

Sammanfattningssida: Hypertoni - Nationell remiss

Nedan finns en sammanställning av dina svar och synpunkter. Kontrollera att du har lämnat ett så fullständigt remissvar som möjligt och att du har skrivit respektive synpunkt under rätt rubrik. Det går att redigera svaren innan du skickar in dem.

OBS! Klicka på Avsluta för att registrera dina synpunkter.

Om du behöver diarieföra de lämnade synpunkterna, spara eller skriv ut denna sida, se knappar i vänsterspalten.

Kunskapsstödet skickas ut i syfte att förankra och kvalitetssäkra nationellt innehåll inför publicering i Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Kunskapsstödet kan vara nyproducerat eller en uppdaterad version av ett tidigare publicerat kunskapsstöd.

Nationella programområdet (NPO) ansvarar för att innehållet är aktuellt, evidensbaserat och tillämpbart i hela landet. Författarnas namn finns att hitta via Kunskapsstyrningens webbplats. Kunskapsstödet är skrivet så att det finns utrymme för lokala förutsättningar och innovativa arbetssätt. Rekommendationer om vilken yrkeskategori eller vilken del av organisationen som ska utföra en viss åtgärd finns därför enbart beskrivet om det finns evidens för detta.

Observera att kunskapsstöd på nationell remiss har en konsekvensbeskrivning bifogad i remissen.

Godkända kunskapsstöd publiceras på Nationellt kliniskt kunskapsstöd

<https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/>

Mer information om kunskapsstöd och Nationellt system för kunskapsstyrning hittar du

här: <https://kunskapsstyrningvard.se/>

OM ATT LÄMNA SYNPKUNKTER

Om du lämnar synpunkter från exempelvis en region, kommun, myndighet eller organisation ber vi er att skicka in ett samlat svar. Stöddokument för insamling av synpunkter hittar du

här: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/remisserkunskapsstod>

Observera att du som behöver diarieföra svaret kan spara eller skriva ut svaret när du är klar.

Du kan välja att lämna synpunkter på hela eller delar av kunskapsstödet. I slutet kan du även lämna övergripande synpunkter som inte är kopplade till någon rubrik.

Svaret räknas endast som fullständigt om du kommit till sista sidan och avslutat enkäten.

Synpunkterna på innehållet kommer att läsas av alla författare av kunskapsstödet, samt kan begäras ut av den som önskar. Tänk på att hålla god ton och att endast lämna synpunkter på själva sakinnehållet. Var kortfattad och konstruktiv, ge gärna konkreta förslag på eventuella omformuleringar.

HANTERING AV PERSONUPPGIFTER

I och med att du svarar på denna enkät kan personuppgifter komma att lagras i ett databasregister hos Inera. Ange därför inga känsliga personuppgifter i remissvaret. Uppgifterna sparas för statistisk bearbetning av materialet och kan komma att användas vid förnyad kontakt. Inera är skyldigt att på din begäran rätta eller radera uppgifter. Enligt dataskyddsförordningen har varje registrerad rätt att erhålla besked om personuppgifter som rör den sökande

behandlas eller ej. Information om behandling av personuppgifter lämnas av Inera som är personuppgiftsansvarig. Läs mer på Inera.se.

Tack för din medverkan!

Mitt svar är *

Ett samlat svar från en gruppering inom kunskapsstyrningen

Vänligen ange namn på gruppering *

Sydöstra sjukvårdsregionen.

Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland har valt att yttra sig gemensamt inom ramen för samverkan inom den Sydöstra sjukvårdsregionen. Svaret har beretts med sakkunnigstöd från;

RPO Endokrina sjukdomar,

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar,

RPO Hälsöfrämjande,

RPO Kvinnosjukdomar och förlossning,

RPO Primärvård,

RPO Äldres hälsa,

RSG Data och analys,

RSG Digital Utveckling

RSG HTA Sydost,

RSG Medicinsk teknik,

LSG Patientsäkerhet, Region Kalmar län,

RSG Strukturerad vårdinformation.

RÖ 2024-4177.

