

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Verksamhetsrapport överenskommelsen 2020



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Förord

I den här verksamhetsrapporten beskrivs hur arbetet med att ta fram och införa personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp har bedrivits under 2020. Rapporten bygger på den överenskommelse som fattades mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner: Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020. I rapporten redovisas också hur medlen använts och vilka resultat som uppnåtts. Det framgår även hur vårdförloppen kommer att följas upp och utvärderas. Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska bidra till en jämlik och effektiv hälso- och sjukvård i hela landet, baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Stockholm, mars 2021

Fredrik Lennartsson, avdelningschef

Avdelningen för vård och omsorg

”Man kan ha otur att få en sjukdom och man kan ha otur att bo i fel del av landet. Det kan jag som patient inte godta. Man ska ha rätt till en jämlik vård.”

Ove Puisto, patientföreträdare i nationell arbetsgrupp för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp stroke och TIA

Innehåll

Sammanfattning	6
Fördelning av medel 2020	6
Insatser 2020	6
För en jämlik och effektiv vård	12
Bakgrund	12
Kriterier för de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen	13
Medelstildelning för 2020	13
Vårdförloppen och det nationella kunskapsstyrningssystemet	14
Hur har covid-19 påverkat arbetet?	17
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys följer upp arbetet	17
Införande av sex vårdförlopp pågår	18
Sex vårdförlopp är framtagna och godkända för införande under 2020	18
Höftledsartros – primärvård	20
Kritisk benischemi	22
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)	24
Reumatoid artrit	25
Schizofreni förstagsångsinsjuknande	27
Stroke och TIA	29
Regionernas lärande och medskick vid införande	31
Framtagande av vårdförlopp 2020	34
Vårdförlopp för 24 hälsotillstånd	34
Modell och process för framtagande av nya vårdförlopp	37
Process för införande av vårdförlopp	43
Stödfunktionen på SKR finns med hela vägen	45
Personcentrering och patientkontrakt	51
Vårdförloppen på Nationellt kliniskt kunskapsstöd	54
Uppföljning av vårdförlopp	55
Status uppföljning av vårdförlopp	55
Stöd till arbetsgrupper avseende uppföljning	55

Strukturerad vårdinformation - en del av vårdförloppsarbetet	57
Informatikpiloter utifrån tre vårdförlopp	57
Pilotarbetets resultat.....	58
SKR:s roll i pilotarbetet.....	60
Socialstyrelsens roll i pilotarbetet.....	60
Utveckling av en gemensam termlista	61
Stöd till vårdförloppsarbetet i stort.....	61
Användning av medel	62
Vägen framåt - arbete med vårdförloppen 2021–2023.....	65
Tjugo nya vårdförlopp för godkännande och införande under 2021 – 2023	65
Uppföljning och informatik framåt.....	66
Några ytterligare fokusområden under 2021	68

Sammanfattning

Fördelning av medel 2020

För överenskommelsen 2020 fördelades totalt 275 miljoner kronor till regionerna.

Av dessa medel skulle 60 miljoner kronor gå till att ta fram nya personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom ramen för regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården.

Resterande 215 miljoner kronor skulle gå till att förbereda verksamheterna i regionerna och bygga upp den samverkansregionala strukturen för kunskapsstyrning samt för att implementera de framtagna personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen under 2020.

SKR tilldelas 15 miljoner kronor för att koordinera och stödja det nationellt gemensamma arbetet med att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. I detta ingår att stödja utvecklingen av nationella kunskapsstöd och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, samt uppföljningen av dessa och att stödja arbetet med att anpassa dessa till de digitala vårdinformati-systemen.

Insatser 2020

Som en del i överenskommelsen mellan Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, och staten har arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp under 2020 fortsatt och utvecklats. Arbetet inleddes 2019. Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, behandling, uppföljning och rehabilitering. Under 2020 har sex personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp tagits fram, som innebär att stora befolkningsgrupper nu kommer att få en mer jämlik och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap.

De sex vårdförloppen är:

- Höftledsartros - primärvård
- Kritisk benischemi
- Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

- Reumatoid artrit
- Schizofreni förstagsångsinsjuknande
- Stroke och TIA

Ytterligare fyra vårdförlopp godkänns i början av 2021. En generisk modell för rehabilitering som kommer att ingå i de övriga vårdförloppen kommer även införas 2021. Samtidigt har 18 nya vårdförlopp påbörjats.

Trots pandemin har framtagande av vårdförloppen kunnat fortgå under 2020, om än med något lägre takt. Vid 2020 års utgång hade 16 regioner fattat beslut om att införa de första sex godkända vårdförloppen. I flera regioner har även förändringsarbetet inletts och i några fall sker redan vård i enligt vårdförloppet.

Framtagande

Vårdförloppen tas fram inom regionernas Nationella system för kunskapsstyrning (se kunskapsstyrning.se). Regionernas har tillsammans bildat nationella programområden. Det finns idag 26 nationella programområden och de är sammansatta av en ledamot per sjukvårdsregion. Dess uppdrag är bland annat ta fram nationella kunskapsstöd för olika sjukdomsområden. När ett vårdförlopp ska tas fram utser programområdet en nationell arbetsgrupp. Framtagandet av ett vårdförlopp sker enligt en viss process och här arbetar varje nationell arbetsgrupp nära stödfunktionen på SKR.

Arbetet med ett vårdförlopp inleds med att nuläget gås igenom för det aktuella området. En central del är också att ta tillvara patienter och närståendes erfarenheter, vilket beskrivs i hur patientens ”resa” genom vårdförloppet ser ut och vilka utmaningar som finns. Därefter sätts mål upp – vad vårdförloppet ska omfatta och vilka resultat ska uppnås. Utifrån bästa tillgängliga kunskap beskrivs vad och i vilken ordning eller när något ska göras och indikatorer som fångar om patienterna får vård enligt vårdförloppet tas fram. Till varje vårdförlopp görs också en konsekvensbeskrivning. Den innehåller bland annat ekonomiska effekter, patientperspektivet, riskbedömning och förändringar för utförare. Varje vårdförlopp skickas ut på öppen remiss till berörda instanser och intressenter. Beslut om vårdförlopp fattas av styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Därefter får varje region fatta beslut om när och hur införandet ska ske. Vårdförloppen publiceras på Nationellt kliniskt kunskapsstöd, NKK.

Införande

Införandet av vårdförloppen pågår i regionerna även om takten har påverkats av covid-19. Vid införandet är processen i regionerna i grova drag ofta följande:

- Beslut fattas, t ex av hälso- och sjukvårdsnämnd.
- Gapanalys görs för att utröna de förändringsbehov som krävs och hur vården ser ut idag för sjukdomsområdet.
- Resurser för införandet tillsätts.
- Förändringsarbete inleds.

Stödfunktionens arbete

Stödfunktionen på SKR har funnits med under framtagandets gång och regelbundet stämt av med de nationella arbetsgrupperna. Det mesta av arbetet har under 2020 skett digitalt vilket ställt särskilda krav på gruppernas arbetssätt och möten. Stödmaterial, mallar och rutiner har tagits fram för underlätta arbetet, bland annat har en utförlig handbok arbetats fram, som steg för steg guidar genom framtagandeprocessen. Stödfunktionen gör också, i dialog med den nationella arbetsgruppen en redaktionell kvalitetssäkring av vårdförlopps-dokumentet. Ett baspaket med kommunikationsstöd finns också att tillgå för att stödja införandet med bland annat filmer, PowerPoint-presentationer och körschema för webinarium. Regelbundna möten för erfarenhetsutbyte och stöd har tillhandahållits för regionernas processansvariga. Både för dem som arbetat med införande och för processledarna i respektive i nationell arbetsgrupp.

Patientmedverkan och personcentrering

I varje nationell arbetsgrupp finns en patientföreträdare som ger sitt perspektiv på innehållet i vårdförloppet. Att fånga patientperspektivet är en central utgångspunkt i vårdförloppet. Stödfunktionen har också löpande dialog med patientföreträdarna och har inhämtat erfarenheter för utveckla deras roll, vilket också resulterat i stödmaterial för arbetsgrupperna. Ett nära samarbete finns också med uppdraget God och nära vård samt med dem som utvecklar patientkontrakt.

Uppföljning

Möjligheterna att följa upp personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp varierar mellan vårdförloppen. Uppföljningen på kort sikt sker med stöd av data och uppföljningsmått som finns redan idag. Målsättningen på längre sikt är att

vårdokumentationen ska utgöra grund för data för uppföljning. Inga nya nationella datakällor som medför ökad administrativ tyngd för sjukvårdspersonal kommer införas. Arbetet med uppföljning har bedrivits genom regelbundna möten med de nationella arbetsgrupperna. För varje vårdförlopp utarbetar den nationella arbetsgruppen indikatorer och målnivåer. Stödfunktionen har bistått med att föreslå och bedöma datatillgång för vårdförloppen och säkerställt att indikatorer är tydliga och mäter relevant data. Under året har det framgått efter dialog med regioner och samverkansgrupper att arbetet med uppföljning behöver utvecklas. Tydliga arbetsplaner behöver tas fram i samarbete med regionerna för varje vårdförlopp.

I dagsläget finns indikatorer publicerade på Vården i siffror. Här fanns vid årsskiftet rapporter för fyra vårdförlopp: Stroke och TIA, KOL, Höftledsartros och Reumatoid artrit.

Strukturerad vårdinformation

Arbetet med strukturerad vårdinformation har under 2020 huvudsakligen bestått av tre delar:

- Informatikpiloter utifrån vårdförlopp.
- Utveckling av en gemensam termlista.
- Allmänt stöd som rör strukturerad vårdinformation.

Syftet med informatikpiloterna har varit att skapa förutsättningar för enhetlig dokumentation inom några områden, utarbeta gemensam metodik samt tillvarata erfarenheter för fortsatt utveckling. De tre vårdförlopp som varit piloter är stroke och TIA, schizofreni och hjärtsvikt. Arbetet har drivits av regionerna och stödfunktionen på SKR har koordinerat och stöttat. Socialstyrelsen har också medverkat och stöttat i användningen av Snomed CT, Nationell informationsstruktur, Termbanken och Socialstyrelsens hälso-relaterade klassifikationer.

Resultat har utmynnat i förslag på informationsmängder och koder, till exempel för tidig upptäckt av psykos för vårdförlopp schizofreni, nya koder och termer för hjärtsvikt samt struktur och koder för värdering av svårighetsgraden av stroke.

Viktiga slutsatser är att arbetet med strukturerad vårdinformation är betydelsefullt för utvecklingen av vårdförlopp och att så mycket som möjligt av arbetet

bör ske på nationell nivå för att undvika onödigt dubbelarbete i regionerna. Representanter från olika regioner behöver delta aktivt i arbetet för att säkerställa att det som tas fram är möjligt att implementera. Utöver det krävs det en hög grad av samordning; dels mellan olika vårdförlopp, dels mellan vårdförloppen och andra närliggande initiativ såväl inom Nationellt system för kunskapsstyrning som hos andra aktörer, som till exempel statliga myndigheter och Inera. Arbetet behöver ske i samarbete med Socialstyrelsens förvaltningar inom området. Detta för att få stöd i användningen av Socialstyrelsens produkter och verktyg och för att säkerställa att dessa möter de behov som uppstår under arbetets gång.

Lärdomar

I en lägesavstämning som gått ut till regionerna från stödfunktionen på SKR har regionerna ombetts beskriva utmaningar och lärdomar av året som gått. Bland annat har det funnits synpunkter på att remissperioden för det första vårdförloppet var för kort, vilket åtgärdades till nästa remiss. Andra påpekanden har varit att konsekvensbeskrivningen och den hälsoekonomiska värderingen behöver förstärkas och utvecklas. Formerna för kommunernas involvering har varit en annan synpunkt. Flera regioner har även framfört att införandet av nya vårdförlopp måste balanseras med reella möjligheter att förverkliga och införa dessa. Överlag har både regioner och sjukvårdsregioner varit positiva till det stöd och material som stödfunktionen på SKR gett.

Återrapportering av medel

Enligt en enkät till regionerna och sjukvårdsregionerna framgår det att medlen i huvudsak användts till lönekostnader och ersättningar till deltagare i nationella arbetsgrupper, processledare, stöd till analysarbete samt resurser för förberedelser till införande i primär- och sjukhusvård. Införanderesurser i primärvård och sjukhusvård kan exempelvis bestå av både lokala processledare som arbetat med respektive vårdförlopp och en generiskt hållbar stöd- och införandestruktur. Medlen har även gått till förstärkning av lokalt system för kunskapsstyrning och värdskap.

Medlen till stödfunktionen SKR har använts till praktiskt support till de nationella arbetsgrupperna i arbetet med att utarbeta vårdförloppen, utveckling av metod och processtöd, arbete med uppföljning och informatik samt stöd till införande och kommunikation. Därutöver har det varit kostnader relaterat till möten och resor före pandemin, IT-tjänster och kommunikation.

Vägen framåt 2021 – 2022

Nya vårdförlopp är på gång. Under 2021 och 2022 kommer cirka 20 vårdförlopp att tas fram. Allteftersom arbetet fortskrider utvecklas nya rutiner och erfarenheter som kommer till nytta i ett pågående förbättringsarbete. Kontinuerlig dialog med regionerna inför kommande överenskommelser blir viktig för att uppnå en balans i arbete och prioriteringar både vad gäller framtagande och införande. Sannolikt kommer covid-19 också fortsätta att påverka vårdförloppsarbetet.

För en jämlik och effektiv vård

Bakgrund

År 2019 träffades en överenskommelse mellan regeringen och SKR om en satsning på att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp tillsammans med regionerna. Förebilden kommer från cancerområdet där man har så kallade standardiserade vårdförlopp. I Norge och Danmark har standardiserade vårdförlopp funnits sedan flera år och resultaten har varit goda. Ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp innebär att en patient ska få behandling och vård utifrån bästa tillgängliga kunskap oavsett bostadsort och bakgrund. Syftet är att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödiga väntetider i samband med utredning och behandling. På så sätt ska patienternas livskvalitet och nöjdhet med vården förbättras och bli mer jämlik och jämställd. De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen kan stödja omställningen till en god och nära vård och arbetet med patientkontrakt. Många insatser behöver komma närmare patienten och inte bara finnas på sjukhus.

I regionerna har strukturer för införande börjat ta form även om man kommit olika långt. När regioner ska arbeta med införandet identifierar regionerna graden av förändringsbehov exempelvis genom så kallade gapanalyser för att kartlägga var det finns behov av resurser och insatser för att kunna genomföra samtliga delar av ett vårdförlopp. Man har i vissa regioner konstaterat att hälso- och sjukvården i stora delar redan genomförs i överensstämmelse med beslutade vårdförlopp. Kunskapen och arbetssätten är redan etablerade eftersom flera av vårdförloppen bygger på befintliga riktlinjer och kunskapsunderlag. I andra regioner kan dock införandet av vårdförloppen medföra en varierande grad av förändrade arbetssätt.

Ett viktigt arbete är också att ta fram indikatorer och mätmetoder för uppföljning av vårdförloppen. För vissa vårdförlopp finns redan idag system och register för mätning och uppföljning, medan det på andra områden behöver utvecklas nya indikatorer och även vårddatainsamlingar.

De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen är ett av de kunskapsstöd som utarbetas inom ramen för regionernas Nationellt system för kunskapsstyrning vilket regeringen med denna satsning även vill förstärka. Stöd för såväl framtagandet som införande ges av den nationella stödfunktionen vid SKR.

Baserat på erfarenheter av arbetet med de första vårdförloppen har rutiner och mallar utvecklats, vilket underlättat för de nationella arbetsgrupperna, särskilt när den största delen av deras arbete under 2020 har bedrivits på distans.

Kriterier för de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, uppföljning och rehabilitering. Vårdförloppen som tas fram ska uppfylla följande kriterier:

- De ska kunna inbegripa flera specialiteter.
- De ska kunna starta i primärvården och vid behov innefatta socialtjänst-insatser.
- De ska kunna innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar.
- De ska kunna främja hälsa i hela förloppet.
- De ska utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd.
- De bör utformas på ett sådant sätt att de kan följas i de informationssystem som används i regionerna.

Vårdförloppen ska utgöra ett stöd för regionerna och beskriver utifrån bästa tillgängliga kunskap vad och i vilken ordning eller när något ska göras. Vårdförloppen beskriver endast i begränsad omfattning hur något ska göras. Uppföljningen av vårdförloppen kommer på kort sikt att ske med stöd av idag tillgängliga data och uppföljningsmått som kan baseras på dessa. På sikt kommer vårddokumentationen från de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen utgöra grund för nationell data och uppföljning.

Medelstildelning för 2020

För överenskommelsen 2020 fördelades totalt 275 miljoner kronor till regionerna.

Av dessa medel har 60 miljoner kronor gått till att ta fram nya personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom ramen för regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården. Resterande 215 miljoner kronor har gått till att förbereda verksamheterna i regionerna och bygga upp den samverkansregionala strukturen för kunskapsstyrning samt för att påbörja införandet av vårdförloppen.

SKR tilldelas 15 miljoner kronor för nationellt stöd och koordinering av arbetet.

