Region Stockholm

13

Yttrande över remiss – Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

HSN 2020-1385

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Medicinsk fortbildning
Leyla Jalilian

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-10-15

HSN 2020-1385

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över remiss – Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Ärendebeskrivning

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stödjs av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. De ska utgå ifrån tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och därmed baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

Nationella arbetsgrupper i regionerna har nu tagit fram remissversioner för tre personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom följande diagnoser:

- Hjärtsvikt
- Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom
- Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Vårdförlopp *Hjärtsvikt* remissversion
Konsekvensbeskrivning *Hjärtsvikt* remissversion
Vårdförlopp *Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom* remissversion
Konsekvensbeskrivning *Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom* remissversion
Vårdförlopp *Osteoporos* remissversion
Konsekvensbeskrivning *Osteoporos* remissversion

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Hälso-och sjukvårdsnämnden antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till regionstyrelsen.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är ett vanligt, allvarligt och behandlingsbart tillstånd. Underbehandling är vanligt. I nuläget finns omotiverade skillnader över landet och mellan patientgrupper. Vårdförlopp hjärtsvikt gäller för patienter med nydebuterad hjärtsvikt. Målet är att förbättra överlevnad och livskvalitet hos patienter med hjärtsvikt och minska behovet av sjukhusinläggningar. Enligt vårdförlopp hjärtsvikt ska dessa mål uppnås genom att korta tiden till ultraljudsundersökning av hjärtat och därmed tidigare diagnos, korta tid till behandling samt större tillgång till teambaserad hjärtsviktsmottagning och fysisk träning inom hjärtrehabilitering.

Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Kognitiv svikt kan bero på ett flertal olika tillstånd och sjukdomar; det är vanligt att kognitiv svikt orsakas av någon typ av demenssjukdom. Majoriteten av demensdiagnoserna sätts inom primärvården.
Det övergripande målet med vårdförloppet är att fler personer som har kognitiv svikt till följd av misstänkt demenssjukdom ska genomgå utredning, och att sådan utredning ska starta i ett tidigt skede.
Involverade grupper behöver utbildning för att uppnå målsättningarna om fler utredningar och kortade utredningstider. Ett ökat antal utredningar gör att tillgången till vissa radiologiska undersökningar kan behöva öka.

Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur

Vid osteoporos är skelettets benmassa nedsatt, vilket medför ökad risk för frakturer. I nuläget finns en betydande underdiagnostik och underbehandling av personer som har en hög frakturrisk och som tidigare har haft en osteoporosrelaterad fraktur. Målgrupp för detta vårdförlopp är patienter med hög risk för fraktur; vilket i första hand utgörs av frakturer i höft, kota, bäcken, överarm eller handled. Målsättningen är att dessa patienter ska identifieras systematiskt, få adekvat riskbedömning och utredning avseende osteoporos samt få personanpassad intervention avseende läkemedel, fallprevention och övriga preventiva åtgärder. För att uppnå dessa mål föreslås strukturerad och systematisk sekundärprevention

såsom frakturkedjor, vilket innebär systematisk riskvärdering med hjälp av särskild frakturkoordinator med specialkompetens inom osteoporos och osteoporosrelaterade frakturer.

Överväganden

Sammanfattande bedömning

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppskattar de väl genomarbetade medicinska underlagen och det högkvalitativa arbete som gjorts. Utifrån ett systemperspektiv är dock vår övergripande och generella bedömning att konsekvensbeskrivningarna för alla tre vårdförlopp utgör ett otillräckligt underlag för att kunna göra horisontella prioriteringar. För att möta ökade förväntningar på vården och ökat behov i det ekonomiska läge vi befinner oss i, önskar regionen att horisontella prioriteringar skall beaktas redan vid framtagandet av vårdförloppen. Nuvarande utformning av vårdförloppen kan misstänkas orsaka undanträngningseffekter, och större ekonomiska konsekvenser samt effekter på kompetensförsörjningen än vad som finns beskrivet i vårdförloppen. Önskvärt är att man framöver inhämtar ett bredare perspektiv från angränsande specialiteter redan i framtagandet för att identifiera risker för undanträngningseffekter på ett tidigt skede.

Beredning av remissvar och synpunkter

Remissversionerna av vårdförlopp *Hjärtsvikt*, *Osteoporos* och *Kognitiv svikt* har behandlats i Stockholm-Gotlands medicinska råds beredningsgrupp (SGMR). Synpunkter från regionala programområden (RPO) inhämtades inför beredningsgruppens möte och har beaktats främst utifrån ett systemperspektiv. Vid genomgång av remisserna noterades nedanstående punkter.