Vänligen ange namn och epostadress *

Namn	Sydöstra sjukvårdsregionen
------	----------------------------

E-post	charlotte.sand@regionostergotland.se
--------	--------------------------------------

Ange vilket/vilka avsnitt du vill lämna synpunkter på

Observera att alla avsnitt inte finns med i alla kunskapsstöd.

Omfattning av kunskapsstödet
Om hälsotillståndet
Ingång och utgång
Flödesschema för vårdförloppet
Vårdförloppets åtgärder
Patientmedverkan och kommunikation
Utmaningar och mål
Kvalitetsuppföljning
Sammanfattning av vårdförloppet
Generellt om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp
Relaterad information
Konsekvensbeskrivning
Bilaga/bilagor

Ange synpunkter under rubriken **Omfattning av kunskapsstödet**

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Med hänsyn till att vårdförloppet innebär en kostnadsökning på 6 – 8 miljarder kronor bedöms detta mer som ett kunskapsstöd än ett PSVF. Omfattningen av ”vårdförloppet” är dock väl beskrivet och när misstanken kan avskrivas. Ej allmän screening.

Ange synpunkter under underrubriken **Vårdsnivå och samverkan**

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hälsöfrämjande

Andra meningen som börjar med ”Jämlig och högkvalitativ”. Föreslår att ”jämlig och högkvalitativ” byts till ”god och jämlig”. Föreslår även ett tillägg i slutet av meningen: ”som genomsyras av ett personcentrerat förhållningssätt”.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Utredning och behandling hanteras främst i primärvården och samverkan med specialiserad vård vid svårbehandlad hypertoni.

Ange synpunkter under underrubriken **Relaterade kunskapsstöd**

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Adekvat.

Ange synpunkter under underrubriken Definition

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar
Tydlig definition vid olika mätmetoder.

Ange synpunkter under underrubriken Förekomst

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar
Bedöms vara 38% och det är omfattande resurser som måste tas i anspråk.

Ange synpunkter under underrubriken Orsaker

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar
Orsaker och riskfaktorer väl beskrivna.

Ange synpunkter under underrubriken Riskfaktorer

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hälsöfrämjande
Har identifierat bra och relevanta riskfaktorer!

Ange synpunkter under underrubriken Samsjuklighet

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar
Väl beskrivet.

Ange synpunkter under underrubriken Sjukdomsförlopp

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hälsöfrämjande

Väldigt bra och relevant, bra med hänvisning till vårdprogram levnadsvanor.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Såväl underdiagnostik som underbehandling, vilket kräver resurser. Endast hälften av hypertonibehandlade patienter når målvärden.

RPO Endokrina sjukdomar

Förslagsvis görs en lättfattlig övergripande patientinformation kring de åtgärder patienten själv rekommenderas göra vid diagnosticerad hypertoni tex en dubbel A4, dvs minskat saltintag med ex på alternativt salt m KCl, nikotin, kost, fysisk aktivitet etc enligt sid 4 riskfaktorer. De länkar som hänvisas till verkar inte ha en sådan lättbegriplig kortfattad patientinformation som kan gås igenom vid besöket och utgöra ett stöd för muntlig information som ges. För den extra intresserade patienten kan ju några länkar läggas till, tex till Nationella vårdprogrammet för ohälsosamma levnadsvanor (även om rubriken kanske inte direkt lockar till läsning!)

Ange synpunkter under underrubriken **Ingång i vårdförloppet**

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Väl beskrivet, men hög ambitionsgrad. Enbart blodtrycksnivå för att gå in i vårdförloppet bedöms tveksamt utan långsiktig nytta utifrån multisjuklighet mm måste vägas in i ingång. Ej bara behandlingsmål bör beaktas utan även ingång i vårdförloppet såsom:

”Ålder i sig är inte avgörande för val av behandlingsmål. Däremot bör målen individualiseras utifrån skörhet och samsjuklighet. Den potentiella nyttan bör alltid vägas mot potentiella risker med hänsyn till livskvalitet och förväntad återstående livslängd.”

