

Sammanställning införandestatus för godkända personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp 2023

Innehåll

Beskrivning av införandestatus och uppföljning av vårdförloppen	2
Höftledsartros – primärvård	4
Höftledsartros – proteskirurgi	7
Reumatoid artrit	8
Reumatoid artrit – etablerad.....	11
Stroke och TIA - tidiga insatser och vård	13
Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering	16
Kritisk benischemi	17
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) – ursprunglig omfattning	20
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) – utökad omfattning	23
Schizofreni – förstagångsinsjuknande.....	26
Schizofreni – fortsatt vård och stöd	29
Hjärtsvikt – nydebuterad.....	33
Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur.....	36
Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom	39
Sepsis	43
Generisk modell rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete	46
Knäledsartros	50
Grav hörselnedsättning	53
Diabetes med hög risk för fotsår	56
Inflammatorisk tarmsjukdom, IBD	60
Palliativ vård	63
Venös sjukdom – varicer och bensår	66
Smärta, långvarig – hos vuxna	69
Epilepsi.....	73
Obstruktiv sömnrelaterad andningsstörning (OSDB) barn	75
Svårläkta sår.....	78
Matallergi, IgE-förmedlad.....	82
Obstruktiv sömnapné (OSA) hos vuxna	84
Jättecellarterit (GCA)	87
Ländryggsbesvär hos vuxna.....	90
Traumatisk hjärnskada (THS).....	93
Generisk modell för integrering av levnadsvanor	96
Depression hos vuxna	97
Självskadeteende hos vuxna.....	98

Beskrivning av införandestatus och uppföljning av vårdförloppen

I denna bilaga till Verksamhetsrapport för Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp 2023 beskrivs införandet för respektive vårdförlopp.

Beskrivningarna bygger på svar som regionerna har lämnat i en enkät som besvarades i januari 2024. Enkäten som regionerna besvarat avseende 2023 är något kortare än enkäten som besvarades av regionerna avseende 2022 (tidigare enkät innehöll åtta frågor och fler fritextsvar). Skillnader, likheter och hantering av jämförelser mellan åren framgår av tabell 1.

Tabell 1. Skillnader, likheter och hantering av jämförelser i enkätfrågor.

Frågor 2023	Ev. motsvarande fråga 2022
1. Har ni genomfört en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov/gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej, men arbete pågår	Har en analys genomförts för att identifiera eventuella förändringsbehov/gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
1a. Vilka huvudsakliga förändringsbehov/gap har identifierats? <input type="radio"/> Arbetssätt, samverkan och rutiner <input type="radio"/> Kompetens och personal <input type="radio"/> Utrustning och IT-stöd (digitalisering) <input type="radio"/> Dokumentation och journalmallar <input type="radio"/> Annat, ange vilka: [fritext] <input type="radio"/> Inga <input type="radio"/> Vet inte	Om ja, vilka huvudsakliga förändringsbehov/gap har identifierats? [Fritextsvar]
2. Har ni inlett arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov/gap? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har arbete inletts för att åtgärda identifierade förändringsbehov? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Inga förändringar behövs

Frågor 2023	Ev. motsvarande fråga 2022
<p>2a. Inom vilka områden har ni inlett arbete för att åtgärda förändringsbehov/gap?</p> <p><input type="checkbox"/> Arbetsätt, samverkan och rutiner</p> <p><input type="checkbox"/> Kompetens och personal</p> <p><input type="checkbox"/> Utrustning och IT-stöd (digitalisering)</p> <p><input type="checkbox"/> Dokumentation och journalmallar</p> <p><input type="checkbox"/> Annat, ange vilka: [fritext]</p> <p><input type="checkbox"/> Vet inte</p>	<p>Om ja, vilka åtgärder har vidtagits? [Fritextsvar]</p>
<p>3. Har arbete med att följa upp vårdförloppets indikatorer påbörjats?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, arbete med att följa upp indikatorer är inte påbörjat</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, förberedelser för uppföljning av indikatorer är påbörjad men inga indikatorer följs ännu upp</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, enstaka indikatorer följs upp</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, flertalet eller alla indikatorer följs upp</p>	<p>Har arbete med att följa upp vårdförloppets indikatorer påbörjats?</p> <p><input type="checkbox"/> Uppföljning av indikatorer påbörjad</p> <p><input type="checkbox"/> Uppföljning av indikatorer inte påbörjad</p>
<p>3a. Vilken typ av data planerar ni att använda/använder ni vid uppföljningen av indikatorerna?</p> <p><input type="checkbox"/> Beräkningar från regionens eget vårddataregister</p> <p><input type="checkbox"/> Nationellt tillgängliga data</p> <p><input type="checkbox"/> Både nationell data och regionens egna data</p> <p><input type="checkbox"/> Annan typ av data, ange vilken: [fritext]</p>	
<p>4. I vilken omfattning bedömer ni att patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförloppet?</p> <p><input type="checkbox"/> I låg omfattning</p> <p><input type="checkbox"/> I viss omfattning</p> <p><input type="checkbox"/> I ganska hög omfattning</p> <p><input type="checkbox"/> I hög omfattning</p> <p><input type="checkbox"/> I mycket hög omfattning</p> <p><input type="checkbox"/> Kan ej bedöma</p>	<p>I vilken omfattning bedömer ni att patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförloppet?</p> <p><input type="checkbox"/> I låg omfattning</p> <p><input type="checkbox"/> I viss omfattning</p> <p><input type="checkbox"/> I ganska hög omfattning</p> <p><input type="checkbox"/> I hög omfattning</p> <p><input type="checkbox"/> I mycket hög omfattning</p> <p><input type="checkbox"/> Kan ej bedöma</p>

Höftledsartros – primärvård

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige och förekomst av sjukdomen beräknas öka de kommande åren då befolkningen blir äldre, 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 diagnosen 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 och därmed får patienter grundbehandling tidigare – vilket bidrar till minskade symtom, ökad funktionsförmåga och troligen minskad samsjuklighet.

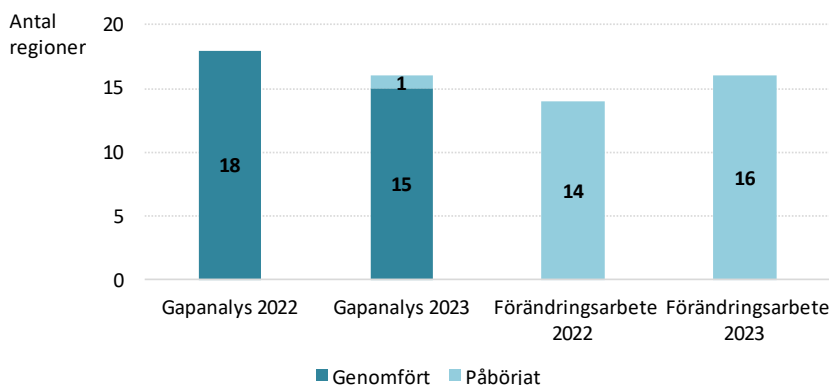
Vårdförloppet för höftledsartros – primärvård godkändes våren 2020.

Införandestatus

Drygt tre fjärdedelar av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). År 2022 uppgav något fler regioner att en gapanalys genomförts – skälet till minskningen är okänd men beror sannolikt på hur frågan tolkats eller att det blivit fel vid inrapportering av data.

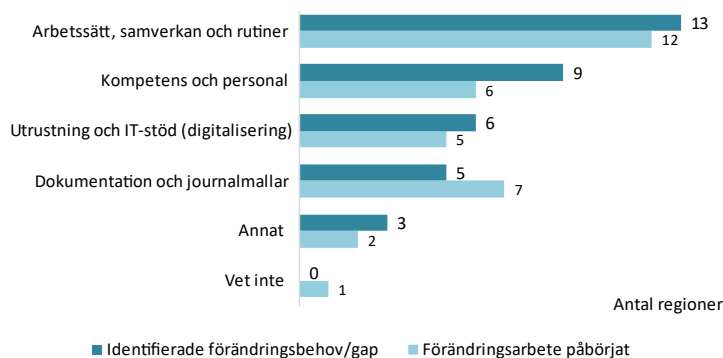
I 16 regioner har arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats, vilket är en ökning jämfört med år 2022.

Figur 1. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp höftledsartros – primärvård, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetsätt, samverkan och rutiner* och *kompetens och personal*. De regioner som har påbörjat ett förändringsarbete uppger att de framför allt genomfört åtgärder inom ovanstående kategorier samt inom *dokumentation och journalmallar*.

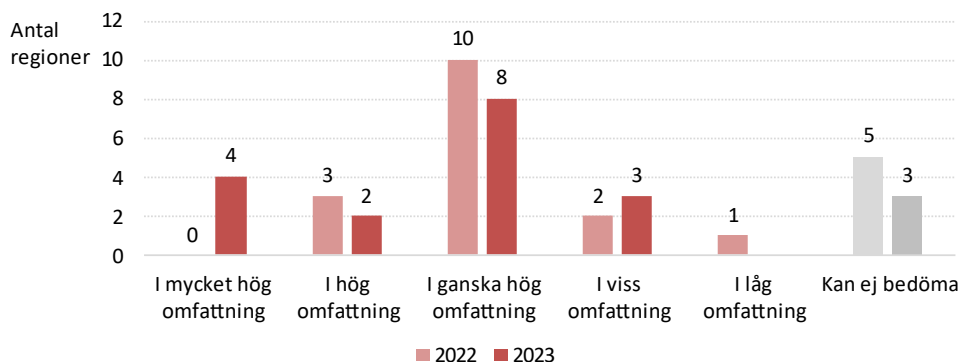
Figur 2. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för höftledsartros – primärvård, år 2023



Av fritextsvar framkommer att regionerna, liksom under 2022, exempelvis ser ett fortsatt behov av att arbeta för att fler patienter ska få grundbehandling och tillgång till artrosskola, tidigt få kontakt med fysioterapeut i stället för att triageras till läkare och röntgenundersökas vid rätt tidpunkt i sjukdomsförloppet så att röntgen ej sker för tidigt. Regionerna ser också ett behov av att öka registreringen i Nationella Kvalitetsregistret (BOA-registret). Som en följd av detta är arbetet som bedrivits under 2023 i linje med föregående års förändringsarbeten. Exempelvis har regionerna arbetat för att tillgängliggöra artrosskola (även i digital form), hållit utbildningar för personal inom hälso- och sjukvården (även webbutbildningar) samt infört direktrapportering till kvalitetsregister.

På samma sätt som under år 2022 anser en majoritet av regionerna att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög, hög* eller *mycket hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det fyra regioner fler som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *mycket hög* utsträckning.

Figur 3. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp höftledsartros – primärvård, år 2022 och 2023



Uppföljning

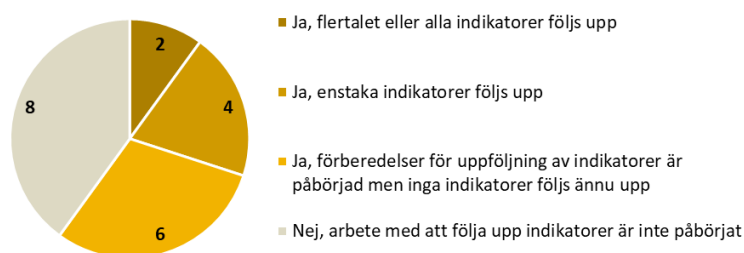
De flesta indikatorer bygger på den nationella datakällan Svenska Artrosregistret. Inrapporteringen till kvalitetsregistret är ojämn. Informatiskt arbete till stöd för datafångst baserad på journalsystem och automatisk överföring av data pågår. En indikator hämtas från Svenska Ledprotesregistret och en från regionernas vårdinformationssystem.

En [rapport för vårdförloppet finns publicerad på Vården i siffror](#), med indikatorerna främst hämtade från Svenska Artrosregistret.