Generella synpunkter på samtliga tre vårdförlopp:

Kunskapsunderlaget som grund för prioriteringsbeslut

Generellt saknas det viktiga bakgrundsdata kring de utvalda vårdförloppen. Här önskar Region Stockholm ett förtydligande i vad de framtagna vårdförloppen grundar sina antaganden av ojämlik vård på, och på vilket sätt de föreslagna åtgärderna skulle medföra en förbättring av detta. Det är önskvärt att en nulägesanalys tas fram inför varje vårdförlopp som belyser ojämlikheten och varför just aktuella patientgrupper och vårdflöden har prioriterats.

Vårdförloppen har bristande, eller saknar helt eller delvis, hälsoekonomiska underlag för sina föreslagna åtgärder. Därtill finns en tendens att överskatta kostnadseffektiviteten i föreslagna åtgärder och underskatta resursåtgången, särskilt i de fall där hälsoekonomiska analyser helt saknas. Detta i sin tur medför svårigheter i att göra horisontella prioriteringar samt

att kunna avgöra om Region Stockholm kan ställa sig bakom de olika förslagen. Det är regionens starka rekommendation för fortsatt arbete med vårdförlopp på nationell nivå att ovanstående arbete skall ha genomförts som grund för prioritering innan remissversioner av framtida vårdförlopp skickas ut.

Automatiserade system för uppföljning saknas i dagsläget
Tillgång till data för uppföljning är en viktig del i utvecklingen av en jämlik, effektiv och kvalitativ vård som vårdförloppen syftar till. Dock har olika vårdförlopp varierande förutsättningar och tillgång på data. Även om målet på lång sikt är att använda strukturerad journalinformation och minska registreringsbördan så kommer ett införande i sin nuvarande föreslagna form på kort sikt innebära fler administrativa uppgifter i vården. Region Stockholm kan bara acceptera automatiserad överföring av data för uppföljning av vårdförloppen.

Risk för undanträngning
Det finns en farhåga att en för stor expansion av enskilda vårdförlopp eller för många vårdförlopp så som de beskrivs och arbetas fram idag riskerar orsaka undanträngningseffekter till följd av att såväl ekonomisk som kompetensmässig resursåtgång och ökad belastning framför allt i primärvården. Vidare kan också processmått i form av specifika ledtider leda till direkta undanträngningseffekter. En tydlig plan för att följa upp och åtgärda eventuella undanträngningseffekter behöver finnas.

Medicinsk diagnostisk kapacitet
På såväl nationell som regional nivå saknas idag strukturerade data kring medicinsk diagnostik. I samtliga vårdförlopp föreslås ökade antal utredningar och förkortade väntetider, vilket kräver ökad medicinsk diagnostisk kapacitet. Avsaknaden av relevanta datakällor och kvalitetsregister för medicinsk diagnostik och aggregerade data inom området gör det svårt att bedöma effekterna av all ökad diagnostik som föreslås i vårdförloppen. Detta innebär en risk för brist på såväl teknik som kompetens och är särskilt utmanande vid vissa undersökningar där vi redan idag har långa väntetider.

Personcentrerad vård
Det finns inga typiska patienter vilket innebär att man måste ha en förståelse för att ett stort antal patienter inte kan följa vårdförloppen. Många patienter är multisjuka och kommer dessutom att ingå i flera vårdförlopp. Hur prioriterar kliniker mellan dessa? Hänsyn måste dessutom tas till personer med funktionsvariationer och sällsynta sjukdomar. Om vårdförloppen ska vara ett stöd till vården och förbättra vården så behöver det finnas utrymme för individuell anpassning av vården

efter patientens behov. Försiktighet avseende styrning med för starka resultatmått, särskilt av ekonomisk art, bör iakttas.

Användarvänlighet
Generellt krävs tydligare riktlinjer för hur man gestaltar ingången på ett vårdförlopp då det finns stor variation i hur ingången beskrivs i de olika förslagen. Ett vårdförlopp bör alltid ha sin ingång vid en medicinskt motiverad vårdkontakt. Vidare är formatet på vårdförloppen stundtals svårläst, men bland annat icke vedertagna förkortningar. Om vårdförloppen skall användas av vårdgivare behöver de utformas mer användarvänligt.

Regional anpassning - en förutsättning för implementering
Förutsättningarna för implementering av vårdförloppen kan skilja sig mellan olika regioner. Utmaningar vid implementering kan leda till ett behov av vårdstrukturanpassning över tid i regionerna. Det är därför viktigt att vårdförloppen ger utrymme för regional anpassning samtidigt som det ger ett ramverk för bästa möjliga omhändertagande som baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

Befolkningsperspektivet
Ett starkt hälsofrämjande, befolkningsinriktat arbete ger goda förutsättningar för hälso- och sjukvården att minska ojämlikheter i hälsa hos befolkningen. Generellt saknas befolkningsperspektivet i vårdförloppen och hälsofrämjande insatser, prevention, stöd till patienter i egenvård skulle kunna inkluderas mer. Hälso- och sjukvårdens uppdrag är att stötta individen i egenvård, vilket omfattar bedöma, planera för och följa upp egenvårdsråd.

