

# Konsekvensbeskrivning för nationellt vårdprogram vid levercirros

NPO Magtarmsjukdomar/NAG levercirros

**Versionshantering**

<b>Datum</b>	<b>Beskrivning av förändring</b>
<b>2022-10-21</b>	<i>Version 1</i>

## Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	3
Sammanfattning.....	4
1. Om konsekvensbeskrivningen.....	5
2. Konsekvenser .....	5
2.1. Omfattning .....	5
2.2. Nyttan eller risker för individen .....	5
2.3. Etiska aspekter .....	6
2.4. Verksamhet och organisation .....	7
2.5. Kostnader .....	8
2.6. Kompetensförsörjning.....	9
2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd.....	10
2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.....	10
2.9. Uppföljning .....	11
2.10. Övriga konsekvenser .....	11

## Sammanfattning

De viktigaste konsekvenserna av Nationellt vårdprogram för levercirros innefattar:

- Ökad användning av enkla laboratoriebaserade fibrosalgoritmer (till exempel FIB-4) i primärvården
- Tidigare diagnostik av cirros genom utbyggnad av tillgången på icke-invasiva diagnostiska metoder, främst transient elastografi och i begränsad skala blodbaserade tester (till exempel ELF-test)
- Förbättrad screening av patienter med cirros i syfte att förebygga komplikationer:
  - förekomst av esofagogastriska varicer screenas med endoskopi
  - levercellscancer med ultraljud
  - osteoporos med DEXA-mätning
  - malnutrition med nutritionsscreening.
- Förbättrad tvärprofessionell teamsamverkan inom gastroenterologisk/hepatologisk öppenvård för patient med cirros (som involverar gastroenterolog/hepatolog, specialistsjuksköterska, dietist, fysioterapeut, kurator).
- Utökad sjuksköterskemottagning och inrättade av kontaktsjuksköterska vid större enheter för preventivt arbete med cirrospatienter med kompenserad cirros och för att motverka återinläggning i slutenvård för dem med dekompenenserad cirros.
- Utökad dietistverksamhet för att förebygga malnutrition och förbättra nutritionsrelaterade komplikationer (till exempel ascites, encefalopati, osteoporos). Syftet är förbättrad livskvalitet och minskat behov av slutenvård.
- Förbättrad infrastruktur i glesbygd för multidisciplinära konferenser med specialist, liksom videobesök mot högspecialiserad enhet.
- Utbyggnad av SRL (Svenskt Register för Levercirros) till merparten av sjukvårdskliniker i landet som handlägger patienter med cirros, samt införande av adekvata mätetal som avspeglar cirrosvårdens kvalitet.
- Ökad patientmedverkan genom registrering och uppföljning av patientrapporterade utfall (PROM) och upplevelser (PREM).
- Digitalisering av **Min Vårdplan** anpassad för patienter med cirros.

# 1. Om konsekvensbeskrivningen

Denna konsekvensbeskrivning har sammanställts av den nationella gruppen för Kunskapsstöd Levercirros i april 2021-september 2022. Som stöd för hälsoekonomiska beräkningar har gruppen haft stöd av Jahangir Khan, hälsoekonomisk expert på Göteborgs Universitet.

## 2. Konsekvenser

### 2.1. Omfattning

I en vetenskaplig rapport från 2016, i vilken populationen i Skåne studerades, beräknades prevalensen av cirros hos den vuxna befolkningen ( $\geq 18$  år) till 67/100 000. I Socialstyrelsens statistik från år 2019 är prevalensen som högst 110/100 000 invånare, men viss dubbelregistrering av cirrosdiagnoser finns i den statistiken (bland annat K703 och K746). Siffrorna från Skåne och Socialstyrelsen motsvarar 5 500–9 000 personer med cirros som har kontakt med sjukvård i Sverige under loppet av ett år. Eftersom cirros är underdiagnostiserat är den verkliga prevalensen i befolkningen sannolikt högre.

Incidensen i Skåne beräknades till 14,1/100 000 invånare/år vilket innebär att det årligen diagnostiseras cirka 1 500 personer med cirros i Sverige. Cirka hälften (48 %) av patienterna diagnostiseras i samband med debut av svåra komplikationer (ascites 43 %, blödande varicer 6 %, hepatisk encefalopati 4 %, hepatocellulär cancer 4 %). Hos en tredjedel av patienterna är leverfunktionen uttalat nedsatt (MELD >15) när cirros diagnostiseras. Ytterligare cirka 25 % utvecklar komplikationer inom fem år.