I början av 2023 ingick vårdförloppet (med samtliga åtta indikatorer) i en första uppföljning där data hämtats från nämnda datakällor. Tolkningsmöjligheterna av utfallet påverkas främst av att täckningsgraden till den viktigaste datakällan – Svenskt Artrosregister – är för låg eller ojämn. För två indikatorer har data erhållits från de flesta regionerna dock med stor spridning i utfall mellan regioner. Utfallen tyder sammanfattningsvis på att målet om att fler ska få vård i rätt tid uppnås. Målet om hälsorelaterad livskvalitet har en indikator där data visar att målnivån uppnås medan en annan visar på motsatsen. Målet om att öka kunskapen om diagnosen uppnås enligt data från Svenska Artrosregistret medan data från regionerna ger en mer oklar bild. Målet om att följa Nationella riktlinjer uppnås inte enligt uppföljda indikatorer. För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

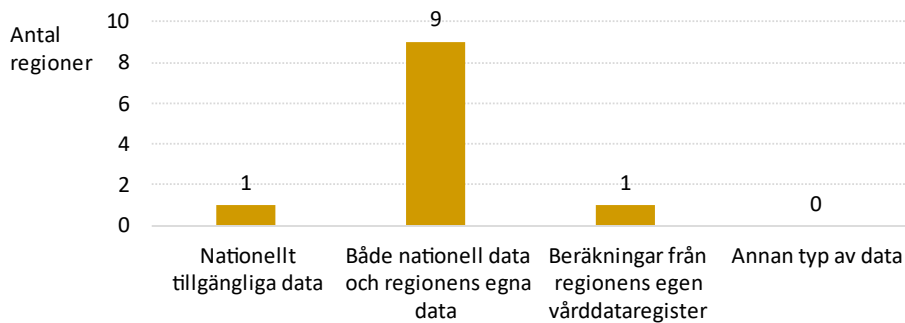
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att omkring en tredjedel följer upp *alla, flertalet* eller *enstaka* indikatorer. Lika många regioner har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 4. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp höftledsartros - primärvård, år 2023



Av enkäten framgår även att majoriteten av de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda *såväl nationell som regional data* i uppföljningen.

Figur 5. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp höftledsartros – primärvård, år 2023



Höftledsartros – proteskirurgi

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige och höftledsartros är en av de vanligaste formerna av artros. Förekomsten av artros ökar med stigande ålder och förväntas öka i takt med en åldrande befolkning.

Det sammanhållna och personcentrerade vårdförloppet för höftledsartros- proteskirurgi inleds vid beslut om remiss till ortopedspecialist för ställningstagande till proteskirurgi vilket också är utgången från vårdförloppet för höftledsartros-primärvård. Vårdförloppet avslutas efter genomförd postoperativ rehabilitering.

Vid ohållbar smärtsituation och betydande funktionsnedsättning trots fullgod grundbehandling, ska patienten remitteras till ortopedisk specialist för ställningstagande till protesoperation. En höftprotesoperation innebär att de artrosdrabbade ledytorna ersätts med konstgjorda delar vilket minskar symtombördan. Risken för oönskade händelser inom 90 dagar från operation är 5%, detta innebär ca 900 extra vårdtillfällen per år.

Målen med vårdförloppet är att minimera väntetider i vårdkedjan, öka delaktighet genom att patienter är välinformerade inför operation, minska risken för oönskade händelser efter operation, förbättra upplevd hälsorelaterad livskvalité efter operation och att fler individer ska få höftproteskirurgi i rätt tid utifrån individen behov och på rätt indikation.

Vårdförloppet för höftledsartros, proteskirurgi godkändes sommaren 2022.

Införandestatus

Till följd av ett fel i administreringen av 2023 års enkät finns inga enkätsvar för höftledsartros – proteskirurgi år 2023. Av 2022 års verksamhetsrapport framgick att tre regioner hade genomfört en gapanalys och fyra regioner hade påbörjat förändringsarbete. Tre fjärdedelar av regionerna kunde inte förra året bedöma i vilken omfattning vård gavs i enlighet med vårdförloppet.

Uppföljning

Resultat- och processmått är valda för att svara mot angivna utmaningar och mål för patienter som genomgår en höftprotesoperation och efterföljande rehabilitering. Indikatorerna speglar patientrapporterade resultat, ledtider, information till patienten och medicinska resultat.

I möjligaste mån har indikatorer valts där data kan hämtas från Svenska Ledprotesregistret med mycket hög täckningsgrad. För några av indikatorerna saknas idag andra datakällor än regionernas vårdinformationssystem. Data för tre indikatorer från Ledprotesregistret visas redan på Vården i siffror och resterande fem indikatorer i vårdförloppet med samma datakälla, kan snart också visas med utfall där.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

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. Ledtider varierar 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 specialiserad och primärvård samt ökad delaktighet för patienter.

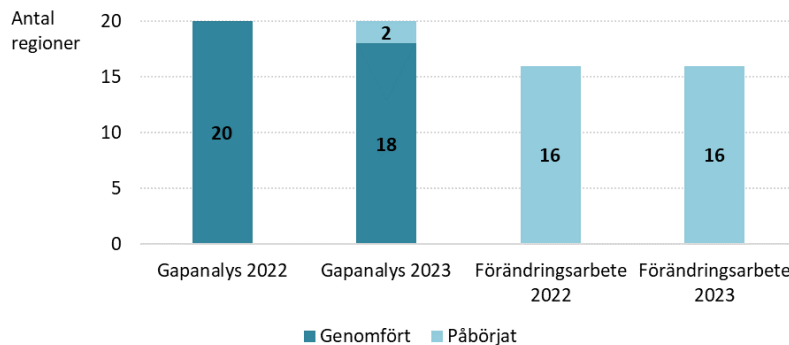
Målen med vårdförloppet är att öka andelen patienter som snabbt når remission eller låg sjukdomsaktivitet, att minska andelen patienter som utvecklar bestående funktionsnedsättning, att minska tiden från välgrundad misstanke om reumatoid artrit till diagnos och behandling, samt att patienten ska få behandling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

Vårdförloppet för reumatoid artrit godkändes under våren 2020.

Införandestatus

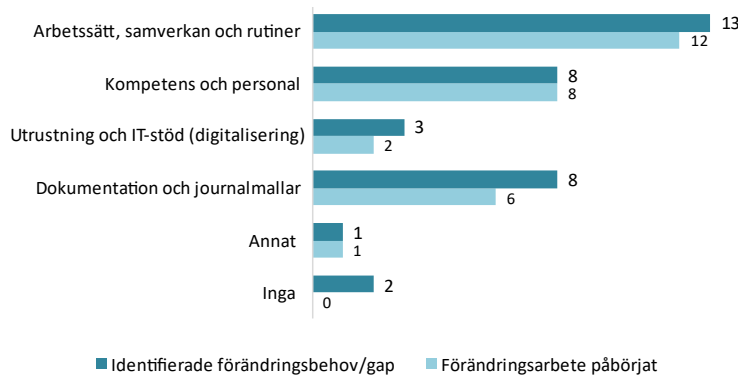
Nästintill samtliga regioner har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). Drygt tre fjärdedelar av regionerna har även påbörjat arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov. Det innebär att resultaten är desamma som för 2022.

Figur 6. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp reumatoid artrit, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorin *arbetsätt, samverkan och rutiner*. Det är också inom detta område som flest regioner påbörjat förändringsarbete.

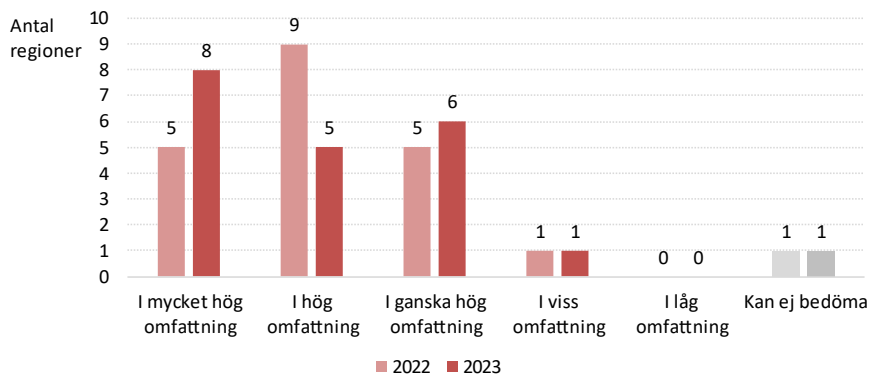
Figur 7. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp reumatoid artrit, år 2023



Av fritextsvar framkommer att gapanalyser exempelvis visat på behov av att ta fram patientinformation och att implementera användning av rehabiliteringsplan, individuell plan och patientkontrakt, att förenkla och utöka registrering i kvalitetsregister, att stärka samordning mellan yrkesgrupper och att säkerställa jämlik tillgång till olika kompetenser inom länet (vilket också lyftes 2022). Bland de åtgärder som genomförts under året omnämns implementering av patientutbildning, revidering av rutiner, justeringar i remissmallar, utbildningsinsatser inom primärvården och införande av mottagningsbesök till sjuksköterska.

Liksom under år 2022 uppger en majoritet av regionerna att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög, hög* eller *mycket hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det tre regioner mer som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *mycket hög* utsträckning.

Figur 8. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp reumatoid artrit, år 2022 och 2023



Uppföljning

Datakälla till de flesta indikatorerna är det etablerade registret Svenskt Reumatologiskt kvalitetsregister (SRQ). För dessa råder goda förutsättningar för uppföljning. För några få indikatorer har publicering i Kvalitetsindikatorkatalogen avvaktats då ytterligare diskussion behövs med NPO om indikatorerna.

En rapport på Vården i siffror är publicerad med indikatorer hämtade från SRQ. <https://vardenisiffror.se/Rapport/vardforlopp-reumatoid-artrit-ra>

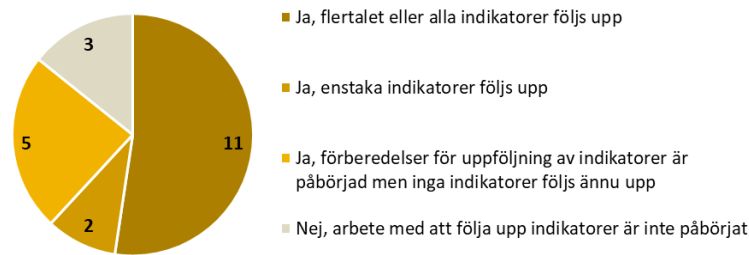
Indikatorer som baserar sig på patientrapporterade utfall (PREM-mått) är också önskvärda i vårdförloppet och här kan nämnas att patientgruppen under året ingått i en första pilotundersökning med en generisk PREM-enkät anpassad för vårdförloppen. Patienter från fyra av 21 regioner ingick i pilotundersökningen.

I inledningen av 2023 ingick vårdförloppet i en första bredare uppföljning där data hämtats från SRQ, Socialstyrelsen men också från regionernas vårdinformationssystem. Av vårdförloppets 11 indikatorer har 9 ingått i uppföljningen.

Målet gällande förbättring eller låg sjukdomsaktivitet nås inte riktigt, men är nära. Målet om behandling och monitorering enligt riktlinjer uppnås inte enligt tillgängliga data. Dataunderlaget för målet "minskad tid från välgrundad misstanke till diagnos och behandling" är osäkert men antyder att målnivåer ej nås. Osäkerhet föreligger för de data (2 indikatorer) som hämtats från regioner men antyder att målet om att minska tiden från välgrundad misstanke om reumatoid artrit till diagnos och behandling inte uppnås. För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

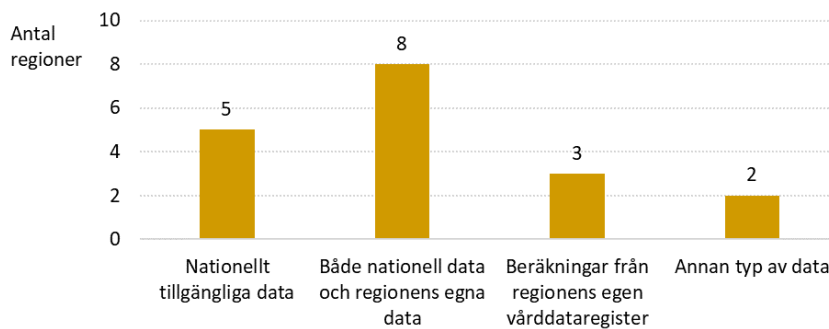
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att hälften av regionerna följer upp alla, eller flertalet av vårdförloppets indikatorer. En tredjedel av regionerna följer upp enstaka indikatorer eller har genomfört förberedelser för att följa upp vårdförloppet. Övriga regioner har ännu inte påbörjat detta arbete.

