

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 svarsmodell. Ange vilket vårdförlopp kommentarerna avser. OBS! Använd en svarsmodell per vårdförlopp.

Hör efter i er organisation hur samordningen av remissvar ser ut.

Svar på remissen mailas till kunskapsstyrning-vard@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-vard@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: Hjärtsvikt

Avsändare

Ansvarig person, titel/roll: Mattias Brunström, vetenskaplig sekreterare

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

- Den region/kommun jag representerar [Ange region/kommun här]
- Den verksamhet/organisation jag representerar Svensk förening för hypertoni, stroke och vaskulär medicin
- 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

I bakgrundstexten saknas information om riskfaktorer för hjärtsvikt. Prevention av hjärtsvikt ligger utanför avgränsningen för detta vårdförlopp men att belysa den viktigaste riskfaktorn hypertoni samt bidragande riskfaktorer (som diabetes, rökning, alkoholöverkonsumtion) skulle ytterligare motivera till livstilsförändringar och riskfaktorkontroll som en hörnsten i behandlingen.

NYHA-klassifikationen nämns men definieras aldrig. Den har inte heller någon tydlig roll i vårdförloppet utan nämns endast i appendix. Vi föreslår att klassifikationen förklaras om den bedöms viktig för vårdförloppet specifikt.

Avsnitt 1.2

[Skriv eventuella kommentarer här]

Avsnitt 1.3

Hur har de fyra punkterna under "Målen ska uppnås genom att" valts ut? Dessa är iofs viktiga men att få upp andelen som genomgår ultraljudsundersökning och andelen som erhåller adekvat behandling är sannolikt viktigare än att korta ledtiderna. Det förefaller också vara något som planeras användas som indikator enl 2.2. Vi föreslår att dessa punkter läggs till stycket.

Avsnitt 1.4

En viktig distinktion i vårdprogrammet jämfört med ESC:s riktlinjer 2016 är att man enligt ESC kan fria med NTproBNP även vid avvikande EKG samtidigt som vårdprogrammet, så som det är formulerat, leder till välgrundad misstanke vid antingen patologiskt EKG eller förhöjt NTproBNP. Rimligen borde detta leda till långt fler ekoundersökningar än den formulering som återfinns i ESC:s riktlinjer. Hur motiveras denna skillnad och har det gjorts någon konsekvensanalys för hur många ytterligare EKO:n det kommer att innebära? Avser verkligen vårdförloppet att alla med något av de listade symptomen och någon form av patologi på EKG skall genomgå EKO? Om inte så bör det förtydligas. Detta är en viktig punkt eftersom EKO är, och i ännu större utsträckning kommer att bli, ett nålsöga i förloppet.

Det saknas en definition av HFpEF. Om EKO visar EF >50% bör ytterligare parametrar användas för att ställa diagnosen (förslagsvis "HFA-PEFF diagnostic algorithm"). Detta kan förstås vara svårt i primärvård och bör i valda fall föranleda remiss till specialist.

Avsnitt 1.5

För samtliga sviktgrupper anges "IV järn vid behov". Ingenstans i texten specificeras när ett sådant behov föreligger. Tolkning av järnstatus och indikationer för järnbehandling är mer komplext vid hjärtsvikt än hos normalpopulationen och användbarheten av denna rekommendation skulle öka om den gjordes mer specifik.

För HFpEF anges "utred och behandla samsjuklighet optimalt: högt blodtryck, diabetes, förmaksflimmer, KOL." Det är vår uppfattning att det gäller oberoende av svikttyp och detta bör förtydligas; gärna genom att göra en separat vågrät ruta som täcker alla tre i figur 1. Lägg gärna till "samråd med diabetolog eller nefrolog vid komplicerad samsjuklighet".

Utgången ur vårdförloppet bör kompletteras med att ansvarig läkare säkerställt kompetent och regelbunden uppföljning med minst årlig läkarbedömning (enligt samtliga internationella riktlinjer). Det bör inför utgång finnas en tydlig vårdplan upprättad i samråd med patient, och kommunicerad med patient. Enligt "En god och nära vård" är specialistenheterna också ansvariga för kunskapsförsörjningen inom sitt upptagningsområde, och bör således säkerställa att adekvat kunskap finns hos den som tar över hjärtsviktsvården.

