

Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Traumatisk hjärnskada

Dnr RÖ 2022-12731. 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 som är svarande

RSG Uppföljning och Analys

RSG HTA

RPO Psykisk hälsa

RPO Hälsofrämjande

RSG Strukturerad vårdinformation

RPO Äldres hälsa

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

RPO Primärvård

RPO PIVoT

Sammanfattning

RSG Uppföljning och Analys

Utifrån uppföljning och analys ett föredömligt vårdförlopp. Föreslagna indikatorer är:

- tydligt kopplade till målen för vårdförloppet
- möjliga att ta fram ur befintliga system
- Lagom många och prioriterade
- Korrekt uppdelade i resultat- och processmått

RSG HTA

Vårdförloppet borde i högre grad lyfta fram kvantifierade effekter av evidensbaserade insatser eller insatser grundade i beprövad erfarenhet.

Vårdförloppet borde uttrycka värdet av att skapa kvalitetsregister för TBI.

1. Beskrivning av vårdförlopp

1.1 Om traumatisk hjärnskada

RPO Äldres hälsa

Positivt att det uppmärksammas att den vanligaste orsaken till THS idag är fallolycka hos äldre man eller kvinna samt att dessa patienter är oftare multisjuka och kan ha ökad blödningsrisk på grund av behandling med antikoagulantia eller trombocythämmare samt ökad grad av skörhet vilket leder till risker för ny fallolycka.

1.2 Omfattning

RSG Strukturerad vårdinformation

Under omfattning beskrivs att vårdförloppet omfattar åtgärder från det att patienten söker vård första gången efter en traumatisk hjärnskada tills behov av uppföljning eller rehabilitering upphört.

Sedan avgränsas vårdförloppet till att inte omfatta prehospital vård, men under åtgärder i flödesschemat finns prehospital vård under åtgärder vid första kontakt. Blir otydligt var avgränsning rörande prehospital vård går.

RPO Äldres hälsa

Förslag till kompletterande text som betonar det stora antalet äldre, inte enbart vanlig orsak hos unga.

1.3 Vårdförloppets mål

RSG HTA

Vårdförloppet borde tydligare lyfta fram fokus på medicinsk evidens i diagnostik och i behandling.

1.4 Ingång och utgång

RSG Strukturerad vårdinformation

Under 1.4 delas ingång upp mellan akuta besvär och dels sent uppträdande besvär, förvärrade besvär eller utebliven förväntad förbättring. I flödesschemat har det andra alternativet en egen ingång. Men kan inte ingången för sent uppträdande besvär bli en första kontakt? Eller måste de ha haft en första kontakt och en utgång ur vårdförloppet?

Kan inte sent uppträdande besvär bli akuta och kräva inläggande vård? Förslag är att bryta ut det till en egen ingång alternativt ha med i det akuta flödet.

Under utgång finns beskrivet livslångt behov av uppföljning. Innebär det att några personer då inte lämnar vårdförloppet? Otydligt var gränsen går mellan livslång uppföljning och behov upphört.

Hur mäts att behovet har upphört? Är formulerat som när behov av rehabilitering och uppföljning upphört men tydligare beskrivning vore önskvärd.

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Palliativ vård och avslutande av livsuppehållande behandling belyses ej, samt stöd och tillvägagångssätt för detta förslag borde anges under "Utgång".

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

RSG Strukturerad vårdinformation

Alla rubriker stämmer inte mellan flödesschema och åtgärder, t.ex. (N) där det står Upprättande av individuell rehabilitering jämfört Upprättande och (L) Besök jämfört vårdkontakt.

Se kommentar under 1.4 om ingång för sent uppträdande besvär.

RPO Äldres hälsa

Här är det viktigt att beakta att sköra äldre inte alltid får typiska symtom och att de kan försämrats snabbt. Vårdförloppet behöver ta hänsyn till sjukdomsförloppet över tid och inte enbart i det akuta skedet. "Men det framgår inte riktigt".