Figur 9. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp reumatoid artrit, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda både *nationella och regionala data* i uppföljningen. Av fritextsvar framgår att de två regioner som uppgett *annan typ av data* kommer att använda registerdata från Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Figur 10. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp reumatoid artrit, år 2023



Reumatoid artrit – etablerad

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.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för etablerad reumatoid artrit inleds då en person har haft diagnosen reumatoid artrit minst ett år och avslutas när patienten inte längre bedöms vara i behov av reumatologisk specialiserad vård. Patienten följs vanligtvis inom reumatologisk specialiserad vård livet ut. Det här vårdförloppet är en påbyggnad av det första vårdförloppet om reumatoid artrit, som inleds vid välgrundad misstanke om reumatoid artrit och avslutas när patienten har haft diagnosen i ett år.

I dagsläget varierar det mellan olika regioner i landet hur stor andel av patienterna som erbjuds strukturerad kontakt med en reumatologisk mottagning och andelen som erbjuds kontakt med reumatologiska team. Vårdförloppet fokuserar på medicinska och multiprofessionella åtgärder vid låg respektive hög sjuksdomsaktivitet. Förebyggande och rehabiliterande åtgärder respektive åtgärder relaterat till graviditet i samband med reumatoid artrit finns beskrivna i

specifika flöden. För att främja patientens delaktighet finns det inom vårdförloppets samtliga delar förslag på patientens åtgärder parallellt med vårdens åtgärder.

Målen med vårdförloppet är att öka andelen patienter som har god funktionsnivå och är i remission eller har låg sjukdomsaktivitet, att patienten ska få behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer samt öka patienters delaktighet i sin vård och behandling.

Vårdförloppet för etablerad reumatoid artrit godkändes under hösten 2021.

Införandestatus

Till följd av ett fel i administreringen av 2023 års enkät finns inga enkätsvar för reumatoid artrit - etablerad år 2023. Av 2022 års verksamhetsrapport framgick att 11 regioner hade genomfört en gapanalys och att åtta regioner hade påbörjat ett förändringsarbete utifrån denna. År 2022 bedömde två tredjedelar av regionerna att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *mycket hög, hög* eller *ganska hög* omfattning.

Uppföljning

Uppföljningsläget för reumatoid artrit etablerad är snarlikt det som gäller för tidig reumatoid artrit och vårdförloppets indikatorer är även här i hög grad baserade på kvalitetsregistret SRQ. Utöver det används Nationell patientenkät, Socialstyrelsen och Försäkringskassan som datakällor.

Indikatorer som baserar sig på patientrapporterade utfall (PREM-mått) är också önskvärda i vårdförloppet och här kan nämnas att patientgruppen under året ingått i en första pilotundersökning med en generisk PREM-enkät anpassad för vårdförloppen. Patienter från fyra av 21 regioner ingick i pilotundersökningen.

Vårdförloppet har, i början av 2023, ingått i en första resultatuppföljning baserad på uppgifter från SRQ och från Socialstyrelsen (8 av totalt 10 indikatorer).

Inget indikatorutfall når målnivå, men flera indikatorer ligger nära målnivån för riket som helhet. Tillgängliga data visar att målet om att öka andelen patienter som förbättrats inte nås, medan de båda övriga målen har flera indikatorer som ligger nära sina målnivåer och därför kan anses vara i närheten av att vara uppfyllda. För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

Stroke och TIA - tidiga insatser och vård

Stroke är ett samlingsnamn för sjukdomar som påverkar hjärnas kärl och ger upphov till akuta neurologiska symtom. Om symtomen beror på ischemi och varar kortare tid än 24 timmar definieras tillståndet som en transitorisk ischemisk attack (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.

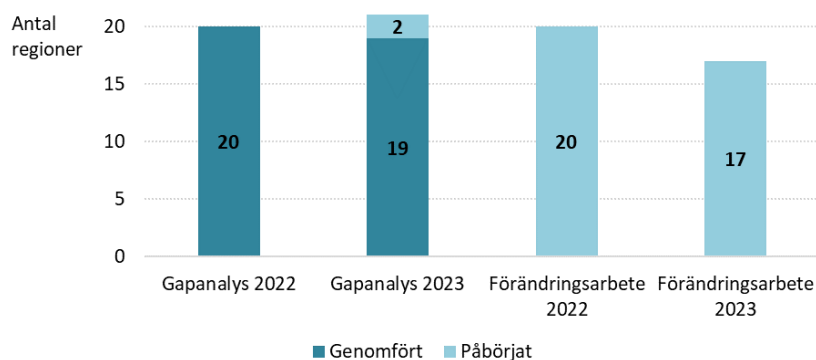
Vårdförloppet omfattar åtgärder från misstanke om stroke eller TIA till förberedelser för utskrivning av patient från strokeenhet eller slutenvård. I dagsläget finns det omotiverade skillnader över landet avseende strokevårdens tillgänglighet och kvalitet. Behandling kan inte alltid ges tillräckligt 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.

Vårdförloppet för stroke och TIA godkändes under våren 2020.

Införandestatus

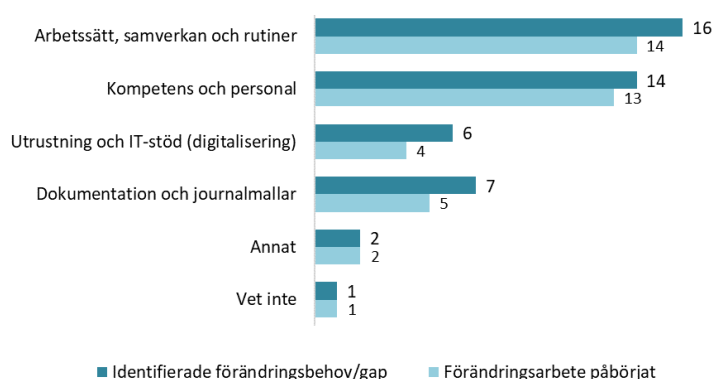
Samtliga regioner har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). 17 regioner uppger att arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov har påbörjats, vilket är något färre än motsvarande antal 2022. Skälet till minskningen är okänd men beror sannolikt på hur frågan tolkats eller att det blivit fel vid inrapportering av data.

Figur 11. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp stroke och TIA – tidiga insatser och vård, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetsätt, samverka och rutiner* samt *kompetens och personal*. Det är också dessa områden som flest regioner påbörjat ett förändringsarbete inom.

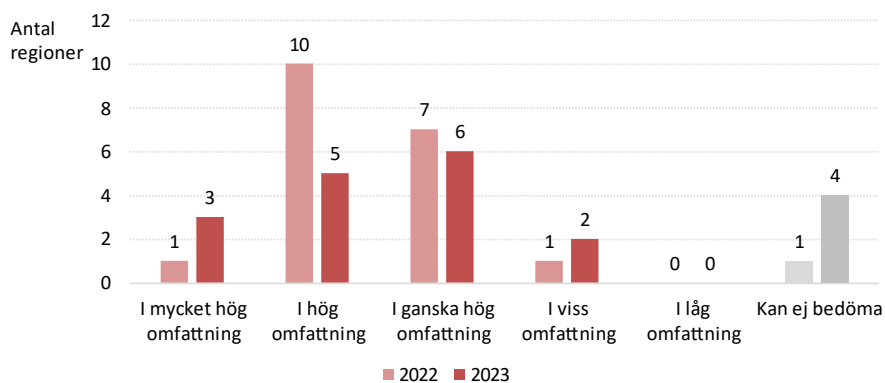
Figur 12. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp stroke och TIA – tidiga insatser och vård, år 2023



Av fritextsvar framkommer att gapanalysen bland annat visat att det finns ett behov av att säkerställa vårdplatstillgång, att säkerställa jämlik tillgång till reperfusionsterapi och av tillgång till datortomografi under hela dygnet, av att säkerställa tillgång till strokesjuksköterskor och i vissa fall definiera deras roll, att öka användningen av patientkontrakt och rehabiliteringsplan, och att ta fram rutiner för utskrivningssamtal. Detta är i linje med de utmaningar som lyftes 2022, då ett antal regioner uppgav att strokepatienter inte alltid får plats på strokeavdelning och att vården inte alltid ges av strokesjuksköterskor. Till följd av de gap som identifierats, uppger flera regioner att de under året påbörjat åtgärder för att säkerställa vårdplatstillgång på strokeavdelning. På samma sätt som under 2022 finns det också regioner som undersöker distanslösningar för datortomografi och som genomfört kompetenshöjande insatser för vårdpersonal.

På samma sätt som under år 2022 anser de flesta regioner att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög* eller *hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det dock färre regioner som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *hög* omfattning och ett större antal regioner som inte kan göra en bedömning.

Figur 13. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp stroke och TIA – tidiga insatser och vård, år 2022 och 2023



Uppföljning

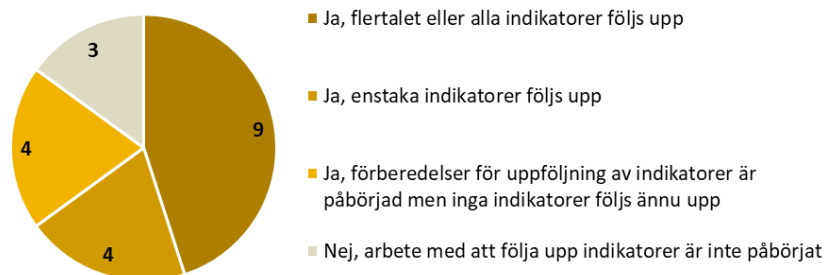
Flertalet av indikatorerna i vårdförloppet utgör etablerade och regelbundet publicerade processmått med kvalitetsregistret Riksstroke som källa. Riksstroke har hög täckningsgrad. På [Vården i siffror finns en rapport för vårdförloppet Stroke och TIA publicerad](#).

Vårdförloppet har varit ett av 13 vårdförlopp som ingått i den första bredare uppföljnings som i början av 2023 genomförts av indikatorer i vårdförlopp. Av vårdförloppets 19 indikatorer har 17 följts upp.

För nio indikatorer nås för riket hög eller måttlig målnivå, vilket innebär att för fyra av vårdförloppets mål är måloppfyllelsen ganska god för riket som helhet: Tid till utredning och kärlkirurgisk åtgärd av karotisstenos, strokeenhet som första vårdnivå vid stroke och TIA, tiden mellan ankomst till sjukhus och start av reperfusionsterapi samt andel patienter som ges reperfusionsterapi vid akut ischemisk stroke. För fyra indikatorer saknas data, och målnivåer för ytterligare fyra finns ej angivna. För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

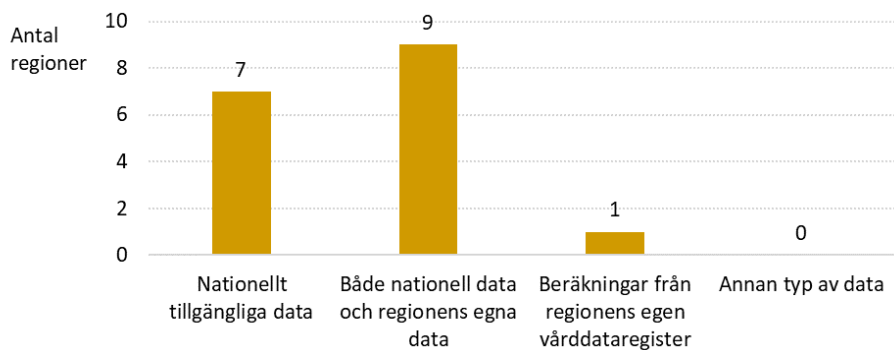
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att knappt hälften av regionerna följer upp *alla*, eller *flertalet* indikatorer. Nästan lika många regioner följer upp *enstaka* indikatorer eller har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet. Övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 14. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp stroke och TIA – tidiga insatser och vård, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, främst använder eller kommer att använda enbart *nationella* eller *både nationella och regionala data* i uppföljningen.

