör försvåra jämförelser mellan regioner. Hur hanteras det? Kan resultaten som baseras på insamlade data extrapoleras till nationell nivå?
 - b) Enligt en täckningsgradsanalys genomförd av Socialstyrelsen 2018 kunde unika individer med demensdiagnos identifieras. Analysen visade på att täckningsgraden i SveDem var 43 procent, vilket är en låg siffra. Hur detta påverkar vårdförloppets indikatorer bör preciseras, dels på riksnivå men särskilt hur det påverkar jämförelser mellan olika regioner.
- 3) SveDem begränsas av att enbart ha uppgifter om personer som fått en demensdiagnos, inte de personer som genomgår en demensutredning. Vad får det för konsekvenser i mätthänseende?
- 4) Två nya indikatorer ska inkluderas 2021. Finns det risk att dessa två indikatorer kan vara av sämre kvalitet inledningsvis?
- 5) Samtliga indikatorer mäts på årlig basis. Åtminstone de indikatorer som mäter tillgänglighet bör rapporteras tätare för att snabbt kunna upptäcka, analysera och åtgärda eventuella försämringar.

Kapitel 3 Bakgrund till vårdförlopp

Avsnitt 3.1

Vid kognitiv svikt är det extra viktigt med en kontakt för att förenkla för patienter och närstående att adressera frågor som olika verksamheter ansvarar för och kan svara på.

Avsnitt 3.2

[Skriv eventuella kommentarer här]

Avsnitt 3.3

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 4: Referenser

[Skriv eventuella kommentarer här]

Appendix (om tillämpligt)

Cognistat testar orientering, uppmärksamhet, språk, konstruktion, minne, huvudräkning samt logik. Till skillnad från MMSE och MOCA ges resultatet i en graf och inte en totalsumma. MMSE består av 20 uppgifter, inte frågor. Trailmaking test B testar också exekutiv förmåga.

Det bör framgå att intervjun ska fokuseras på personens vardag och eventuella förändringar i funktions- och aktivitetsförmåga. Bedömning kan även ske i en bedömningslokal på utredande enhet.

Överväg en översikt med korta beskrivningar av instrumenten och om PRPP och META ska vara med.

I rekommendationen för laboratoriemässig utredning bör CDT strykas då PEth är en mycket bättre analys.

Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Som helhet ett mycket bra, ambitiöst och välskrivet dokument. Det är viktigt att beskriva hur dokumentet hänger samman med nationella riktlinjer och standardiserat insatsförlopp. Förtydliga gärna stödet till närstående och betona vikten av samverkan med kommunen.

Bra att munhälsan uppmärksammas vid basal utredning och bedömning av basalt status. ROAG är en etablerad metod för munhälsobedömning. Det är viktigt att hälso- och sjukvården har effektiva kontaktvägar för patienter med grad 3.

Bevaka tandvårdsintyg, det pågår en statlig utredning som kan medföra omfattande förändringar i tandvårdsstödet.

Anamnes bör innehålla frågor om fysisk aktivitet.

Att psykometri inte bör göras vid nedsatt AT sekundärt vid exempelvis sjukhusvistelse eller i en ny miljö på korttidsplats innebär relevanta förseningar. Hur ska man ta hänsyn till och följa det?

Har ni diskuterat att ytterligare beskriva målgruppen eller ta fram två likvärdiga förlopp för olika målgrupper där exempelvis personer med redan befintliga insatser från kommunal hälso- och sjukvård eller socialtjänst kan behöva en längre utredningstid än vad vårdförloppet föreslår jämfört med exempelvis yrkesarbete?

Konsekvensbeskrivningen

Vårdförloppet kräver utbildningsinsatser för fler yrkesgrupper än läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter, ex logoped, audionomer och dietister.

Risk för konkurrens om logopedresurser.

Det finns en risk att de vida inklusionskriterierna tar orimligt mycket primärvårdsresurser i anspråk.

Om kriterierna för ingång och utgång beaktas bör vårdförloppet inte medföra onödig eller omotiverad utredning. Dock är här risken överhängande att överdiagnostisering med hjälp av Datortomografi kommer att ske

Det som konsekvensbeskrivningen redan anger är tillgången till radiologiska undersökningar begränsad. Ett ökat antal utredningar tillsammans med förkortade väntetider kan ge undanträngningseffekter på andra patientgrupper. Men om det enbart är vid Välgrundad misstanke om kognitiv svikt vid demenssjukdom en datortomografi ska utföras är det möjligt att riskerna med undanträngningseffekter uteblir