RPO Endokrina sjukdomar

Det är något förvånande att man inte rekommenderar allmän screening avseende BT tex från 50år (eller vid de hälsokontroller som många regioner gör vid 40, 50, 60 och 70 år när man samtidigt skriver sid 4 ”Nio av tio personer kommer att få hypertoni under sin livstid” samt sid 21”Hypertoni är den främsta orsaken till kardiovaskulär sjukdom och död globalt och nationellt. Andelen personer med hypertoni som når sitt målblodtryck är lägre i Sverige jämfört med andra länder med liknande sociala och ekonomiska förutsättningar”.

Hypertoni uppfyller väl de WHO-kriterier som är uppsatta för att allmän screening ska löna sig.

Världshälsoorganisationen WHO anser att följande kriterier ska vara uppfyllda för att screening för sjukdom ska vara meningsfull:

- Sjukdomen ska vara vanlig, allvarlig och utgöra en samhällelig belastning.
- Diagnostik av symtomfria individer ska vara möjlig.
- Diagnostiskt test ska med hög sannolikhet klassificera sant sjuka individer som sjuka och sant friska som friska.
- Effektiv behandling ska finnas och vara tillgänglig.
- Tidig upptäckt och behandling ska innebära en förbättrad prognos.
- Verksamheten ska vara allmänt accepterad i den befolkning som omfattas av screening, och vara kostnadseffektiv.

Screening görs på betydligt mer sällsynta sjukdomar såsom tex bukaortaaneurysm, livmoderhalscancer mfl.

Ange synpunkter under underrubriken **Utgång ur vårdförloppet**

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Väl beskrivet.

RSG HTA

Den första punkten, dvs ”misstanke om hypertoni avskrivs då uppföljande blodtrycksmätningar är normala” bör möjligen förtydligas i texten (solklart i visuella flödesschemat) så misstolkning förhindras; detta gäller normala värden vid upprepad mätning, dvs när det inte finns indikation för åtgärd.

Ange synpunkter under rubriken Flödesschema för vårdförloppet

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

Flödesschema för vårdförloppet

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Enkelt att förstå.

Vårdförloppets åtgärder

RPO Hälsöfrämjande

I A, B och E i hälso- och sjukvårdens åtgärder används formuleringen ”informera patienten om”. Föreslår omformulering till ”I dialog informera patienten om...” alternativt ”Informera om och säkerställ att patienten förstått/informationen tagits emot...”.

I A under patientens åtgärder används formuleringen ”Informera sig om syftet...” Föreslås formuleras om till ”Ta del av information om vikten av att ha...”.

I C under patientens åtgärder används formuleringen ”Informera sig om syftet...” Föreslås formuleras om till ”Ta del av resultatet från riskskattning...”.

I, hälso- och sjukvårdens åtgärder, stycket som börjar med ”Utforska...” är riktigt bra!

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Bra, men viktigt att hitta modeller som kan förenkla omhändertagandet. Välskrivet och enkelt att följa, men behov finns för att hitta modeller som innebär mindre åtgärder från ffa läkare och sjuksköterskor.

Risk finns för ökad volym patienter som kommer remitteras till specialistmottagning och telefonkonsultationer till kardiologer på specialistmottagning. Detta kan få undanträngningseffekter på övriga patientgrupper som går på specialistmottagning med mer avancerad hjärtsjukdom

RPO Endokrina sjukdomar

Under E: se tidigare kommentar angående screening. Det är ologiskt att här rekommendera omkontroll av BT inom 5 år för pat som har $BT < 120/80$, det blir ju i praktiken screening ni då rekommenderar till de som nån gång fått BT mätt, men inte för alla. Tycker istället att allmän screening bör rekommenderas enl tidigare kommentar.

Under F: Föreslår att man bör ta med utredning avseende hyperaldosteronism med aldosteron, renin samt kvot på yngre patienter liksom att överväga njurartärdoppler med förhöjt BT. Denna utredning kan göras via primärvården. Vid positivt fynd remiss till endokrinologisk enhet.

Under J: Föreslår att pat ska ha behandlats med 4 läkemedelsklasser utan att ha uppnått behandlingsmål innan remiss till specialistklinik.

Det är orealistiskt att tro att alla pat som varit på specialistklinik uppnår beh-mål. Därför kan man inte kräva detta innan utremittering till VC. Däremot ska naturligtvis kompletterande utredning och behandling först ha genomförts på specialistklinik och rekommendation om vidare uppföljning ges till primärvården vid återremittering.