Figur 15. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp stroke och TIA – tidiga insatser och vård, år 2023



Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering

Stroke är ett samlingsnamn för sjukdomar som påverkar hjärnans kärl och ger upphov till akuta neurologiska symtom och som ofta övergår i långvariga eller permanenta funktionsnedsättningar. Stroke orsakas vanligen av en blodpropp men i en mindre del av fallen av en blödning. Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i stroke. Incidensen ökar med stigande ålder och fyra av fem av de som insjuknar är över 65 år.

Var femte person som får stroke avlider inom tre månader. De som överlever får ofta någon form av kvarstående motoriska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar. Problem med sensorik, balans och kommunikation (tal och språk) är också vanliga. Stroke är den tredje vanligaste orsaken till funktionsnedsättningar hos vuxna och behovet av rehabilitering är stort.

Stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering utgör en fortsättning på stroke och TIA – tidiga insatser och vård och beskriver omhändertagandet efter den tidiga slutenvårdsfasen och därefter livet ut. Det finns ett flertal utmaningar i denna andra del då det i nuläget finns betydande brister i uppföljning och rehabilitering efter perioden i slutna vård.

Införandestatus

Till följd av ett fel i administreringen av 2023 års enkät finns inga enkätsvar för stroke och TIA – fortsatt vård och rehabilitering år 2023.

Uppföljning

Indikatorerna i vårdförloppet utgör etablerade resultat- och processmått med kvalitetsregistret Riksstroke som källa. Flera av indikatorerna finns redan publicerade med utfall på Vården i siffror och övriga bör snart kunna visas där. Riksstroke har hög täckningsgrad.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

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. Det 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.

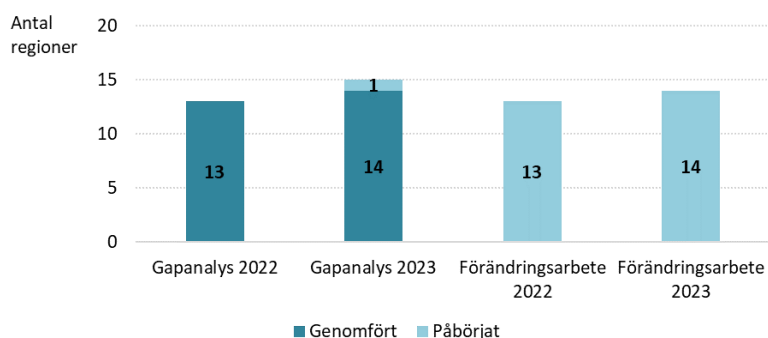
Vårdförloppet ger förbättrade möjligheter att riskstratifiera patienter för ett effektivt omhändertagande. Vårdförloppet har som övergripande mål att skapa en välorganiserad vårdkedja som minimerar onödiga väntetider för patienten och optimerar tillgängliga resurser, i syfte att rädda patientens ben och liv.

Vårdförloppet för kritisk benischemi godkändes under hösten 2020.

Införandestatus

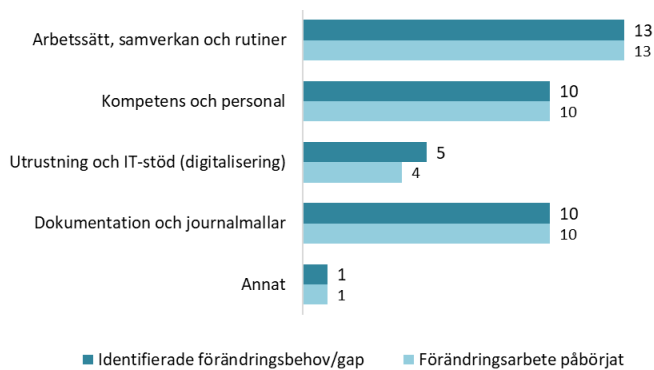
Tre fjärdedelar av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). Nästan lika många regioner har också påbörjat ett arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov.

Figur 16. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp kritisk benischemi, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som identifierats, och de förändringsarbete som påbörjats, är relativt jämnt fördelade mellan olika åtgärdsområden – flest återfinns dock inom *arbetssätt, samverkan och rutiner*, följt av *kompetens och personal* samt *dokumentation och journalmallar*.

Figur 17. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp kritisk benischema, år 2023

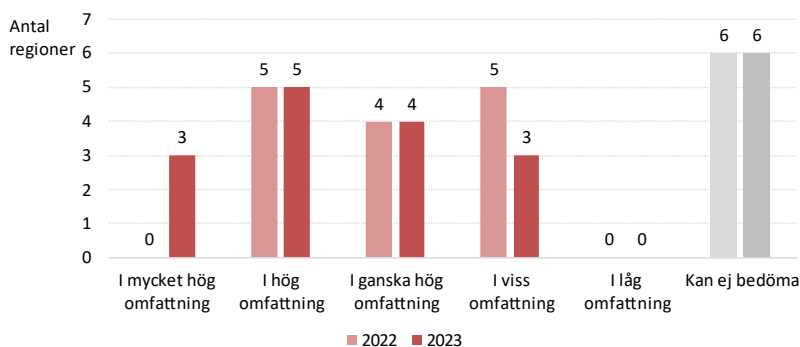


Av fritextsvar framkommer att gapanalyser bland annat visat på ett behov av fortsatt kompetensutveckling inom primärvården (särskilt gällande ankeltrycksmätning), av att införa mer resurser för nya arbetsuppgifter, exempelvis för kontaktsjuksköterska men också för att genomföra bildiagnostik, att utveckla samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården för att minska ledtider, samt av att uppdatera remissmallar och förenkla remisshantering. Detta är i linje med de förändringsbehov regionerna såg år 2022. Utöver detta, finns också regioner som ser ett behov av att utveckla vårdkedjan vid amputation inom ortopedin, och av att stärka förutsättningarna för att registrera i och följa upp utfall i kvalitetsregister.

De regioner som har påbörjat förändringsarbete har exempelvis genomfört kompetensutvecklande insatser i primärvården, tagit fram lokala primärvårdsversioner av vårdförloppet, sett över journalmallar samt förtydliganden för korrekta remissinnehåll, samt infört prioriteringsverktyg som stödjer arbete enligt vårdförloppet. Detta kan ses som en fortsättning på förändringsarbeten som påbörjats år 2022.

Liksom under år 2022 anser en majoritet av regionerna att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög*, *hög* eller *mycket hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det tre regioner mer som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *mycket hög* utsträckning. Omkring en fjärdedel av regionerna har inte kunnat göra en bedömning.

Figur 18. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp kritisk benischema, år 2022 och 2023



Uppföljning

Socialstyrelsens hälsodataregister och det nationella kvalitetsregistret Swedvasc är möjliga datakällor för att fånga data till några av de indikatorer som föreslås för vårdförlopp kritisk benischema. Swedvasc bedöms hålla hög kvalitet, fångar alla kärllirurgiska ingrepp som görs för kritisk benischema i Sverige, är detaljerat avseende ingrepp och postoperativ uppföljning under första året.

För flertalet indikatorer finns dock idag ingen nationell datakälla. Kvalitetsregistret Swedvasc har beviljats utvecklingsmedel för att kunna bidra till uppföljningen av vårdförloppet. I andra fall behöver informationen komma från regionernas vårdinformationssystem. I nuläget är det inte möjligt att fånga data för startpunkten för vårdförloppet eller för viktiga ledtider i det. Det saknas även ICD-10-koder som är specifika för kritisk benischema, vilket skapar svårigheter för att på ett korrekt sätt avgränsa patientgruppen.

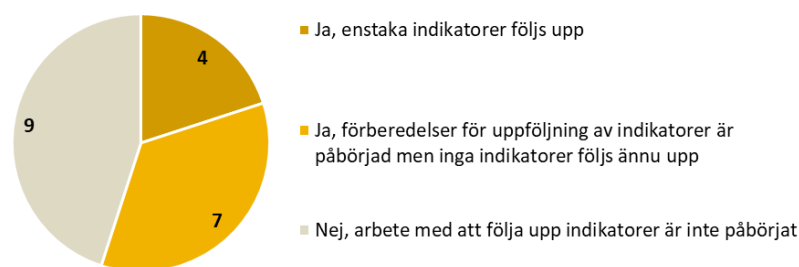
Arbetet med att specificera vissa indikatorer för vårdförloppet är ännu inte avslutade och fortsatt utvecklingsarbete med översyn av indikatorerna behövs.

Även detta vårdförlopp ingick i den första breda uppföljning som genomförts under året. Dock har det inte varit möjligt att bedöma vårdförloppets målpuppfyllelse då fungerande nationella datakällor saknas.

För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

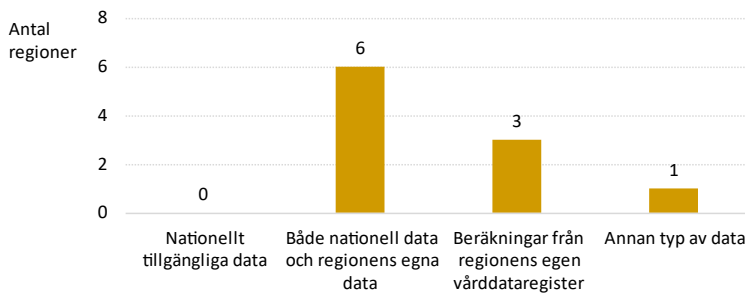
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att omkring en femtedel av regionerna följer upp *enstaka* indikatorer. En tredjedel av regionerna har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet, och övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 19. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp kritisk benischema, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda både *nationell och regional* eller enbart *regional* data i uppföljningen. Den region som uppgett att *annan typ av data*, anger i fritext att regionen avvaktar det nationella arbetet med att vidareutveckla indikatorer och potentiella datakällor.

Figur 20. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp kritisk benischema, år 2023



Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) – ursprunglig omfattning

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 att säkerställa 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.

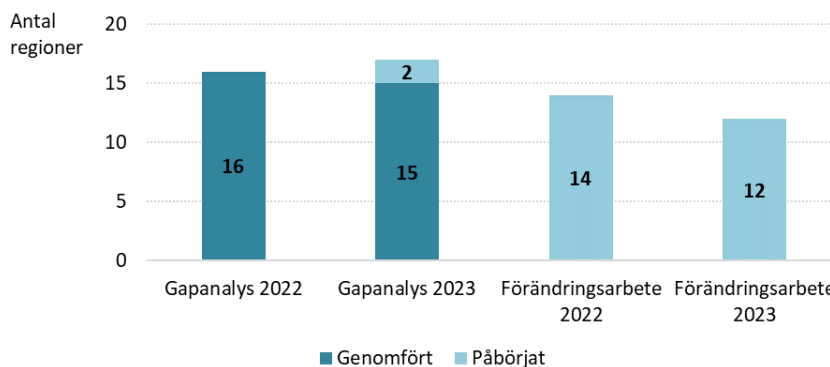
Vårdförloppet för kronisk obstruktiv lungsjukdom (ursprunglig omfattning) godkändes under hösten 2020. Sedan våren 2023 är detta vårdförlopp sammanslaget med KOL – utökad omfattning (se nedan). I enkäten regionerna besvarat avseende 2023 ställdes dock frågor för respektive förlopp – svaren redovisas därför separat.