Vårdförloppen och det nationella kunskapsstyrningssystemet

Vårdförloppen tas fram inom regionernas Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (se kunskapsstyrningvard.se). Sveriges regioner har sedan 2018 ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Här samarbetar regionerna, utvecklar och delar kunskap inom hälso- och sjukvården. I samarbetet ingår kommuner, patient- och professionsföreningar, nationella myndigheter och forskarsamhället. Syftet är att skapa god och jämlik vård och behandling för varje enskild individ.

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård ska verka för att:

- Bästa tillgängliga kunskap används i varje enskilt patientmöte.
- Patientmötet följs upp och analyseras på såväl individnivå som på gruppnivå.
- Ny kunskap snabbt kan omsättas och ny kunskap genereras och systematiseras .
- Identifiering och prioritering av nya förbättringsområden tillsammans med patienten är en del av vardagen .
- Det är enkelt att jobba kunskapsbaserat.

Allt börjar och slutar hos patienten

Systemet agerar på tre nivåer: mikro, meso och makro. (*figur 1*) Alla nivåer samarbetar för att säkerställa att bästa tillgängliga kunskap används i patientmötet. Systemet bygger på ett kontinuerligt lärandestyrt förbättringsarbete där allt börjar och slutar hos patienten.

Mikronivån – verksamheterna och mötet med patienten

Här sker mötet med patienten på sjukhus, vårdcentral eller annan vårdinrättning. Aktörer och grupperingar på mikronivå ska enkelt ha tillgång till och använda bästa tillgängliga kunskap. De behöver även ha tillgång till uppföljningsdata som kan analyseras ofta för att ständigt kunna förbättra sig. Det är här de personcentrerade- och sammanhållna vårdförloppen ska verka och göra skillnad för patienter och brukare.

Mesonivån – region, sjukvårdsregion och samverkan med kommuner

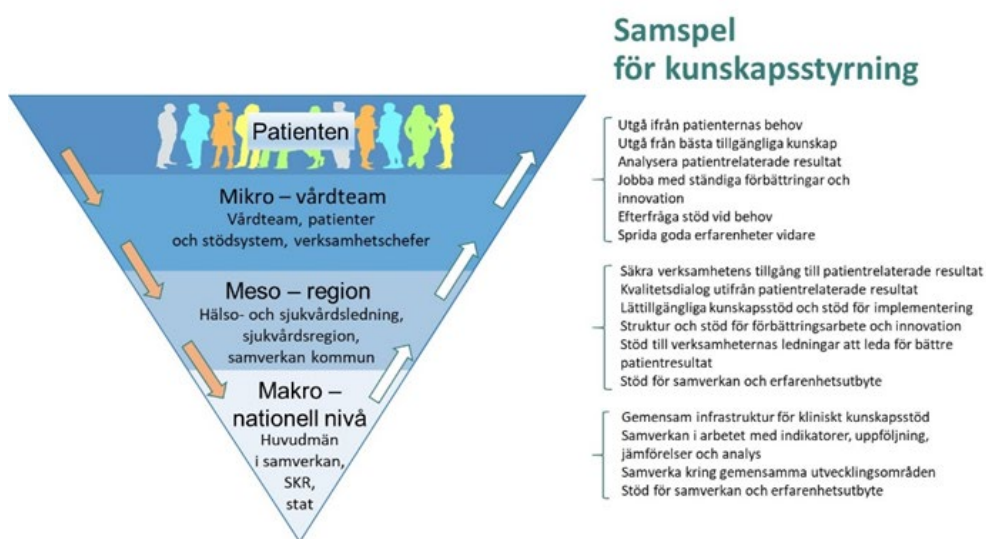
Aktörer och grupperingar på mesonivån har i uppdrag att stödja utveckling och förbättring av verksamheter i vården. Här finns så kallade regionala programområden. Ledningar på mesonivån behöver följa upp, fråga efter resultat och föra dialog om kvalitet med verksamheten.

Makronivån –regioner i samverkan, SKR och samverkan med staten

Här finns styrning och ledning i kunskapsstyrningssystemet och stödfunktionen på SKR, bland annat de nationella programområdena som utser de nationella arbetsgrupperna för framtagande av vårdförloppen. Även de så kallade nationella samverkansgrupperna finns här som samordnar vissa områden. Se figur 1.

Uppdraget här handlar om att stödja och underlätta samverkan mellan huvudmännen och myndigheter. Makronivå kan också bidra i meso- och mikronivåns lärande och utveckling genom att till exempel skapa arenor för gemensamt lärande och erfarenhetsutbyte.

Figur 1. Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård är uppbyggt i en organisation där kunskapen utgår från patienten och återförs till patienten.



Det finns 26 nationella programområden (*figur 2*) som leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Ett nationellt programområde består av experter och sakkunniga inom ett visst sjukdoms- eller vårdområde med mandat att företräda sin sjukvårdsregion både sjukvårdsregionalt och nationellt.

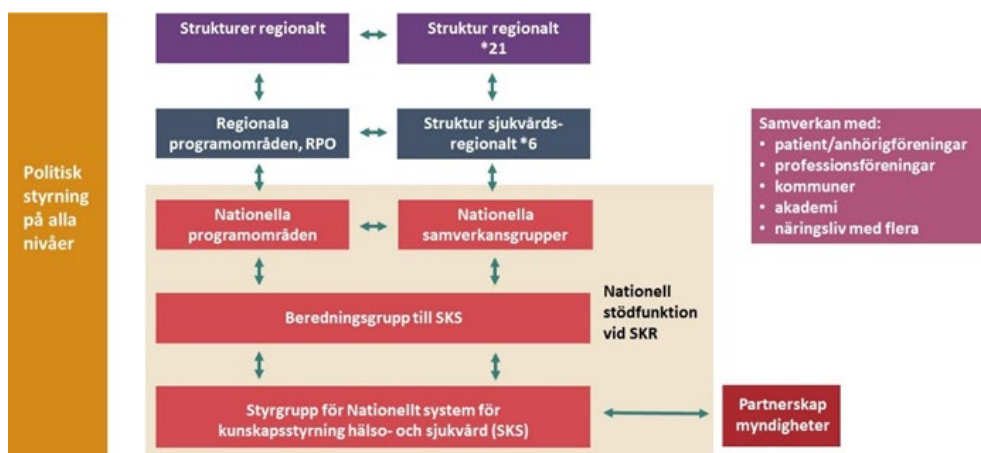
Dessutom finns åtta nationella samverkansgrupper som arbetar med exempelvis, läkemedel, medicinteknik och patientsäkerhet, uppföljning och analys.

Figur 2. Nationella programområden inom kunskapsstyrningssystemet.



De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen tas fram inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Regionerna och sjukvårdsregionerna samverkar i framtagande och införande. Systemet leds av styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård där beslut och godkännande av bland annat vårdförloppen sker.

Figur 3. Organisering av Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård



Hur har covid-19 påverkat arbetet?

Samtliga regioner rapporterar att covid-19 inneburit att takten med vårdförloppsarbetet har bromsats in. Oftast har inte själva beslutsförfarandet att införa vårdförloppen påverkats. Däremot har moment som behovsanalys och arbetet med framtagande och införande inte kunnat genomföras i samma takt som planerats.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys följer upp arbetet

Vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att följa upp och analysera insatserna inom överenskommelsen mellan staten och SKR om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Stödfunktionen på SKR har under hösten 2020 försett myndigheten med ett omfattande underlag om det hittillsvarande arbetet. En konstruktiv dialog har även skett vid ett flertal tillfällen. Myndigheten har ett fortsatt uppdrag under 2021.

Införande av sex vårdförlopp pågår

Sex vårdförlopp är framtagna och godkända för införande under 2020

Under 2020 har sex vårdförlopp godkänts och börjat att införas i regionerna: reumatoid artrit, schizofreni förstagångsinsjuknande, stroke och TIA, höftledsartros – primärvård, KOL samt kritisk benischemi.

Vårdförloppen fyller väl intentionen och kriterierna för vårdförlopp enligt överenskommelsen. Utgångspunkten har varit att främja hälsa och tillämpa patientkontrakt på det sätt som ska göras inom ramen för vårdförlopp. Vårdförloppen bygger på tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och för fem av de sex finns Nationella riktlinjer att bygga på. För att vårdförloppen på längre sikt ska kunna följas i de digitala vårdstöden har tre informatikpiloter kopplats till vårdförloppen, se vidare resultat från piloterna under avsnittet om strukturerad vårdinformation.

Ytterligare fyra vårdförlopp är på väg att godkännas i början av 2021 och regionerna rekommenderas att påbörja införande av dessa.

Så här långt har införandet kommit

Under 2020 har regioner och sjukvårdsregioner genomfört aktiviteter för att förbereda och påbörja införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet har inkluderat aktiviteter för fortsatt utveckling av systemet för kunskapsstyrning, rekrytering av stödresurser, fastställande av processer för beslut och införande, såväl som olika analyser.

Ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp räknas som delvis genomfört när regionerna har beslutat om att införa vårdförloppet, identifierat förändringsbehov utifrån vårdförloppet och processresurser är tillsatta för att stödja genomförandet. Detta ska rapporteras av regionerna.

Denna definition anges i överenskommelsen för 2021 men för enkelhetens skull har samma definition applicerats för 2020.

I regionerna kan det skilja på vilken ledningsnivå som beslutat om införande. Besluten kan fattas av hälso- och sjukvårdsledning, på politisk nivå eller via regionernas kunskapsstyrningsråd eller motsvarande. Antingen fattas beslutet som principbeslut före en analys om förändringsbehov är gjord, en så kallad gapanalys, eller så fattas beslutet efter analysen och kan då även innefatta åtgärder som avser förändringsbehov. I några fall har regionen fattat principbeslut om att vårdförloppen är beslutade när kunskapsstyrningssystemets nationella styrgrupp godkänt vårdförloppet. Ett fåtal regioner saknar information om tidplaner för beslut och införande.

Det varierar mellan de 21 regionerna hur långt införandet kommit för respektive vårdförlopp. En sammanställning för de under 2020 sex godkända vårdförloppen visar på att:

- Beslut har fattats om införande i 16 eller 17 regioner
- Processresurser har tillsatts i 15 eller 19 regioner.
- Förändringsbehov har identifierats i mellan 9 - 17 regioner.

Generellt kan sägas att för de vårdförlopp som godkändes under våren 2020 har införandet av naturliga skäl kommit längre än för de som godkändes under hösten 2020. Det gäller framför allt hur långt man kommit i att identifiera förändringsbehov där det är störst variation mellan vårdförloppen avseende hur många regioner som genomfört gapanalys. De förändringsbehov som har identifierats är på en detaljerad nivå vilket visar att ett gediget arbete har genomförts. Ett exempel på detta är att i en region har varje vårdcentral (40 stycken) genomfört en gapanalys utifrån sin verksamhet samt haft intervjuer med patienter för att fånga patienternas synpunkter.

I flera regioner har även förändringsarbetet inletts (mellan 4-8 regioner beroende på vilket vårdförlopp) och i några fall anger regionen att det redan nu arbetar i enlighet med vårdförloppet.

Regionerna har valt olika sätt att arbeta. Vissa kan hantera de första vårdförloppen med verksamheternas egna utvecklingsresurser. Men vanligare är att ha ett mer sammanhållet arbete och organisation som stödjer införandet där en central resurs stöttar de lokala resurserna/sakkunniga i arbetet - från remisshantering till införande av vårdförloppet. I vissa fall har det även inrättats en regionövergripande styrgrupp för arbetet.

Höftledsartros – primärvård

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige och förekomst av sjukdomen beräknas öka de kommande åren då befolkningen blir äldre och har ett högre BMI och är mer stillasittande än tidigare. Incidensen av klinisk diagnostiserad artros beräknas vara runt 2.1/1000 personer per år och är något vanligare hos kvinnor än hos män.

Vårdförloppet inleds vid misstanke om höftledsartros eller vid försämring av tidigare känd höftledsartros. Vårdförloppet avslutas vid acceptabel funktions- och smärtsituation, vid annan diagnos som anledning till symtomen eller vid remiss för ortopedisk bedömning inför ställningstagande till kirurgi.

Sjukdomen har ofta ett långsamt fortskridande förlopp. Många patienter remitteras i ett för tidigt skede till röntgen och ortopedisk bedömning, vilket kan leda till försenad grundbehandling. Vårdförloppet medför att patienter utreds och behandlas enligt nationella riktlinjer. Vårdförloppet innebär därmed att patienter får grundbehandling tidigare – vilket bidrar till minskade symtom, ökad funktionsförmåga och troligen minskad samsjuklighet. Vårdförloppet verkar i linje med omställningen till Nära vård genom att:

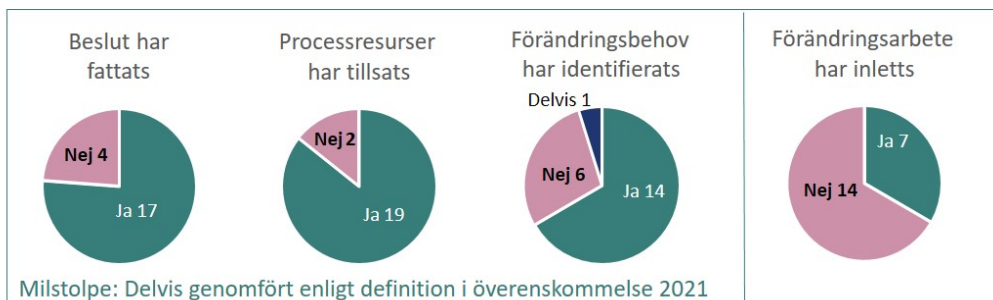
- Fysioterapeuter i primärvården omhändertar patienter med höftledsartros i större utsträckning.
- Tidig klinisk diagnos utan röntgen.
- Tidig grundbehandling inom primärvården – med fokus på patientens delaktighet.

Arbete med vårdförlopp höftledsartros del två har inletts och öppen remiss planeras för det under 2021.

Införandestatus

Sjutton regioner har fattat beslut om införande. För resterande planeras beslut efter genomförd gapanalys, som ännu inte är klar men som regionerna har kommit olika långt med. Processresurser för att stödja införandet har tillsatts i nästan alla regioner, endast två saknar.

Figur 4. Antal regioners svar på frågor angående grad av införande för vårdförlopp höftledsartros – primärvård



14 regioner har gjort en gapanalys, övriga planerar göra det.

Flera regioner svarar att patienterna i princip erhåller vård enligt vårdförloppet eller att det finns stor överensstämmelse. En region anger att vårdförloppet följs. Sju regioner har påbörjat förändringsarbete och anger att förändringsarbetet kommer att ske under våren. Någon lyfter fram att arbetet görs med en stark koppling till förflyttningen mot Nära vård.

Identifierade förändringsbehov är utredning i primärvården, exempelvis initial triagering och kriterier för röntgenremiss så att det inte leder till försenad grundbehandling. Andra exempel som behöver utvecklas är arbete kring levnadsvanor, patientutbildning, patientinformation och patientkontrakt. Brister i registrering i kvalitetsregistret Bättre Omhändertagande av patienter med Artros (BOA) vilket medför variation i täckningsgrad finns också i många regioner.

De regioner som påbörjat ett arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov innefattar till exempel förbättrade registreringar i BOA, uppdaterade rutiner/stöddokument, utbildningsinsatser i bland annat artrosskola och patientkontrakt.

Några regioner lyfter förändringsbehov som är svåra att åtgärda och det är till exempel bristen på fysioterapeuter och att det är många vårdförlopp som behöver fysioterapeutiska insatser. Även att det kan vara svårt att nå ut till alla vårdinstanser med information då det finns både offentliga och privata.

Uppföljning

De flesta indikatorer hämtas från det nationella kvalitetsregistret BOA, Bättre Omhändertagande vid Artros. Även Svenska höftprotesregistret (SHPR) och Primärvårdskvalitet (PVQ) kommer att eller kan bidra med indikatorer. Inrapporteringen till kvalitetsregistret BOA är ojämn och behöver öka för att datakällan ska anses vara god. Bedömningen av registrets täckningsgrad är svår att göra, men viktig. BOA-Registret är använt som primär datakälla i vårdförloppet och i den arbetsversion av rapport på Vården i siffror som är publicerad. Informatiskt arbete till stöd för automatisk överföring av data behöver utföras.

Kritisk benischemi

Kritisk benischemi är den allvarligaste formen av benartärsjukdom. Sjukdomstillståndet drabbar cirka en procent av alla svenskar som är mellan 60 och 80 år och i Västeuropa beräknas 30–50/100 000 invånare drabbas varje år.

I nuläget föreligger flera utmaningar i vård och behandling av kritisk benischemi. Det finns en risk att individer identifieras för sent för att kunna rädda benet och många i patientgruppen har svårbehandlad värk.

Vårdförloppet inleds vid välgrundad misstanke om kritisk benischemi och avslutas vid uppföljning efter behandling. Många patienter är äldre och har en samsjuklighet med diabetes och hjärt- och kärlsjukdom. 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.