Patienter med cirros handläggs till största delen inom specialistvården. Vid svåra komplikationer (svår varixblödning, hepatocellulär cancer, refraktär ascites) remitteras patienten till högspecialiserad vård för avancerad endoskopisk behandling eller shuntbehandling, tumörbehandling eller levertransplantation. Knappt 200 patienter med cirroskomplikationer genomgår levertransplantation varje år. Övriga behandlas med läkemedel, nutrition, psykosociala metoder, endoskopi, interventionell radiologi och palliativ vård.

### 2.2. Nyttan eller risker för individen

Många patienter med cirros i kompenserat stadium är odiagnostiserade på grund av frånvaro av symtom. Dessa patienter löper dock en hög risk att utveckla dekomensation med komplikationer som kan bli livshotande. Under senare år har behandlingsmetoderna vid cirros förbättrats, dels genom effektivare behandling mot vissa av de bakomliggande grundsjukdomarna, dels genom förbättrad behandling av komplikationer varvid patienters livskvalitet kan förbättras eller upprätthållas. Syftet med vårdprogrammet är att beskriva omhändertagandet av patienter med cirros baserat på vetenskaplig evidens och klinisk erfarenhet så att sjukvårdspersonal i hela Sverige medvetandegörs om diagnosen, får kunskap om adekvat handläggning och stöd i att implementera denna i cirrosvården. Vårdprogrammet betonar vikten av ett aktivt förhållningssätt i omhändertagandet av patienter med cirros för att förebygga komplikationer i stället för att, som ofta hittills varit fallet, invänta att komplikationer ska uppkomma. Vårdprogrammets nytta för individen bedöms bli (I) ett minskat behov av slutenvård och färre svåra episoder av dekomensation, och (II) att riskgrupper identifieras så att fler patienter med cirros kan diagnostiseras, behandlas och

övervakas. Risken med vårdprogrammet på individnivå innebär (I) en ökad oro hos patienter som blir medvetna om risken för uppkomst av potentiellt livshotande komplikationer, till exempel varixblödning eller levercellscancer, och (II) fler rekommenderas att genomgå obehagliga eller invasiva undersökningar. Den potentiella nyttan bedöms dock vara betydligt större jämfört med riskerna att avstå från övervakning och behandling.

Avsikten med kunskapsstödet är också att identifiera riskgrupper för cirrosutveckling, exempelvis icke-alkoholorsakad fettlevversjukdom (NAFLD) eller alkoholrelaterad leversjukdom (ALD), så att fler patienter med cirros kan diagnostiseras, behandlas och övervakas. Detta kan leda till oro hos patienter på flera plan. Patienter med fettlever som kontrolleras inom primärvården för till exempel typ-2 diabetes eller hypertoni som genomgår undersökning med blodprov (FIB-4) eller elastografi regelbundet kommer medvetandegöras om risken för utveckling av levercirros. De som fått diagnosen cirros blir medvetna om risken för uppkomst av potentiellt livshotande komplikationer, till exempel varixblödning eller levercellscancer. Patienterna kommer också rekommenderas att genomgå en del obehagliga eller invasiva undersökningar. Den potentiella nyttan bedöms dock vara större jämfört med riskerna att avstå från övervakning och behandling.

I vårdprogrammet föreslås olika patientrapporterade mått för att mäta utfall (PROM) och upplevelser (PREM) av vården vilket kan ligga till grund för att öka patienternas delaktighet i cirrosvården.

### **2.3. Etiska aspekter**

Vårdprogrammet bedöms stärka individens autonomi och integritet genom att främja kommunikation och delaktighet där patientens aktuella behov sätts i fokus. Eftersom vårdprogrammet rekommenderar en förbättrad teamsamverkan inom gastroenterologisk öppenvård finns en viss risk för undanträngningseffekter av andra patientgrupper som vårdas på samma mottagning. Inom primärvården kommer fler patienter med fettlever medvetandegöras om risken att utveckla cirros vilket kan påverka livskvaliteten negativt.