RPO Äldres hälsa

På sid 12 står att i status skall ingå ”ortostatiskt blodtryck hos äldre (>70 år) eller vid misstanke om ortostatiska symtom”. Bra, men kan betonas och det behövs tillägg av hur man ska tänka om en ortostatism

faktiskt finns.

Sidan 14. ”Däremot bör målen individualiseras utifrån skörhet och samsjuklighet”. Detta behöver lyftas fram tydligare ur ett äldreperspektiv.

Ange synpunkter under underrubriken Personcentrering och patientkontrakt

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hälsöfrämjande

Föredömligt bra avsnitt! Genomtänkt med många bra delar, det här stycket skulle man önska att fler använde.

Ange synpunkter under underrubriken Vårdförloppets mål

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Överföra till konkreta indikatorer som enkelt kan mätas.

Ange synpunkter under underrubriken Indikatorer för uppföljning

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RSG Strukturerad vårdinformation och RSG Data och analys

Bra indikatorer.

Första processmättet, är det relevant med den senaste femårsperioden? Vad är målet? Saknas det en diagnosgrupp?

Ange synpunkter under rubriken Sammanfattning av vårdförloppet

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Bra sammanfattning.

Ange synpunkter under underrubriken Om vårdförlopp

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

RPO Endokrina sjukdomar

Gällande vårdförlopp hypertoni så finns det delar som inte är helt verklighetsförankrade. Framför allt skrivelsen på s 15 ”Innan patienten återremitteras från specialiserad vård till primärvården ska patienten ha uppnått målblodtryck alternativt ska det finnas en tydlig planering för ytterligare utredning- och behandlingssteg för att nå målblodtryck.”. Med denna formulering förutsätter man att alla patienter kan nå måltrycket. Detta kräver livsstilsförändringar, läkemedelstolerans och compliance, vilket inte alltid går att åstadkomma. Det kan bli svårt för vården (både slutenvård och öppenvård) att mäta med.

Ange synpunkter under rubriken **Relaterad information**

Ange eventuell underrubrik och stycke du lämnar synpunkter på. Formulera gärna förslag på ny lydelse.

Referenser

RSG HTA

För att föreslå ett vårdförlopp som innebär kostnadsökningar i miljardklassen skulle man gärna önska mer referenser till starka studier som påvisar att opportunistisk screening av breda grupper verkligen ger förväntade konsekvenser.

Ange synpunkter på Konsekvensbeskrivning

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Enligt konsekvensbeskrivningen innebär vårdförloppet en kostnadsökning på 6 – 8 miljarder kronor innefattande 15% av den läkarkapacitet och 20% av den sjuksköterskekapacitet som idag finns i primärvården. Således måste studier göras om resultat kan uppnås innan breddinförande startas. Vinster med minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar beskrivs, men också risk för undanträngningseffekter. Det finns också en beskrivning om hur framtidens vårdinformationssystem behöver förändras och utformas. Arbetsgruppen bedömer att ett resurstillskott till primärvården är nödvändigt för att vårdförloppet ska kunna implementeras fullt ut.

RSG HTA

Konsekvenser för vårdförloppet är mycket väl beskrivet och olika osäkerheter i skattningar redogörs för, beaktas och resoneras kring; exempelvis att en betydande andel personer har en oupptäckt hypertoni, som vårdförloppet med opportunistisk screening till en ansevärd del syftar till att identifiera och åtgärda med läkemedelsbehandling eller livsstilsförändringar. Om denna grupp inte identifieras i tillräcklig utsträckning kommer utredningskostnader för hypertoni visserligen att minska men framtida kostnader för hjärt-kärlhändelser att öka. Dessa osäkerheter i utfallet medför osäkerhet i att prediktera nyttan.

Det förefaller som en rimlig slutsats, som utredningen föreslår utifrån beräkningarna av vunna QALYs och undvikna kostnader, att använda scenario 3 för riktlinjen i vårdförloppet.