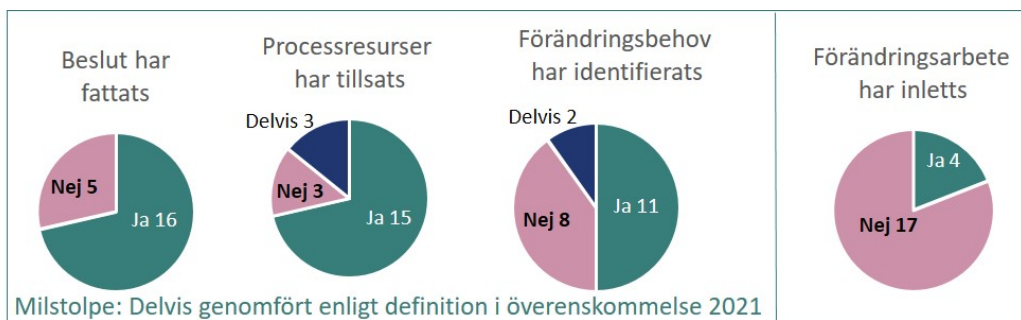
Vårdförloppet ger förbättrade möjligheter att riskstratifiera patienter för ett effektivt omhändertagande.

Vårdförloppet har som övergripande mål att skapa en välorganiserad vårdkedja som minimerar onödiga väntetider för patienten och optimerar tillgängliga resurser, i syfte att rädda patientens ben och liv.

Införandestatus

I sexton regioner har beslut fattats om införande. För resterande planeras beslut att fattas efter genomförd gapanalys, som ännu inte är klar m som regionerna har kommit olika långt med. I tre av fyra regioner har processresurser tillsatts och i några är det påbörjat men inte klart.

Figur 5. Antal regioners svar på frågor angående grad av införande för vårdförlopp kritisk benischemi



Elva regioner har gjort en gapanalys, övriga planerar göra det inom kort. Ett behov de flesta nämner är samarbete mellan olika vårdnivåer för att förbättra flöden och vård inom vårdförloppet, exempel är remissinnehåll eller undersökningar som kan utföras i primärvård istället för specialiserad vård. Flera regioner pekar på att ledtiderna för remiss, kärllirurgisk bedömning och behandlingsinsatser behöver kortas. Andra behov är utbildning, både i primärvård och i kommunerna, exempelvis med tryckmätningar. Andra exempel på utmaningar är att bemanna med kärllirurgisk kompetens eller namngiven fast vårdkontakt sju dagar i veckan, tillgång till data för att kunna följa upp insatser samt förbättrad journaldokumentation.

Arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov har inletts i några regioner, framförallt kopplat till samverkan mellan vårdnivåer. När fler regioner gjort gapanalyser kommer ytterligare exempel på åtgärder att kunna redovisas.

Uppföljning

Indikatorerna som valts är mått på vårdförloppets och behandlingsrekommendationers genomslag samt mått på kliniska resultat efter revaskularisering. Viktigast är identifiering av patienter med kritisk benischemi, att följa ledtider för åtgärder och att tidigt använda utfallsvariabler som redan finns tillgängliga i register. De möjliga datakällorna för det här vårdförloppet är flera. Möjligheten att efter viss utveckling använda det existerande och väl täckande kvalitetsregistret Swedvasc studeras, liksom data från Socialstyrelsens hälsodataregister och regionernas vårdinformationssystem. Informatiskt arbete för att definiera variabler behöver göras samt ställningstagande till val av datainsamlingsmodell. Ingen rapport på Vården i siffror är ännu publicerad.

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en av våra största folksjukdomar. I Sverige beräknas cirka 500 000 personer ha sjukdomen som innebär ett stort lidande och höga kostnader för både individ och samhälle.

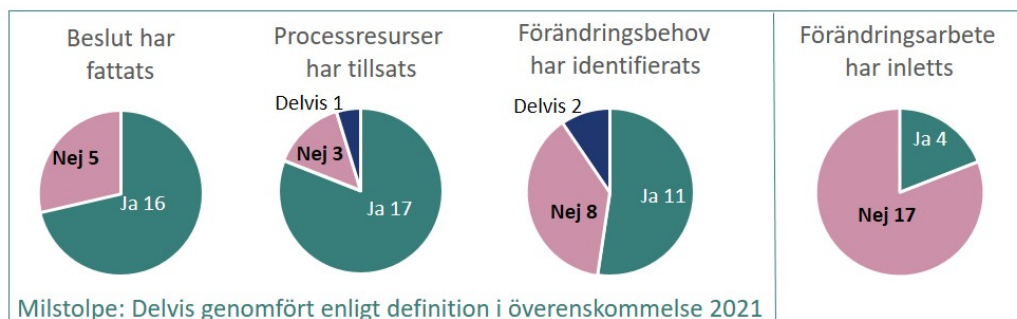
Vårdförloppet inleds vid misstanke om KOL och avslutas när en skriftlig behandlingsplan upprättats tillsammans med patienten och ett första uppföljningsbesök har genomförts.

KOL är en underdiagnostiserad sjukdom. Vårdförloppet för KOL fokuserar på hur vi säkerställer tidig och rätt diagnos, så att insatta åtgärder, varav rökstopp är den viktigaste, gör störst nytta både vad gäller behandlingseffekter, sjukdomsutveckling och utredning av samsjuklighet. Omotiverade skillnader i landet berör särskilt frågor kopplade till utförande av lungfunktionsundersökning och vård utifrån samverkan professioner emellan samt skriftlig behandlingsplan som även inkluderar planerad uppföljning. Det övergripande målet med vårdförloppet är att identifiera fler personer med KOL och öka tillgängligheten till en effektiv och god vård i enlighet med nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer.

Införandestatus

I sexton regioner har beslut fattat om införande. För resterande planeras beslut fattas efter genomförd gapanalys, som ännu inte är klar och som regionerna har kommit olika långt med. Processresurser för att stödja införandet har tillsatts i de flesta regionerna.

Figur 6. Antal regioners svar på frågor angående grad av införande för vårdförlopp KOL



Elva regioner har gjort en gapanalys, andra planerar göra det. Ett återkommande förändringsbehov som anges är kompetens och utbildningsbehov i primärvården, till exempel ett spirometri-körkort. Annat behov är att det kan behöva omfördelas eller kompletteras personal till primärvården. Några pekar på variation och omotiverade skillnader av vård inom regionen. Ytterligare exempel är mer undersökningar med en enkel och snabb metod för att testa lungfunktion (FEV1/FEV6) för att korta väntetider till spirometriundersökningar, mer patientutbildningar, öka användandet av skriftlig behandlingsplan och rökavvänjning. Registrering i Luftvägsregistret är en svårighet i någon region då det ännu inte är automatiserat i väntan på nytt journalsystem.

Arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov har inletts i några regioner, framförallt kopplat till utbildning/stöddokument, till exempel spirometri-körkort, checklistor. När fler regioner gjort gapanalyser kommer ytterligare exempel på åtgärder att kunna redovisas.

Några regioner pekar på förändringsbehov som är svåra att åtgärda, som tillgång till vidareutbildad personal i primärvård.

Uppföljning (tillgång till data för uppföljning)

Kvalitetsregistret Luftvägsregistret kommer att möjliggöra uppföljning av vårdförloppet KOL, oavsett i vilken vårdnivå patienten befinner sig. Kvalitetsuppföljningssystemet PrimärvårdsKvalitet har utvecklat ett stort antal kvalitetsindikatorer som lokalt används på många primärvårdsenheter och som successivt även kommer att redovisas nationellt, på Vården i siffror. Graden av inrapportering till Luftvägsregistret är svårbedömd. Datatillgången varierar mellan regioner och mellan olika indikatorer. Arbetsversion av rapport på Vården i siffror är publicerad. Informatiskt arbete till stöd för automatisk överföring av data har utförts under senare år. Automatisk överföring sker i vissa regioner.

Reumatoid artrit

Reumatoid artrit är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom som förekommer hos drygt en halv procent av befolkningen. Sjukdomen är vanligast bland kvinnor och de flesta som insjuknar gör det mellan 50 och 70 års ålder.

Vårdförlopp reumatoid artrit inleds vid välgrundad misstanke och fortsätter vid bekräftad diagnos och avslutas när patienten har haft diagnosen i ett år.

Tidig diagnostik och behandling samt tät monitorering är avgörande för att minska risken för funktionsnedsättning och komplikationer. I nuläget varierar ledtider till första besök i reumatologisk specialiserad vård och andelen nydiagnostiserade som erbjuds strukturerad kontakt med reumatologiska team mellan olika regioner i landet. Vårdförloppet är väl förenligt med omställningen till Nära vård och ger bättre förutsättningar för ökad samverkan mellan specialistvård och primärvård samt ökad delaktighet för patienter.

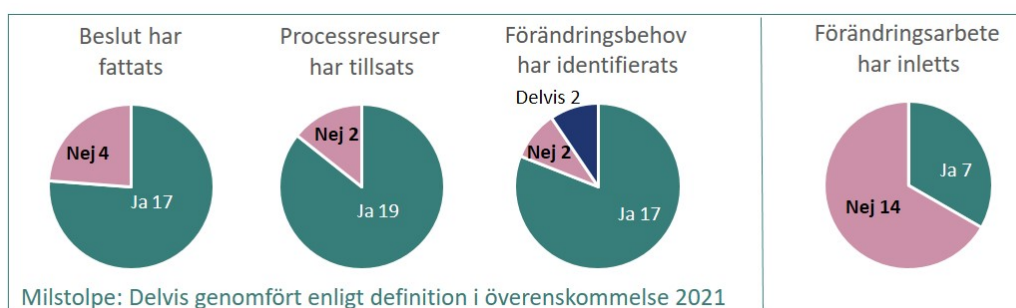
Målen med vårdförloppet är att öka andelen patienter som snabbt når remission eller låg sjukdomsaktivitet, minska andelen patienter som utvecklar bestående funktionsnedsättning, minska tiden från välgrundad misstanke om reumatoid artrit till diagnos och behandling, samt att patienten ska få behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer.

Arbete med ett vårdförlopp för etablerad reumatoid artrit har påbörjats och öppen remiss planeras för det under 2021.

Införandestatus

I sjutton regioner har beslut fattats om införande. För resterande planeras beslut fattas efter genomförd gapanalys, som ännu inte är klar och som regionerna har kommit olika långt med. Processresurser har tillsatts i nästan alla regioner, endast två saknar.

Figur 7. Antal regioners svar på frågor angående grad av införande för vårdförlopp reumatoid artrit



Sjutton regioner har gjort en gapanalys, andra planerar göra det. Ett förändringsbehov är att identifiera målgruppen så att remiss skrivs tidigt i förloppet. Ett annat är kompetensförsörjning på de reumatologiska mottagningarna. Registrering i kvalitetsregistret SRQ behöver också förbättras. Frågor och

struktur inom hälsosamma levnadsvanor behöver utvecklas liksom arbetet med patientkontrakt.

Arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov har inletts i vissa regioner. Exempel på aktiviteter är nya remissmallar som stöd till primärvården, nya dokumentationsrutiner samt utveckling av patientkontrakt. Även utbildningsinsatser inom olika delar av vårdförloppet har erbjudits eller kommer att erbjudas.

Hälften av regionerna identifierar förändringsbehov som är svåra att åtgärda och det är kopplat till resurser, framförallt brist på specialtläkare inom reumatologi. Brist på lokaler anges av ett par regioner.

Uppföljning

Datakälla till flera av de föreslagna indikatorerna är Svensk Reumatologis kvalitetsregister (SRQ). SRQ har en väsentligen god täckningsgrad, särskilt för den delen av patientgruppen som behandlas med biologiska läkemedel. Som alla kvalitetsregister innehåller SRQ enbart patienter som diagnostiserats med reumatoid artrit, medan vårdförloppet även beskriver utredningsprocessen vid möjlig reumatoid artrit. Ett kvalitetsregister kan inte innehålla vårdförlopps-patienter som frias från diagnos. En rapport på Vården i siffror är publicerad. Data för dessa kvalitetsregisterindikatorer uppdateras årligen. För andra vårdförloppsindikatorer krävs informatiskt arbete och ny datainsamlingsmodell. Informatiskt arbete till stöd för automatisk överföring av data till kvalitetsregister har gjorts i annat sammanhang och kan återanvändas, för de regioner som vill förändra/öka sin inrapportering

Schizofreni förstagångsinsjuknande

Knappt en halv procent av befolkningen har en schizofrenidiagnos, vilket motsvarar cirka 50 000 personer. Cirka 1500 till 2000 personer insjuknar varje år i schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd i Sverige, av vilka uppemot 800 personer får diagnosen schizofreni. Vanligaste ålder för insjuknande i schizofreni är 18 till 30 år.

Vårdförloppet omfattar utredande och behandlande åtgärder från att det finns misstanke om psykos till personens första årsuppföljning. Vårdförloppet gäller för personer som insjuknar för första gången och där diagnosen schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd bekräftas.

I nuläget kan det dröja relativt länge innan personer med dessa tillstånd omhändertas på rätt vårdinstans och får rätt insatser. Detta riskerar att försämra prognosen. Ungefär hälften lever med problem som kräver omfattande och kontinuerliga vård- och stödinsatser. Många behöver också mer stöd än de erbjuds. Den övergripande målsättningen är att öka tillgången till evidensbaserade vård- och stödinsatser för målgruppen. Insatser enligt vårdförloppet ökar förutsättningarna för en god prognos, bevarad funktionsförmåga, snabb återhämtning och minskad risk för återinsjuknande vilket därmed förebygger onödigt akutvård och försämring. Även behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder kan minskas genom världsförloppets insatser. Vårdförloppet innebär även att delaktigheten ökar för person och närstående och att behovet av samordning av insatser tillfredsställs. Vårdförloppet är länkat till Vård- och insatsprogrammet som tagits fram inom kunskapsstyrningssystemet.

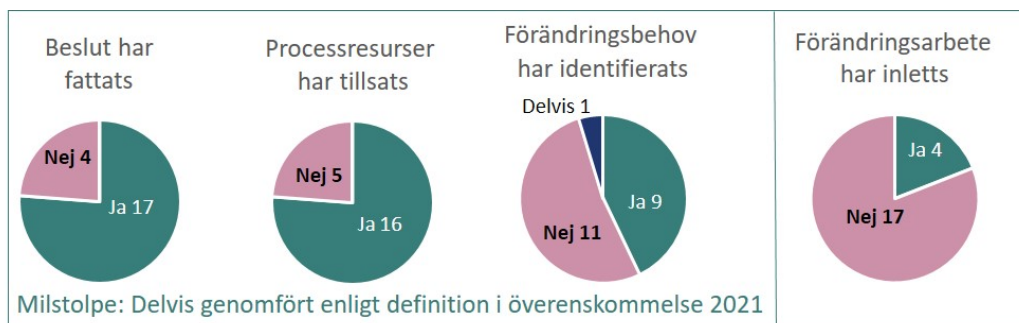
Vårdförloppet beskriver vilka åtgärder som ska genomföras och när de ska utföras. Vårdförloppet är ett komplement till det nationella vård och insatsprogrammet (VIP) för schizofreni, som beskriver hur olika åtgärder ska utföras.

Arbete med ett vårdförlopp för etablerad schizofreni har påbörjats och öppen remiss planeras för det under 2021.

Införandestatus

I sju regioner har beslut fattats om införande. För resterande planeras beslut fattas efter genomförd gapanalys, som ännu inte är klar och som regionerna har kommit olika långt med. I tre av fyra regioner har processresurser tillsatts för att stödja införandet.

Figur 8. Antal regioners svar på frågor angående grad av införande för vårdförlopp schizofreni - förstagsinsjuknande



Nio regioner har gjort en gapanalys, andra planerar göra det inom kort. Samverkan är ett behov som lyfts, dels inom vården mellan olika vårdnivåer och dels med elevhälsa, socialtjänst, Försäkringskassan med flera. Några behöver utveckla sin struktur för nyinsjuknande och/eller casemanagers. Brister i registrering i kvalitetsregister finns med varierande täckningsgrad.

Ett fåtal regioner har påbörjat ett arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov, med att öka samverkan med olika aktörer, omarbeta rutiner och utvidga vårdteamet med fler kompetenser. Många regioner har ännu inte gjort en gapanalys och ytterligare förändringsbehov kommer att lyftas framöver.

Uppföljning

De flesta indikatorer kan hämtas från kvalitetsregistret PsykosR som dock i nuläget har en begränsad täckningsgrad. Detta gör att resultaten i nuläget inte kan ses som helt representativa. Några indikatorer kan baseras på Socialstyrelsens hälsodataregister och läkemedelsregistret. Ingen rapport på Vården i siffror har publicerats. Olika diskussioner om utveckling och förändring av insamling av kvalitetsdata för detta sjukdomstillstånd pågår. Informatiskt arbete till stöd för direktöverföring av data har genomförts. Val av modell för datainsamling behöver göras. Variabelinnehåll och ambitionsnivå behöver klargöras.

Stroke och TIA

Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke och 10 000 i TIA. Strokeincidensen ökar med stigande ålder och fyra av fem patienter som insjuknar är över 65 år. Vårdförloppet som beskrivs i detta dokument omfattar åtgärder från misstanke om stroke eller TIA till förberedelser för utskrivning av patient från strokeenhet eller slutenvård.