Införandestatus

En majoritet av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). Drygt hälften av regionerna har även påbörjat ett arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov. År 2022 uppgav något fler regioner att förändringsarbete påbörjats – skälet till minskningen är okänd

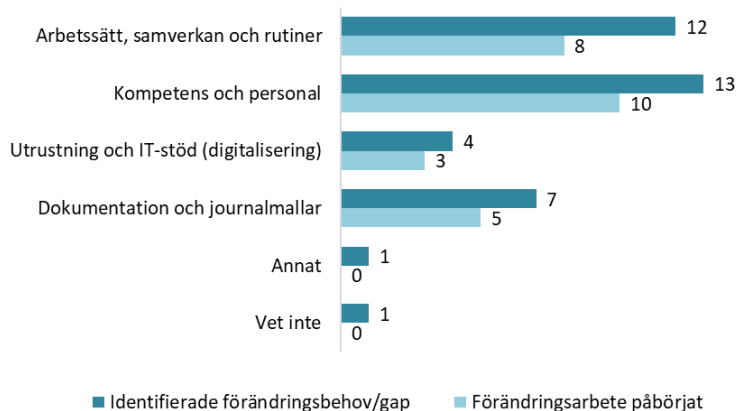
men beror sannolikt på hur frågan tolkats eller att det blivit fel vid inrapportering av data.

Figur 21. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp kroniskt obstruktiv lungsjukdom (ursprunglig omfattning), år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *kompetens och personal* samt *arbetsätt, samverkan och rutiner*. De regioner som påbörjat ett förändringsarbete har främst påbörjat åtgärder inom dessa områden, och inom *dokumentation och journalmallar*.

Figur 22. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp kroniskt obstruktiv lungsjukdom (ursprunglig omfattning), år 2023

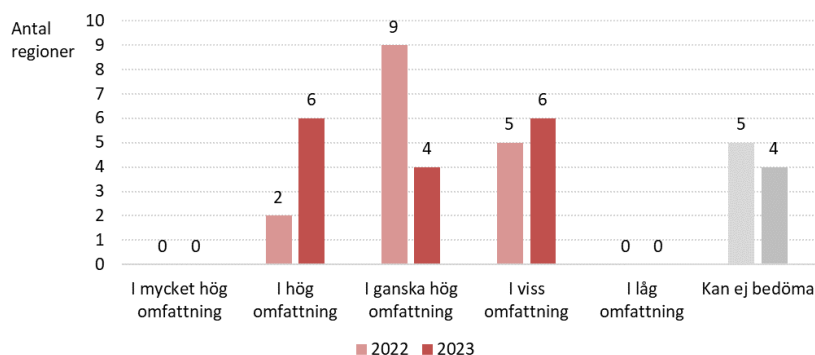


Av fritextsvar framkommer att regionerna, i likhet med år 2022, ser ett behov av att stärka tillgången till bland annat KOL-sjuksköterskor, av att minska väntetiderna till spirometri, att öka användningen av FEV1/FEV6-mätning, CAT, GOLD och sex minuters gångtest, av att utveckla patientutbildningen och att öka registreringen i kvalitetsregister.

Bland de åtgärder som genomförts återfinns, liksom under 2022, insatser för att fler medarbetare ska ha ”spirometrikörkort”, för att strukturera information på ett sätt som underlättar registrering i kvalitetsregister. Därtill omnämns insatser, såsom konsultativt stöd till KOL-mottagningar, och föreläsningar för primärvårdsläkare.

På samma sätt som under år 2022 anser ungefär hälften av regionerna att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög* eller *hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det fyra regioner mer som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *hög* utsträckning. Liksom under 2022, är det en knapp fjärdedel av regionerna som inte kan göra en bedömning.

Figur 23. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförloppet kroniskt obstruktiv lungsjukdom (ursprunglig omfattning), år 2022 och 2023



Uppföljning

Kvalitetsregistret Luftvägsregistret har indikatorer som kan användas för uppföljning av vårdförloppet KOL, oavsett på vilken vårdnivå patienten befinner sig. Graden av inrapportering till Luftvägsregistret är svårbedömd, men ojämn och inte tillräcklig för att följa resultat i regioner och på hälso-/vårdcentralsnivå. Automatisk dataöverföring sker i vissa och allt fler regioner. Kvalitetsuppföljningssystemet PrimärvårdsKvalitet har indikatorer för KOL-vård som i några fall förefaller näraliggande och som används idag, på lokal nivå. En rapport för vårdförloppet är publicerad på Vården i siffror, med indikatorer från Luftvägsregistret <https://vardenisiffror.se/Rapport/vardforlopp-kol>. Arbete med komplett beskrivning av indikatorerna ("recept" till regionerna) har färdigställts.

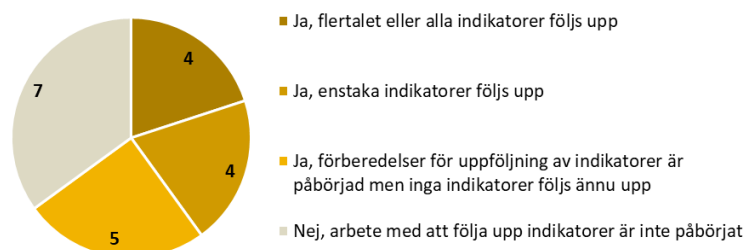
I inledningen av 2023 har vårdförloppet ingått (med 5 av 6 indikatorer) i en första uppföljning där data hämtas från det nationella kvalitetsregistret Luftvägsregistret.

I uppföljningen pekar utfallet för en av tre indikatorer på att målet att öka andelen patienter som får tillgång till personcentrerade insatser uppnås. Det gäller indikatorn som avser rökavvänjning till KOL-patienter. Målet om att öka andelen som får sin sjukdoms svårighetsgrad bedömd uppnås inte enligt tillgängliga data. För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

Av enkäten som regionerna besvarat framgår att mer än en tredjedel av regionerna följer upp *alla, flertalet* eller *enstaka* indikatorer. En fjärdedel av

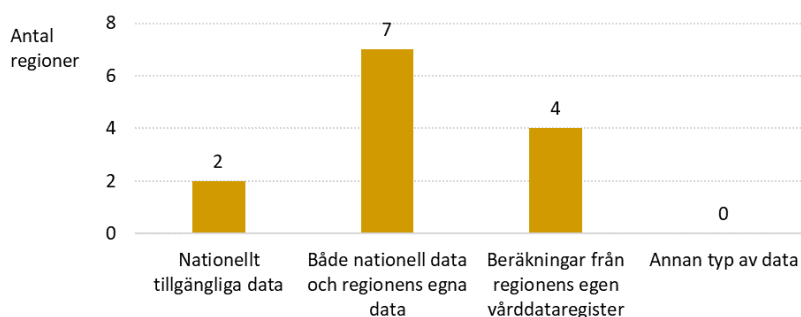
regionerna har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 24. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp kroniskt obstruktiv lungsjukdom (ursprunglig omfattning), år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, framför allt använder eller kommer att använda *nationell* och/eller *regional* data i uppföljningen.

Figur 25. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp kroniskt obstruktiv lungsjukdom (ursprunglig omfattning), år 2023



Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) – utökad omfattning

Prevalensen av KOL uppskattas till 7–10 procent av befolkningen över 40 år, vilket innebär att cirka 500 000 invånare i Sverige har sjukdomen. Av dessa är endast en tredjedel diagnostiserade. Underdiagnostiken är betydande och KOL är en av de stora folksjukdomarna. Tidig diagnostik av KOL är viktig för att möjliggöra åtgärder som kan förhindra försämring.

Vårdförloppet omfattar åtgärder från misstanke om KOL eller vid en tidigare verifierad KOL och varar vanligtvis livet ut. Majoriteten av patienterna identifieras och behandlas inom primärvården, men de med komplicerad sjukdom remitteras vanligen till den specialiserade vården. Patienter med KOL behandlas även inom den kommunala hälso- och sjukvården. Patienterna har ofta behov av flera olika typer av åtgärder och insatser samtidigt. För att säkra en god vård oavsett vårdnivå bör hälso- och sjukvården erbjuda

interprofessionell samverkan utifrån sjukdomens svårighetsgrad och patientens behov. Egenvård har en central roll och bidrar till att minska symtom, förhindra försämring av sjukdomstillståndet och öka patientens aktiva deltagande i uppföljning, behandling och rehabilitering.

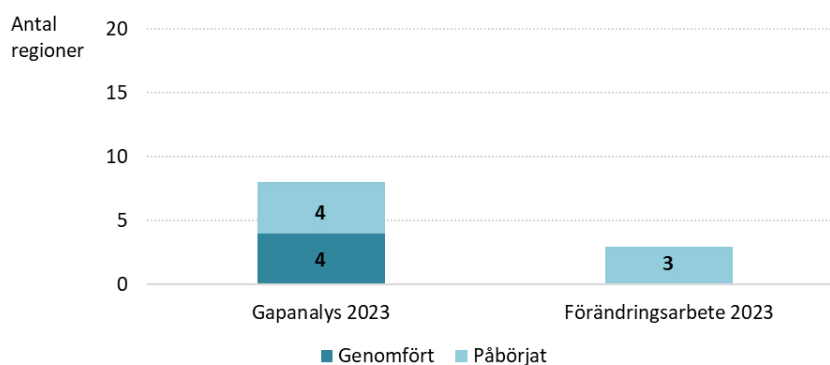
De övergripande målen för vårdförloppet är att minska den omfattande under- och feldiagnostiken av KOL, att fler patienter med KOL ska få sin sjukdoms svårighetsgrad och därmed risken för allvarligt sjukdomsförlopp bedömd, att fler patienter med KOL ska erbjudas regelbunden uppföljning i enlighet med nationella och internationella vård- och behandlingsriktlinjer, att fler patienter med KOL ska erbjudas tillgång till personcentrerade insatser för att stärka förmågan till egenvård, bromsa sjukdomsförloppet, förhindra exacerbationer, förbättra prognos och livskvalitet samt lindra i livets slutskede, och att öka patienternas delaktighet i vård och behandling.

Vårdförloppet för kroniskt obstruktiv lungsjukdom (utökad omfattning) godkändes under våren 2023. Den utökade omfattningen är sammanslagen med KOL – ursprunglig omfattning (se ovan). I enkäten regionerna besvarat avseende 2023 ställdes dock frågor för respektive förlopp – svaren redovisas därför separat.

Införandestatus

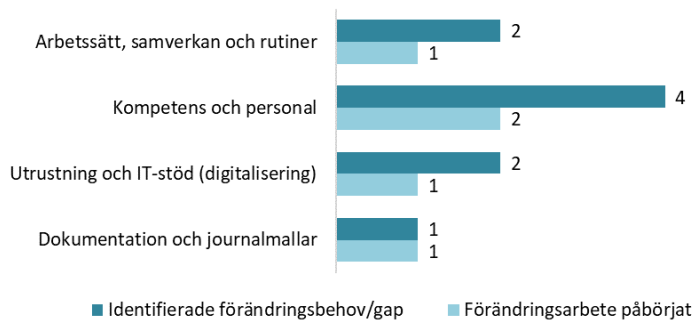
En tredjedel av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). I var sjunde region har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov inletts.

Figur 26. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp kroniskt obstruktiv lungsjukdom (utökad omfattning), år 2023



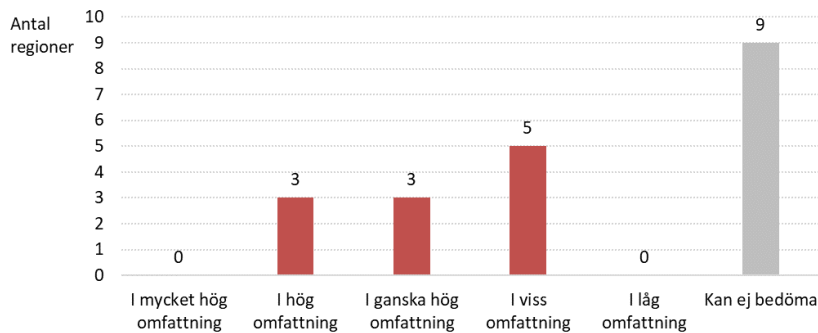
De förändringsbehov som regionerna hitintills identifierat faller i huvudsak inom området *kompetens och personal*. De enstaka förändringsarbeten som påbörjats är jämnt fördelade mellan de kategorier som listades i enkäten. En region skriver i fritextsvar att gapanalys har identifierat behov av – och påbörjat – utbildning kring spirometri i primärvården och av att införa automatisk registrering i kvalitetsregister.