Det bedöms i beskrivningen att den absoluta bördan av hypertoni kommer att öka givet ökad eller bibehållen förväntad livslängd och en ytterligare ökning med 500 000 beräknas att i framtiden ge 2,9 människor i Sverige med hypertoni. Funderingar uppstår kring adderingen av 500 000 personer; dels om skattningen är adekvat när den utgår från en studie från Framingham-materialet (Vasen RS et al 2022) som baseras på patienter med hjärtsvikt, dels om det är rimligt att anta att ökningen kommer att fortgå i samma takt vid även kommande så kallade tidsepoker då den populationsbaserade prevalensen för hypertoni bland personer 50 år enligt tabell 1 i samma artikel minskar, vilket även bekräftas i Dorans KS et al. J Am Heart Assoc. 2018 Jun 1;7(11) där det konstateras att den åldersstandardiserade prevalensen minskar även om den absoluta visserligen fortfarande ökar (på grund av ökad livslängd).

Om de förslagna 6-8 miljarderna inte tillförs till budgeten kommer vårdförloppet inte kunna implementeras med mindre än att annan vård och aktiviteter dras ner. Dessa kan också vara kostnadseffektiv vård och eventuellt riktade till patienter med än högre svårighetsgrad. Eventuellt förlorar vi fler QALY än vad som uppnås genom den opportunistiska screeningen. Lite mer resonemang kring detta hade varit bra, och om det finns tankar på att inte införa hela vårdförloppet på en gång, exempelvis mer begränsad opportunistisk screening.

Mycket bra att konsekvensbeskrivningen innehåller en gedigen hälsoekonomisk utvärdering. Modellen förefaller välbyggd och seriös. Några kommentarer på denna är dock:

- Beräkningen av kostnadseffektivitet presenteras inte enligt vedertaget upplägg där det går att se förändringar i totala kostnader till följd av ett införande i vårdförloppet delat med förändringar i effekter. Detta kommer istället in "bakvägen" genom att diskutera om betalningsviljan för QALY ger ett större värde än kostnaden. Detta tillvägagångssätt blir inte transparent och innehåller mycket antaganden.
- Varför diskonteras inte effekterna (i linje med rekommendationer från TLV)? Jag tycker basecase ska diskutera QALY med 3% årligen, och sedan prövas 0% i känslighetsanalys. Om QALY skulle diskonteras skulle detta antagligen radikalt sänka dess kostnadseffektivitet, och är därför viktigt att testa.
- Varför utgår nyttovikterna från att patienterna har full hälsa så länge de inte har fått en komplikation? Patienterna i modelleringen är primärt i 60- och 70-årsåldern och brukar inte ha full hälsa. Detta ger en stor

översräkning av QALY.

- Att sätta WTP till 1 miljon kr i en känslighetsanalys saknar relevans tycker jag. Detta värde är ungefär det maximala värdet som kan användas om det handlar om mycket svårt sjuka patienter. I det aktuella fallet (patienter med risk för hypertoni) skulle jag snarare bedöma det som svårighetsgraden är lägre än medel och att värdet istället borde sänkas till cirka 250 000 kr.
- Flertalet av punkterna ovan leder till att analysen riskerar att påvisa en alltför god kostnadseffektivitet av opportunistisk screening, och dess konsekvenser för resultaten behöver studeras (vilket är lätt gjort i modellen).

RSG Medicinsk teknik

Vi saknar en kalkyl för utökat antal utrustningar för mätning i hemmet, samt hur dessa skall hanteras ur såväl logistik som serviceperspektiv. Dessa ser redan nu olika ut i våra regioner där vi kommit olika långt gällande ordinerad egenmonitorering.

Ange synpunkter på ev Bilaga/bilagor

Synpunkter och återkoppling på Bilaga A Blodtrycksmätning i hemmet

RSG HTA

”Mät innan du tar dina läkemedel” kan väcka osäkerhet. Före morgondosen? Före kvällsdosen i förekommande fall?

RSG Medicinsk teknik

Vi anser att hänvisning till sidan för godkända blodtrycksmätare bör ändras då innehållet ej är på svenska samt att flertalet modeller av blodtrycksmätare som är listade ej går att köpa i Sverige, eller i vissa fall inte alls. En rekommendation baserad på svenska förutsättningar vore att föredra.

Synpunkter och återkoppling på Bilaga B Blodtrycksmätning på mottagning

RSG HTA

Har tidpunkt för läkemedelsintag betydelse (förefaller så i Bilaga A)? I så fall notera tidpunkt för läkemedelsintag.