1.6 Vårdförloppets åtgärder

RSG HTA

Talrika adekvata hänvisningar ges till riktlinjer finns både för barn och för vuxna, men vilka effekter åtgärderna har jämfört med alternativa åtgärder saknas. Redovisning av kostnadseffektiviteten saknas.

RPO Ögon

sid 56 för körkort, förslag att det behövs säkerställas att ingen synpåverkan eller synfältsdefekt har uppkommit pga hjärnskadan.

RPO Psykisk hälsa

Gällande körkort och vapen står det "anmäl vid behov" – eftersom en anmälningsskyldighet vid bedömd olämplighet föreligger och att den generellt sätt kanske alltför ofta missas så skulle en skarpare formulering kunna vara på sin plats, exv. "anmäl om anmälningsskyldighet enligt lagstiftning föreligger".

Det vore mycket underlättande i kliniskt arbete om förloppet skulle kunna ange eller rådge vid vilken gradering av hjärnskada som det är olämpligt att inneha vapen eller körkort.

Då det råder en ökad förekomst av alkoholproblem i målgruppen så kan det lyftas fram till relaterade komplikationer som Delirium tremens, Wernicke korsakoff syndrom och B-vitamin brist kan vara aktuella att beakta och handlägga, inte minst i samband med intensivvård. I vissa delar gäller även detta vid ett bensodiazepinberoende.

Det skulle kunna lyftas fram att en rehabilitering som inte når förväntad framgång kan bottna i ett pågående alkohol eller drogmissbruk.

RSG Strukturerad vårdinformation

Om registrering och kodning tydliggörs i anslutning till relevant åtgärd blir det tydligare vilken information som är underlag för uppföljning av indikatorerna. Förslag är att väva in dokumentation under åtgärdsblocken och inte ha "Dialog och dokumentation" som egna aktiviteter.

(A) I åtgärdslistan finns tre olika ingångar;

- prehospital vård
- särskilt boende
- akutmottagning/specialistmottagning/primärvårdsmottagning.

Under omfattning har prehospital vård exkluderats, men finns med under åtgärder. Vad som omfattas av begreppet första kontakt blir därför otydligt. Är viktig att det definieras då det är en parameter i indikatordefinition.

(B) Vem kan fatta beslut om behov av ineliggande vård? Kan alla tre ingångarna anses kunna göra det eller är det akutmottagning/specialistmottagning/primärvårdsmottagning?
Vilken dokumentation är viktig i samband med beslut?

(C) Dokumentation. Om det inte anses föreligga behov av ineliggande vård ska kontakt ICD-kodas (S06.0) och KVÅ-kodas (QV002). Men kan den informationen säkerställas inom en region för alla första kontakter eller kan den finnas hos andra aktörer, t.ex. kommun för SÄBO.

Även beslut om behov av planerad uppföljning (D) blir svår att identifiera om första kontakt och beslut skett utanför akutmottagning/specialistmottagning/primärvårdsmottagning.

(D) Om behov finns för uppföljning vilken dokumentation behöver säkerställas och sammanfaller det med koder som ska registreras enligt (K)?

Finns ingen beskrivning av hur behov av uppföljning ska dokumenteras.

(F) Under F2 lyfts rehabiliteringsåtgärder fram och att en rehabiliteringsplan ska upprättas. Får gärna förtydligas med KVÅ-kod för detta. (Kod och dokumentation finns under (K)).

F3 Information och stöd. Motsvarar det den information som ges under C och ska KVÅ-kodas enligt samma rutin?

(G) Felnumrerat sid 21. Står F3, men ska vara G3.

Vilka åtgärder under G behöver registreras? Behöver vara tydligt vilka som behöver registreras för att säkerställa möjlighet till uppföljning av uppföljningsbesök och rehabiliteringsplan.

(H) Vilken dokumentation är viktig i samband med beslut?

(I) Om rehab påbörjas på ineliggande patient, beskrivs att rehabiliteringsplan ska upprättas, men inte att det på något sätt ska kodas att det finns. Generellt otydligt vad som är viktigt att dokumentera av alla åtgärder som listas.