Vårdprogrammet bedöms ha följande konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården:

Arbetsgruppen bedömer att vårdprogrammets effekt på människovärdesprincipen i stort är neutral. I vissa avseenden kan människovärdesprincipen stärkas av vårdprogrammet eftersom en del patienter med cirros idag blir bemötta med okunskap och fördomar om cirrosens orsak, vilket kan påverka omhändertagandet. Vårdprogrammet främjar en mer jämlik och evidensbaserad vård i detta avseende.

Arbetsgruppen bedömer att behovs- och solidaritetsprincipen kan komma att stärkas genom förbättrad teamsynergi då vårdens resurser i högre grad fördelas utifrån patientens individuella behov, och eftersom vårdprogrammet påvisar behovet av en mer jämlik och evidensbaserad vård i olika delar av landet och mellan små och stora sjukhus.

Effekten av en förbättrad teamsamverkan i gastroenterologisk öppenvård kan minska behovet av slutenvård för patientgruppen, vilket främjar kostnadseffektivitetsprincipen. Effekten av förändrad organisation beräknas kunna minska patientens lidande. För att inte påverka vården av andra patientgrupper i öppenvård negativt krävs resursförstärkning till såväl primärvård för tidig upptäckt som till gastroenterologisk öppenvård för diagnostik och behandling av patienter med cirros.

Ur ett jämlikhetsperspektiv förväntas vårdprogrammet bidra till utjämnings effekter ur flera perspektiv. Fler män än kvinnor insjuknar i cirros där sjukdomsorsaken har relation till genus. Diagnosen cirros ställs vanligen hos patienter i äldre arbetsför ålder. Upplevt stigma relaterad till leversjukdomen bidrar till att personer söker vård sent i sjukdomsförloppet. Vårdprogrammet bidrar med tydligare struktur och stöd för primärvården för att tidigare diagnostisera personer med cirros i den kompenserade fasen då livsstilsförändringar kan bromsa sjukdomsutvecklingen. Ur ett geografiskt perspektiv bidrar vårdprogrammet till att minska omotiverade skillnader mellan sjukvårdsregioner. Vårdprogrammets rekommendationer för vårdens organisation innebär utjämnings effekter i förhållande till den vård som personer med andra sjukdomsdiagnoser erbjuds. Gällande etnisk tillhörighet, födelseland, religion, sexuell läggning eller könsöverskridande identitet är vårdprogrammet neutralt. Vi föreslår införandet av Min vårdplan som bör göras tillgänglig digitalt med versioner på olika språk.

Vårdprogrammet för cirros har en måttlig risk att driva onödig eller omotiverad vård. I vissa avseenden saknas stark evidens för de behandlingsstrategier som rekommenderas. Det faktum att evidens saknas för vissa rekommendationer är ett uttryck för att väl designade studier inte utförts, och innebär inte att behandlingseffekt saknas. Detta gäller särskilt för omvårdnadsåtgärder och palliativ vård. Fokus vid framtagande av vårdprogrammet har varit patientens livskvalitet och medverkan. Implementeringen av vårdprogrammet som helhet kan förefalla kostnadsdrivande, men ur individens perspektiv kan det verka hälsofrämjande. Genom förbättrad primär och sekundärprevention vid cirros kan vårdkostnaderna för patientgruppen begränsas.

Följande områden och tillstånd har inte belysts i det aktuella vårdprogrammet:

- Levercirros hos barn
- Utredning och behandling av hepatocellulär cancer
- Utredning och eftervård vid levertransplantation
- Behandlingen av grundsjukdom (leversjukdomar som orsakar cirros), vilket endast beskrivs översiktligt.

## 2.4. Verksamhet och organisation

De förslag och rekommendationer som föreslås i vårdprogrammet innebär inte några stora organisatoriska förändringar i form av koncentration eller decentralisering av befintlig verksamhet. Likvärdig och högkvalitativ vård av patientgruppen förutsätter dock ett multidisciplinärt omhändertagande med tillgång till, bland annat, specialistläkare inom medicinsk gastroenterologi och hepatologi, specialistsjuksköterska, dietist, kurator och fysioterapeut samt tillgång till moderna utredningsmetoder såsom elastografi.