Figur 27. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp kroniskt obstruktiv lungsjukdom (utökad omfattning), år 2023



Närstan hälften av regionerna har svårt att göra en bedömning av i vilken omfattning patienter får vård i enlighet med vårdförloppet. Av de regioner som kunnat göra en bedömning, anser omkring hälften att patienter får vård i enlighet med vårdförloppet i *hög* eller *ganska hög* omfattning.

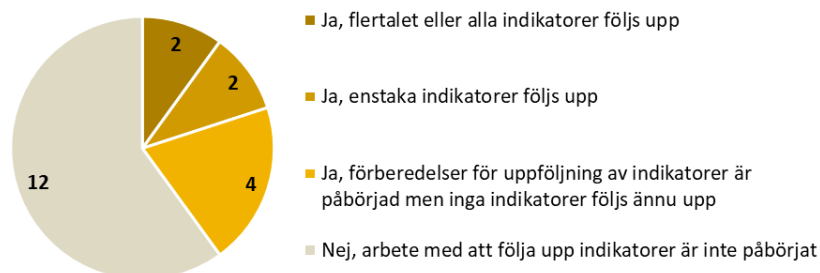
Figur 28. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp kroniskt obstruktiv lungsjukdom (utökad omfattning), år 2023



Uppföljning

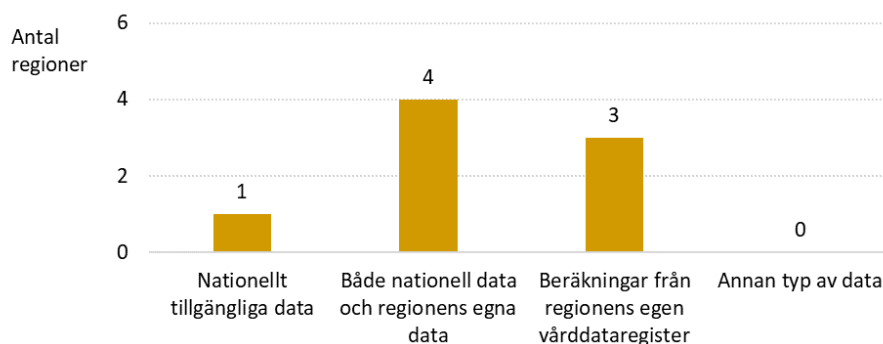
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att omkring en femtedel följer upp *alla, flertalet* eller *enstaka* indikatorer. En femtedel har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 29. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp kroniskt obstruktiv lungsjukdom (utökad omfattning), år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda *nationell* och/eller *regional* data i uppföljningen.

Figur 30. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp kroniskt obstruktiv lungsjukdom (utökad omfattning), år 2023



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 onödig 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.

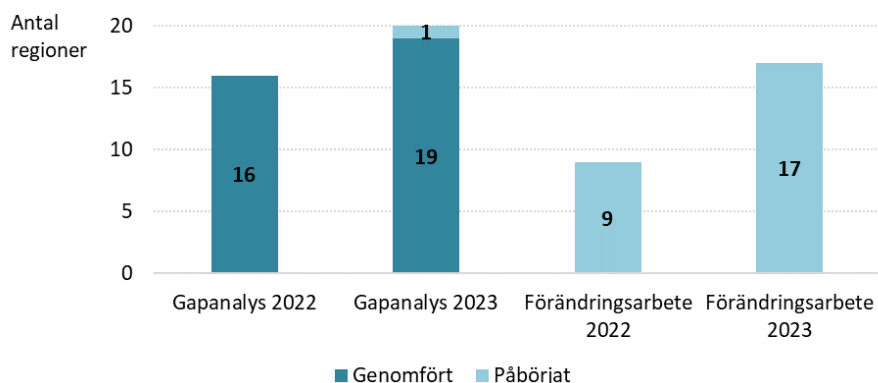
Vårdförloppet beskriver vilka åtgärder som ska genomföras och när de ska utföras. Vårdförloppet är ett komplement till det nationella vård och insatsprogrammet (VIP) för schizofreni, som beskriver hur olika åtgärder ska utföras.

Vårdförloppet för förstagångsinsjuknade i schizofreni godkändes hösten 2020. Sedan mitten av 2023 är detta vårdförlopp sammanslaget med Schizofreni – fortsatt vård och stöd (se nedan). I enkäten regionerna besvarat avseende 2023 ställdes dock frågor för respektive förlopp – svaren redovisas därför separat.

Införandestatus

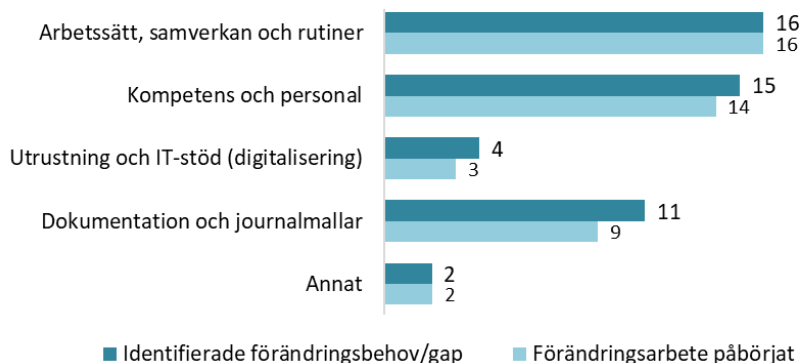
Nästintill alla regioner har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). I en majoritet av regionerna har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats; förändringsarbete pågår i åtta regioner mer år 2023 jämfört med 2022.

Figur 31. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknade, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetssätt, samverkan och rutiner* samt *kompetens och personal*. De regioner som påbörjat ett förändringsarbete uppger att de framför allt genomfört åtgärder inom dessa områden, samt inom *dokumentation och journalmallar*.

Figur 32. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknade, år 2023

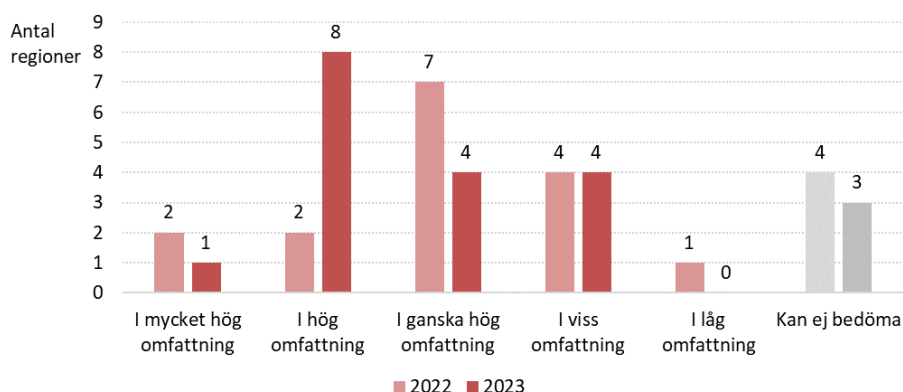


Av fritextsvar framkommer att genomförda gapanalyser bland annat identifierat behov av ökad samverkan och överföring av information mellan verksamheter, att öka följsamheten till rutiner, att öka tillgången till specialiserade team för nyinsjuknade, att öka andelen patienter som erbjuds krisintervention, krisplan och samordnad individuell plan (SIP), att genomföra utbildningsinsatser för olika personalgrupper, att stärka tillgången till olika personalresurser såsom fysioterapeut, psykolog och läkare. Liksom år 2022, finns det regioner som lyfter att vissa av dessa åtgärder krävs för att säkerställa tidig upptäckt.

Flera regioner uppger att de påbörjat åtgärder inom alla områden de identifierat gap inom. Bland de åtgärder som påbörjats eller genomförts omnämns ökad samverkan med kommunerna, kompetensutvecklande insatser såsom utbildning i krisintervention enligt vårdförloppet, rekrytering av fysioterapeut, arbetsterapeut, ledningssjuksköterska, psykolog, framtagande av ny remissmall och rutiner för somatisk provtagning, framtagande och införande av ny term och digitalt stöd för delat beslutsfattande i journalsystemet.

Omkring två tredjedelar av regionerna bedömer att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög*, *hög* eller *mycket hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det sex regioner mer som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *hög* omfattning.

Figur 33. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande, år 2022 och 2023



Uppföljning

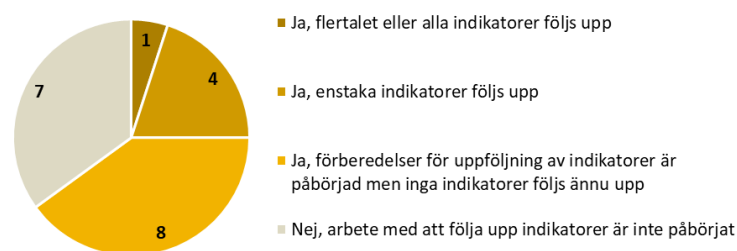
Under 2022 har ett utvecklingsarbete skett av indikatorerna. Arbetet har medfört att en gemensam indikatorlista har utarbetats för vårdförloppets båda delar (förstagångsinsjuknande respektive fortsatt vård och stöd). Nya indikatorspecifikationer finns publicerade sedan hösten 2022. Specifikationerna är skrivna för datauttag från regioners vårdinformationssystem.

Data för tre indikatorer (av totalt 15) har hämtats från regioners vårdinformationssystem i den bredare uppföljning av vårdförloppens indikatorer som genomfördes i början av 2023. Utfallet uppvisar stor spridning och det har inte varit möjligt att bedöma måluppfyllelse.

För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

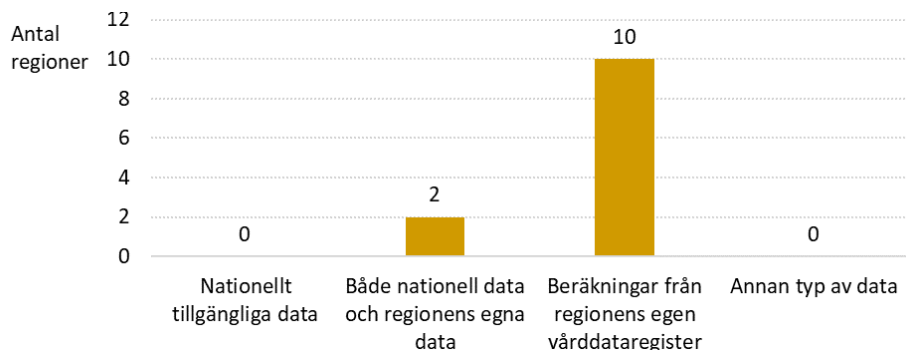
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att en fjärdedel av regionerna följer upp *alla, flertalet* eller *enstaka* indikatorer. En tredjedel av regionerna har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 34. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, framförallt använder eller kommer att använda *regional data* i uppföljningen.

Figur 35. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp schizofreni – förstagångsinsjuknande, år 2023



Schizofreni – fortsatt vård och stöd

Cirka 1 500–2 000 individer insjuknar varje år i diagnos inom schizofrenispektrum i Sverige, av vilka uppemot 800 individer får diagnosen schizofreni (1). Ungefär en halv procent av befolkningen har en schizofrenidiagnos, vilket motsvarar cirka 50 000 individer.

Ingång i vårdförloppet sker då individ haft konstaterad schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd sedan minst tolv månader. Vårdförloppet är

aktuellt för alla dessa individer oavsett om de har etablerad kontakt med vård och omsorg eller saknar pågående kontakt. Utgång ur påbörjat vårdförlopp sker för individer där diagnos schizofreni och schizofreniliknande tillstånd avskrivs och individen erbjuds vård och stöd utifrån sina behov, utanför detta vårdförlopp.

Sjukdomen har ofta perioder av försämring. Många individer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har kvarstående symtom och funktionsnedsättning som påverkar livssituationen. I nuläget får inte alla individer de insatser de behöver för att kunna leva med så lindrig sjukdom och hög funktionsnivå som möjligt. Den övergripande målsättningen med detta vårdförlopp är att öka tillgången till evidensbaserade vård- och stödinsatser för målgruppen och på så sätt göra det möjligt för fler att återhämta sig.