RSG Medicinsk teknik

För att använda korrekt upphandlad och för ändamålet och patientgruppen avsedd blodtrycksmätare bör rekommendationen vara att respektive mottagning vid behov av utrustning kontaktar lokal medicinteknisk organisation.

Synpunkter och återkoppling på Bilaga C Instruktioner för mätning av hembloodtryck

RSG Medicinsk teknik

Se kommentar på bilaga A – man bör hänvisa till rekommendation baserat på svenska förutsättningar.

Eventuell övergripande kommentar om kunskapsstödet

RPO Hälsöfrämjande

Generellt ett väldigt bra och välskrivet vårdförlopp. Bra att det hänvisas till vårdprogram levnadsvanor och att levnadsvanornas betydelse lyfts så tydligt. Också väldigt bra ur personcentreringsynpunkt.

RPO Primärvård

1. användbarheten i vardagligt bruk inom primärvård begränsas av en förhållandevis omfångsrik utformning. Kortversion vore önskvärt där materialet i omarbetning kan användas som referens.
2. Det kan vara mindre lämpligt att i ett personcentrerat vårdförlopp gå in på riktad läkemedelsstrategi. Bakgrundsinformation i dokumentet blir alltför grund för att kommentera preparatval ens till läkemedelsklasser. Bättre att hänvisa till Läkemedelskommittéernas rekommendationer som dessutom sannolikt har större förutsättningar att uppdateras regelbundet.
3. Diskussion om risk-nytta att sänka blodtrycket under 140/90 för sköra äldre patienter förs inte i tillräcklig omfattning. Jfr evidensgrad för målblodtryck 140/90 för gruppen sköra multisyka äldre, referenser enligt janusinfo.se Individuellt blodtrycksmål för mest sjuka äldre - Janusinfo.se (ref 14-18). Vilken grad av skörhet, komorbiditet, ortostatiskt blodtrycksfall ska beaktas för att acceptera högre värden?
4. Ledtiderna är korta. Vad grundar det sig leddiderna på?
5. En fullständig implementering av detta vårdförlopp som arbetssättet ser ut idag kräver mycket resurser från primärvården (se nedan). Positivt att man försökt göra en uppskattning på personalresurser i primärvården i Konsekvensbeskrivningen (se bl.a. s 11). Man uppskattar till exempel att det under förbättringsfas till mer aktiv monitorering av patienter med hypertoni kommer innebära ungefär en dubbling av antalet läkarbesök relaterat till hypertoni och utöver det tillkommer till exempel ssk besök samt kostnader för lab.

RPO Hjärt- och kärlsjukdomar

Mycket välformulerat och adekvat vårdförlopp. Ska ses mer som ett kunskapsstöd, men eftersom konsekvenserna för primärvården blir omfattande med ökade kostnader krävs det att man gör pilotprojekt för utvärdering om man kan hitta lösningar som inte kräver lika mycket läkare- och sjukskötersketid.

RPO Endokrina sjukdomar

Man kan skriva något om blodtryck hos diabetiker. Enligt ESC 2023 rekommenderas att blodtrycket inte ligger lägre än 120 mmHg och vid ålder > 65 år så bör sBT ligga 130-139. Dessa patienter är ju ofta högrisk och skall enligt denna skrivelse ha blodtrycksmål < 130/80 (s 14).

RSG Digital Utveckling

Beskrivning av vårdförloppen är ur vårt perspektiv generellt sätt bra och lättlästa till sin struktur. Innehållet och det medicinska perspektivet saknar vi kompetens för att bedöma, utan vi har läst med glasögonen ”digitaliseringens som möjliggörare”.

Vårdförlopp generellt beskriver sällan utifrån möjligheten att verkligen nyttja digitala verktyg och tjänster för att åstadkomma än mer nytta och möjligheter, inte minst ur ett tillgänglighetsperspektiv.

Detta förlopp är inga undantag. Vilket är synd. Då det pekar på ett förlopp som i texten kan ske i hemmet. Dock lyfter detta förlopp fram patientinvolvering och delaktighet mer än andra remisser som behandlats.