För att identifiera patienter i tidigt skede, och på så sätt förhindra progress av sjukdomen, framhåller vårdprogrammet behovet av ökad kunskap och tillgång till enkla metoder för att i primärvården kunna identifiera patienter med cirros eller med hög risk för att utveckla detta. Strukturerad utvärdering av riskfaktorer samt nyttjande av befintliga riskkalkylatorer för att identifiera dessa patienter bör i högre grad integreras i befintlig verksamhet. Detta kan medföra en ökad belastning på primärvården eftersom antalet patienter som behöver remitteras till gastroenterologisk mottagning för elastografi kommer att öka. Samtidigt erbjuds ett enkelt och lättillgängligt instrument, FIB-4, som vägleder vilka som ska remitteras, vilket kan öka vårdkvaliteten.

Diagnostik av cirros har genomgått ett paradigmskifte där moderna tekniker såsom vibrationskontrollerad transient elastografi och ARFI blivit en integrerad del. Tillgång till dessa metoder inom samtliga sjukvårdsregioner bör prioriteras vilket i vissa regioner kan kräva investeringar.

De rekommendationer som framhålls i vårdprogrammet syftar både till att förbättra primärpreventiva insatser och (tidig) diagnostik och till att uppmuntra ett mer strukturerat och omfattande omhändertagande av patienter med avancerad sjukdom. Vårdprogrammet strävar efter att patienter med misstänkt cirros remitteras i god tid till specialistmottagning innan komplikationer uppstår. Detta kan innebära ett ökat resursbehov i vissa delar av den befintliga organisationen såsom exempelvis tillgång till sjuksköterskor och dietister med formell eller reell kompetens inom leversjukdom samt endoskopiska resurser. Tidig diagnostik och en mer strukturerad vårdorganisation har dock internationellt visat sig minska behovet av slutenvårdstillfällen och kan på så sätt frigöra resurser i andra delar av organisationen.

Beroendevården är en central del i vården av patienter med cirros som exempelvis har alkoholbrukssyndrom. Tillgänglighet till beroendevård varierar och kan behöva förstärkas i vissa regioner.

Vårdprogrammet har inte identifierat någon del av befintlig vårdpraxis som kan tas bort. Rekommendationerna syftar snarare till att bygga ut och standardisera diagnostik och vård av patienter med cirros i hela landet.

## 2.5. Kostnader

Det som är kostnadsdrivande i vårdprogrammet är främst:

- Införandet av fibroalgoritmer i primärvården, till exempel FIB-4.
- Utbyggnad av icke-invasiva fibrotest som elastografi, ARFI och ELF-test.
- Strukturerad screening med ultraljud, osteoporos, endoskopi.
- Förstärkt öppenvård med tillgång till gastroenterolog, sjuksköterska, dietist.

Kostnadsberäkningen har gjorts med stöd av hälsoekonom Jahangir Khan och metoden för denna framgår i bifogat appendix. Samtidigt som kostnaderna i öppenvård planeras öka med cirka 18 MSEK i hela landet på årsbasis, så förväntas belastningen på slutenvården kunna minska på sikt, varför vårdplatser kan frigöras till annan verksamhet. Storleken på en sådan minskning är svår att uppskatta och har därför inte tagits med i beräkningen nedan. Insatsernas uppskattade kostnadsökning framgår av nedanstående tabell 1. Det kan krävas ytterligare resurser än vad som presenteras nedan beroende på lokala förhållanden. Personalkostnader för remittenter inom primärvården till följd av fler remisser för elastografi har inte beräknats. Andra kostnader för exempelvis nyrekrytering eller vidareutbildning har inte heller tagits med.



Kostnadsställe	Hälsoinsats	Kostnader (SEK)	Andel kostnader
Maskin och drift	Fibroscan/ARFI (21 st) (avskrivning, inköp)	1 615 654	15 %
	Driftkostnader för 21 st Fibroscan/ARFI	1 050 000	
<i>Delsumma</i>		2 665 654	
Klinik	FIB-4/Lab (ökad provtagning ffa ASAT jmf med idag)	800 000	28 %
	ELF test /Lab (föreslås köras på 1–3 enheter i landet)	1 200 000	
	Osteoporos-screening/Lab	1 500 000	
	Ultraljudsövervakning/Lab	1 500 000	
<i>Delsumma</i>		5 000 000	
Personal	Gastroenterolog (ökad Fibroscanverksamhet, fler nybesök)	937 500	58 %
	Kontaktsjuksköterska (nya besök kompenserad cirros)	1 781 250	
	Kontaktsjuksköterska (ökad antal besök dekompenaserad cirros)	5 089 286	
	Dietist (i samband med diagnos levercirros)	703 125	
	Dietist (ökad antal besök vid ascites och/eller undernäring)	1 406 250	
<i>Delsumma</i>		9 917 411	
<b>Totalsumma</b>		<b>17 583 065</b>	<b>100 %</b>