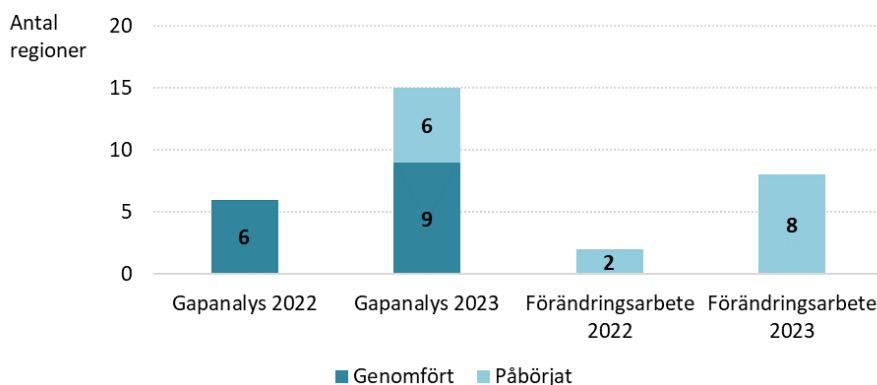
Vårdförlopp Schizofreni – fortsatt vård och stöd omfattar insatser från att diagnos schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är konstaterad sedan minst tolv månader till dess att diagnosen avskrivs.

Vårdförlopp Schizofreni – fortsatt vård och stöd godkändes under våren 2022. Sedan mitten av 2023 är detta vårdförlopp sammanslaget med Schizofreni – förstgångsinsjuknande (se ovan). I enkäten regionerna besvarat avseende 2023 ställdes dock frågor för respektive förlopp – svaren redovisas därför separat.

Införandestatus

Tre fjärdedelar av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). Det är mer än en dubblering jämfört med 2022. I en tredjedel av regionerna har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats, vilket är en tydlig ökning jämfört med år 2022 då endast två regioner har påbörjat detta arbete.

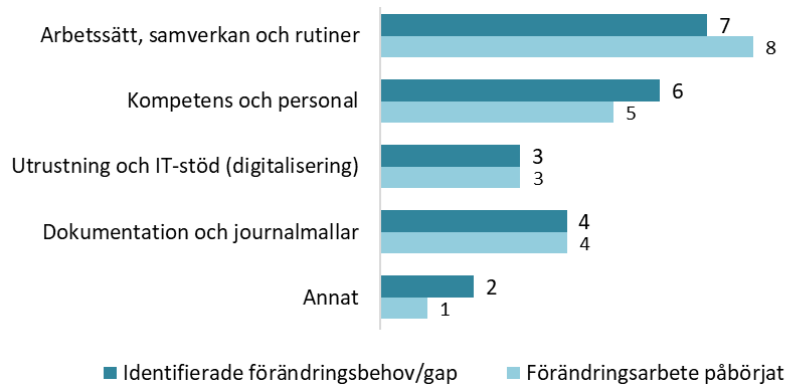
Figur 36. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp schizofreni – fortsatt vård och stöd, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetssätt, samverkan och rutiner* samt *kompetens och personal*. De regioner som påbörjat ett förändringsarbete uppger att de framför allt

genomfört åtgärder inom dessa områden samt inom *dokumentation och journalmallar*.

Figur 37. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp schizofreni – fortsatt vård och stöd, år 2023

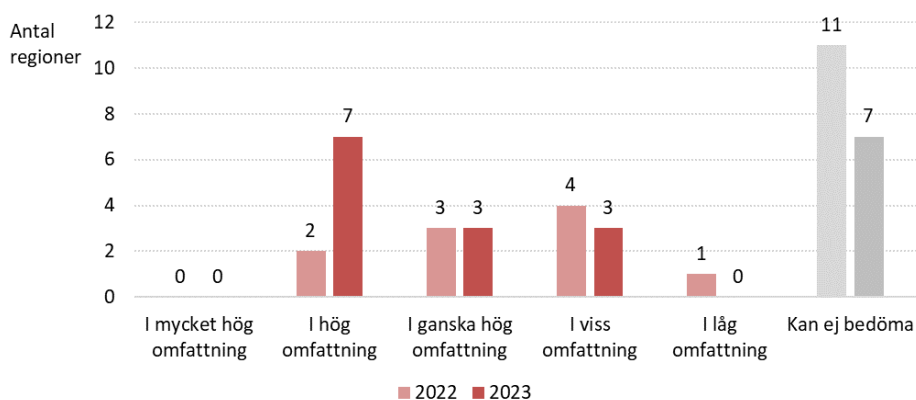


Av fritextsvar framkommer att de regioner som genomfört gapanalyser bland annat identifierat behov av att öka samverkan mellan verksamheter, att införa nya arbetsätt som möjliggör sammanvägda bedömningar av svårighetsgrad, att stärka tillgången till dietister och fysioterapeuter, samt till psykopedagogisk utbildning till patienter och närstående.

De regioner som har påbörjat insatser har bland annat arbetat för att öka samverkan mellan region och kommunerna inom framtagandet av samordnad individuell plan (SIP), för att genomföra sammanvägda bedömningar av svårighetsgrad och för att tillhandahålla en mer personcentrerad vård.

År 2023 har fler regioner – två tredjedelar av alla regioner – kunnat göra en bedömning av i vilken omfattning patienter får vård i enlighet med vårdförloppet. Drygt hälften av dessa bedömer att patienter idag får vård i enlighet med vårdförloppet i *hög* omfattning.

Figur 38. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp schizofreni – fortsatt vård och stöd, år 2022 och 2023



Uppföljning

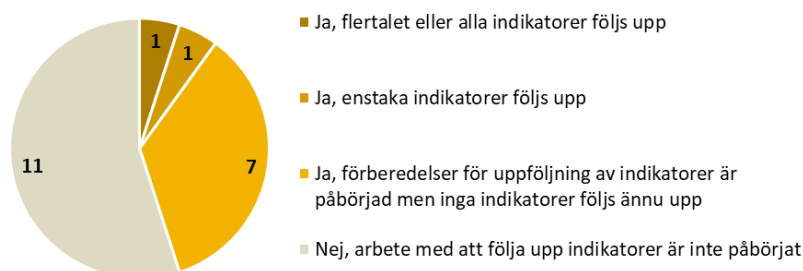
Under 2022 har ett utvecklingsarbete skett av indikatorerna. Arbetet har medfört att en gemensam indikatorlista har utarbetats för vårdförloppets båda delar (förstagångsinsjuknande respektive fortsatt vård och stöd). Nya indikatorspecifikationer finns publicerade sedan hösten 2022. Specifikationerna är skrivna för datauttag från regioners vårdinformationssystem.

Data för tre indikatorer (av totalt 15) har hämtats från regioners vårdinformationssystem i den bredare uppföljning av vårdförloppens indikatorer som genomfördes i början av 2023. Utfallet uppvisar stor spridning och det har inte varit möjligt att bedöma måluppfyllelse.

För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

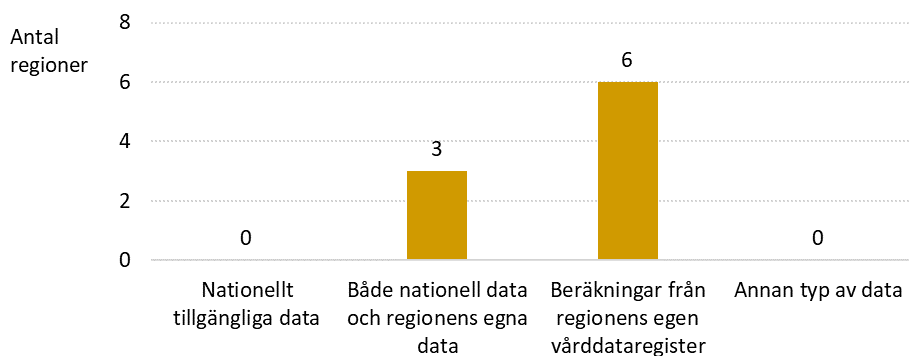
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att en tiondel följer upp *alla*, *flertalet* eller *enstaka* indikatorer. En tredjedel av regionerna har genomfört förberedelser för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner, lite mer än hälften, har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 39. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp schizofreni – fortsatt vård och stöd, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, framförallt använder eller kommer att använda *regional* data i uppföljningen.

Figur 40. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp schizofreni – fortsatt vård och stöd, år 2023



Hjärtsvikt – nydebuterad

Vårdförloppet omfattar utredande och behandlande åtgärder från att det finns en välgrundad misstanke om hjärtsvikt tills att, beroende på typ av hjärtsvikt, ställningstagande om andra linjens behandling är gjort. Vårdförloppet gäller för patienter med nydebuterad eller nyupptäckt hjärtsvikt.

Tillståndet är behandlingsbart men underbehandling är vanligt. 200 000 till 300 000 svenskar har hjärtsvikt och dödligheten är hög, i synnerhet inom det första året efter diagnosen. Varje år insjuknar upp emot 40 000 personer i Sverige med en nyupptäckt hjärtsvikt och vårdförloppet är tillämpligt för majoriteten av dem.

Rätt insatt behandling i ett tidigt skede kommer att ge stor effekt med minskat antal sjukhusinläggningar, förbättrade symtom samt minskad dödlighet. Fokus ligger på de åtgärder som har starkast rekommendationsgrad och där skillnaderna i landet är störst.

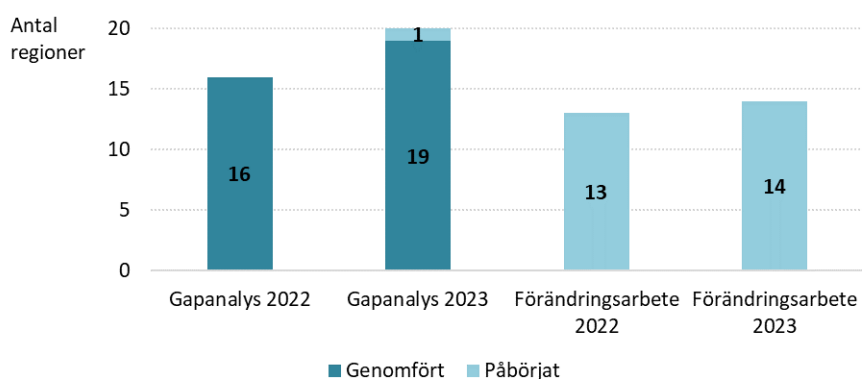
I nuläget finns flera områden i vården vid hjärtsvikt där det finns omotiverade skillnader över landet och mellan patientgrupper.

Vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt godkändes under våren 2021. Ett vårdförlopp för fortsatt vård är under framtagande.

Införandestatus

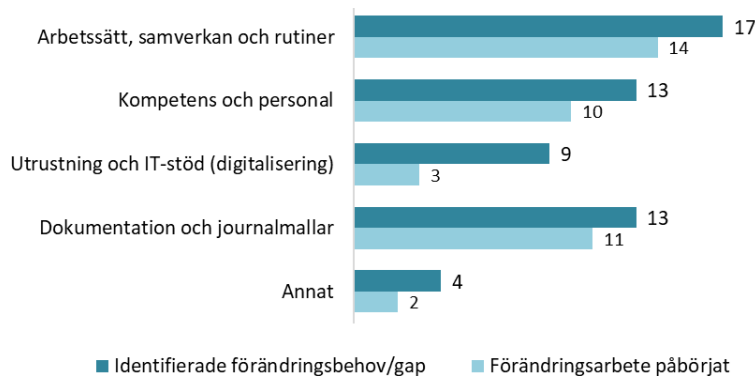
Nästintill samtliga regioner har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys) – en ökning om fyra regioner jämfört med 2022. I två tredjedelar av regionerna har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats – en ökning om en region jämfört med år 2022.

Figur 41. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp hjärtsvikt – nydebuterad, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetsätt, samverkan och rutiner* samt *dokumentation och journalmallar*. De regioner som påbörjat ett förändringsarbete uppger att de framför allt genomfört åtgärder inom dessa områden samt inom *kompetens och personal*.

