

Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Ländryggsbesvär hos vuxna

Dnr RÖ 2022-12736. Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland har valt att yttra sig gemensamt inom ramen för samverkan inom den Sydöstra sjukvårdsregionen. Beredningen av ärendet och en övergripande analys av systemeffekter har skett med stöd av regionala programområden och regionala samverkansgrupper.

RPO/RSG

RSG Uppföljning och analys
RSG HTA
RPO Psykisk hälsa
RPO Hälsöfrämjande
RSG strukturerad vårdinformation
RPO Äldres hälsa
RPO Endokrina sjukdomar
RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
RPO Akut vård
RPO Primärvård
RSG Läkemedel

1. Beskrivning av vårdförlopp

RSG HTA

Bra beskrivning men det finns en risk att man ser ländryggsbesvär som ett isolerat problem hos en i övrigt frisk person. Det saknas aspekter på hur olika grader av samsjuklighet kan påverka vårdförloppet.

1.1 Om ländryggsbesvär

RPO Äldres hälsa

Här beskrivs personcentrerat omhändertagandeför för samtliga patienter som drabbats av ländryggsbesvär. Utmaningarna för äldre med ländryggsbesvär och hög grad av samsjuklighet är ännu större och det borde uppmärksammas mer. Generellt är utmaningar med den åldrande kroppen inte med. Bra att det uppmärksammas vid de röda flaggorna, sid 38.

1.2 Omfattning

RSG strukturerad vårdinformation

En fråga: Har ni funderat på om vårdförloppet kan starta tidigare, t ex när patienten börjar söka information. Då behöver bra information finnas om vad man ska göra, t ex egenvård eller söka vård.

1.3 Vårdförloppets mål

RSG HTA

Mycket högt ställda mål. Uppfyllelsen av dessa mål måste vara svår att uppnå.

RPO Hälsöfrämjande

Tillägg:

- uppnår en förståelse för hur hälsosamma levnadsvanor kan påverka sitt hälsotillstånd

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Det står att ett mål är att uppnå en ökad hälsorelaterad livskvalitet under och efter perioden med ländryggsbesvär. Att sträva efter ökad livskvalitet under pågående period med ländryggsbesvär är relevant men att ha som mål att den hälsorelaterade livskvaliteten efter pågående period ska vara högre än den var innan kan vara svårt/ högt mål att nå. Orsakerna till hälsorelaterad livskvalitet kan ju bero på fler saker än ländryggen.

Hur vet man/mäter man livskvaliteten efter avslutad period?

Endast mål för patienten som är beskrivet. Vad är målet med vårdförloppet från sjukvårdens sida?

1.4 Ingång och utgång

RSG strukturerad vårdinformation

Fråga: Kan inte utgången också inträffa när patienten blir bra, t ex smärtfri?

RPO Akut vård

Det vore önskvärt att vårdförloppet även berör de patienterna som söker ambulans, var ska de bedömas. Akutmottagning? Primärvård? Finns möjlighet att titta på algoritm för patienter utan trauma och neurologi för att kunna kvarstanna hemma för bedömning i primärvård nästkommande vardag.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

RSG HTA

Mycket detaljerat. Osäkert i vilken utsträckning det kommer att användas.

1.6 Vårdförloppets åtgärder

RSG HTA

Bra och illustrativ men mycket omfattande. Flaggorna underlättar. En del frågor som gärna kan besvaras:

- Är det realistiskt att patienten ska få kontakt med legitimerad vårdpersonal redan samma dag som patienten har sökt kontakt med vården för sina ryggsbesvär?
- Tas beslutet om fortsatt utredning inom primärvården av läkare?
- Finns resurser för att en fysioterapeut redan inom tre dagar efter att patienten sökt kontakt göra en klinisk utredning och biopsykosocial bedömning? Tidsåtgång?

RPO Psykisk hälsa

Utvidgad utredning - Vill vi ge råd om verktyg/tillvägagångssätt för att bedöma psykisk ohälsa vid fördjupad utredning?