(J) Både SIP och patientkontrakt tas upp som åtgärder men ingen referens till dokumentation. Saknar information om hur den informationen ska vara sökbar.

(K) Finns en punkt "diagnoskoder" men ingen hjälp med vilka ICD10 koder som är relevanta. Gäller även KVÅ-koder. Under (L) finns kodexempel angivna och det kanske kan återanvändas under (K).

Otydlighet om när koder ska registreras under blocken (E) till (J). Dom koderna är viktiga för att kunna identifiera patienter som ingått i vårdförloppet och om allt ska dokumenteras på slutet kan något missas/glömmas bort.

(L) Rubriken stämmer inte med flödesschemat.

Om en person behöver långvarig uppföljning eller till och med livslång rehabilitering inom blocket "Åtgärder vid uppföljning" blir rubriken missvisande.

Kan sent uppträdande symtom komma direkt hit i flödet via ingång?

Saknar hjälp med vilka KVÅ-koder som är relevanta, t.ex. KVÅ-kod för uppföljning av rehabiliteringsplan (AW024). Finns även en KVÅ-kod för upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning, DV077. Kan den vara aktuell utöver AW020?

- AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan
- AW021 Upprättande av habiliteringsplan
- AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan
- AW025 Uppföljning av habiliteringsplan
- AW026 Uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning

(M) Vilken dokumentation är viktig i samband med beslut?

(N) Rubriken stämmer inte med flödesschemat.
Saknar hjälp med vilka KVÅ-koder som är relevanta.

(O) Finns ingen vägledning för dokumentation av åtgärder eller uppdatering av rehabiliteringsplan.

På särskilt boende. Vem av huvudmän (region och kommun) ombesörjer dokumentation av åtgärder enligt rehabiliteringsplan?

(P) Vilken dokumentation är viktig i samband med beslut?

(R) Är det en medveten skillnad att det ska vara skriftlig dokumentation jämfört med andra åtgärds punkter rörande dialog och dokumentation?
Finns ingen vägledning för vad som ska dokumenteras och hur.

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

A. Använd begreppet hjärnskakning konsekvent (inte commotio).

F3. Bör undersköterska, sjuksköterska och dietist nämnas som relevanta professioner?

Rehabassistent och Rehabinstruktör från ineliggande rehab till uppföljning bör nämnas som relevanta professioner (H, M).

Sexuell hälsa saknas (H och M)
Synrehab saknas (H och M)?
Barn som anhörig saknas (F till M)

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

2. Uppföljning av vårdförlopp

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Det saknas indikatorer och mål för att mäta följsamhet till läkemedelsbehandling och övriga behandlingsåtgärder.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

RSG Uppföljning och Analys

De indikatorerna som föreslås är enligt resonemang i underlaget möjliga att få fram ur regionernas journalsystem med relativ enkelhet, dock en osäkerhet kring om de aktuella diagnos- och åtgärds koderna registreras på ett likartat sätt i olika regioner. När det gäller PREM finns ingen mätning idag men det kommer att testas under 2023.

2.2 Indikatorer för uppföljning

RSG HTA

Resultatmått "Andel patienter med traumatisk hjärnskada som upplever att de kan få hjälp av vården när de behöver det (PREM)" finns. Men samtidigt saknas faktiska resultatmått av diagnostik och behandling vilket är en brist.

RSG Strukturerad vårdinformation

Då vården i flera fall går över flera involverade medicinskt ansvariga enheter kan uppdelning på enhet (utöver kön och region) vara svår eller till och med omöjlig. Där det är möjligt behöver vad som avses med enhet definieras.

Resultatmått

- **Andel patienter med traumatisk hjärnskada som upplever att de kan få hjälp av vården när de behöver det (PREM).**

Kommentar: Vilket mål är indikatorn kopplat till?