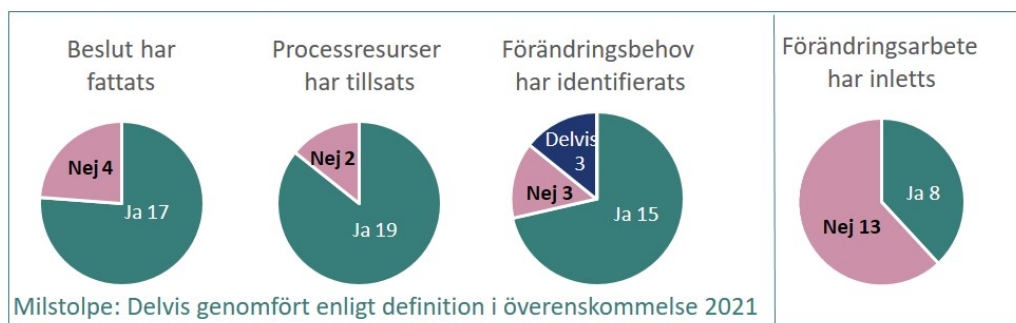
I dagsläget finns det omotiverade skillnader över landet avseende strokevårdens tillgänglighet och kvalitet. Behandling kan inte alltid ges tillräckligt snabbt och allmänheten har otillräcklig kännedom om symtomen vid stroke och TIA. Vårdförloppet syftar till god och jämlik vård vid Stroke och TIA genom praktisk tillämpning av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer. De övergripande målen för vårdförloppet är att hålla nere tiden till akut behandling, ge adekvat omhändertagande inom slutenvården, inklusive start av rehabilitering och säkerställa goda förutsättningar för verksamheten på de aktuella sjukvårdsenheterna.

Vårdförlopp för åtgärder senare i vårdkedjan som tidig understödd utskrivning och rehabilitering i hemmet, vård på rehabiliteringsenhet, insatser från primärvården och kommun har påbörjats.

Införandestatus

I sju regioner har beslut fattats om införande. För resterande planeras beslut fattas efter genomförd gapanalys, som ännu inte är klar och som regionerna har kommit olika långt med. Processresurser för att stödja införandet har tillsatts i nästan alla regioner, endast två saknar.

Figur 9. Antal regioners svar på frågor angående grad av införande för vårdförlopp stroke och TIA



Flertalet regioner anger olika förändringsbehov, sammantaget i hela kedjan från larm om misstänkt stroke till rehabilitering och sekundärprevention. I övriga pågår gapanalyser. Några anger specifikt inomregional variation med olika grad av måluppfyllelse för vårdförloppets indikatorer som ett förändringsbehov. Flera regioner pekar på behov av rutiner och processer vid strokelarm och för behandling med trombolys och framförallt trombektomi; att tidigt identifiera fler patienter med dessa behov och säkra snabb handläggning. Exempel är tillgång till röntgen hela dygnet, rutin att ambulans väntar vid första sjukhus till dess att behovet av trombektomi klargjorts. Andra exempel rör ojämn användning av instrumentet National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) för bedömning av svårighetsgrad, sväljtest i tid; tillgång till arbetsterapeut/fysioterapeut under helgtid; vård vid strokeenhet som första vårdavdelning, kompetens vid strokeenheter, rutiner för utskrivning till kommunal vård och tillgång till specialiserad rehabilitering i öppenvård.

Uppföljning (tillgång till data för uppföljning)

Flertalet av indikatorerna har kvalitetsregistret Riksstroke som källa och utgör etablerade processmått. Riksstroke har hög täckningsgrad och god datakvalitet. Även kvalitetsregistret för Endovaskulär behandling vid stroke (EVAS) och perifer kärlkirurgi (SWEDVASC) används. Målnivåer från Riksstroke och Socialstyrelsen anges när sådana finns. En rapport på Vården i siffror är publicerad. Flertalet indikatorer uppdateras varje kvartal. Vissa indikatorer hämtas från Socialstyrelsen och uppdateras årligen eller något mindre frekvent. Diskussioner med Socialstyrelsen om uppdatering har förts under 2020. Informatiskt arbete till stöd för strukturerad vårddokumentation pågår, då vårdförloppet varit en av flera informatikpiloter.

Regionernas lärande och medskick vid införande

Regionerna och sjukvårdsregionerna har ombetts beskriva om det finns lärdomar och förbättringsområden när det gäller att införa vårdförlopp. Lärdomar som kan nyttjas både vid det egna regionala arbetet men även det nationella.

Samverkan och tydliga processer

Från många regioner framförs att det var bra och uppskattat att tidigt sätta samman kontaktpersoner för olika regioner och genom erfarenhetsutbyte stödja varandra i införandet av vårdförloppen. I vissa fall efterlyses mer hjälp framöver till bättre samverkan sjukvårdsregioner och regioner emellan då tydligare gemensamma processer torde underlätta framskridandet.

Flera regioner har lyft att det finns ett behov att regionalt förtydliga processen för införandearbetet; från remiss - till gapanalys - arbete enligt process för styrande dokument och slutligen beslut om införandet. Det är viktigt att i redan på remisstadiet fånga synpunkterna från verksamheterna så att regionen tidigt kan identifiera gap som behöver åtgärdas. Det underlättar också införandet om den lokala programområdesstrukturen (lokala kunskapsstyrningssystemet) är på plats. Det är även angeläget att den lokala hälso- och sjukvårdens ledning tar ett stort ansvar i förändringsarbetet. Att koppla åtgärder från gapanalysen till regionens övriga verksamhets- och strategiska planering samt budgetarbete behöver också göras.

En region lyfter särskilt fram vikten av att ha en gemensam samsyn och målbild samt att den kommuniceras väl. En framgångsfaktor har varit att när varje vårdcentral och klinik med olika professioner/funktioner fått göra sin egen

gapanalys har de fått en djupare insikt i sina interna processer. Att regionala arbetsgrupper innehållit de professioner/funktioner som ingår i vårdförlopp leder till ett lärande mellan professionerna, ökad förståelsen för varandras roller och utmaningar samt ökar viljan till teamarbete och att underlätta för ”nästa steg”. Den lokala patientinvolveringen är viktigare än den nationella trots att konklusionerna är desamma. Nya sätt att tillvarata patient- och närstående-representanters erfarenheter och kunskap via personliga möten, intervjuer och digitala möten har prövats under, och på grund av, pandemin. Dessa nya sätt kan utgöra ett värdefullt komplement även då restriktionerna från pandemin har släppts.

Hälsoekonomisk analys

En region poängterar att ett väl underbyggt vårdförlopp på nationell nivå sparar mycket extra arbete och ifrågasättande regionalt. Ett förbättringsområde är att tillse att det till varje nytt vårdförlopp finns en väl genomförd hälsoekonomisk analys. Det bör också tas höjd för huruvida vårdförloppet vid genomförande kan orsaka undanträngningseffekter av andra patientgrupper, givet att nya arbetsmetoder i andra delar av vården än den enskilda specialiteten berörs och vad detta kan få för konsekvenser. Önskemål om ett ökat fokus på integrering av digitala vårdmöten i vårdförloppsarbetet, exempelvis vad gäller besök och egenrapportering lyfts av någon region.

Uppföljning – undvika dubbelarbete

Önskemål och lärdomar är att uppföljningen av vårdförloppen bör vara än mer framarbetade så att inte varje region får ta fram uppföljning utifrån sina förutsättningar. Det finns en påtaglig risk att regionerna dubbelarbetar när det gäller uppföljning. En nationell samordning av uppföljningen för de olika vårdförloppen skulle vara önskvärd. Att lära av varandra vid tidigt införande i lokala vårdssystem skulle medföra ett stort mervärde. Önskemål om att prioritera arbetet med automatisk överföring till kvalitetsregister för att underlätta nationell inrapportering av indikatorer och målnivåer framförs också. En annan lärdom har varit vikten av att resurser, gällande strukturerad vårdinformation, med ögon för helheten har varit med från början i regionala projektgrupper och arbetsgrupper.

Det framförs synpunkter på att det finns områden som i större utsträckning skulle kunna hanterats på en nationell nivå för att underlätta för regionerna, då det riskerar att bli dyrare om varje region ska sköta detta. Exempel som nämns

är olika analyser och statistiska bearbetningar, kommunikationsinsatser, patientinformation och medarbetarnära verktyg.

Införandetakt i balans

Införandetakten av nya vårdförlopp måste balanseras med reella möjligheter att förverkliga dessa framförs av flera regioner. De flesta vårdförloppen rör i olika omfattning primärvården vilket gör att belastningen på primärvården kan bli hög. Det finns en oro att det blir en variation mellan regionerna i hur långt de kommit, både i arbetet med kunskapsstyrningen och införande av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Om systemet för kunskapsstyrningen ska byggas tillsammans bör det inte finnas så stora skillnader mellan regionerna.

Det framkommer i flera regioner att införandet av vårdförlopp samordnas med de nationella satsningarna för Nära vård och Patientkontrakt. För andra regioner har samordningen påbörjats eller det planeras att den ska ske.

Grundligt införande betalar sig

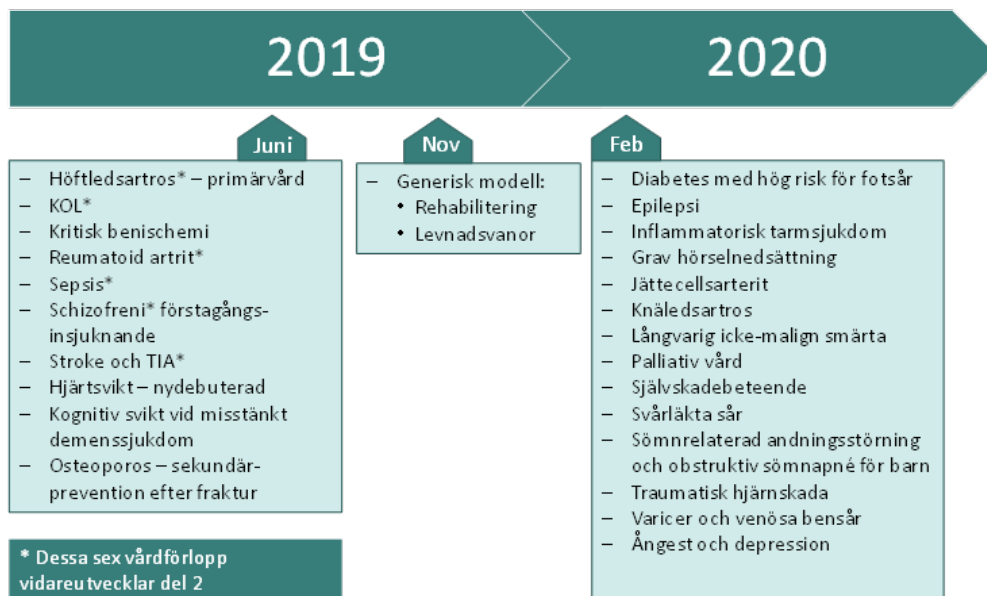
Det nämns också att om en region gör ett mindre aktivt arbete med införandet av de första vårdförloppen, så kommer det försvåra arbetet med införande av kommande vårdförlopp. Regionen behöver skapa trovärdighet och nytta med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och att detta behöver genomsyra det arbete som görs. Samverkan med kommunerna är en förutsättning för att få arbetet med vårdförloppen att få full effekt. De nationella vårdförloppen bygger på att regionen redan infört ett processorienterat arbetssätt. Om så inte är fallet måste detta införas samtidigt som vårdförloppen vilket kan vara en utmaning men också en drivkraft. Det är olika hur vana verksamheterna är att arbeta systematiskt med förbättringsarbete. Det är viktigt att ha förståelse och respekt för att brister finns för att kunna ge rätt stöd i tid. Någon region framför även att det i åiterrapporteringen borde ställts frågor om hur regionerna jobbar med att öka organisationens förmåga och kapacitet till förbättring, vilket kan behöva beaktas i högre grad. Det kräver ett regionalt ägarskap, långsiktighet och är centralt för framgångsrikt införande av vårdförloppen.

Framtagande av vårdförlopp 2020

Vårdförlopp för 24 hälsotillstånd

Drygt ett och ett halvt år efter den första överenskommelsen undertecknades har arbete skett med vårdförlopp för 24 hälsotillstånd, varav sex även vidareutvecklas, exempelvis för att täcka in en större del av vårdprocessen eller för att täcka in nya patientgrupper. Av dessa 24 är vid årsskiftet sex beslutade och införande har påbörjats.

Figur 10. Beslut om att personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska utarbetas för olika hälsotillstånd



De tio första vårdförloppen

När satsningen på personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inleddes våren 2019 påbörjades under hösten samma år ett intensivt arbete med att utarbeta tio vårdförlopp för olika hälsotillstånd. Dessa valdes i samarbete med nationella programområden utifrån behov och förutsättningar.

Sju av vårdförloppen publicerades för öppen remiss under sex veckor under januari till mars 2020. I det öppna remissförfarandet deltog många aktörer och intressenter som visade engagemang för att inkomma med remissvar för att förbättra och kvalitetssäkra vårdförloppen, trots den förhållandevis korta remisstiden om sex veckor. Totalt inkom cirka 380 remissvar fördelat på de sex vårdförloppen. Alla regioner lämnade remissvar. Därutöver har 37 professionsföreningar, sex patientföreningar, 20 enheter för kunskapsstyrning, sju kommuner, fyra myndigheter samt 59 enskilda vårdgivare, enskilda personer och övriga lämnat svar.

Tabell 1. Vårdförlopp på remiss under 2020

Remiss vårvinter 2020	Remiss höst 2020
Höftledsartros – primärvård	Hjärtsvikt – nydebuterad
KOL	Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom
Kritisk benischemi	Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur
Reumatoid artrit	
Sepsis	
Schizofreni förstagångsinsjuknande	
Stroke och TIA	

De tre resterande vårdförloppen var på öppen remiss under hösten. Remissperioden gjordes längre och pågick drygt tio veckor september november. Även denna gång har engagemanget varit stort då 150 remissvar kom från ca 80 organisationer fördelat jämt på de tre vårdförloppen. Förutom att alla regioner har svarat på remissen så har elva professionsföreningar, sex patientföreningar, elva enheter för kunskapsstyrning, fyra kommuner (flera regioner har även involverat länets kommuner i sina svar), fyra myndigheter och 24 övriga svarat på remisserna.

Vidareutveckling av sex vårdförlopp

SKS beslutade även i början av 2020 att av de första tio hälsotillstånden ska sex vidareutvecklas, exempelvis för att täcka in en större del av vårdprocessen eller för att täcka in nya patientgrupper (preliminära namn).

- Höftledsartros – proteskirurgi

- KOL
- Reumatoid artrit – etablerad
- Sepsis - vårdrelaterad
- Schizofreni – fortsatt vård och stöd
- Stroke och TIA

Exempelvis för reumatoid artrit och schizofreni sträcker sig det framtagna vårdförloppet från insjuknande till första året. ”Del två” omfattar då etablerad sjukdom från uppföljning efter ett år och framåt. Ett annat exempel är sepsis där det första vårdförloppet omfattar samhällsförvärvad sepsis medan det andra kommer att omfatta vårdrelaterad sepsis. Flertalet av dessa kommer att gå på öppen remiss under 2021.

Generisk modell för rehabilitering och levnadsvanor

Under 2020 har en generisk modell för rehabilitering arbetats fram. Målgruppen för den generiska modellen är de arbetsgrupper som utarbetar diagnosspecifika vårdförlopp. Syftet är att minska variationen och därmed bidra till en mer jämlik rehabilitering i Sverige. När de diagnosspecifika vårdförloppen ska införas så underlättar det även om rehabiliteringsdelen är utformad utifrån en gemensam modell. I den generiska modellen tydliggörs även de förutsättningar för en framgångsrik rehabilitering. Då målgruppen för den generiska modellen i den här utformningen är arbetsgrupperna har ett kvalitetssäkrings- och förankringsarbetet motsvarande öppen remiss skett med ett flertal parter i dialogform. Exempelvis har synpunkter inhämtats muntligt och skriftligt från professionsföreningar, patientföreningar, arbetsgrupper som utarbetar vårdförlopp, Socialstyrelsen och andra fora inom kunskapsstyrningssystemet.

Ett motsvarande arbete för en generisk modell för levnadsvanor har initierats. Arbetsgruppen för levnadsvanor är i slutskedet för att färdigställa ett vårdprogram för levnadsvanor och ska därefter utarbeta en generisk modell som kan användas i vårdförlopp. Arbetet med den generiska modellen är planerat att påbörjas i april 2021 med vårdprogrammet som grund.

Upstart av nya vårdförlopp

I februari 2020 beslutades att påbörja arbete med ytterligare 15 vårdförlopp, varav arbetet för ett av vårdförloppen har parkerats. Det är de Nationella programområdena som utifrån överenskommelsens kriterier och kriterierna för god vård har föreslagit hälsotillstånd för vilka ett vårdförlopp skapar värde.

- Diabetes med hög risk för fotsår
- Epilepsi
- Inflammatorisk tarmsjukdom
- Grav hörselnedsättning
- Jättecellsartrit
- Knäledsartros
- Långvarig icke-malign smärta
- Palliativ vård
- Självskadebeteende
- Svårläkta sår
- Sömnrelaterad andningsstörning och obstruktiv sömnapné för barn
- Traumatisk hjärnskada
- Varicer och venösa bensår
- Ångest och depression

Under våren genomfördes en gedigen nomineringsprocess av ledamöter till de nationella arbetsgrupperna. Med anledning av pandemin förlängdes nomineringstider och uppstarten har anpassats efter respektive arbetsgrupp. Det har medfört att de flesta startade det konkreta arbetet under hösten och vintern 2020.

Modell och process för framtagande av nya vårdförlopp

Processen för att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp kan delas in i tre faser: Initiering, framtagande och införande vilket även inkluderar uppföljning av vårdförloppet. Vårdförloppet har ett multidisciplinärt upplägg och kan involvera primärvården, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården, samt den specialiserade vården, som var för sig eller tillsammans ansvarar för delar av vårdkontinuiteten. De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen ska utgå ifrån tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och därmed baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

Figur 11. Process för initiering, framtagande och införande av vårdförlopp



Processen inleds med att det till alla nationella programområden går ut en förfrågan, som en del av verksamhetsplaneringsprocessen inom nationellt system för kunskapsstyrning, om det finns behov av att utarbeta ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Inför ansökan att utarbeta ett vårdförlopp gör programområdet en kartläggning av förutsättningar för och behov av ett vårdförlopp inom ett visst område och stämmer av med övriga berörda delar av kunskapsstyrningssystemet kring vårdförloppets fokus och omfattning. Exempelvis ska överlapp mellan olika möjliga vårdförlopp identifieras och tas i beaktande. Under 2021 kommer förarbetet fördjupas ytterligare utifrån beskrivningar i överenskommelsen för 2021. Styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård avgör slutligen för vilka hälsotillstånd det ska utarbetas vårdförlopp.

Det nationella programområdet utser efter nominering en nationell arbetsgrupp med bred representativitet, som får i uppdrag att arbeta fram vårdförloppet och ta fram en konsekvensbeskrivning. Det framtagna vårdförloppet går sedan ut på öppen remiss, där företrädare för patienter, profession, regioner, kommuner, myndigheter och andra intresserade har möjlighet att lämna synpunkter. Därefter görs eventuella revideringar innan vårdförloppet lämnas till beredningsgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Det slutliga godkännandet görs av styrgruppen i systemet. Därefter kan införandet i hälso- och sjukvården börja. Varje region bestämmer när och hur införandet ska ske.

Process för framtagande

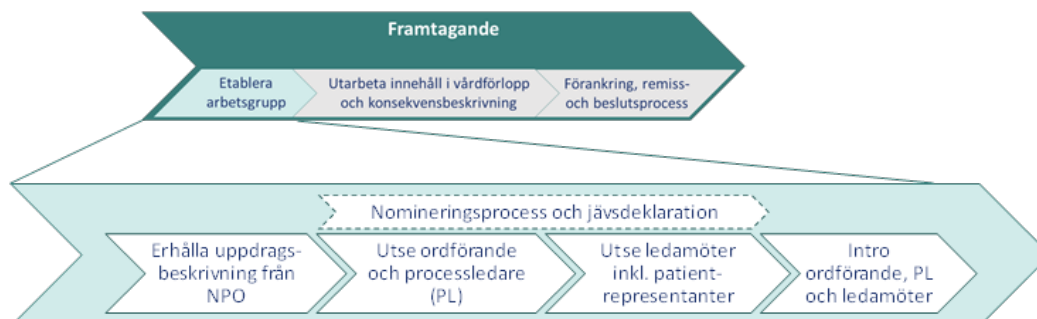
Processen för framtagande kan delas in i tre delar.

Figur 12. Delprocesser för framtagande av vårdförlopp



Den första delen i framtagandet innebär att etablera arbetsgruppen. Den andra är den fas där befintligt underlag värderas och kompletteras samt innehållet i vårdförloppsdokumentet och konsekvensbeskrivningen tas fram. Den tredje delen innehåller ett kvalitetssäkrings- och förankringsarbete inom kunskapsstyrningssystemet, en öppen remiss och slutligen en beslutsprocess.

Figur 13. Process för att etablera en nationell arbetsgrupp



Som ett underlag för de nationella arbetsgruppernas fortsatta arbete har respektive nationella programområdet tagit fram en uppdragsbeskrivning där vårdförloppets omfattning och övergripande mål beskrivs.

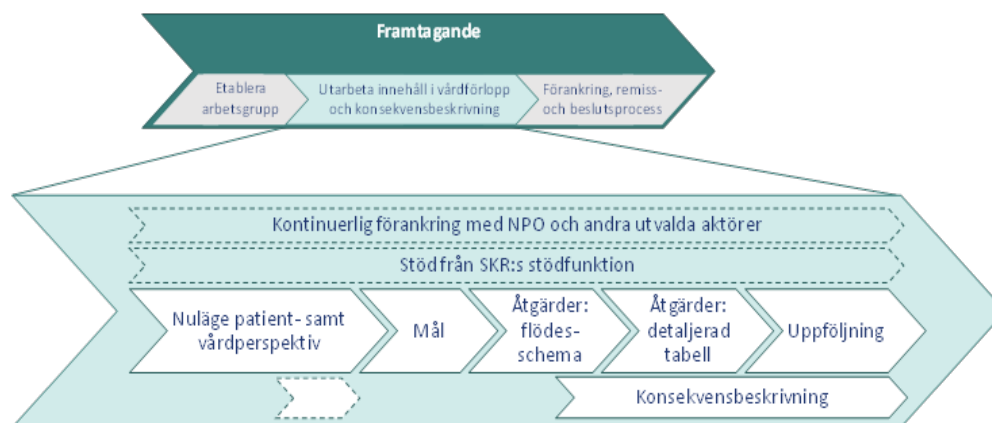
Nominering av ledamöter till den nationella arbetsgruppen görs via sjukvårdsregionerna. Arbetsgrupperna är tvärprofessionellt sammansatta och det deltar olika vårdprofessioner från primär- och specialistvård, patient- och närstående-representanter och representanter från kommunal hälso- och sjukvård.

Personer med kompetens inom analys och kvalitetsregister och hälsoekonomisk

eller ekonomisk expertis kopplas även till arbetsgruppen. Därutöver medverkar på olika sätt representanter från respektive nationellt programområde.

När ordförande och processledare är utsedda och godkända sker ett introduktionsmöte. Syftet med introduktionsmötet är att ordförande och processledare ska ha goda förutsättningar att leda och koordinera arbetsgruppens arbete så att ett önskvärt resultat kan uppnås på ett resurseffektivt sätt.

Figur 14. Process för att utarbeta vårdförloppets innehåll och konsekvensbeskrivning



Det finns en rekommenderad kronologi för arbetsprocessen vilken illustreras i figur 14, det vill säga att:

- Beskriva nuläge ur ett patientperspektiv, uppdatera kartläggning ur ett vårdperspektiv och identifiera/formulera utmaningar för patient och hälso- och sjukvård samt inventera och värdera befintligt kunskapsunderlag.
- Formulera mål utifrån identifierade utmaningar.
- Utarbeta åtgärder som anger vad som ska göras enligt bästa tillgängliga kunskap och som beaktar identifierade utmaningar.
- Utarbeta indikatorer för att kunna mäta hur väl vårdförloppets åtgärder svarar mot de mål som satts upp.
- Utarbeta konsekvensbeskrivning och beakta om anpassningar av vårdförloppen kan behövas.

Den nationella arbetsgruppen ansvarar för att fortlöpande förankra arbetet med vårdförloppet med berörda nationella programområden.

Hur lång tid det tar att utarbeta ett vårdförlopp beror bland annat på vårdförloppets omfattning, komplexitet och arbetssätt. Andra faktorer som påverkar är hur mycket kunskapsunderlag och evidens det finns att utgå ifrån samt om det redan finns en befintlig nationell arbetsgrupp.

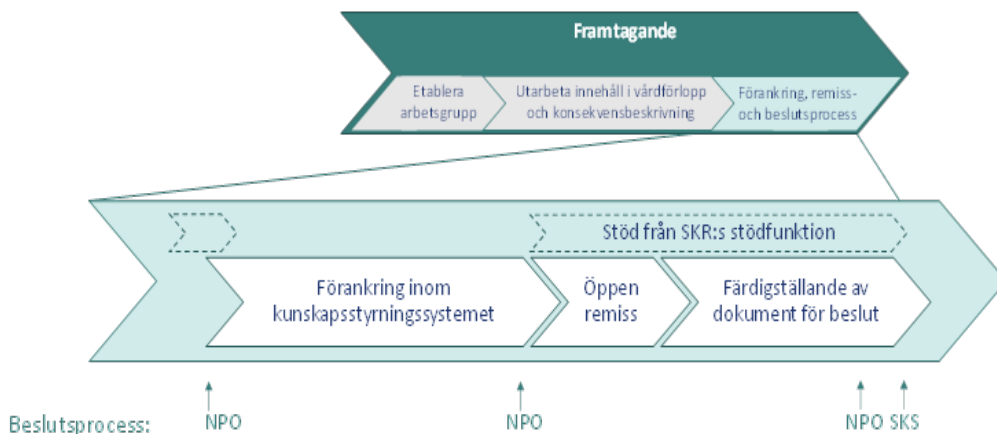
Stödfunktionen på SKR ger återkoppling vid några fasta tillfällen och därutöver finns möjlighet att få stöd om någon särskild frågeställning finns som kan effektivisera och kvalitetssäkra arbetet i framtagandet.

Konsekvensbeskrivning

En konsekvensbeskrivning för vårdförloppet tas fram parallellt med vårdförloppsdokumentet. Arbetet med att utarbeta konsekvensbeskrivningen påbörjas i samband med att åtgärderna specificerats och frågeställningar där konsekvenser bör belysas är identifierade.

Mallen för konsekvensbeskrivning tillhör det så kallade generiska ramverket och används för alla kunskapsstöd som tas fram inom kunskapsstyrningssystemet. Konsekvensbeskrivningen är till för att presentera de konsekvenser som de nationella arbetsgrupperna identifierat kopplat till införandet av det aktuella vårdförloppet. Dokumentet ska syfta till att täcka in tänkbara konsekvenser; från den övergripande organisatoriska och ekonomiska nivån till det patientnära arbetet. Konsekvensbeskrivningen är ett underlag för regionernas arbete med remissvaren och som ett möjligt stöd till regionens egna fördjupade gapanalyser. Den riktar sig framförallt till beslutsfattare och tjänstepersoner som är delaktiga i planerings- och prioriteringsarbetet i hälso- och sjukvården, men är också av intresse för personer med verksamhetsansvar. Konsekvensbeskrivningen ingår i remissvarsförfarandet, men följer i nuläget inte med till beslutet i SKS. Detta är för närvarande under diskussion.

Figur 15. Process för förankring, remiss och beslut



En del i arbetsgruppernas arbete är att identifiera med vilka intressenter de behöver ha dialog, kunskapsinhämtning eller förankring med. För de första vårdförloppen under 2019 var tidplanen knapp, men kunskapsstyrningssystemet var aktivt i att lämna remissynpunkter. Med bakgrund av detta är det sagt att en förankring med kunskapsstyrningssystemet ska göras före öppen remiss från och med 2021. Inför att vårdförloppsdocumentet ska förankras i kunskapsstyrningssystemet ska det vara i det närmaste klart och följa de skrivinstruktioner och mallar som finns för vårdförlopp. Stödfunktionen på SKR har inte synpunkter på faktainnehåll i vårdförloppet utan gör enbart en redaktionell kvalitetssäkring, se avsnitt om Redaktionell kvalitetssäkring.

Remissförfarandet är öppet, med det menas att alla är välkomna att lämna remissvar. Det går ut bred information för att nå alla som kan vara intresserade av att lämna synpunkter.

Från och med 2021 kommer remisser att ske vid fyra tillfällen; 15 februari, 15 april, 15 september och 15 november. Då kommer utarbetade kunskapsstöd inom Nationellt system för kunskapsstyrning (vårdprogram, personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, vård och omsorgsriktlinjer samt standardiserade vårdförlopp för cancer) att gå på remiss vid samma datum för att förenkla processerna för alla inblandade.

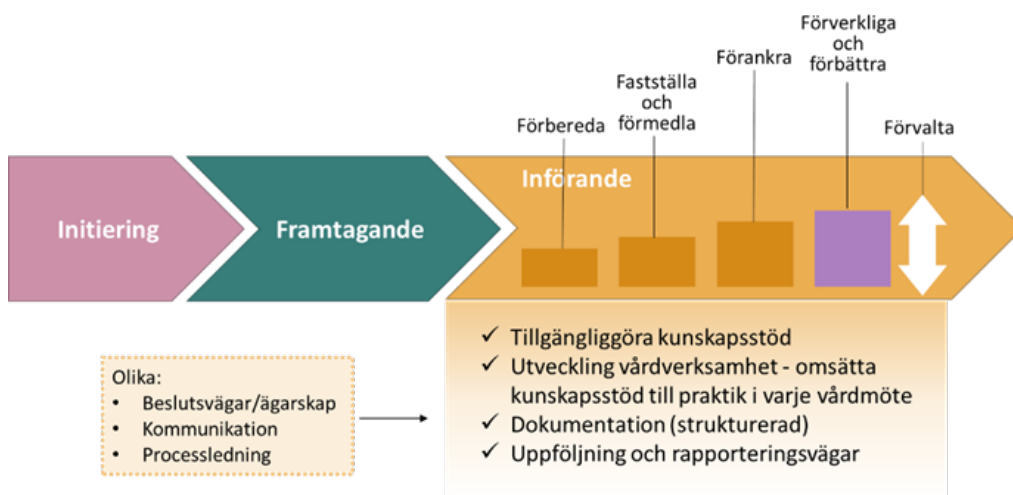
Efter att vårdförloppet har reviderats utifrån remissynpunkter ska det slutligt godkännas av det nationella programområde som är ansvarig för vårdförloppet.

Sedan lämnas det till beredningsgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Det slutliga godkännandet görs av styrgruppen i systemet. Därefter kan införandet i hälso- och sjukvården börja. Varje region bestämmer när och hur införandet ska ske.

Process för införande av vårdförlopp

Införandet, det vill säga att förverkliga vårdförloppet i den kliniska vardagen, består av flera steg. Som ett stöd till regionerna i deras ansvar att införa vårdförlopp har en modell tagits fram för att beskriva stegen.

Figur 16. Process för införande



Förberedelse av införande börjar i samband med att regionerna ges möjligheter att lämna remissvar på vårdförloppets underlag, det vill säga vårdförlopps-dokumentet och en konsekvensbeskrivningen. En generell checklista¹ har tagits fram av stödfunktionen på SKR för stöd till regional kartläggning och analys. Checklistan syftar till att ge tips i förberedelsearbetet inför införandet. Regionerna uppmuntras att påbörja förberedelsearbetet redan under remissperioden genom att tidigt involvera berörda professioner, verksamheter och lokala programråden eller motsvarande i analysarbetet.

¹ <https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.62e5211e171ac42ce6c3a5d5/1597849687703/Checklista-regional-analys-vardforlopp.pdf>

En tidig förberedelse kan ge bättre möjlighet att svara på remissen (om så önskas) och en mer beredd region när det godkända vårdförloppet ska fastställas i regionen. Remissversionen vårdförloppet uppmuntras under förberedelsefasen att testas i mindre skala inom regionen för lärande och spridning inför kommande beslut om breddinförande.

När styrgruppen, SKS, har godkänt aktuellt vårdförlopp har regionen ansvaret att fastställa och förmedla införandet inom sin organisation. Hur detta sker ser olika ut i regionerna, men det gemensamma är att fastställa struktur, resurser, prioritering och kommunikationsinsatser. Beroende på hur följsamhet till vårdförloppets måluppfyllelse ser ut identifieras lokal tillämpning och kompetensbehov i detta steg.

Många av regionerna har tillfört processresurser för att förankra och göra vårdförloppets kunskapsunderlag tillgängligt. Processteamerna kan genomföra gapanalyser och identifiera utbildningsbehov. Stödresurser för journaldokumentation, utdata och uppföljning kan behöva engageras. Lokala tillämpningar, rutiner och vårdavtal ses över och uppdateras i detta steg för att underlätta praktiskt införande vid samtliga berörda vårdverksamheter. Fortsatta kommunikationsinsatser är en framgångsfaktor.

Slutmålet är, som nämnts, att förbättra i den kliniska vardagen och i varje vårdmöte, det vill säga att patienten får jämlik, effektiv och personcentrerad vård i samskapande med vårdteamet, som arbetar och dokumenterar enligt kunskapsstödet och förbättrar arbetssätt och resultat. När stabila uppföljningsmöjligheter finns på plats regionalt och nationellt kan vårdförloppet förvaltas tillsammans med övrig kunskapsbaserad vård.

Utvecklingsarbetet i vårdverksamheterna med dokumentation respektive uppföljning har olika beslutsvägar och processer och behöver samordnas med olika funktioner i regionen.

För varje beslutat vårdförlopp tas det fram ett baspaketet för vårdverksamheterna för att skapa förståelse och kunskap för innehållet i det specifika vårdförloppet. Hur det ska genomföras är varje regions ansvar.

Stödfunktionen på SKR finns med hela vägen

Stödfunktionen på SKR har under året utarbetat modeller för initiering, framtagande och införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp som beskrivits i föregående avsnitt.

Stödfunktionen på SKR stödjer och stämmer av med arbetsgrupperna vid ett antal fasta tillfällen. De fasta tillfällena är:

- Introduktionsmöte
- Halvtidsavstämning och genomgång av vårdförloppsdocument inför intern förankring
- Öppen remiss och beslutsprocess

Löpande stöd ges bland annat vid regelbundna processledarmöten, till exempel hjälp med visualisering av flödesschema och ”patientresa”. Olika stödmaterial är framtagna för att underlätta arbetsgruppernas arbete.

Sedan pandemins start har inga fysiska möten genomförts utan arbetet har skett digitalt, vilket har ställt krav på nya arbetssätt för arbetsgrupperna liksom för stödfunktionen på SKR. Under pandemin har arbetet bedrivits anpassat och flexibelt efter olika grupperns förutsättningar. Det har sammantaget medfört en något lägre takt i framtagandet än den initiala tidplanen.

Introduktion till ordförande, processledare och arbetsgrupp

Som tidigare nämnts sker tidigt i arbetsprocessen ett introduktionsmöte. Vid mötet har ordförande och processledare för både den nationella arbetsgruppen och programrådet deltagit. Målet med introduktionen är att få en gemensam bild över vårdförloppets omfattning, arbetets förutsättningar, övergripande tidplan och utmaningar. Plus att ordförande och processledare får kunskap om framtagandeprocessen och stödmaterial för att kunna leda arbetet självständigt och effektivt. Att förmedla lärdomar från tidigare grupper har varit en viktig del. För de nya vårdförloppen har de flesta introduktionsmöten skett under 2020, men för några har mötet lagts en bit in på 2021. Stödfunktionen på SKR har, med något undantag, även deltagit vid den nationella arbetsgruppens uppstartsmöten.

Arbetsgrupperna har haft en god spridning av representanter från olika sjukvårdsregioner, vilket är skapar goda förutsättningar för införande av vårdförloppen.

Utformning av metodstöd och mallar för arbetsgrupperna

Under 2020 har metodstöd i flera delar utarbetats baserat på överenskommelsen och dess kriterier för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, de lärdomar och erfarenheter som de första vårdförloppen genererat och kunskapsstyrningssystemets generiska ramverk.

För de grupper som startade under 2019 hölls fysiska uppstartsmöten med flera arbetsgrupper samlade där gemensam information gavs. Det skapade möjlighet till interaktion och helhetskänsla. Då det inte varit möjligt under 2020, och det faktum att det är betydligt fler grupper som startat, har stödfunktionen på SKR satsat på att utarbeta ett gediget stödmaterial för att få till ett effektivt arbete.

De framtagna mallarna och metodstödsdokumenten används av arbetsgrupperna under olika faser i sitt arbete.

Det som har tagits fram under 2020 är:

Handbok till stöd för att utarbeta personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp
Skrivinstruktion för vårdförloppsdokument
Introduktionspresentationer (PowerPoint-bilder med tal)

Mall för:

- Uppdragsbeskrivning vårdförlopp
- Vårdförloppsdokument
- Specifikation av nya indikatorer
- Utarbetande av patientresa
- Framtagande av flödesschema
- Konsekvensbeskrivning (generisk för alla kunskapsstöd)
- Statusrapport

- Stöd för workshops (framför allt avseende flödesschema och patientresa)
- Checklista inventering av kunskapsstöd
- Underlag i form av medskick från nationellt programområde levnadsvanor
- Checklista från nationell arbetsgrupp över- eller underdiagnostik och behandling utifrån ett primärvårdsperspektiv.

Handbok för att utarbeta vårdförloppen

Handboken är en praktisk vägledning i hur man etablerar arbetsgruppen och hur vårdförloppsgrupperna kan arbeta med vårdförloppsdokument och konsekvensbeskrivning. Stödfunktionen på SKR har fått positiv återkoppling på handboken.

Mall och skrivinstruktion för vårdförloppsdokument

Vårdförloppen har en enhetlig utformning vilket tydliggörs i mall och skrivinstruktioner för att öka igenkänning och samklang mellan de olika vårdförloppen. Skrivinstruktionen beskriver syfte med dokumentets olika delar, anger ungefärligt omfång av de olika avsnitten samt ger stöd i ord- och begreppsval. Den innehåller också beskrivningar av språkliga regler kompletterad med termlista för enhetlig terminologi. Termlistan har tagits fram tillsammans med Socialstyrelsen till stöd för arbetsgruppernas arbete.

Introduktionsmaterial - nytt stöd till arbetsgrupperna

Som nämnts ovan finns också ett antal introduktionspresentationer (Powerpointbilder med tal) som stöd för arbetet. Några av presentationerna riktar sig till alla i arbetsgruppen medan andra riktar sig primärt till ordförande och processledare i vårdförloppen. Presentationerna ger en översikt av framtagandeprocessen och beskrivningar av bakgrund, syfte och underlag för utarbetande av vårdförloppets olika delar som exempelvis arbetet med uppföljning och indikatorer samt personcentrering och patientinvolvering.

Kontinuerlig avstämning med processledare

Nationella stödfunktionen på SKR har regelbundna digitala möten med processledarna för de nationella arbetsgrupperna som utarbetar vårdförlopp. Syftet med mötena är att ge möjlighet till dialog om frågor och utmaningar som uppstår i arbetet, dela erfarenheter och kunskap mellan processledarna och att informera om aktuella frågor.

För den första omgången vårdförlopp pågick processledarmötena från november 2019 till februari 2020. Under hösten 2020 startade flera nya vårdförlopp upp sina arbeten och under har hösten åtta temabaserade processledarmöten hållits. Mötena har belyst teman som relaterat till den fas som många av de nya arbetsgrupperna befunnit sig i, praktiska frågor som hur man kan skapa delaktighet vid digitala möten och workshops, hur man enklast arbetar i gemensamt dokument etc. Att hitta former för att arbeta i gemensamt dokument är en

viktig fråga då det lätt blir en tidstjuv. Inget verktyg som kan användas är idag optimalt för det.

Halvtidsavstämning

När arbetet är halvvägs till öppen remiss enligt tidplan sker en halvtidsavstämning mellan stödfunktionen SKR, ordförande och processledare i arbetsgruppen. Syftet är att stämma av planering, tidplan, att dokumenten är på rätt väg samt att svara på uppkomna frågor och funderingar. Vid halvtidsavstämningen bör samtliga delar av vårdförloppsdocumentet vara påbörjade och en plan för det fortsatta arbetet finnas utarbetad.

Halvtidsavstämningen är införd utifrån erfarenheter från hittillsvarande arbete med tidigare vårdförlopp. Under hösten har ett par halvtidsavstämningar genomförts men desto fler kommer det att bli under första halvåret 2021.

Redaktionell kvalitetssäkring

Den redaktionella arbetet och kvalitetssäkringen har varit det mest omfattande arbetet för stödfunktionen på SKR. Faktainnehållet i vårdförloppet står arbetsgrupperna för. I det redaktionella arbetet ingår bland annat att säkerställa att vårdförloppet är konsistent och logiskt presenterat, förtydliganden av olika slag, genomgång av begreppsanvändning och språk samt beskrivningar av indikatorer och uppföljning.

Stödfunktionen på SKR har bistått med att visualisera processen i ett flödeschema och beskrivningen av patienters erfarenheter, den så kallade patientresan som arbetsgruppen tagit fram. Arbetsgrupperna har varit olika vana vid att arbeta med processbeskrivningar vilket påverkar graden av stöd. En tydlig och enhetlig beskrivning av ingång och utgång ur vårdförloppet är viktigt, det vill säga hur misstanke definieras och vilken patientgrupp vårdförloppets beskrivning omfattar. I det redaktionella arbetet används personer med kompetens inom olika områden som processer, uppföljning, personcentrering och språk samt för informatikpiloternas del även informatik.

Efter de revideringar som arbetsgruppen gör utifrån input efter remissprocessen har motsvarande genomgång gjorts igen inför beslut och inför publicering. En stor del av remissynpunkter som kommer in har lett till förtydliganden av olika slag.

Remiss och beslutshantering

Under 2020 har hantering av remissprocesserna varit omfattande. Två remissomgångar har genomförts. Remissförfarandet har varit öppet, med det menas att alla är välkomna att lämna remissvar.

Vid båda tillfällena har information om att vårdförloppet är på remiss gått ut till samtliga regioner, till kommunerna via RSS-nätverket, berörda myndigheter, professionsföreningar, patientföreningar, fora inom kunskapsstyrningssystemet samt via de kanaler som kunskapsstyrningssystemet förfogar över, exempelvis webbsidan kunskapsstyrning.se och nyhetsbrev samt pressmeddelanden.

Vid första remisstillfället sammanställdes och förmedlades cirka 380 remissvar och vid andra cirka 150. Under hösten 2020 har ett arbete för att ensa remissprocesserna för alla kunskapsstöd skett och en mer automatiserad lösning för att sammanställa remissvar kommer att testas och utvärderas inom kort. Förhoppningsvis kan det användas vid de fyra tillfällena under 2021 då alla kunskapsstöd är på remiss.

Efter att remissvaren är bearbetade och det nationella programområdet godkänt vårdförloppet tas ett beslutsunderlag fram där det anges vad vårdförloppet vill åstadkomma, vilka som svarat på remissen samt vilka förändringar som är gjorda efter remissen.

Stöd för införande

Stödfunktionen på SKR och kunskapsstyrningssystemet stöder införandet på flera olika sätt, bland annat genom att tillhandahålla och nyttja olika fora för dialog mellan regionerna. Det har exempelvis etablerats ett forum för regionala kontaktpersoner för införande av vårdförlopp. Mötena syftar till att dela information och utbyta erfarenheter om införandet. Digitala möten har skett månadsvis under året med teman bland annat kring:

- Aktuellt från nationella stödfunktionen på SKR.
- Regionala införandeexempel kring struktur, upplägg och lärdomar.
- Införandeprocessens olika steg.
- Smågruppsdialoger.
- Kommunikationsstöd.
- Personcentrerad vård och patientkontrakt.
- Uppföljning och indikatorer.

- Strukturerad vårdinformation och informatikpiloter.
- Presentation av Nationell samverkansgrupp stöd för utveckling och deras stödroll.
- Skillnad och likheter i införande av standardiserade vårdförlopp för cancer och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.

Under våren 2020 startade en Nationell samverkansgrupp stöd för utveckling i syfte att bland annat stödja införandet av vårdförlopp. De nationella programområden som är ansvarig för respektive vårdförlopp, arbetar konkret med att på olika sätt via sina regionala och lokala motsvarigheter, verka för införande och sprida information om vårdförloppens innehåll.

Målgruppsanpassat stöd- och kommunikationsmaterial för att stötta införandet har tagits fram. På kunskapsstyrningens webbsida² finns information om varje godkänt vårdförlopp i form av bland annat filmer där patientrepresentanter och ordförande berättar om vårdförloppen och vilken nytta de ska åstadkomma. Även PowerPoint-presentationer för respektive vårdförlopp som kan användas vid införande finns på webbplatsen. Stödfunktionen på SKR har också genomfört kommunikationsinsatser gentemot regionerna för att informera om det pågående arbetet och har nyttjat de etablerade kanaler som SKR och kunskapsstyrningssystemet tillhandahåller. Även pressmeddelanden har resulterat i spridande av information om vårdförloppen via relevant fackpress.

De olika nationellt framtagna stödmaterialet för införande förpackades under hösten i ett *baspaket* godkänt av nationella beredningsgruppen. Till det hör också att det nationella programområdet i samarbete med vårdregionen ska genomföra ett webinarium för att sprida information om vårdförloppet. Sedan ska ett lärandewebinarium följa 6-9 månader därefter. Webinarier kommer att genomföras under 2021. Det finns också ett omfattande praktiskt stödmaterial framtaget för att förenkla genomförandet av webinarier.

Syftet med baspaketet är att underlätta införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Det anger vem (nationella stödfunktionen på SKR, programområdet/arbetsgruppen eller sjukvårdsregionala värdskapet) som ansvarar för vad samt vilket stöd som kan ges och när det bör ske. Materialet är tänkt att användas vid till exempel presentationer, webinarier, utbildningar och workshops. Materialet ska ses som en grund som kan kompletteras med mer

² <https://www.kunskapsstyrningvard.se/>

riktade och regionala/lokala insatser. Med digitalt stöd och kommunikationsstöd underlättas möjligheten för regionerna och sjukvårdsregionerna att på sikt själva bedriva arbetet.

Personcentrering och patientkontrakt

Patientmedverkan i vårdförloppen har förstärkts

Med utgångspunkt i att patienter och närståendes erfarenhetsbaserade kunskaper bidrar till en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård och i förlängningen också till bättre hälsa har patienters medverkan under 2020 i vårdförloppsarbetet ytterligare utvecklats och förstärkts.

Under våren 2020 genomfördes intervjuer med patientrepresentanterna i arbetsgrupperna för att samla in kunskap om hur deras kunskaper och erfarenheter har tagits och tas tillvara på bästa sätt. Resultatet visade sammanlagt att patientrepresentanterna uppfattade att arbetsgrupperna hade haft ett inkluderande klimat och att de hade haft ett inflytande på innehållet i vårdförloppen. De uttryckte också att de, och även av övriga deltagare i arbetsgrupperna, betraktade sig som fullvärdiga medlemmar i arbetsgrupperna. Resultatet visade att patientrepresentanter företrädesvis hade rekryterats via patient- eller brukarorganisationer. Resultatet visade också att nästan alla hade en till två deltagare per vårdförlopp. Ett inkluderande klimat och tydliga förväntningar på roller är en av förutsättningarna för en kvalitativt bra patientmedverkan.

Enligt den rutin för patientmedverkan i kunskapsstyrningssystemet som togs fram 2019 ska det i varje nationell arbetsgrupp ingå en till två patientrepresentanter, utsedda och godkända av den region som är värd för det aktuella vårdförloppet.

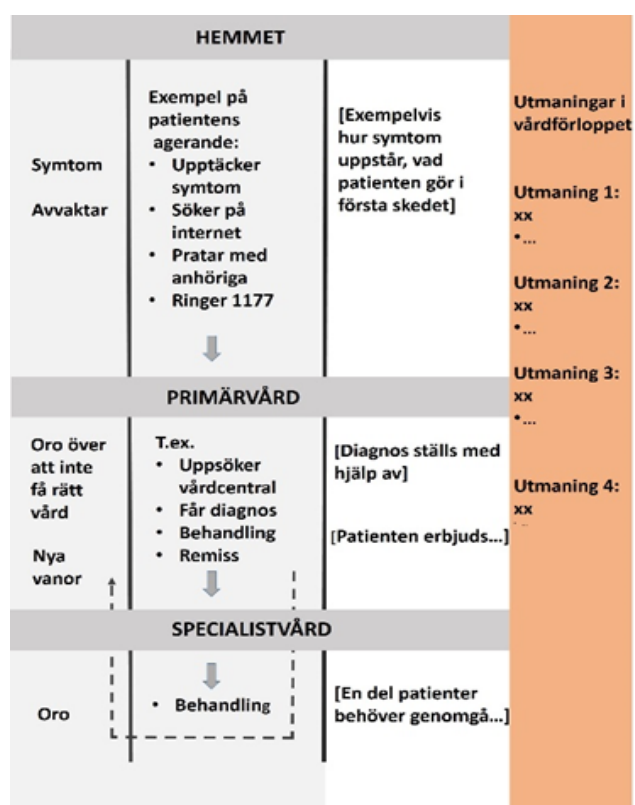
Som stöd till patientrepresentanter har också ett antal filmer med patientrepresentanter i de sex godkända vårdförloppen tagits fram, vilket beskrivs i stycket om stöd vid införande

Arbetet med patientcentrering och patientkontrakt har förtydligats

I vårdförloppsarbetet ingår att arbeta fram en beskrivning av patienters erfarenheter inom det aktuella vårdförloppet. Syftet är att fånga de väsentliga upplevelser, erfarenheter och utmaningar som många patienter i nuläget ofta erfar för

att sedan använda dem som underlag och vägledning till de mål och indikationer som tas fram inom vårdförloppet. Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter ska påbörjas tidigt i arbetsgruppernas arbetsprocess. Insamlingen av patienternas erfarenheter och utmaningar bildar sedan underlag för en nulägesbeskrivning, som illustreras i en så kallad patientresa enligt en mall (figur 17) i vårdförloppsdokumentet.

Figur 17. Schematisk skiss över en så kallad "patientresa" i vårdförloppet



Under året har stödfunktionen på SKR förtydligat processen för hur patienternas erfarenheter kan fångas och också förbättrat mallen för patientresan som ska användas i vårdförloppet. Samtliga vårdförlopp har under 2020 arbetat med att ta fram en patientresa för respektive vårdförlopp. Under 2020 har det varit problematiskt att arrangera fysiska möten och workshops för att fånga patienternas erfarenheter, synpunkter och upplevelser av vården i det aktuella vårdförloppet. Arbetsgrupperna har därför varit kreativa och prövat olika sätt att fånga och bredda underlaget av patienterfarenheter, bland annat genom fokusgrupper eller

individuella intervjuer. Någon grupp har också testat att komplettera underlaget av patienterfarenheter via ett socialt medium. Stödfunktionen på SKR har bistått med metodstöd.

Den utmaningar som framkommer i nulägesbeskrivningen av patienters erfarenheter används inte bara av de nationella arbetsgrupperna. De används även vid införande i en del regioner och exempelvis Västra Götalandsregionens innovationsplattform har använt dem som underlag att efterfråga innovationer som kan möta utmaningarna för artrosvården.³

Bättre beskrivningar för personcentrering och patientkontrakt

Enligt överenskommelsen för 2020 ska patientkontrakt tillämpas i vårdförloppen. I enlighet med detta har betydelsen av ett aktivt arbete med personcentrering och patientkontrakt under året därför belysts. Det framgår nu tydligare i vårdförloppsdocumentet hur de föreslagna insatserna och åtgärderna kan stärka personcentreringen, öka patientens delaktighet, och det som patient och närstående och vårdens medarbetare gemensamt kommit överens om.

Här har arbetsgrupperna i enlighet med de olika beståndsdelarna av patientkontraktet framfört att, där det är möjligt, ska det göras en gemensam överenskommelse om den fortsatta vården, en sammanhållen plan om vad som är planerat och vad patienten, utifrån sina förmågor och preferenser, kan göra själv. Det ska också framkomma information om behov av fast vårdkontakt. I avsnittet som berör personcentrering har också flera arbetsgrupper lyft fram och utvecklat viktiga delar som man vill att vården särskilt ska beakta för den aktuella patientgruppen. Det har exempelvis handlat om patientens deltagande i artros- och KOL-skola, stöd för egen vård etc. Avsnittet har alltså gett indikationer på vad som är viktigt för patientgruppen ifråga och vad man i det regionala och lokala införandet bör ta fasta på.

Förtydligande av begreppet patientkontrakt

Införandet av patientkontrakt har en viktig roll i utredningen om god och nära vård. För en del har begreppet inte varit helt bekant och under året uppstod en del frågor kring innebörd och avgränsningar gentemot andra begrepp såsom behandlingsplan, SIP med flera. Ett nära samarbete har därför upprättas mellan stödpersoner för patientkontraktarbetet på SKR och stödfunktionen på SKR för

³ <https://www.vgregion.se/ov/innovationsplattformen/aktuellt/artros/>

vårdförloppen. Inom ramen för detta har bland annat en definition av patientkontrakt tagits fram i samarbetet med Socialstyrelsens terminologer för tillämpning framför allt inom vårdförloppen.

Patientkontrakt är en:

överenskommelse mellan patient och vårdgivare avseende innehåll i vårdplan(er) och vem/vilka som är patientens fasta vårdkontakt.

I ett antal kommentarer förtydligas utgångspunkter för patientkontraktet:

- Patientkontraktet ska utgå från den enskildes berättelse och svaret på frågan ”Vad är viktigt för dig”. Om patienten själv inte kan förmedla sin berättelse kan närstående hjälpa till.
- Patienter kan såväl efterfråga som erbjudas patientkontrakt.
- Av patientkontraktet ska framgå vad vården tar ansvar för och vad patienten, efter egen förmåga och önskemål, själv kan göra avseende hälsofrämjande, förebyggande eller rehabiliterande insatser.
- Patientkontraktet ska göras gemensamt, mellan patienten och vårdgivare/vårdgivarna.
- Patientkontraktet kan skildras digitalt, på papper eller på annat sätt enligt lokala rutiner.
- Patientkontraktet ska hållas aktuellt.

Vårdförloppen på Nationellt kliniskt kunskapsstöd

För närvarande finns vårdförloppen publicerade i PDF-format på webbplatsen Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK), som är regionernas gemensamma IT-lösning för att producera, lagra och distribuera nationella kunskapsstöd som tas fram inom kunskapsstyrningssystemet. Under hösten 2020 har tre av de publicerade vårdförloppen varit med i en pilot för att undersöka om innehållet kan presenteras på NKK:s webbsidor istället för i PDF-format. Det visade sig vara svårt då NKK:s befintliga struktur inledningsvis byggdes för primärvårdens behov av kunskap i det kliniska mötet. Efter piloten utarbetades en ny mall som syftar till att täcka in behoven för kunskapsstöd som beskriver en process som sträcker sig över både primärvård och specialiserad vård. Med avstamp i den nya mallen påbörjas en ny pilot i april 2021 för att testa mallen, verktygets funktioner och hur bra verktyget stödjer arbetsgrupperna och den nationella redaktionen i samarbetet kring kunskapsproduktion. I piloten ingår att testa ett redan publicerat vårdförlopp i den nya mallen samt att en arbetsgrupp arbetar i verktyget med att ta fram ett nytt vårdförlopp.

Uppföljning av vårdförlopp

Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården utan att det medför onödig administrativ börda för sjukvårdspersonal. Möjligheterna att följa upp personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp varierar mellan vårdförloppen. Uppföljningen av vårdförloppens resultat på kort sikt sker med stöd av idag tillgängliga data och uppföljningsmått som kan baseras på dessa. Målsättningen på längre sikt är att vårdokumentationen ska utgöra grund för data för uppföljning. Inga nya nationella datakällor som medför ökad administrativ tyngd för sjukvårdspersonal kommer införas. Redovisning av indikatorer är könsuppdelad för att kunna följa upp att vård ges på lika villkor oavsett kön.

Status uppföljning av vårdförlopp

Arbetet har hittills inneburit att relevanta indikatorer från befintliga nationella kvalitetsregister har publicerats på visningsytan Vården i siffror. Här fanns vid årsskiftet rapporter eller arbetsversioner av rapporter för fyra vårdförlopp. Dessa är Stroke och TIA, KOL, Höftledsartros och Reumatoid artrit. Med undantag för Stroke har vårdförloppen flera indikatorer för vilka utfall inte kan redovisas. Kommande beställningar från bl.a. Socialstyrelsens hälsodataregister kommer att göra redovisningen något mera fullständig.

Under respektive vårdförlopp i avsnitt Införande av vårdförlopp beskrivs kortfattat läget för uppföljning avseende de sex hittills beslutade vårdförloppen. Generellt gäller att uppföljningssystemet PrimärvårdsKvalitet (PVQ) ska undersökas som datakälla för de vårdförlopp som är primärvårdsrelevanta, även om PVQ inte är en nationell datakälla i vanligt mening i nuläget. För alla godkända vårdförlopp ska planer för uppföljningen upprättas under 2021.

Stöd till arbetsgrupper avseende uppföljning

Stödfunktionen på SKR har utarbetat skrivinstruktioner, en handbok och bildpresentationer med berättarröster som hjälp till grupper som utarbetar vårdförlopp. Uppföljning och indikatorer har egna avsnitt i dessa underlag.

Arbetet har bedrivits genom regelbundna möten mellan respektive arbetsgrupp och någon från stödfunktionen på SKR som representerar området uppföljning

och indikatorer. Vanligtvis har arbetsgruppen delgivit ett utkast till sina indikatorer inför ett inplanerat möte. Stödfunktionen på SKR har fokuserat på att:

- Lyfta frågor om den föreslagna uppföljningen belyser vårdförloppets mål.
- Ge stöd vid eller svara för bedömning om datatillgång för de föreslagna indikatorerna.
- Uppmärksamma behov av informatiskt arbete, till exempel när datafångst förutsätter strukturerad vårdokumentation.
- Specifikation av indikatorer i indikatortabell för att säkerställa att indikatorer inte missuppfattas och för att det tydligt ska framgå vad indikatorn mäter, till exempel vad som är täljare och nämnare för andelsmått.

I samband med att vårdförlopp beslutas har stödfunktionen på SKR formulerat en sammanfattande text om datatillgång och uppföljningsmöjligheter för valda indikatorer. För vårdförlopp med ingen eller begränsad tillgång till fungerande nationella datakällor, har stödfunktionen på SKR även pekat på möjligheten att på kort sikt använda icke indikatorbaserad uppföljning. Ett exempel på en sådan metod är att genomföra en verksamhetsenkät.

Arbetet efter beslut om ett vårdförlopp har bedrivits inom stödfunktionen SKR, i dialog med vårdförloppsgrupperna, och har under 2020 haft som mål att på Vården i siffror få upp indikatorer från främst kvalitetsregister men även andra datakällor. Utgångspunkten har då varit vårdförloppsdokumentets beskrivning av uppföljning och indikatorer.

Arbetet under 2021 kommer att utvecklas utifrån erfarenheterna hittills och dialoger med olika aktörer vilket beskrivs närmare i sista avsnittet Vägen framåt - arbete med vårdförloppen 2021–2023.

Strukturerad vårdinformation - en del av vårdförloppsarbetet

Arbetet med strukturerad vårdinformation inom ramen för utvecklingen av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp har under 2020 bestått av tre delar:

- Informatikpiloter utifrån vårdförlopp
- Utveckling av en gemensam termlista samt
- Stöd till vårdförloppsarbetet

Informatikpiloter utifrån tre vårdförlopp

Informatikpiloter inom områdena stroke och TIA, schizofreni och hjärtsvikt initierades och har genomförts under året. Syftet med piloterna var att skapa förutsättningar för en enhetlig dokumentation inom några områden, utveckla en gemensam metodik samt samla erfarenheter som kan användas i det fortsatta arbetet med vårdförlopp. Anledningen till att arbetet initierades är att en mer enhetlig och strukturerad vårddokumentation har en betydande roll för att öka möjligheterna till bättre beslutsunderlag, följsamhet till bästa tillgängliga kunskap och en god uppföljning. Att arbetet behövde ske i pilotform beror på att erfarenheten och kompetensen inom denna typ av arbete är begränsad, vilket medför att ett lärande måste ske i takt med att arbete pågår.

Arbetet med informatikpiloterna har drivits av regionerna. Stödfunktionen på SKR har ansvarat för samordning och bidragit med stöd efter behov. Även Socialstyrelsen har haft i uppdrag att bistå arbetet under året. Ansvar för de tre piloterna fördelades mellan tre sjukvårdsregioner enligt följande:

- Stroke och schizofreni: Västra och södra sjukvårdsregionen (med fokus på vårdinformationssystemet Cerner Millennium)
- Hjärtsvikt: Sjukvårdsregion Mellansverige (med fokus på vårdinformationssystemet Cambio Cosmic)

Planen var att även Stockholm/Gotland skulle genomföra en pilot utifrån vårdförloppet för sepsis men med anledning av pandemin kom den inte igång under året.

Tillgången på resurser tillsammans med beröringspunkter med närliggande initiativ styrde hur piloterna bemannades och vilken region som ansvarade för det faktiska genomförandet. Detta ledde till att Västra götalandregionen tog på sig ansvaret för piloterna för stroke och TIA samt schizofreni, och Region Värmland för piloten för hjärtsvikt, dock med en resurs från Region Östergötland som ledde och genomförde en stor del av arbetet.

Arbetets omfattning

Informatikpiloternas arbete har övergripande bestått av följande delar:

- Etablering av organisation som kopplar samman nationellt och regionalt arbete.
- Analys av aktuellt vårdförlopp.
- Analys av vilka delar i vårdförloppet som bör utgöra grund för dokumentation i vårdinformationssystemen.
- Informationskartläggning utifrån vårdförloppet.
- Analys av vårdförloppens indikatorer.
- Specificering av termer, begrepp, koder och struktur som skulle kunna användas vid dokumentation av delar i vårdförloppet.
- Kontinuerlig insamling av lärdomar.

Utöver det konkreta arbetet har piloterna haft kontinuerlig dialog med:

- Den arbetsgrupp som utvecklat vårdförloppet.
- Varandra samt SKR och Socialstyrelsen.
- Andra närliggande initiativ eller aktörer.

Pilotarbetets resultat

Bidrag till en mer enhetlig dokumentation

Pilotarbetet har resulterat i förslag på informationsmängder och koder för delar av de tre vårdförloppen, exempelvis:

- Tidig upptäckt av symtom på psykos.
- Information till individ och närstående.
- Utredning och skattning av risk för hot och våld.
- Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk.
- Struktur för ingång till vårdförloppet för hjärtsvikt.

- Innehåll i remiss för ekokardiografi.
- Nya koder och termer för hjärtsviktsdiagnoser.
- Definition av hjärtsviktsmottagning och beskrivning av verksamhetskoder.
- Struktur och koder för NIH Stroke Scale.

Piloterna har även specificerat vilken information som behöver dokumenteras för att det ska vara möjligt att följa vårdförloppens indikatorer. Samtliga piloter har använt termer och koder från Snomed CT. I specificeringen av indikatorerna har även ICD-10-SE, KVÅ och ICF använts. Detta arbete utgör grunden för den metod som ska tillämpas i arbetet med vårdförloppens indikatorer under 2021.

Med anledning av pandemin tog det tid att få igång konkret arbete i piloterna, vilket ledde till att piloterna inte hann med att testa resultatet i vårdinformationssystemen i den utsträckning som de hade hoppats. En dokumentationsmall för suicidriskbedömning togs med i arbetet med att konfigurera Cerner Millennium och i Cambio Cosmic testades en mall för remiss till ekokardiografi utifrån pilotens resultat. Dessa kräver ytterligare kvalitetssäkring och förankring innan de kan implementeras brett.

Centrala lärdomar för det fortsatta arbetet

Samtliga piloter har resulterat i erfarenheter som lägger en bra grund för gemensamma metoder och principer för det fortsatta arbetet. De mest centrala lärdomarna från arbetet är att:

- Arbete med strukturerad vårdinformation är en förutsättning för att vårdförloppen ska kunna tolkas enhetligt och därmed implementeras i vårdinformationssystemen på ett sätt som leder till att digitaliseringens möjligheter kan nyttjas fullt ut .
- Arbete med strukturerad vårdinformation är en förutsättning för att möjliggöra uppföljning enligt de indikatorer som idag inte är möjliga att följa i en nationellt tillgänglig källa.
- Strukturering av vårdinformation behöver göras parallellt och integrerat med framtagandet av ett vårdförlopp.
- Arbetet med strukturerad vårdinformation kräver tid och resurser.
- Arbetet med strukturerad vårdinformation kräver aktiv involvering av representanter med klinisk sakkunskap inom respektive vårdförloppsområde.
- Snomed CT ger ett bra stöd i arbetet med att utforma mer strukturerad vårdinformation.

- Relationen mellan Snomed CT och Socialstyrelsens hälsorelaterade klassifikationer behöver tydliggöras.
- För att nå en mer enhetlig dokumentation om den vård som bedrivs utifrån vårdförloppen krävs att arbetet med strukturerad vårdinformation görs nationellt gemensamt och att det samordnas med andra närliggande initiativ.
- För att på ett effektivt sätt kunna använda de verktyg och den kompetens som finns att tillgå nationellt krävs en ökad samordning och en gemensam prioritering mellan regionernas arbete och de statliga myndigheternas uppdrag.

Grund för en gemensam metodik

Som en del av arbetet med att sammanfatta och utvärdera piloternas arbete kommer en beskrivning av hur arbetet med strukturerad vårdinformation kan bli en mer integrerad del av vårdförloppsarbetet att tas fram. Detta görs i början av 2021.

SKR:s roll i pilotarbetet

SKR har arbetat med samordning av piloternas arbete genom att bland annat:

- Bistå med stödmaterial.
- Ordna möten för erfarenhetsutbyte.
- Säkra koppling till vårdförloppsarbetet som helhet.
- Agera bollplank i olika frågor.
- Identifiera eventuella behov av samverkan med närliggande initiativ inom området.
- Etablera samarbetsformer med Socialstyrelsen.
- Kontinuerligt kommunicera om piloternas arbete i olika grupperingar.

Utöver samordningen har SKR bidragit med expertstöd, särskilt till en av piloterna då det inte var möjligt att bemanna med regionala resurser i den utsträckning som arbetet krävde.

Socialstyrelsens roll i pilotarbetet

Socialstyrelsen har bistått med resurser som har stöttat piloterna i användningen av Snomed CT, Nationell informationsstruktur, Termbanken och Socialstyrelsens hälsorelaterade klassifikationer.

Samtliga piloter har använt Snomed CT som ett verktyg för att nå en enhetlig terminologi och kodning i vårdinformationssystemen och ser det som en framgångsrik väg för mer strukturerad vårdinformation. Även koder från Socialstyrelsens hälsorelaterade klassifikationer utgör en del av piloternas resultat.

En av piloterna testade att använda Nationell informationsstruktur och Nationella informationsmängder för att beskriva de informationsbehov som identifierats. Detta arbete nådde dock inte så långt så att det kunde bli en del av pilotens resultat.

Stöd från Socialstyrelsen i arbetet med kodning har fungerat bra när det gäller både användningen av Snomed CT och de hälsorelaterade klassifikationerna. Konkret stöd i arbetet med struktur kom dock igång först under hösten 2020. Detta berodde dels på att piloterna behövde tid för att etablera organisation och göra den kartläggning som krävdes innan strukturarbetet tog vid, men också på att mycket tid gick åt till att tydliggöra respektive aktörs roll i arbetet. Socialstyrelsens uppdrag och arbetssätt stämde inte fullt ut överens med piloternas vilket försvårade arbetet.

Utveckling av en gemensam termlista

Under året har en termlista utvecklats som stöd i det redaktionella arbetet i syfte att nå en enhetlig terminologi mellan olika vårdförlopp. Arbetet har letts av SKR och skett i samarbete med Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank utgör grunden i termlistan men den omfattar även termer som idag saknas i termbanken. Termlistan är i förvaltning och kommer att fortsätta utgöra en del av det nationella stödmaterial som används i utformningen av vårdförlopp. Under 2021 ska den eventuellt även tillämpas i andra typer av kunskapsstöd som utvecklas inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning.

Stöd till vårdförloppsarbetet i stort

Resurser från SKR har även arbetat med strukturerad vårdinformation i vårdförloppsarbetet i stort, som en del av det stöd som ges av den nationella stödfunktionen på SKR. Detta har bland annat omfattat att ge stöd till de arbetsgrupper som utvecklat vårdförloppen, hantera frågor i införandet av vårdförloppen som rör strukturerad vårdinformation och digitalisering samt bidra i arbetet med att utveckla olika typer av stödmaterial. Behovet av stöd i dessa frågor har visat sig vara stort och det har inte kunnat mötas i den utsträckning som önskats under året.

Användning av medel

Regionerna har erhållit 215 000 000 kronor som ska gå till att förbereda verksamheterna i regionerna och bygga upp den samverkansregionala strukturen för kunskapsstyrning samt för att påbörja införandet av vårdförloppen.

Den sjukvårdsregionala nivån har erhållit 60 000 000 kronor för att ta fram nya personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom ramen för regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården.

I några fall har delar av sjukvårdsregionernas medel fördelats till regionerna.

I huvudsak har medlen gått till lönekostnader och ersättningar till deltagare i nationella arbetsgrupper, processledare, stöd till analysarbete. Införanderesurser i primärvård och sjukhusvård kan exempelvis bestå av omställningsmedel till vårdverksamheter eller lokala processledare som arbetat med respektive vårdförlopp. Medlen har även gått till en generiskt stöd- och införandestruktur samt förstärkning av lokalt system för kunskapsstyrning och värdskap.

Här följer en mer detaljerad redogörelse av vad medlen använts till:

- Deltagare i och processledare för nationella arbetsgrupper som utarbetar vårdförlopp. Analysarbete till stöd för nationella arbetsgrupper.
- Etablering av nya och utveckling av befintliga programområden och samverkansgrupper på sjukvårdsregional och regional nivå som bland annat är involverade i införande och uppföljning av vårdförloppen. Medlen har använts för att frigöra tid för vårdpersonal. Stimulans till primärvården för deras möjligheter att hitta former för sitt deltagande i lokala kunskapsstyrningssystemet.
- Genomförande av gapanalyser för godkända vårdförlopp och framtagande av handlingsplaner. Ersättning till berörda enheter vars personal medverkat i gapanalyser. Stöd för hälsoekonomisk analys och HTA (Health technology assesment) vid behov.
- Processledare (samordnare, vårdutvecklare, projektledare) som arbetar med införande och uppföljning av vårdförlopp, antingen på lokal eller övergripande nivå. Utbildningsinsatser för processledare och i processorientering.
- Stimulansmedel eller omställningsstöd för att skapa förutsättningar lokalt i hälso- och sjukvården för införandearbetet.

- Kommunikationsinsatser riktade till kliniskt aktiva medarbetare och verksamhetsnära chefer samt till nyckelpersoner inom styrning och ledning.
- Arbetsformer för patient- och närståendemedverkan, ersättning för patientmedverkan och utbildning och pilotprojekt för patientkontrakt.
- Stöd till införandet i primärvården (fördelats jämnt till vårdcentraler) som har nyttjat dem för att skapa förutsättningar för att aktivt medverka i implementeringsarbetet. Framtagande av modell för dialog och införande i primärvården.
- Förbättrings- och omställningsmedel identifierade av lokala arbetsgrupper, exempelvis utbildning av spirometriinstruktörer, översättning av screeningformulär och utrustning som förbättrar flödet för patienterna.
- Inrättande av regionövergripande processteam med kompetenser bland annat inom IT, informatik, IT-stöd, journalmallar, framtagande av digitalt vårdprocesstöd (för vårdförlopp) för vårdpersonal och patient, koordinator inom informatik, stöd i arbetet med strukturerad vårddokumentation, utveckling av webbtidboken, egenmonitorering, fast vårdkontakt och sammanhållna planer

SKR tilldelas 15 000 000 kronor för att koordinera och stödja det nationellt gemensamma arbetet med att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. I detta ingår att stödja utvecklingen av nationella kunskapsstöd och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, samt uppföljningen av dessa och att stödja arbetet med att anpassa dessa till de digitala vårdinformati-systemen.

Tabell 2. Medlen har använts enligt nedan:

Medlen har använts enligt nedan:	Tkr
Utveckling och förvaltning	4 268
Stöd till arbetsgrupper i framtagandeprocessen	4 901
Uppföljning och informatik	3 760
Stöd till införande och kommunikation	1 740
Summa	14 669

Teamet som arbetar inom stödfunktionen har en blandad och sammantaget bred kompetens exempelvis inom processledning, processkunskap, uppföljning,

informatik, personcentrerat arbete, förbättringskunskap och införande, textbearbetning, kommunikation samt administration. Medarbetarna i teamet står för de huvudsakliga utgiftsposterna och består av en mix av anställda vid SKR, inlån från olika regioner, inhyrd personal och konsulter. Därutöver har det varit kostnader relaterat till möten och resor före pandemin, IT-tjänster och kommunikation.

Vägen framåt - arbete med vårdförloppen 2021–2023

De hälsotillstånd där det nu finns vårdförlopp berör många personer vilket medför att alla slags förbättringar kan få stor betydelse och positiva hälsoeffekter för stora patientgrupper i samhället. Med de nya vårdförloppen som är under framtagande kommer än fler grupper i befolkningen att omfattas.

Tjugo nya vårdförlopp för godkännande och införande under 2021 – 2023

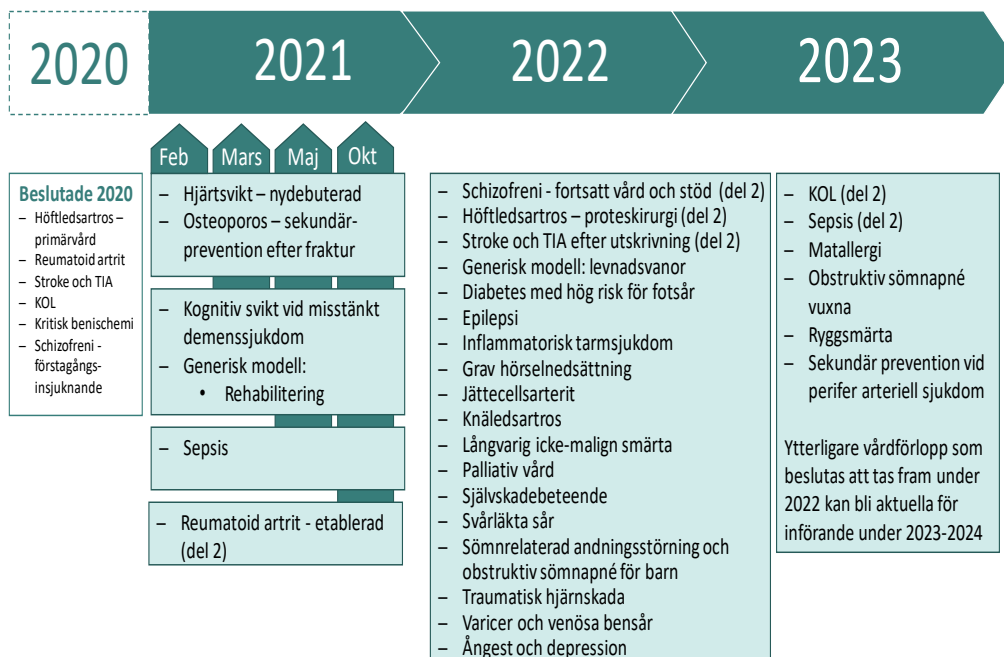
Förutom de sex vårdförlopp som påbörjat införs under 2020 kommer under 2021 ytterligare fyra nya vårdförlopp och ett utvidgat vårdförlopp (etablerad reumatoid artrit) godkännas och införande påbörjas. Därutöver ska den generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp införs i de vårdförlopp som utarbetas. Se figur nedan.

I samband med att verksamhetsplanerna för 2021 har antagits har styrgruppen godkänt att ytterligare fyra vårdförlopp ska utarbetas. Införandet av dessa kommer framför allt ske under 2023. Det gäller:

- Matallergi
- Obstruktiv sömnapné vuxna
- Ryggsmärta
- Sekundär prevention vid perifer arteriell sjukdom

Under 2022 beräknas betydligt fler godkännas än under 2020 och 2021. En spridning av dessa under året och även till 2023 är sannolik. Det kommer att kräva kraftsamling i regionerna på alla nivåer. Avsikten måste vara att det inte ska stanna vid goda ambitioner utan leda till konkret värde för patienters hälsa, möten med och erfarenheter av vården. Införandet av de första vårdförloppen blir vägledande för de kommande och det är därför viktigt att synliggöra värdet för patienter och att arbetet genomsyras av långsiktighet.

Figur 18. Uppskattning av när beslut om godkännande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp sker



De medel som tilldelats regionerna under 2021 från staten för införande av vårdförloppen blir utslaget per region och de tio vårdförloppen förhållandevis små, cirka en miljon. Till detta ska läggas att resurserna även ska användas för att förbereda verksamheter för de kommande vårdförloppen och bygga upp den samverkansregionala strukturen för kunskapsstyrning. Bilden är att regionerna arbetar strukturerat med införande, men det är också viktigt att det finns medel till att göra de omställningar som behövs.

Uppföljning och informatik framåt

Erfarenheter från arbetet med uppföljning och strukturerad vårdinformation och från olika dialoger med regionala företrädare och samverkansgrupper har lett till slutsatser om hur arbetssättet ska utvecklas. En formalisering av delar av arbetet bör ske. Exempelvis behöver beslutstillfällen finnas i Nationell samverkansgrupp uppföljning och analys angående inriktning, ambitionsnivå och slutliga förslag. Detta gäller särskilt för de vårdförlopp där ställning måste tas till fundamentala frågor såsom vårddokumentation och nya datainsamlingar.

Från den senare delen av 2020 har stödfunktionen SKR i dialog med berörda parter formulerat en ny strategi som innebär att tydligare arbetsplaner ska utarbetas för varje vårdförlopp. Motiven till detta är framförallt två:

För det första behöver berörda samverkansgrupper, Nationell samverkansgrupp uppföljning och analys respektive Nationell samverkansgrupp strukturerad vårddokumentation, få en klar lägesbild och kunna ta ställning till vilken ambitionsnivå för uppföljningen som ska väljas. Resurserna i stödfunktionen SKR och i regionerna räcker inte till för att i snabb takt nå en strukturerad vårddokumentation och genomföra nya datainsamlingar för många vårdförlopp samtidigt. Prioriteringar kommer att behöva göras.

För det andra behöver regionernas uppföljningsansvariga få en tydlig bild av vad som krävs av dem för att en nationell uppföljning ska kunna ske. Regionernas in- och utdataresurser inklusive IT-kapacitet kommer att ansträngas när data skall fångas från de egna vårdinformationssystemen. Erfarenheter från 2020 tyder på att många av de aktuella och de kommande vårdförloppens indikatorer kommer att behöva hämtas från regionernas vårdinformationssystem.

Förutom det som redan idag ingår i vårdförloppsdokumentet ska arbetsplaner tas fram som även innehåller beskrivningar av:

- Kontakter med ansvarig organisation för berörd datakälla samt beställning av data för de indikatorer där nationella datakällor finns, exempelvis från kvalitetsregister eller Socialstyrelsen.
- Initiering av genomförande av nya nationella datainsamlingar, till exempel en patientenkät riktad till vårdförloppspatienter.
- Specificering av vilken information respektive indikator kräver. Detta görs i första hand för de indikatorer som inte kan följas i en nationell datakälla och resulterar i ett informatiskt genomarbetat ”recept” för varje indikator.
- Dokumentation av indikatorerna med tillhörande ”recept” i SKRs/regionernas kvalitetsindikatorer katalog.
- Publicera indikatorer och digitala rapporter: Utredning av modell för datainsamling för de indikatorer som hämtas från regionerna – sammanställda data eller kontinuerlig inrapportering av individuppgifter till nationella register.

- på Vården i siffror och tillsammans med Nationellt programområde sammanställa korta statusrapporter för vårdförloppen.

Denna typ av arbetsplaner börjas tas fram under våren 2021. Den nya strategin innebär också att de båda kompetensområdena informatik och mer traditionell uppföljningskompetens, arbetar gemensamt med varje vårdförlopp. Det innebär även att resurser från regionerna sammankopplas med stödfunktionen SKR och medverkar i det nationella arbetet.

En större satsning på arbete med strukturerad vårdinformation är nödvändigt i arbetet framåt. Detta bland annat för att:

- Vårdförloppen ska kunna tolkas enhetligt och därmed implementeras i vårdinformationssystemen på ett sätt som leder till att digitaliseringens möjligheter kan nyttjas fullt ut.
- Möjliggöra uppföljning enligt de indikatorer som idag inte kan följas i en nationellt tillgänglig källa.
- Skapa förutsättningar för att i större utsträckning, än vad de prioriterade indikatorerna möjliggör kunna följa hur stor andel av aktuell patientgrupp som har fått vård enligt ett vårdförlopp
- Bidra till mer enhetlig och strukturerad vårdinformation som skapar värde i vården av den enskilde patienten.

Så mycket som möjligt av arbetet bör ske på nationell nivå för att undvika onödigt dubbelarbete i regionerna. Representanter från olika regioner behöver dock delta aktivt i arbetet för att säkerställa att det som tas fram är möjligt att implementera. Utöver det krävs en hög grad av samordning dels mellan olika vårdförlopp, dels mellan vårdförloppen och andra närliggande initiativ såväl inom Nationellt system för kunskapsstyrning som hos andra aktörer, till exempel statliga myndigheter och Inera. Det är tydligt att arbetet behöver ske i nära samarbete med dem som har ansvar för Socialstyrelsens förvaltningar inom området. Detta för att få stöd i användningen av Socialstyrelsens produkter och verktyg och för att säkerställa att dessa möter de behov som uppstår under arbetets gång.

Några ytterligare fokusområden under 2021

Förutom det som nämnts hittills i verksamhetsrapporten kommer ytterligare några fokusområden bli betydelsefulla under året.

Arbetsätt och stödmaterial kommer vidareutvecklas för att underlätta för kommande arbetsgrupper som ska utarbeta vårdförlopp, så att innehåll och framtagandeprocess håller hög kvalitet. Erfarenheter från tidigare arbeten måste tas tillvara och utvecklas i ett kontinuerligt förbättringsarbete. Inte minst för att kraven på att vårdförloppen ska beakta än fler perspektiv ökar. Nya sätt att hantera mängden remissvar på ett effektivt sätt ska prövas och därefter införas.

För närvarande finns vårdförloppen som pdf på webbplatsen Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Utifrån arbetet som gjordes under 2020 kommer verktygets funktioner testas i en pilot: Hur fungerar den nya mallen? Hur bra stödjer verktyget den nationella arbetsgruppen och den nationella redaktionen i samarbetet kring att utarbeta kunskapsstöd? Efter att piloten utvärderats kommer man att börja planera för att använda verktyget i framtagandet av vårdförlopp.

I dialog med Socialstyrelsen kommer ett arbete ske för att förtydliga hur Nationella riktlinjer och vårdförlopp samspelar.

På uppdrag av stödfunktionen på SKR kommer under första kvartalet 2021 en utvärdering av rutinen för patientmedverkan i Nationellt system för kunskapsstyrning att genomföras.

Det är också viktigt att arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp går hand i hand, både regionalt och nationellt, med andra nationella initiativ som god och nära vård samt patientkontrakt.

Pandemin kommer med all säkerhet fortsätta att påverka arbetet med vårdförloppen, vilket innebär en osäkerhet när det gäller tidsplaner och omfattning. Men en slutsats vi kan dra av arbetet under 2020 är att regionerna inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård fungerat väl och lyckats leverera och utveckla de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen samt påbörjat införandet av sex vårdförlopp.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

I den här verksamhetsrapporten beskrivs hur arbetet med att ta fram och införa personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp har bedrivits under 2020. Rapporten bygger på den överenskommelse som fattades mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner: Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020. I rapporten redovisas också hur medlen använts och vilka resultat som uppnåtts.

Upplysningar om innehållet
Christina Holmström, christina.holmstrom@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2021
ISBN: 978-91-7585-868-5
Text: Christina Holmström
Produktion: SKR