Detaljkommentar - i rutan (F) står det "utred parallellt om det finns behandlingsbara orsaker till den nedsatta vänsterkammarmfunktionen". Det är vår uppfattning att "nedsatt vänsterkammarmfunktion" oftast syftar på nedsatt systolisk vänsterkammarmfunktion. Eftersom den systoliska vänsterkammarmfunktionen per definition är normal i denna grupp bör specificeras att det är den diastoliska funktionen som åsyftas, alternativt annan formulering väljas.

Avsnitt 1.6

Enligt ovan skulle man gärna kunna ha en separat ruta om behandling av samsjuklighet, där man i samråd med patienten bör sätta individualiserade målnivåer för blodtryck, lipider, HbA1C vid

diabetes mellitus samt livsstilsförändringar (tobak, alkohol, vikt, fysisk aktivitet). Behandling med SGLT2-hämmare vid diabetes bör lyftas fram då det finns mycket solid evidens för att denna minskar död och återinläggning för hjärtsvikt.

Det skulle även vara framsynt att inkludera SGLT2-hämmarna på indikation HFrEF i avsnitt 1.5 eller 1.6. Ett vårdförlopp där dessa inte nämns överhuvudtaget skulle kännas gammalt redan vid publikation. Det är givetvis en balansgång när tydliga rekommendationer för hur dessa skall användas ännu inte finns, men här finns samtidigt en möjlighet att påverka hur dessa läkemedel förs in i kliniken.

I tabell 1, åtgärd B nämns "egenvårdsplanen" i bestämd form, och på många andra ställen vårdplan. Egenvårdsplanen har inte tidigare definierats eller på något sätt beslysts. SKL och "En god och nära vård" har lyft fram termen "patientkontrakt" som en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare för att säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, med patientens perspektiv som utgångspunkt. Föreslår en enhetlig benämning i texten. Likaså bör det förtydligas att det är sjukvårdens uppgift att utforma (egen)vårdplan och patientkontrakt i samråd med patienten.

Under exempelvis åtgärd D, behandling vid HFrEF, anges som enda åtgärd i patientkolumnen "arbeta med egenvårdsplanen". Detta förefaller vagt och saknar, eftersom egenvårdsplanen inte beskrivs närmare, de facto innebörd. Är det inte rimligt att förvänta sig att patienten följer ordinerad behandling eller dylikt?

Avsnitt 1.7

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 2: Uppföljning av vårdförlopp

Avsnitt 2.1

Uppföljning av vårdförloppet bör också inkludera att följa upp och uppdatera själva vårdförloppet, med regelbundenhet.

Avsnitt 2.2

Överlag anser vi att de angivna indikatorerna är relevanta, men ett stort praktiskt problem är att det saknas infrastruktur för uppföljning av merparten. Vi hoppas att vårdförloppet skall motivera till bättre möjligheter framgent.

Under processmått, varför inte andel som uppnått måldos?

Kapitel 3 Bakgrund till vårdförlopp

Avsnitt 3.1

Click or tap here to enter text.

Avsnitt 3.2

[Skriv eventuella kommentarer här]

Avsnitt 3.3

[Skriv eventuella kommentarer här]

Kapitel 4: Referenser

[Skriv eventuella kommentarer här]

Appendix (om tillämpligt)

[Skriv eventuella kommentarer här]

Övergripande eller övriga synpunkter på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet

Överlag skall författargruppen ha beröm för ett välskrivet och pragmatiskt dokument som fokuserar på de aspekter av hjärtsviktsvården som är viktigast ur ett populationsperspektiv.

En allmän synpunkt som gäller arbetet med vårdförlopp i stort är att en plan för hur styrdokumentet ska uppdateras och revideras saknas. Utan en plan för regelbunden uppdatering riskerar styrningen redan inom något år att lägga hämsko på förbättring av behandling och fortsatt utveckling. Detta gäller synnerligen hjärtsviktsområdet där flera nya och mycket effektiva behandlingar är under införande.

Konsekvensbeskrivningen

[Skriv eventuella kommentarer här]