**Tabell 1.** Årlig beräknad direkt kostnadsökning i samband med det föreslagna vårdprogrammet för patienter med cirros i Sverige. Indirekta kostnader till följd av nya register och patientrapporterade mått har inte beräknats. Eventuella ökade personalkostnader inom primärvården för att implementera vårdprogrammet har inte beräknats och bör tas hänsyn till.

## 2.6. Kompetensförsörjning

Många delar i vårdprogrammet är förtydligande av nuvarande rutiner medan andra delar påvisar behov av kompetensutveckling och andra utbildningsinsatser. Vården vid cirros bör organiseras utifrån ett multiprofessionellt team med patienten i fokus och insatser från såväl läkare, sjuksköterskor, dietister, kuratorer och fysioterapeuter.

Flera yrkesförbund såsom Svensk Gastroenterologisk Förening, Föreningen för Sjuksköterskor inom Gastroenterologi i Sverige, Dietisternas riksförbund, Fysioterapeuterna samt Svensk Kuratorsförening är viktiga samarbetspartners och naturliga ingångar för att rikta information till stora delar av Sverige. På regional nivå bör implementeringen organiseras med stöd från sjukvårdshuvudmännen.

Vårdprogrammet innehåller delar som innebär ett nytt förhållningssätt, exempelvis palliativ vård vid cirros. Implementeringen av detta bör ske i samråd med representanter för palliativ medicin.

Det är i nuläget ovanligt att patienter med cirros får tillgång till en kontaktsjuksköterska, och det är brist på specialistsjuksköterskor. Det behövs därför utbildas och anställas flera sjuksköterskor med specialistkunskaper inom hepatologi.

Nutritionsbehandling och tillgång till dietist är bristfällig inom stora delar av landet. Vårdprogrammet innebär förstärkning av dietistresurser vid cirros.

Läkare, i detta sammanhang specialister i medicinsk gastroenterologi och hepatologi, har grundläggande kunskaper om vård av patienter med cirros men behöver riktade utbildningsinsatser för att bli uppdaterade i vårdprogrammets medicinska delar.

Fysioterapeuter och kuratorer är viktiga medlemmar i teamet kring personer med levercirros, och det behövs ett ökat samarbete med dessa professioner i flertalet verksamheter, på en del enheter kan det behövas förstärkta resurser.

Som en del i implementering av detta vårdprogram bör en multidisciplinär utbildning arrangeras för samtliga yrkesprofessioner som ingår i teamet kring behandlingen av personer med cirros. Vår bedömning är att teamet skall kunna hantera samtliga komplikationer relaterade till cirros och vidareremittering ska äga rum endast i undantagsfall. Sådana situationer skulle kunna vara svår varixblödning, vård för akut-på-kronisk leversvikt och vid frågor gällande levertransplantation.

Primärvårdsrepresentanter bör tillfrågas om primärvården har behov av utbildningsinsatser i den fas då vårdprogrammet ska implementeras.

## **2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd**

En del information/rekommendationer i vårdprogrammet presenteras mer i detalj av andra kunskapsstöd, såsom vårdprogram för levertransplantation, Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid fetma och behandling av ohälsosamma levnadsvanor, nationella riktlinjer kring missbruk och riskbruk, websidor om sjukdomsprevention (FYSS och SBU), nationella riktlinjer för utredning av patologiska leverprover och nationellt vårdprogram för levercellscancer. Om ett annat kunskapsstöd har detaljerad och evidensbaserad information hänvisar vårdprogrammet till detta så att informationen inte upprepas. I förekommande fall (till exempel screening för hepatocellulär cancer), presenteras kunskap som redan finns i ett annat kunskapsstöd på ett sammanfattande sätt i syftet att ge en helhetssyn och understryka det som är viktigt för att en jämlik cirrosvård ska uppnås. Någon diskrepans eller motsägelse mellan detta vårdprogram och annat befintligt kunskapsstöd har inte identifierats.