Processmått

- **Andel patienter med traumatisk hjärnskada som fått diagnosanpassad information vid första kontakt med vården.**

Kommentar: Definition på första kontakt är otydlig. Hur vet vi att det är diagnosanpassad information eller förutsätts åtgärd om information vara diagnosanpassad? Viktigt med diagnosregistrering för traumatisk hjärnskada så det blir sökbart.

- **Andel patienter med traumatisk hjärnskada som har fått ett uppföljningsbesök inom 6 veckor från utskrivning från sjukhus.**

Kommentar: Enligt Socialstyrelsens definition på vårdtillfälle kan flera vårdtillfällen skett under hela episoden för inläggande vård. Krävs det diagnos traumatisk hjärnskada på vårdtillfället som är det sista vårdtillfället under en vårdhändelse? Så om diagnos krävs på det sista behöver det framgå.

Finns det krav på var uppföljning sker (specialistvård eller primärvård) och av vem (yrkeskategori)? Om KVÅ-kod för uppföljning av rehabiliteringsplan används kan det nyttjas för att identifiera uppföljningsbesök.

- Andel patienter med traumatisk hjärnskada som fått en rehabiliteringsplan upprättad inom 90 dagar efter diagnos.

Kommentar: Gäller denna indikator både de som skrivits ut från sjukhus och de som ej behövt inläggande vård? Viktigt med tydliga dokumentationskrav och vilka koder som ska användas för diagnos och rehabiliteringsplan i listorna med åtgärder. Om diagnos satts i samband med vårdtillfälle, ska det räknas från utskrivningsdatum? Kan bli ojämförbara datum i och med att rehabiliteringsplan ska finnas vid utskrivning. (K)

- Andel patienter med traumatisk hjärnskada och en upprättad rehabiliteringsplan, där uppföljning av planen skett inom 180 dagar efter diagnos

Kommentar: Förslag är att KVÅ-kod AW024 används för att identifiera uppföljning av rehabiliteringsplan.

Viktigt med tydliga dokumentationskrav och vilka koder som ska användas för diagnos och rehabiliteringsplan under relevanta åtgärdsblock. Ska indikatorn visa hur många som fått uppföljning inom 180 dagar efter diagnos eller att personen fått uppföljning inom 90 dagar från upprättande av rehabiliteringsplan.

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Ur rehabiliteringssynpunkt är det viktigt att insatser och mål blir tydliga både ur medicinskt perspektiv och som delaktighet för patienten.

Tidsintervallet för när en rehabiliteringsplan (90 dagar) ska upprättas bedöms vara alltför lång. Det samma gäller tidsintervallet för uppföljning (180 dagar).

Saknar bra uppföljningsmått för de som inte passerar t.ex akutvård/sjukhusvård. De patienter som söker för sent uppkomna symtom (K i flödesschemat):

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Bild: behov av kolumnrubriker. Svårt att titta på bilden och förstå. Svårt att hoppa mellan den inledande textförklaringen och bilden när man läser.

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

3.3 Arbetsprocess

RSG HTA

Det vore önskvärt med tydligare kopplingarna till medicinsk- och hälsoekonomisk evidens.

RPO Infektionssjukdomar

Enligt vårdprogram "Bakteriella CNS-infektioner" som Svenska Infektionsläkareföreningen tagit fram 2020 finns ett avsnitt som berör skallbensfraktur med likvorläckage där den starkaste enskilda riskfaktorn för akut bakteriell meningit är likvorläckage. Denna aspekt saknas i vårdförloppet och där infektionsläkareföreningen anser att diskussionen bör finnas med och kopplas samman med eventuell antibiotikaproylax och pneumokockvaccination.

[red-vardprogram-bakt-cns-inf-220209.pdf \(infektion.net\)](https://www.infektion.net/red-vardprogram-bakt-cns-inf-220209.pdf)

4. Referenser

Appendix

RPO Psykisk hälsa

H: vårdförloppet kan oftare hänvisa till Appendix H.

I rekommendationen om snabbtest bör det framgå att snabbtest har tämligen hög förekomst av "falskt" positiva svar.

