



2020-03-09

Till Nationellt system för
kunskapsstyrning hälso- och sjukvård,
Sveriges regioner i samverkan
Sveriges kommuner och regioner
kunskapsstyrning-varld@skr.se

Remissvar: Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, öppen remiss (sju vårdförlopp)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

Tack för anstånd med remissvar. SLS svar håller sig främst på övergripande nivå. I beredningen av SLS svar har vi skickat ut remissen <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/personcentreradesammanhallnavardforlopp/remissvarvardforlopp.31558.html> till alla våra 67 sektioner (läkares specialitetsföreningar). De sektionssvar som inkom skickade vi in till er den 6 mars 2020. Vi har uppfattat att flera av våra sektioner även kan ha svarat direkt till SKR.

Inledningsvis vill vi säga att det är oroande att standardiserade vårdförlopp börjar införas brett inom hälso- och sjukvården utan att det egentligen gjorts en samlad värdering av undanträngningseffekter, kostnader och behandlingsresultaten för det standardiserade vårdförloppet för cancer. Särskilt oroväckande är det att man inte tillräckligt analyserat hur ett bredare införande riskerar att slå för patienter som inte passar in i ett standardiserat vårdförlopp: patienter som har flera samtidiga diagnoser, komplexa vårdbehov eller där diagnosen inte omfattas av ett högprioriterat flöde.

Hälso- och sjukvården måste ständigt utvecklas för patienternas bästa och bättre nyttjande av våra gemensamma resurser. Men förändringsarbeten inom sjukvården måste vara väl grundade i medicinsk etik samt bygga på vetenskaplig grund och genomarbetade planeringsunderlag. Det tycker SLS saknas här.

Övergripande återkoppling till alla vårdförloppen

När man läser samtliga vårdförlopp blir det tydligt att den metod som SKR och arbetsgrupperna använt har gett upphov till vissa liknande mönster i utfallen. SLS har därför valt att kommentera på övergripande nivå som komplement till de specifika återkopplingar som ges för respektive vårdförlopp.

Denna verksamhetsmodell som personcentrerade sammanhållna vårdförlopp stått för har sin grund i processororienterade patientflödesmodeller. De vårdförlopp som hittills valts är alla i olika grad lämpade för ett processororienterat angreppssätt. De har en tydlig början och ett slut, flera fokuserar på nyinsjuknande eller tid till första bedömning.

SLS värnar särskilt om patientgrupper med nedsatt autonomi och svåra sjukdomstillstånd som i en pressad hälso- och sjukvård alltid riskerar att prioriteras ner. Vi ser ett stort behov av att det utvecklas verksamhetsmodeller även för patienter med komplexa och kroniska sjukdomstillstånd där avvägningen och prioriteringen mellan de åtgärder som rekommenderas enligt de olika vårdprogram och som samtidigt är tillämpliga och långsiktigheten i att leva med komplexa och kroniska sjukdomar

blir den kritiska uppgiften. *Var i systemet sker helhetsbedömningen av vilken modell som passar för vilken situation? Vem avgör om patienten får en bättre eller sämre vård av att inkluderas i ett vårdförlopp?*

Patientkontrakten beskrivs som en central del men kan förtydligas med avseende på personcentrering. För kritisk benischema ges ett tydlig exempel men i fallet RA handlar texten i första hand om hur patienter kan ta del av information, för KOL vilka åtgärder som patienten ska utföra.

SLS efterlyser dessutom en tydligare konsekvensanalys av vad införandet av arbetssätt såsom sammanhållen planering och fasta vårdkontakter innebär i form av förändringar för arbetssätt, organisation och för bemanning för samtliga vårdförlopp.

Vetenskaplighet

För patientgrupperna räcker inte att man fokuserar enbart på process och utfallsmått det behöver även tas fram strukturmått för att följa upp de forsknings- eller erfarenhetsbaserade aspekter som speglar effektiva arbetssätt.

Gapet mellan kunskap och praxis samt den variation i hur vård ges, som lyfts i problembeskrivningen, är en konsekvens av hur vården är organiserad idag. För att få andra resultat samt en mer tillförlitlig implementering av vetenskaplig evidens behövs att framtida vårdförlopp även implementerar framgångsrika sätt för hur vården kan organiseras. Donabedians modell som finns som bakomliggande teori, lyfter även vikten av strukturmått dvs mätetal som speglar de organisatoriska förutsättningar som finns för att kunna genomföra utredningar, behandling och personcentrerade vårdförlopp.

Här blir mätetal som speglar förekomst av personer med särskild kompetens, tillgång till beslutsstöd, närvaro av strukturer för systematiskt förbättringsarbete och kompetensutveckling, tillräcklig bemanning osv aktuella. I nuvarande version ska samma goda och jämlika vård utföras och följas upp utan hänsyn till den lokala kontexten eller vilka förutsättningar som finns i systemet. I nuvarande version lyfts dessa aspekter framförallt i konsekvensbedömningen.

Kompetensutveckling

Samtliga vårdförlopp lyfter kompetens och kompetensutveckling som en viktig faktor för implementeringen. Det är bekymrande att de åtgärder som lyfts framförallt lyfter fram kunskapsutveckling genom kampanjer riktade till enskilda professioner och patienter. För att de nya arbetssätt som föreslås ska införas på ett tillförlitligt och hållbart sätt över tid krävs för det första att professionerna i sjukvården ges tid och utrymme för kontinuerlig fortbildning. För det andra krävs ett systematiskt införande, återkommande avstämningar och att såväl önskade som oönskade resultat leder till lärande inte bara för den individuella läkaren, sjuksköterskan eller fysioterapeuten men även för organisationen i form av ändrade arbetssätt.