Vi är medvetna om att beskriva HUR aktiviteter i vårdförloppen ska utföras kanske inte är uppdraget men vi tror att för att undvika stuprör mellan olika nationella satsningar så skulle arbetet med vårdförloppen, liksom andra satsningar ha stor nytta av att redan i initialt skede riggas utifrån ett mer teambaserat arbetssätt, där resurser med både informatisk kompetens men också resurser med kunskap om digitala lösningar involveras i arbetet i ett tidigt skede, både nationellt och sjukvårdsregionalt. Vi vet ifrån erfarenhet att det går i

vårdförlopsliknande arbete applicera många digitala alternativ som skulle gagna patient, medarbetare och verksamhet.

Vi saknar hänvisningar till att nyttja stöd- och behandlingsprogram, både i det preventiva arbetet och livsstilsförändringar som nämns av flera av vårdförloppen men också nyttjande i syfte behandling och stöd, där det passar. Behov av utbildning till patienter nämns också i några vårdförlopp och även här skulle digitala lösningar vara ett alternativ.

Även digitala möten för uppföljning och kontakt med patienten skulle kunna rekommenderas via vårdförloppen.

Egenmonitorering borde kunna finnas med i detta förlopp. Önskvärt att detta och andra digitala lösningar skulle finnas med som möjlighet att ta ställning till i vårdförloppen.

Digitala beslutstöd skulle också kunna involveras i vårdförloppen.

Det informatiska arbetet med koppling till vårdförloppen är redan igång via NSG strukturerad vårdinformation där arbetet ffa med indikatorer för uppföljning har prioriterats (och behöver fortsatt prioritering) och där också regionerna förväntas bidra med resurser. PROM inrapportering skulle kunna nyttjas i detta förlopp.

Vårdplaner och Dokumenterad överenskommelse (är den formuleringen vi ska använda inte Patientkontrakt som används i detta förlopp) är en central del i vårdförloppen och även här tror vi att ytterligare satsningar på gemensamt nationellt arbete och ”standard” för minsta gemensamma nämnare i innehåll skulle kunna bidra till samtliga vårdförlopps arbete.

Flera av vårdförloppen tar upp behovet av information till patienten kring sjukdom, behandlingar och innehåll i vårdplaner – även här finns digitala lösningar som kan nyttjas i än högre grad (Min vårdplan 1177) och omnämnas som en bärare av information.

Det finns också arbete, via Inera, gemensam planering 1177 som skulle kunna vara ett alternativ för att göra planering och information tillgänglig för patient och närstående liksom för involverade aktörer. Tillgång till rätt information i rätt tid kräver åtkomst till gemensamma plattformar

Uppföljning av vårdförlopp sker via indikatorer som antingen hämtas via regionens vårdinformationssystem alternativt via kvalitetsregister. Även här är det viktigt att arbetet sker i samverkan med resurser med informatisk kompetens och resurser med kunskap om digitala tjänster och möjligheter. i arbetet med indikatorer för PSVF kan också synkronisering och arbete ske med indikatorer för befintliga kvalitetsregister. Kopplat till en förbättrad och förenklad struktur och inmatning i regionens vårdinformationssystem möjliggör det också utdata i realtid.

RPO Kvinnosjukdomar och förlossning har tagit del av vårdförloppet och har inget att anmärka. Vi förutsätter att handläggning av hypertoni under graviditet handläggs enligt gängse rutiner för gravida då den patientgruppen inte nämns i detta vårdförlopp.

LSG patientsäkerhet, Region Kalmar län

LSG patientsäkerhet anser remissen som väl formulerad.

Vårdförlopp Hypertoni beskriver specifika substanser som första- respektive andrahandsbehandling. Det kan bli problematiskt ifall att behandlingsriktlinjerna förändras. En hänvisning till annan källa, såsom LV:s riktlinjer, föredras.

RPO Äldres hälsa

Sköra äldre nämns generellt sett väldigt lite i vårdförloppet. Nämns en del i resonerande ordalag i

konsekvensbeskrivningen. Bra tankar, men anser att en del av det som står (tex på sid 8 i konsekvensbeskrivningen) istället ska stå i själva vårdförloppet.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN