

Handlingsplan

Införandet av personscentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Kritisk benischemi

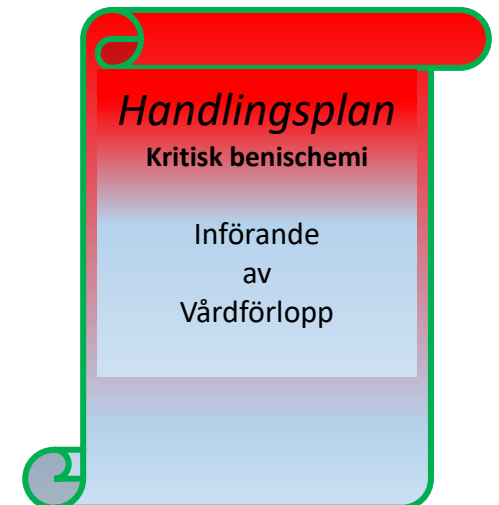
Kritisk benischemi (KI) är den allvarligaste formen av benartärsjukdom med kritiskt låg blodtillförsel till benet och foten så att sår och värk uppkommer. Tillståndet innebär minskad hälsorelaterad livskvalitet och kan obehandlat leda till både amputation av extremiteten och hot mot patientens överlevnad.

Vårdförloppet inleds vid välgrundad misstanke om kritisk benischemi och avslutas vid uppföljning efter behandling.

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.

Hälso- och sjukvården Region Dalarna



Inledning

Hälso och sjukvårdsnämnden har beslutat (RD20/02867) att införandet av de nationellt framtagna personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen ska genomföras enligt den projektbeskrivning som är framtagen av Kunskapsstyrgruppen KSG-B. Införandet av vårdförloppen startar med gapanalyser, där skillnader mellan de nationella framtagna vårdförloppen och det rådande kliniska arbetssättet klargörs. Syftet med gapanalyserna är att identifiera skillnader (gap) i vårdförloppets olika faser och ge förslag till förändringar och insatser som kan ligga till grund för ledningens prioriteringar och beslut, vad som ska implementeras och vad som ska avvecklas eller förändras, samt besluta om aktivitets- och tidsplaner och resurser.

Gapanalyserna har genomförts samordnat i en arbetsgrupp (LAG KI), med delaktighet från olika verksamheter och olika yrkesgrupper inom specialistvården och primärvården som idag arbetar med patienter med kritisk benischema. Själva gapanalysen har genomförts med hjälp av en färdigställd analysmall, där varje fas i vårdförloppet har granskats om det är samstämmigt med verksamheternas arbetssätt eller om det fanns "gap" i vårdförloppet. Vid ett identifierat "gap", har gapet bedömts som **delvis gap** eller **helt gap**.

Vid varje fas där ett gap har identifierats, har arbetsgruppen gett förslag på vad som ska förändras eller utvecklas (kompetens, färdigheter, utrustning, samordning, rutiner, teknik etc.) och vad som bör avvecklas eller bytas ut.

Arbetsgruppen deltagare utgjordes av:

Ordförande LAG KI: Anders Hallin, läkare

Regionens representant RPO hjärta kärl: Kristina Hambraeus, läkare

Team chef kärlikirurg i Dalarna: Sverker Svensjö, läkare

Primärvården Dalarna: Carina Ström SSK, Carina Morin vårdutvecklare

Kirurgmottagningen FLL: Anders Hallin läkare, Helena Vuckovac avdelningschef

Bild och funktionsmedicin Dalarna: Robin Öberg Biträdande verksamhetschef, läkare

An/op/IVA FLL: Per Nylander läkare

Kirurgkliniken: Gert Nestler, verksamhetschef, överläkare

Resultat gapanalys

Fas A Identifiering, remiss specialiserad vård		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
- Undersökas med ankeltrycksmätning i primärvården	Gap:	Bristfällig kunskap om ankeltrycksmätning inom primärvården
	Åtgärd:	Utbildning i ankeltrycksmätning i primärvården
	Ansvar:	Utbildning kan internt via specialistvården i Falun
	Resurs:	Avsatt tid för utbildningen, läkare, SSK, undersköterskor
- Sekundärprofylax initieras - levnadsvanor	Gap:	Viss brist i samordningen kring kartläggning, information kring levnadsvanor
	Åtgärd:	Samordnad mottagning ssk och läkare på vårdcentralen. Avstämning mellan kontaktpersoner för specialistvården, läkare och SSK på vårdcentralen.
	Ansvar:	Ledning lokalt
	Resurs:	Avsatt tid för samordning – eventuellt ökade resurser?

Fas B Bedömning av KI hos kärtspecialist		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
- Remissbedömning, preliminär prioritering, allvarlighetsgrad		OK
- Klinisk undersökning - Ledtider avser tid mellan ankomstdatum för remiss vid kärtskirurgisk enhet till behandlingsbeslut -	Gap:	Svårigheten att hålla ledtiden från remiss till mottagningsbesök
	Åtgärd:	-Utöka ett mottagningspass i veckan(4 pat a 45 min) -Utöka team-möten som komplettering till nuvarande måndagsmöte
	Ansvar:	-Stöd från teamchef och avdelningschef kirurgmottagningen för att planera nya mottagningspass och ytterligare team-möten
	Resurs:	Inga kostnader
	Gap:	Viss brist på personalresurs läkare, SSK och usk, samt brist på lämpliga lokaler på kirurgmottagningen.
	Åtgärd:	Förstärka viss personalresurs, inventera och se över lokalbehov för uppdraget
	Ansvar:	Verksamhetschef
	Resurs:	Kan generera ökade personalkostnader och ombyggnadskostnader
	Gap:	Saknas - WIFI skalan (wound-ischemia-foot infection) för att gradera ischemin
	Åtgärd:	Implementera WIFI skalan
Ansvar:	Kärteamet på mottagningen- inga kostnader	

Fas C Diagnostik		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
Beslut: Diagnos KI		OK

Fas D Information och dialog om diagnos		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
- Vård eller hälsoplan	Gap:	Saknas idag skriftlig patientinformation
	Åtgärd:	Skriva dokument
	Ansvar:	Ordförande LAG KI, Anders Hallin
	Resurs:	Inga kostnader

Fas E Utredningsblock: Bilddiagnostik		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
-Ledtider – icke-invasivt med datortomografisk angiografi (DTA), magnet resonans tomografi (MRT), ultraljud (UL), invasivt med angiografi för behandlingsbeslut	Gap:	Att klara ledtiderna inom bilddiagnostik är svårhanterligt då kravet ständigt ökar, med inflöde av undersökningar med hög prioritet och kort accepterad väntetid, särskilt krav från vårdförloppen. Risk för avvikelser i ledtider.
	Åtgärd:	BFM har behov av tillföras nödvändiga resurser, utöka såväl personalstyrkan som maskinparken för att klara kravet på adekvata undersökningar och ledtider
	Ansvar:	Verksamhetschef - divisionschef
	Resurs:	Kostnader för personal och maskiner
-Ledtider, tid mellan ankomstdatum för remiss vid kärkirurgisk enhet till behandlingsbeslut	Gap:	Ledtider <7 dagar uppfylls ej, kärteamets möten behöva utökas med ytterligare ett möte i veckan
	Åtgärd:	Utöka ytterligare med ett avstämningsmöte i veckan förutom måndagsmötet
	Ansvar:	Ordförande LAG KI, Anders Hallin
	Resurs:	Ingen kostnad

Fas F Information och dialog om behandling		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
-Personcentrering och patientkontrakt: -Överenskommelse -Fast vårdkontakt -Överenskommen tid -Sammanhållen plan	Gap:	Fast vårdkontakt finns inte idag 7d/vecka
	Åtgärd:	a) 1 Kontaktsjuksköterska på kirurg mottagningen och eventuellt ytterligare USK b) Implementering av möjlighet att ringa avdelningen under helgen
	Ansvar:	Avdelningschef Helena Vuckovac
	Resurs:	a) Kostnader för SSK 612 000 kr / år och 50 % USK 261 000 kr / år b) klaras inom befintlig slutenvård, inga kostnader

Fas G Behandlingsbeslut tillsammans med patienten		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
- Behandlingsbeslut tillsammans med patienten: Typ av behandling	Gap:	Om beslutet skall diskuteras med patient efter genomförd utredning krävs ytterligare mottagningsbesök alternativt telefonkontakt
	Åtgärd:	Ytterligare mottagningstid och resurs från läkare i kärteamet. Kan till stor del skötas av kontakt SSK
	Ansvar:	Ordförande LAG KI, Anders Hallin / Avdelningschef Helena Vuckovac
	Resurs:	Behov kontakt SSK, samma resurs som under F

Fas H Revaskularisering, kirurgisk sårrevision		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
-Lettider avser tid från behandlingsbeslut till start av behandling		OK

Fas I Regelbunden uppföljning vid specialistenhet		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
- Uppföljning av ingrepp	Gap:	Brist i uppföljning av ingrepp
	Åtgärd:	Utöka läkarresurs, mottagningsresurs och specialiserad SSK som kan sköta uppföljning
	Ansvar:	verksamhetschef
	Resurs:	Kostnad för kontaktsjuksköterska
- Samordnad uppföljning vid svåra sår eller diabetesfotsår - Koordination av nödvändiga vårdinsatser mellan berörda aktörer - Kommunikation med primärvård & kommunal sjukvård	Gap:	Saknas tydliga riktlinjer om hur primärvården skall styra remiss till antingen diabetesfotmottagningen eller direkt till kärlkirurg mottagningen. Brist i kommunikation mellan specialistvård och öppenvård, hemsjukvård, hemtjänst
	Åtgärd:	Riktlinjer kan upprättas, genomföras inom befintlig verksamhet Utöka resurs kontaktsjuksköterska
	Ansvar:	Ordförande LAG KI, Anders Hallin / Avdelningschef Helena Vuckovac
	Resurs:	Behov kontakt SSK, samma resurs som under F

Fas J Information och dialog uppföljning		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
-Ohälsosamma levnadsvanor	Gap:	Primärvård: Ingen kontinuitet information dialog (kan bli bättre)
	Åtgärd:	Vid mott besök erbjuda stöd/hjälp för levnadsvanor/riskfaktorer Ökad medvetenhet till snar cirkulatorisk bedömning.
	Ansvar:	Utbildning inom varje primärvårdsenhet, verksamhetschef vc
	Resurs:	Utbildningsresurs

Fas K Beslut: Försämring under uppföljning		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
-Försämring under uppföljningsperioden	Gap:	Det finns inga uppföljande kontroller inom primärvården om inte specialistvården önskat det, t.ex. sårvård
	Åtgärd:	Remiss för uppföljning till primärvården (t.ex. mellan besöken till specialistvården, en månad – ett år), förbättra planeringen
	Ansvar:	Specialistvården ansvarar
	Resurs:	Ingen kostnad
	Gap:	Saknas organisation för beredskap för att svara på patient frågor under jourtid
	Åtgärd:	Gapet kan täckas upp via utbildning och vetskap om vårdförloppet
	Ansvar:	Kärleteamet i samarbete med avdelningen, avdelningschef
	Resurs:	Kommer klaras av utan personalförstärkning
Fas L Regelbunden uppföljning i primärvård		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
-Regelbunden uppföljning i primärvård	Gap:	Primärvården följer inte upp patienterna, om igen remiss/vetskap samt om patienten ej har kvarstående sår.
	Åtgärd:	Remiss från specialistvården. Primärvården planerar in individuella uppföljningar
	Ansvar:	Specialistvård/primärvården - ske via kontakt SSK
	Resurs:	Behov kontakt SSK, samma resurs som under F
Fas M Årsuppföljning inom specialiserad vård		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
-Riskfaktormodifikation och medicinsk sekundärprevention Uppföljning av revaskulariseringen Sårbehandling Behandling av smärta		OK

Fas N Remiss till ortoped för amputation		Bedömning av gap, åtgärder, ansvariga och resurser
-Remiss bör innefatta uppgifter om smärtsituation, samsjuklighet, rökning, läkemedel, genomgången kärlkirurgisk behandling, sår -Upparbetade vårdflöden mellan kärlspecialister och ortopedier		OK

Informerad och godkänd i KSG-B 2021-02-08

Indikatorer för uppföljning – kan indikatorerna följas?

Indikator, uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa	Finns gap?			Vad består gapet av, kan indikatorerna mätas? Vilka åtgärder krävs?
				Ja	delvis	nej	
Patienter, av de som inkluderats i vårdförloppet, som fått diagnosen KI Prioritet 1	90 procent	Årligen	Nationell datakälla saknas	X			Teamchef och Kontakt ssk, registrera inkommande remisser och remissvar
Andel patienter, av de som fått diagnosen KI, som inkluderats i vårdförloppet Prioritet 1	90 procent	Årligen	Nationell datakälla saknas	x			Teamchef och Kontakt ssk, registrera inkommande remisser och remissvar
Andel revaskulariserade patienter som använder bästa medicinska terapi (BMT; lipidsänkande- och antitrombotisk behandling) Prioritet 1	80 procent	Ett år efter revaskularisering	Läkemedelsregistret och Swedvasc	X			Utvärderingsmöten i kärlteamet, kontakt ssk, operationskoordinator. Kontroll genom stickprov/definierad tidsenhet.
Andel som fått behandlingsbeslut inom uppsatt tidsgräns från remissankomst Prioritet 1	90 procent	Prio Röd : ½ – 3 dagar Prio Orange : 7 dagar Prio Gul : 14 dgr	Datakälla saknas	X			Vg se ovan

HANDLINGSPLAN VÅRDFÖRLOPP KRITISK BENISCHEMI – REGION DALARNA

Informerad och godkänd i KSG-B 2021-02-08

Indikator, uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa	Finns gap?			Vad består gapet av, kan indikatorerna mätas? Vilka åtgärder krävs?
				Ja	delvis	nej	
Andel som genomgått revaskularisering inom uppsatt tidsgräns från behandlingsbeslut Prioritet 1	90 procent	Prio Röd : ½ – 3 dagar Prio Orange : 7 dagar	Datakälla saknas	x			Vg se ovan
Andel patienter med förbättrat Wfl score 1 månad efter revaskularisering Prioritet 2	> 80 procent	Enhetsspecifik uppföljning 1 år	Saknas	x			Vg se ovan
Andel som lever med bibehållen extremitet 1 år efter revaskularisering Prioritet 1	> 60 procent	Årligen	Swedvasc	x			Vg se ovan
Andel amputationer som skett inom uppsatt tidsgräns från amputationsbeslut Prioritet 1	> 90 procent	Prio 1 och 2: <48 timmar		x			Vg se ovan
Andel patienter som når förbättring i hälsorelaterad livskvalitet (VascuQoL-6;VQ6) efter 30 dagar och 1 år Prioritet 1	> 70 procent	Årligen	Swedvasc	X			Vg se ovan

HANDLINGSPLAN VÅRDFÖRLOPP KRITISK BENISCHEMI – REGION DALARNA

Informerad och godkänd i KSG-B 2021-02-08

Indikator, uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa	Finns gap?			Vad består gapet av, kan indikatorerna mätas? Vilka åtgärder krävs?
				Ja	delvis	nej	
Andel patienter som förbättrats avseende smärta (svar på fråga 6) i VascuQol-6 Prioritet 2	> 70 procent	Årligen	Swedvasc. Fn finns endast summerad score. Förslag: svar på alla 6 frågor registreras	x			Vg se ovan
Andel patienter som förbättrats avseende aktivitet (svar på fråga 2, 3) i VascuQol-6 Prioritet 2	> 70 procent	Årligen	Swedvasc. Fn finns endast summerad score. Förslag: svar på alla 6 frågor registreras	x			Vg se ovan
Andel patienter med upprättade vård/hälsoplaner Prioritet 3	> 70 procent	Årligen	Saknas datakälla då ingen diagnoskod finns för KI	x			Vg se ovan
Andel patienter som tilldelas fast vårdkontakt Prioritet 3	> 70 procent	Årligen	Datakälla saknas Utveckling av Swedvasc möjlig väg	x			Vg se ovan
Andel patienter som upplever sig vara delaktiga i sin vård Prioritet 3	> 90 procent	Årligen	Datakälla saknas Patientenkät möjlig väg	x			Vg se ovan

Sammanfattning av gapanalysen – *förslag på behov och åtgärder*

Det övergripande resultatet av gapanalysen visar på flera gap i rutiner, ledtider och arbetsätt jämfört det nationella vårdförloppet vilket lyfter behovet av utökad personalresurs för nya arbetsuppgifter, särskilt för sjuksköterskor s.k. kontaktsjuksköterska men även resurser inom bildiagnostik. Den samordnade gapanalysen lyfter särskilt följande områden som urskiljer regionens nuvarande arbetsätt jämfört det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet.

- Det saknas kunskap om ankeltrycksmätning inom primärvården, *behov av utbildning*.
- Det saknas samordningen av aktiviteter kring kartläggning, information och dialog om levnadsvanor, *behov av rutiner och kompetens, gäller både specialistvård och primärvård*.
- Samordningen att klara ledtiden från remiss till mottagningsbesök uppfylls inte, *behov av utökade mottagningstider*.
- Brist på lämpliga lokaler på kirurgmottagningen för undersökning, *behov av lokalplanering* som medför ombyggnadskostnader.
- Det saknas skriftlig patientinformation till patient och närstående, *behov av utveckling av material*.
- Risk för avvikelser mot vårdförloppets krav på ledtider inom bildiagnostik, *behov av utökade personalresurser och utökad maskinpark*.
- Ledtid är för lång mellan ankomstdatum för remiss vid kärllirurgisk enhet till behandlingsbeslut, *behov av utökad mötestider*.
- Möjlighet att erbjuda fast vårdkontakt finns inte 7d/vecka, personalbrist, *behov av nya tjänster kontaktsjuksköterska, undersköterska*.
- Rutin för patientdialog vid behandlingsbeslut efter utredning saknas, *behov av ytterligare mottagningsbesök alternativt telefonkontakter*.
- Brister i återkommande uppföljning av ingrepp från specialistmottagningen, *behov av mer läkartider, kontaktsjuksköterska*.
- Brist i kommunikation mellan specialistvård och öppenvård, hemsjukvård och hemtjänst, *behov att upprätta rutiner t.ex. remissrutiner och samordning*.
- Det saknas uppföljande kontroller inom primärvården om inte specialistvården remitterat, t.ex. sårvård, *behov av samordning och nya rutiner*.
- Det finns stora brister i uppföljning av vårdförloppet, det saknas datakällor för de flesta indikatorerna, *ett behov ett nationellt utvecklingsarbete som får lyftas för nationell samordning*.

Prioriteringsprocess - införande av vårdförloppet kritisk benischema

”Kritisk benischema (KI) är den allvarligaste formen av benartärsjukdom med kritiskt låg blodtillförsel till benet och foten så att sår och värk uppkommer. Tillståndet innebär minskad hälsorelaterad livskvalitet och kan obehandlat leda till både amputation av extremiteten och hot mot patientens överlevnad.

Många patienter är äldre och har en samsjuklighet med diabetes och hjärt- och kärlsjukdom. I nuläget föreligger flera utmaningar i vård och behandling av kritisk benischema, det finns en risk att individer med kritisk benischema identifieras för sent för att kunna rädda benet och många i patientgruppen har uttalad och svårbehandlad värk. En del patienter har också svårt att utföra den egenvård de behöver samtidigt som deras behov av samordnade vård- och omsorgsinsatser inte alltid blir tillgodosedda” (citrat vårdförloppets inledning).

Vårdförlopp	Åtgärd antal patienter i Dalarna (31/12 2019)	Års-kostnad 2019	Hälsotillståndets svårighetsgrad	Åtgärdens patientnytta	Kostnad i relation till patientnytta	Kvalitet i kunskapsunderlagen	Rangordning
			Gradera: Mkt stor 1 stor 2 måttlig 3 liten 4	Bedöm hur stort ohälsogap som påverkas: Mkt stor 1 stor 2 måttlig 3 liten 4 ingen	Fakta eller skattad: Låg 1 måttlig 2 hög 3 mkt hög 4	Starkt 1 måttlig 2 begränsat 3 otillräckligt 4	Väg samman: 1-10, 1= högst prioritet

Hälsotillståndet svårighetsgrad bedöms som **stor**, jämfört övriga sjukdomstillstånd som idag utvecklar vårdförlopp (Stroke/TIA, höftledsartros och RA).

Införandet av åtgärdernas **patientnytta** bedöms vara **stor**, då följsamhet till vårdförloppet kommer förbättra samordningen inom vården, öka dialogen och informationen till patient och närstående.

Kostnaderna att inför vårdförloppet är **måttlig** i relation till patientnytta, då flertalet av gapen kan justeras genom internt utvecklingsarbete, men kostnaderna måste bedömas som **hög** om det krävs utökade resurser av kontaktsjuksköterskor och utökad arbetsuppgifter för läkare samt utökning av maskinpark inom bildiagnostik.

Kvalitet i **kunskapsunderlaget** bedöms vara starkt.

Rangordningsbedömning ger relativt hög prioritet, särskilt då flera insatser kommer ge stor påverkan på patientnyttan, under förutsättning att vårdförloppet får utökade resurser, särskilt personalresurser t.ex. kontaktsjuksköterskor.

Resurser för genomförande

Resurser	Beskrivning	Kostnader
<i>Rutiner / processer</i>	Klinikernas arbetsätt och samordningen med primärvården har flera gap jämfört vårdförloppet, vilket medför justeringar i rutiner, förbättrade samarbetsprocesser och utökade arbetsformer.	Internt utvecklingsarbete (inga kostnader)
<i>Kompetens / personal</i>	Det saknas kompetens för att utveckla vårdförloppet, kontaktsjuksköterskor och undersköterskor på specialistmottagningarna. Det finns viss brist i kompetens både inom specialistmottagningarna och vårdcentralerna som kräver kompletterande utbildning. Samordning i vårdförloppet kräver dialogmöten, särskilt mellan specialistverksamheten och primärvården. Utökad personalresurs till Bild och funktionsdiagnostik, klara ledtider	Personalresurser: 100 % SSK - 612tkr/år 50 % USK - 261 tkr/år Kompetensutveckling, utbildning? Tkr Personalresurs ? tkr/år
<i>Teknik / produkter / investeringar</i>	Inventering lokalanpassning på kirurgmottagningen, en VPL är formulerad, ombyggnadskostnader ska beräknas Utökad "maskinpark" inom bilddiagnostik	Ombyggnadskostnader Investeringskostnad? tkr
<i>Mätmetoder / uppföljning</i>	Hela vårdförloppet har behov av stöd och teknisk utveckling av rapportering av uppföljningsdata, direktöverföring av registerdata.	? tkr
<i>Övriga resurser</i>	Inga	0
Summa:		?

Handlingsplan sammanställd:
Per Söderberg
Samordnare för kunskapsstyrning Region Dalarna

Expertstöd: Anders Hallin, Överläkare, Kirurgen Falun