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Sid 57

- Rubrik ändas till Försäkringsmedicinska överväganden
- Lägg till länk om Socialstyrelsens Försäkringsmedicinska Beslutsstöd
- Första meningen under rubriken ändras till se Försäkringskassan information om de aktuella förmånerna.

Sid 58

- Stryk hela stycket som börjar med bedömning av arbetsförmåga fram till arbetsanpassningar är möjliga.
- Lägg till f.ö se Socialstyrelsens Försäkringsmedicinska beslutsstöd
- Text under rubriken Koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter
 - Stryk hela texten och beskriv i stället "Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter"

Sårbarhet i kulturella olikheter, förväntningar; bemötande, stöd till familjen.

Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

RSG Strukturerad vårdinformation

Vi önskar en rubrik som rör vårdinformationshantering. Det kräver en stor omställning i vårdverksamheterna med tillhörande förändringsledning och informatiskt arbete för att hitta lämpliga dokumentationsstrukturer och få verksamheterna att börja använda dem.

Övergripande eller övriga synpunkter på vårdförloppet

Regionsjukvårdsledningen i Sydöstra sjukvårdsregionen

vill betona vikten av att de olika kunskapsstöden synkroniseras, bearbetas och vidareutvecklas så att de blir användbara i den kliniska vardagen.

Det är angeläget att vårdförlopp endast beskriver vad som ska göras och överlåter till respektive huvudman hur arbetet organiseras.

Det är också angeläget att ansvariga programområden definierar och prioriterar kvalitetsindikatorer som går att fånga och följa via ordinarie vårddokumentation.

Ett annat medskick är att vårdförlopp som kräver utökade personella insatser i ett läge med utmanande kompetensförsörjning och uppdämda vårdbehov kommer att ta betydande tid att införa fullt ut.

Ett övergripande önskemål på vårdförloppen är att de i ännu högre utsträckning fokuserade på hur vi kan använda befintlig personal mer effektivt.

RPO Psykisk hälsa

- Vid kartläggning som beskrivs i vårdförloppet görs en tämligen begränsad bedömning kring konsumtion av alkohol/droger.
- Enligt NKK se: <https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/dokument/439b0eef-31a9-4a0f-a858-1128f7aa8fb8>
föreligger ökad suicidrisk vid traumatisk hjärnskada. Suicidriskbedömning kan vara aktuellt i något vårdförloppssteg.

RPO Hälsofrämjande

Vid förändrade livsförhållanden påverkas förhållandena hemma även för familjen. Att erbjuda stöd även till dem är kanske något som kan förtydligas. Ofta ändras även individens levnadsvanor. Därav kan man för kännedom länka till vårdprogrammet för levnadsvanor. Uppföljning av ohälsosamma levnadsvanor föreslås ske i samband med vårdförloppets ordinarie uppföljningspunkter.

Som stöd för att integrera arbete med levnadsvanor finns sedan januari 2022 Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor -prevention och behandling. Hänvisa gärna till detta. <https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp>.

RPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

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.

RPO Primärvård

Ur primärvårdssynpunkt är det ett omfattande dokument och något svåröverblickbart. Det hade varit fördelaktigt om man redan i vårdförloppet kunde avskilja flödet för lätt traumatisk hjärnskada men som nu får tre kompletterande vårdriktlinjer.

För kliniskt arbete är som exempellänkarna till skandinaviska riktlinjer väldigt tydliga

Riktlinjerna ska ses som komplettering till PSVF traumatisk hjärnskada. Det innehåller en hel del skattningsskalor och instrument som specialist i allmänmedicin eller andra yrkesgrupper inom primärvård kanske inte är så förtrogna med. I allmänhet räcker de allmänna åtgärder som listas på sidan 7–8. "Rehabilitering vid kvarstående besvär" (sid 8 ff) ligger närmast på en specialistinriktad enhet då det faller inom symtom av längre duration än 4–6 veckor.

För "medelsvåra" till "svåra" framgår att uppföljningen i det tidiga skedet bör ske hos specialist med kunskap om traumatisk hjärnskada inkluderande rehabilitering vilket är bra.