Utifrån psykiatrisk specialistvård välkomnar vi den biopsykosociala modellen då detta ger en bredare och mer komplett bedömning vid ryggsmärta både i akut och mer långvarigt förlopp. En individuellt anpassad vård där uppmärksamhet läggs på tidigare och nuvarande psykiatrisk sjuklighet är positivt och leder till en mer multimodal rehabilitering där samverkan kan ske mellan olika vårdinstanser varav psykosociala tema/psykiatrisk specialistvård är ett. För att öka patientens delaktighet på ett tidigt stadium och försöka förebygga långvariga smärttillstånd är det viktigt att fånga eventuella symptom med depressivitet och ångest så snabbt som möjligt. I dokumentet beskrivs screeninginstrument som vi vanligtvis inte använder inom specialitén men både SBT och ÖMPSQ fångar på ett för patienten lättförståeligt sätt upp mildare depressivitet och lätt oro samt sömnstörning. Avseende det sistnämnda ÖMPSQ saknas frågor om ångest och för båda inkluderas inte tidigare psykiatriska besvär vilket bedömes som viktigt för utfallet. Det uppföljande kliniska samtalet får här vara ett viktigt komplement. Utformningen av frågorna i instrumenten bedömes vara formulerade på ett sådant sätt att de inte väcker motstånd att berätta om eventuella psykiska symptom.

RSG strukturerad vårdinformation

Tabell 1:

- A) Första kontakt med vården – saknar de symtom som ligger till grund för första kontakt med vården. De besvär som patienten har.
Kommentar: Då kan dokumentation göras för uppföljning.
- B) Beslut: Behov av klinisk utredning inom primärvården? Ta beslut om patienten kan utredas inom primärvården: • Ja: vid svårare besvär som misstänks härröra från ländryggen eller lätta till måttliga besvär....
Kommentar: Finns svårare, måttliga och lätta definierat, eller är det en bedömningsfråga?

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Under A

I linje med vårdförloppets rekommendationer (Appendix A) bör vårdpersonal genomföra screening av röda flaggor (Appendix B och C) och bedömning av misstanke om annan sjukdom eller tillstånd som bör få akut omhändertagande. Förslag: Detta gäller även de patienter som har denna kontakt med vården inom kommunal hälso- och sjukvård.

Figur 2: Framgår inte att inte alla patienter behöver fysisk undersökning. Vilka patienter räcker det med får egenvård? Vad innebär egenvård? Ex. screening (telefonkontakt/digital kontakt)

C) Vad är skillnaden på C) klinisk utredning och J) utvidgad utredning? För en fysioterapeut känns undersökning likvärdig? Innebär den utvidgade utredningen att ex. läkare kopplas in men att fysioterapeut redan gjort sin bedömning?

D) Om man inte förbättrats inom 2-3 veckor ska man direkt till utvidgad utredning då? Många kommer ju på sin första tid till fysioterapeut i primärvården vid denna tidpunkt och har således inte hunnit få effekt på ev. åtgärder. Bör detta förtydligas?

F) Hur hanterar vi patienter som fått grundbehandling tidigare och söker på nytt? Ska dessa per automatik vidare till utvidgad utredning?

Under benämning F och tilläggsbehandling

- Finns inget som heter sjukskrivningsunderlag – Ändras.
- I Hälso- och sjukvårdens uppdrag ingår inte arbetsinriktade rehabiliteringsåtgärder.
- Ta bort mening om rehabkoordinatören kan med fördel kopplas in för att koordinera mellan olika aktörer.

Det borde finnas ett särskilt avsnitt om Försäkringsmedicinska aspekter där även lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna belyses.

Fysiskt träningsprogram: Vissa patienter verkar nöjda med enbart råd och stöttning kring generell fysisk aktivitet. Det är inte alltid det behövs specifika övningar. Går det att förtydliga?

J) Kvarstående aktivitetsbegränsande smärtbesvär: Är detta samma period med smärta eller kan det också vara en patient med intermitterande smärta som har en episodisk ryggsmärta?

Övriga utredningar:

- Slätröntgen endast vid kotkompression med kirurgisk frågeställning. Nej bör stå vid misstanke om kotkompression för att verifiera/bekräfta diagnos och initiera utredning för benskörhet som en del i kommande frakturkedja och initiera behandling för sekundär prevention av osteoporosrelaterade frakturer (PSVF osteoporos-sekundär prevention av fraktur)

L) Förtydliga var kriterier för primärvård kontra specialist finns/vilka de är?

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

RSG HTA

Hur stor andel av patienterna kommer att behöva ett kontrakt. Detta framgår inte klart.

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Finns det fler sätt att arbeta personcentrerat än enbart patientkontrakt?

2. Uppföljning av vårdförlopp

RSG HTA

Oklart hur stor tidsåtgången blir.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

RSG Uppföljning och Analys

I möjligaste mån har indikatorer valts där data kan hämtas från kvalitetsregister. För några av indikatorerna saknas idag andra datakällor än lokala vårdinformationssystem, detta är en utmaning. När det gäller PREM måtten är det osäkert om det i dagsläget går att fånga mha kvalitetsregister, det är idag inte möjligt utifrån NPE.