Specifika synpunkter på vårdförlopp Hjärtsvikt
Hjärtsvikt var en av diagnoserna i 4D-projektet som pågick i Region Stockholm åren 2013-2017. Projektet syftade till att handlägga och behandla patienter med hjärtsviktdiagnos i samverkan mellan primärvård och de specialistanknutna hjärtsviktsmottagningarna. Ökad kunskap och medvetenhet i primärvården har medfört att fler patienter med nydiagnostiserad hjärtsvikt remitteras till sjukhusanslutna sviktmottagningar.

Vårdförloppet är formulerat för att passa olika regioners struktur, vilket är bra, men det medför också en otydlighet i ansvarsfördelning som behöver åtgärdas genom regional anpassning så att det blir tydligt vem som ansvarar för vilka delar av vårdförloppet.

Syftet med vårdförloppet är att fler hjärtsviktspatienter ska diagnosticeras och behandlas vilket för sjukvårdsregionen Stockholm/Gotland innebär ett behov av:

- ökad kapacitet för ekokardiografi inom 30 dagar från remissdatum
- ökat antal läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter med kunskap om hjärtsvikt
- att hitta andra vårdformer som komplement till de sjukhusanslutna sviktmottagningarna, såsom hjärtsviktscentra utanför sjukhusen eller dagvårdsenheter.

Vårdförloppet inkluderar enbart patienter med nydebuterad hjärtsvikt. Det skulle vara av värde att nämna den stora grupp patienter som redan har hjärtsvikt och om dessa ska stämmas av mot vårdförloppet för att säkerställas rätt hjärtsviktsvård. Det saknas också beskrivning av den äldre hjärtsviktspatienten inom geriatriken och när avvikelser från standardvårdförloppet är motiverade. Ingång och utgång i vårdförloppet upplevs otydlig. Omhändertagande av patienten bör vara sammanhållet även horisontellt över diagnosgränser och mellan vårdgivare.

Symptomklassificering enligt NYHA (New York Heart Association), som är av betydelse för prognos och behandling, är inte heller tydligt belyst i vårdförloppet. Det måste finnas utrymme för individuell bedömning om patienten lämpar sig för att etablera kontakt med teambaserad hjärtsviktsmottagning eller fysioterapeut tex vid multisjuklighet.

Utifrån behandlingsaspekter brukar man skilja mellan patienter med systolisk svikt, numera HFrEF (Heart Failure with Reduced Ejection Fraction), och patienter med diastolisk hjärtsvikt, numera HFpEF (Heart Failure with Preserved Ejection Fraction). Idag har dessa två sjukdomar samma ICD-10 kodning. Dock är dessa tillstånd två patofysiologiskt skilda sjukdomar med olika behandlingsstrategier och bör tydligt skiljas åt varför ICD-10 kodning (och framöver ICD-11) för hjärtsvikt bör åtgärdas nationellt.

Vi kan med nuvarande system inte följa patienter och vårdförlopp mellan olika vårdgivare med någon större träffsäkerhet. Det behöver lösas på nationell nivå med tydligare lagstiftning som underlättar sambearbetning av viss typ av strategiskt relevant data över vårdgivargränser, samt att primärvård inkluderas i det nationella patientregistret.

Tidsangivelserna i vårdförloppet upplevs som för specifika och ibland onödigt snabba.

Vid val av processmått bör hänsyn tas till framtida digitala lösningar där patienter inte behöver följas via besök och rekommendationer bör

inkludera ställningstagande till dessa digitala verktyg. Därtill saknas datakällor för flera av indikatorerna i detta vårdförlopp.

Det finns en tydlig koppling till rehabiliteringsaspekten i vårdförloppet, vilket är av vikt vid hjärtsvikt. Dock saknas det psykosociala perspektivet och sjukskrivningsprocessen.

Individens delaktighet och möjlighet att få en egenvårdsplan lyfts i vårdförloppet på ett positivt sett. Dock kan hälso- och sjukvårdens ansvar att bedöma, planera för och följa upp egenvårdsråden tydliggöras med tillägg under flera delar i vårdförloppet. Alla levnadsvanejusteringar är avgörande, men enbart fysisk aktivitet lyfts. Även möjligheten att delta i sviktskola kan säkerställas tydligare.