Hur och när sker uppföljning? SLS har i sin modell för Hippokratesrevision flera exempel på hur sådan reflektion och lärande kan ske¹. Av vem? Hur ofta? Hur utvecklas vårdförloppet över tid?

Prioriteringar, Etik och Patientsäkerhet

Omotiverad vård/överdiagnostik lyfts som en risk i samtliga vårdförlopp men ingen plan presenteras för hur detta ska följas upp. Dessa aspekter lyfts inte in som kvalitetsindikatorer eller balanserande mått. En annan mer positiv effekt av vårdförloppen kan vara patientgrupper där utredning egentligen inte är medicinskt motiverat prioriteras bort, vilket också måste följas upp i kvalitetsindikatorerna.

¹ Medicinsk revision av Hjärtlungkliniken Örebro universitetssjukhus. Svenska Läkaresällskapet. 2018.

Kollegial kvalitetsdialog i primärvården. Svenska Läkaresällskapet. 2019.

Läs mer om professionsbaserad kvalitetsrevision på <https://www.sls.se/halsa--sjukvard/ledning--styrning/professionsbaserad-klinisk-revision/>

SLS känner dock särskild oro för risken för undanträngning med standardiserade vårdförlopp, i meningen att personer med svår hälsopåverkan av ännu ej diagnosticerade sjukdomar får ingen eller sämre vård och behandling. I de förslagna vårdförloppen lyfts undanträngningseffekter som en potentiell risk men konkretiseras aldrig. Det saknas en analys om eventuell undanträngning för såväl diagnosgrupper inom den egna NPO som på systemnivå för olika patientgrupper som delar samma resurser.

Vad ska följas upp för att veta om överdiagnostik eller undanträngningseffekter uppstår? När ska detta göras? Hur fångas systemeffekter som ligger utanför de definierade förloppen? Vem följer upp och hur lär systemet över tid?

SLS håller på att utveckla principer för hur vi menar att standardiserade vårdförlopp ska prioriteras och följas upp. I flera andra länder har medicinska professionsföreningar tagit fram liknande principer. Vi är inte färdig med vårt arbete men det handlar övergripande om att de standardiserade vårdförlopp och uppföljningssystem som skapas ska

- prioritera de sjukaste patienterna när det gäller vem som ska bli prioriterad först
- påverka praxis så att de mest seniora läkarna träffar de sjukaste patienterna
- bidra till effektiv, säker och patientcentrerad vård
- vara robusta mot gaming.

Standardiserade vårdförlopp som inte lever upp till dessa principer ska inte implementeras i svensk hälso- och sjukvård.

PSV	Kommentar	Kommentar till konsekvensbedömning
Sepsis	Tydlig risk och behovsanalys inför implementering med väl beskrivna steg.	Tydlig beskrivning av steg som behövs för implementering och bedömning av vad implementering av vårdförloppet kommer att kräva i form av resurser och förutsättningar. Detta sätt att beskriva skulle andra vårdförlopp kunna lära av vad gäller implementering.
Kritisk benischemi	Tydlig och bra beskrivning av hur patienten involveras samt hur fast vårdkontakt tillämpas.	De ökade resurser som beskrivs inom specialistsjukvården behöver förtydligas med avseende på ekonomi och var de ska tas ifrån.
Stroke	Detta har varit ett processorienterat och av medicinska skäl prioriterat förlopp i många år nu. Rapporten och kvalitetsindikatorerna speglar detta.	Med tanke på att det finns sådan lång erfarenhet så vore det lärorikt att sammanfatta lärdomar kring risker och undanträngningseffekter hanterats för ex diagnostiska resurser. Detta skulle kunna vara till stort stöd för andra flöden såsom tex sepsisflödet. Till exempel så handläggs många strokeflöden helt oberoende av

		akutmottagningens resurser och skapar därför färre undanträngningseffekter för patienter som samtidigt visats på akuten.
RA	Föredömlig nulägesanalys under Verksamhets och organisations delen med avseende på behovet av omstrukturering och kompetenshöjning. Bra uppslag till struktur indikatorer för att följa detta men flertalet saknas i nuläget.	Bra diskussion kring hur indikatorer kan utvecklas.
Schizofreni	Flera evidens baserade arbetssätt lyfts fram som implementeringsstöd men återfinns inte i som indikatorer. Inga strukturmått lyfts.	Risker och etik lyfts blandat men utan att specificera hur de ska följas upp och av vem. I tidigare SVF har flera cancerflöden sett hur fokus på förstagångsinsjukandet lett till att personer med återinsjuknande får senare handläggning. Är detta verkligen inte en risk för dessa grupper?
Höftledsartros	Rapporten belyser framförallt tid till första bedömning. Arbetsgruppen lyfter själva att förloppet behöver utökas till att innefatta remissbedömning, operation samt postoperativ rehabilitering. SLS anser att det är angeläget att hela vårdkedjan kartläggs och följs upp.	Risk för onödig bedömning hos fysioterapeut lyfts men inte effekten av att tid för fysioterapeuter prioriteras till dessa bedömningar istället för till andra grupper eller till rehabilitering av postoperativa patienter.
KOL	Patientmedverkan- beskrivning begränsas till vilka åtgärder som patienten ska utföra.	Bemanning lyfts som en risk men återspeglas ej i utfalls eller processmåten.

För Svenska Läkaresällskapet

Britt Skogseid
Ordförande

Karin Pukk Härenstam
Ordförande SLS delegation för medicinsk kvalitet