2.2 Indikatorer för uppföljning

RSG Uppföljning och Analys

När det gäller resultatmått med EQ-5D förändring kan detta ifrågasättas. Är mätinstrumentet framtaget och användbart för detta ändamål?

3.3 Arbetsprocess

RSG HTA

Det uppges att en workshop, intervjuer samt kvalitativa studier har använts. I referenslistan hänvisas dock även till Cochranerapporter, systematiska översikter, meta-analyser och kontrollerade behandlingsstudier.

Appendix

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

H. Patientinformation och patientkontakt – Förstå och hantera min ryggsmärta

”Varför ska jag inte röntga för säkerhets skull”

höga sjukvårdskostnader - är det ens nödvändigt att patienten får till sig att de inte får en utredning pga. hög kostnad?

S 31. Indikationer bildiagnostik

Misstanke om kotkompression som en del att diagnostisera kotkompressioner och initiera rekommenderad behandling (Läkemedel och rehabilitering)

Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

RSG HTA

Lite fler specifika uppgifter om regionala skillnader och förväntad budgetpåverkan hade varit värdefullt. Vilka personalkategorier är det mest brist på, vad kan konsekvenserna bli etc? Analysen nämner också en risk för undanträngning men inte på vilket sätt. Vilka delar i förloppet är mest kritiska vad gäller risk för undanträngning, vilka patientgrupper kan det handla om?

RSG Läkemedel

Detta vårdförlopp har inte kunnat presentera någon hälsoekonomisk värdering. Det finns dock en målsättning och förväntan om att införandet av vårdförloppet kan minska samhällskostnader till följd av ländryggsbesvär, vilket man hoppas kunna påvisa genom de indikatorer man valt att följa. Den största insatsen för att införa vårdförloppet innebär att öka kunskapen om ländryggsbesvär hos allmänheten (patienterna) samt inom vården (samtliga professioner). Detta leder rimligen till en tillfällig undanträngningseffekt som torde bli störst i primärvården då det största antalet patienter utreds och behandlas där. Detta borde framgå i konsekvensbeskrivningen.

Övergripande eller övriga synpunkter på vårdförloppet

Sydöstra sjukvårdsregionen, ledningsstab

Vårdförloppet fyller ett viktigt behov. Införande kan behöva ske gradvis i sjukvårdsregionen efter mer noggrant genomförd gapanalys och kostnadsberäkning. Detta gäller särskilt om utbildning, rekrytering eller andra investeringar krävs.

RSG HTA

Det finns en risk för att målsättningen blir så hög att den närmar sig önskedrömmar. Det framgår inte hur stora resurstillskott som skulle krävas för att genomföra vårdförloppet ländryggsbesvär. Finns det risk för undanträngningseffekter?

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Saknar djupare beskrivning av relevans och indikationer för att använda patientrapporterade utvärderingsinstrument.

Vad gäller försäkringsmedicin måste uppgifterna i vårdförloppen harmonisera med socialstyrelsens kunskapsstöd i försäkringsmedicin. Detta kunskapsstöd är under utveckling och ännu inte fastställt. (Det finns tills dess att kunskapsstödet är klart, ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd sedan tidigare).

Försäkringsmedicinska uppgifterna ska också harmonisera med Generiska modellen rehabilitering.

Det borde finnas en gemensam text med försäkringsmedicinska aspekter till alla vårdförlopp. Texten kan anpassas utifrån vårdförlopp.

Det vore önskvärt att någon med försäkringsmedicinsk kompetens inom vården, konsulteras från början när vårdförlopp ska tas fram.

RSG Läkemedel

Om målgruppen är samtliga vuxna, ser vi att gruppen äldre borde ha en större plats i dokumentet, då såväl utredning som behandling i denna grupp kräver särskilda överväganden, inte minst farmakologiskt. NSAID är inte lämpligt mer än för korttidsbehandling med beaktande av risk för aggraverad hjärtsvikt och njurpåverkan. Vårdförloppets arbetsgrupp avråder från rutinmässig användning av opioider men att individuella behandlingsförsök kan övervägas efter noggrann riskvärdering och med regelbunden uppföljning. Här kunde man vara ännu tydligare i sin instruktion och ge förslag till patientkontrakt eller andra hjälpmedel för att strukturera behandlingsplanen. Behandlingen skall vara kortvarig.