Specifika synpunkter på Vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Generellt upplevs framtagandet av ett vårdförlopp inom diagnosområdet positivt av RPO-organisationen. Vårdförloppsbeskrivningen överensstämmer i stor utsträckning med befintliga rekommendationer inom Region Stockholm idag.

Däremot finns ett gap relaterat till att primärvården i dagsläget inte fullt ut har resurser att följa rekommendationerna och det krävs därför utökade resurser för att skapa förutsättningar för följsamhet och införande av vårdförloppet. Detta avser framför allt föreslagna ledtider och tillgång till olika kompetenser och medicinsk diagnostik för utredning.

Det är också viktigt att införandet av vårdförloppet inte ses som en fristående process kring en diagnosgrupp. En majoritet av patienterna med kognitiv påverkan har samsjuklighet och/eller tillhör gruppen multisjuka äldre. Det är därför viktigt med personcentrerade bedömningar av patientens samtliga tillstånd och behov för att göra en målbild över vilka vårdåtgärder som gynnar patienten och vilka man bör avstå för att inte drabbas av undanträngningseffekter. Ett ökat antal utredningar inklusive radiologiska utredningar och kortare utredningstider riskerar att orsaka undanträngningseffekter och prioriteringar för andra patientgrupper eller inom samma patientgrupp.

Specifika synpunkter på vårdförlopp Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur

Det finns idag en betydande underdiagnostik och underbehandling av personer som har haft en osteoporosrelaterad fraktur och som löper hög risk att få en ny fraktur. Vårdförloppet påtalar vikten av att fånga upp dessa

patienter tidigt så att de kan genomgå utredning och få adekvat behandling. RPO-organisationen är generellt positiv till att denna patientgrupp lyfts fram och är eniga med att det finns ett stort behov av en fungerande struktur för bedömning, utredning och behandling av patienter med osteoporos i regionen. Region Stockholm behöver genomföra ett större arbete för att säkerställa genomförande av delmoment i vårdförloppet.

Fungerande frakturkedja med frakturkoordinator finns i Norrtälje och på Gotland men saknas generellt i Region Stockholm. Flödena i vårdförloppet är uppdelade i slutenvård och öppenvård.

Många patienter med fraktur vårdas maximalt ett par dygn i slutenvården varefter det fortsatta omhändertagandet sköts i primärvården. Vidare kan ett flertal olika vårdgivare vara involverade i omhändertagandet av dessa patienter. Därför behöver tydliga uppdrag formuleras för att vårdförloppet ska kunna bli välfungerande i Region Stockholm.

Därtill har vården i Stockholm organiserats så att utredning, diagnossättning och behandling i görligaste mån skall ske i primärvården snarare än i slutenvården. Vårdförloppet utgår ifrån en frakturkoordinator med ett brett uppdrag som inte uppenbart passar in i den modellen. Det finns otydligheter vad gäller exempelvis placering, medicinskt ansvar, kompetenskrav med mera. Här finns en risk för undanträngningseffekter om helt nya personalkategorier behöver inrättas. Troligen kommer olika lösningar ses i olika regioner beroende på olika förutsättningar.

Ekonomiska konsekvenser
De ekonomiska effekterna av samtliga tre vårdförlopp kan inte tydligt bedömas. Generellt har de tre vårdförloppen bristande, saknar helt eller delvis, hälsoekonomiska underlag för sina föreslagna åtgärder. Sannolikt kommer samtliga tre vårdförlopp att innebära ett behov av ökade resurser och kompetensförsörjning inom både primärvård och slutenvård.

Konsekvensanalyserna för vårdförlopp osteoporos inkluderar hänvisning till hälsoekonomiskt underlag via ett webbaserat beräkningsverktyg (FLS – Burden calculator/Budget Impact Calculator). Då verktyget inte är publicerat går det ej att ta del av.

Konsekvenser för patientsäkerhet
De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen ger en möjlighet att belysa och förbättra vården för patienter som ingår i respektive vårdförlopp. Samtidigt kan införandet av vårdförlopp på specifika

diagnosgrupper utgöra en risk för undanträngningseffekter av patienter med andra diagnoser som inte definieras i vårdförloppen.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Regionala skillnader i vilken vård som erbjuds riskerar att skapa ojämlik vård. Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till att skapa förutsättningar för jämlik vård, vilket Region Stockholm välkomnar.

Miljökonsekvenser
Beslutet förväntas ha oförändrade konsekvenser på miljön.

Administrativa konsekvenser
Region Stockholm accepterar inte ytterligare administrativ belastning i samband med implementering och uppföljning av vårdförloppen.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionstyrelsen

Godkänd av Björn Eriksson, 2020-10-15