## **2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården**

Vårdprogrammet föreslår en interprofessionell strukturerad uppföljning via besök eller telefon vid öppenvårdsmottagning i syfte att reducera antalet återinläggningar i slutenvård. Detta innebär en förstärkning av resurser till öppenvården för att möjliggöra ökad tillgång till sjuksköterska och läkare i öppenvård. Ökade insatser från andra yrkeskategorier såsom dietist, sjukgymnast, kurator, arbetsterapeut och hemtjänst är också en förutsättning för att antalet sjukhusinläggningar ska minska. Ett välfungerande teamsamarbete i öppenvården är en viktig faktor för möjligheten att tillämpa vårdprogrammet.

Förutsättningar för organisationen av cirrosvård skiljer sig mellan glesbygd och storstadsregioner beroende på begränsad tillgång till ovannämnda professioner. För att uppnå en jämställd och likvärdig vård, bör klinisk uppföljning av cirrospatienter i glesbygdsmiljö struktureras. Det krävs ökad kunskap om cirros inom primärvården och ett välfungerande samarbete mellan primärvård, specialistsjukvård och högspecialiserad vård, oavsett bostadsort. Ett multidisciplinärt samarbete

(med bland annat multidisciplinära konferenser) är önskvärt och satsningar behöver göras för att detta ska implementeras i hela landet. Möjlighet till deltagande i multidisciplinära konferenser via video bör ges till enheter i glesbygdsmiljö för diskussion kring levertransplantation, inläggning av TIPS och handläggning av hepatocellulär cancer, med experter på universitetssjukhus och levertransplantationscenter.

## 2.9. Uppföljning

Välfungerande kvalitetsregister är en förutsättning för att kunna följa upp implementeringen av vårdprogrammet. Cirrosvården har inte tidigare följts upp via nationella kvalitetsindikatorer. Vårdprogrammet föreslår ett antal kvalitetsindikatorer som utgår från kvalitetsarbeten som genomförts i andra länder inom cirrosvården, och som är anpassade till svenska förhållanden. I nuläget finns inget nationellt kvalitetsregister så ambitionen är att ett sådant ska utvecklas. Det finns ett levercirrosregister som utvecklats sedan 2014 av universitetssjukhusen i Sverige (Svenskt register för levercirros, SRL) som administreras av Uppsala Clinical Research center, som kan utvecklas till ett nationellt kvalitetsregister. Målet är att kvalitetsindikatorerna ska kunna integreras i ett framtida journalsystem, men i nuläget behöver de till viss del rapporteras via manuell inrapportering samt via uttag från journalsystem inom regionerna. Inrapportering innebär en ny arbetsuppgift.

Patientrapporterade mått som mäter patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården (Patient Reported Experience Measures - PREM) och patientens upplevelse av funktion samt hälsorelaterad livskvalitet (Patient Reported Outcome Measures - PROM) har också utarbetats av arbetsgruppen och föreslås användas i vården av patienten med cirros som en del av kvalitetsuppföljningen. Denna uppföljning är också ny och innebär ny datainsamling för regionerna.

## 2.10. Övriga konsekvenser

Vårdprogrammet förordar ökad delaktighet av patienten och förbättrad tillgänglighet till information. Nationella arbetsgruppen har därför engagerat en arbetsgrupp för att ta fram en digital "Min vårdplan" i samarbete med Sveriges kommuner och regioner. Tjänsten ställer nya krav på nuvarande och framtida vårdinformationssystem för att göra informationen individanpassad, tillgänglig och möjlig för tvåvägskommunikation. En digitalisering av Min vårdplan innebär att informationsmaterial kan hållas uppdaterat och aktuellt när patientens situation förändras. En nackdel med digitalisering av en sådan tjänst är att tillgängligheten för IT kan vara begränsad för en del individer. Tjänsten kräver också kunskap i det svenska språket. Därför bör utskrift i pappersformat erbjudas med versioner i vanligt förekommande språk.

Vi föreslår också en digitalisering av hela vårdprogrammet så att det blir sökbart i den kliniska situationen, vilket kan förbättra implementeringen och den kliniska användbarheten.