Figur 42. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp hjärtsvikt – nydebuterad, år 2023

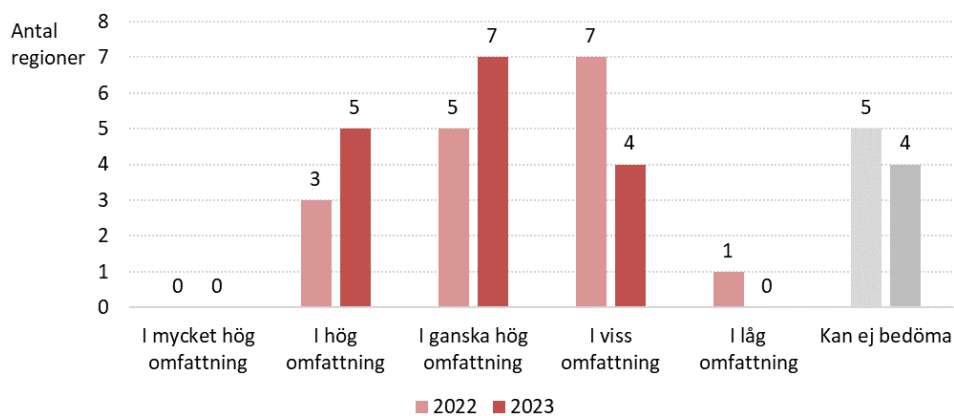


Av fritextsvar framkommer att de regioner som genomfört gapanalys bland annat sett behov av att öka samverkan mellan primärvård och specialiserad vård, att minska ledtider till ekokardiografi, att stärka tillgången till teambaserade hjärtsviktsmottagningar med sjuksköterska och fysioterapeut med hjärtsviktskompetens, att stärka tillgången till fysioterapeutisk kompetens inom hjärtsviktsrehabiliteringen, att ta fram journalmallar som stödjer arbete enligt vårdförloppet. Flera av dessa områden lyftes även år 2022.

De regioner som påbörjat ett arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov har bland annat ökat samverkan mellan öppen- och sluten vård, tillfört personalresurser (fysioterapeuter och sjuksköterskor på hjärtsviktsmottagning), genomfört kompetenshöjande insatser, tagit fram rutiner för uppföljning och triageringsscheman, samt tagit fram nya remiss- och journalmallar.

En femtedel av regionerna har svårt att bedöma i vilken omfattning patienter får vård i enlighet med vårdförloppet. Av de regioner som kunnat göra en bedömning, uppger tre fjärdedelar att patienter får vård i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög* eller *hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det två regioner mer som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *hög* omfattning.

Figur 43. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp hjärtsvikt – nydebuterad, år 2022 och 2023



Uppföljning

Många av indikatorerna bygger på data från regionernas vårdinformationssystem men datafångst via RiksSvikt och Primärvårdskvalitet har också diskuterats som möjliga alternativ i sammanhanget. I hög grad saknas en nationell datakälla med god täckningsgrad. En viktig förutsättning för att kunna fånga flera indikatorer med god kvalitet är att de nyligen införda ICD-10-koderna blir mer och allmänt tillämpade i regionerna.

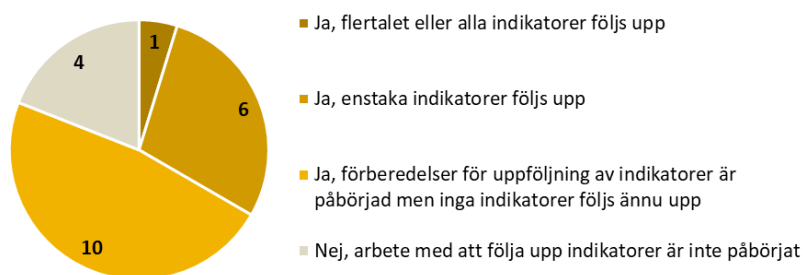
Sedan tidigare finns en fördjupad beskrivning i form av “recept” för indikatorerna i vårdförloppet.

Vårdförloppet ingick som ett av de 13 vårdförlopp där en bredare uppföljning genomfördes i inledningen av 2023. Regionerna ombads i detta fall att lämna data för tre av vårdförloppets totalt tio indikatorer. Utfallet uppvisade stor spridning och det har inte varit möjligt att bedöma vårdförloppets måluppfyllelse.

För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

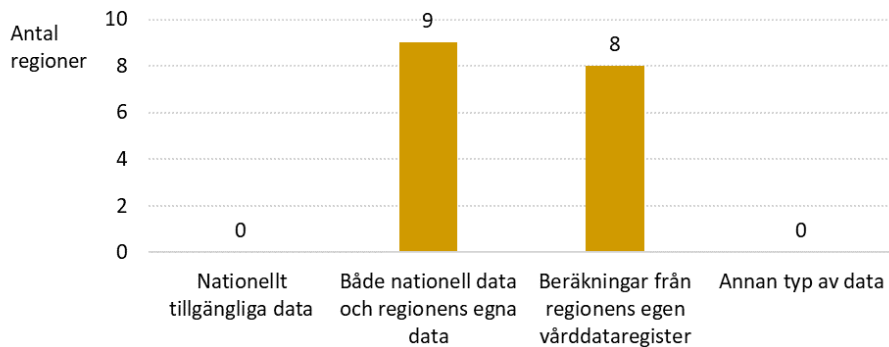
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att en tredjedel följer upp *alla, flertalet* eller *enstaka* indikatorer. Omkring hälften av regionerna har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 44. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp hjärtsvikt – nydebuterad, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda enbart *regional* eller både *nationell och regional* data i uppföljningen.

Figur 45. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp hjärtsvikt – nydebuterad, år 2023



Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur

I Sverige förekommer årligen cirka 85 000 osteoporosrelaterade frakturer i andelen av befolkningen som är över 50 år.

Vårdförloppet inleds vid misstanke om osteoporos hos patienter som nyligen haft en fraktur och därmed har hög risk för ny fraktur, omfattar utredande och behandlande åtgärder och avslutas när en plan för uppföljning har upprättats tillsammans med patienten. Vårdförloppet är indelat i två förlopp, vilka separeras baserat på typ av fraktur och huruvida det primära omhändertagandet sker i sluten- eller öppenvård.

I nuläget finns en betydande underdiagnostik och underbehandling av personer som tidigare har haft en osteoporosrelaterad fraktur och därmed har en hög risk för ytterligare fraktur. Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet är skapat för att åstadkomma systematisk riskvärdering, utredning och behandling i syfte att minska antalet patienter som riskerar att få ytterligare frakturer. Att strukturerat identifiera och handlägga patienterna kan genomföras på olika vårdnivåer och i alla delar av landet. Frakturkoordinatören har en central roll för att kunna göra detta systematiskt. Avgörande för vårdförloppets effektivitet är snabb och korrekt identifiering av frakturpatienter, vilket idag med fördel kan göras genom frakturregistret.

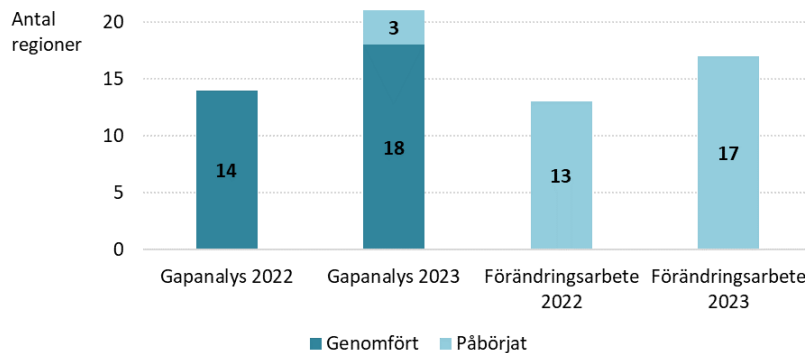
Vårdförloppet för sekundärprevention osteoporos godkändes under våren 2021.

Införandestatus

Samtliga regioner har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys) – en ökning om sju regioner jämfört med 2022. Fyra

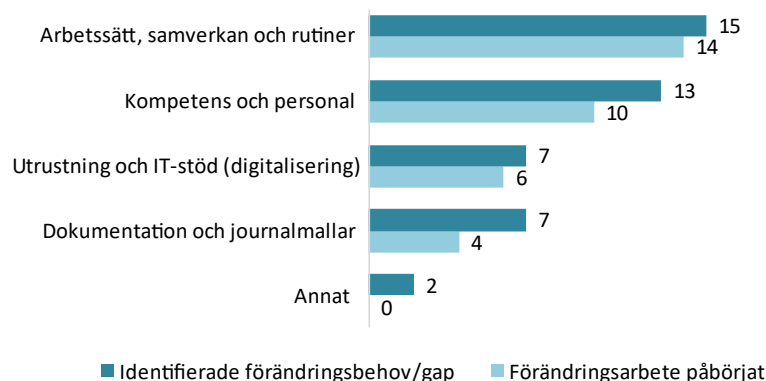
femtedelar av regionerna har även påbörjat ett arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov, vilket är en ökning med fyra regioner jämfört med år 2022.

Figur 46. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp osteoporos – sekundärprevention efter fraktur, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat – och påbörjat insatser för att åtgärda – faller i huvudsak inom kategorierna *arbetsätt, samverkan och rutiner* samt *kompetens och personal*.

Figur 47. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp osteoporos – sekundärprevention efter fraktur, år 2023



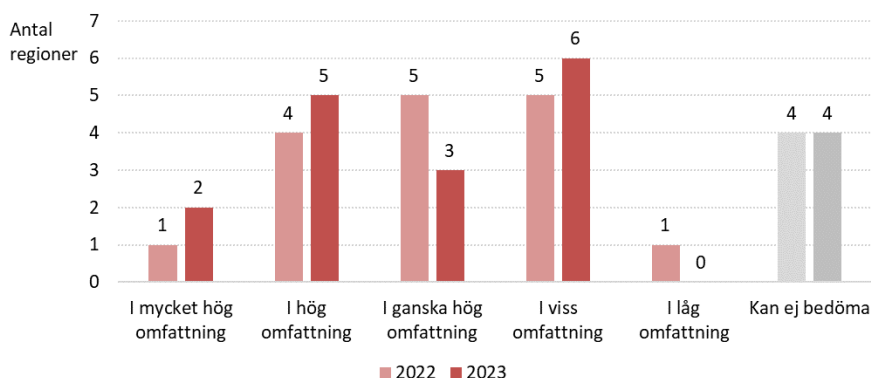
Av fritextsvar framkommer att regioner som genomfört gapanalyser, i likhet med 2022, bland annat identifierat för långa väntetider till bentäthetsmätning till följd av resursbrist, att frakturkoordinatörer saknas, att sekundärprevention och adekvat läkemedelsbehandling inte används fullt ut, samt att kunskaperna om osteoporos behöver stärkas bland vårdens medarbetare.

I likhet med 2022 pågår arbeten för att åtgärda identifierade förändringsbehov kopplade till frakturkoordinatörer och bentäthetsmätningar. Därutöver omnämns även framtagande av rutin för läkemedelsbehandling utifrån DXA-resultat, digitala och fysiska utbildningar om osteoporos, samt etablering av frakturkedjor vid akutsjukhus.

En majoritet av de regioner som kunnat göra en bedömning, uppger att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög, hög* eller *mycket hög* omfattning.

Jämfört med 2022, är det två regioner mer som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *mycket hög* eller *hög* omfattning.

Figur 48. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp osteoporos – sekundärprevention efter fraktur, år 2022 och 2023



Uppföljning

Några av vårdförloppets indikatorer kan eventuellt fångas med hjälp av Socialstyrelsens hälsodataregister. Indikatorer som rör uppföljning av läkemedelsbehandling kompliceras av att det inte finns etablerade sätt att fånga användning av rekvisitionsläkemedel och för flera indikatorer saknas nationell datakälla för närvarande. Exempelvis rapporteras åtgärds-koder (KVÅ) som berör frakturrisik och benskörsdiagnostik i låg grad.

Indikatorer som baserar sig på patientrapporterade utfall (PREM-mått) är också önskvärda i vårdförloppet och här kan nämnas att patientgruppen under året ingått i en första pilotundersökning med en generisk PREM-enkät anpassad för vårdförloppen. Patienter från fyra av 21 regioner ingick i pilotundersökningen.

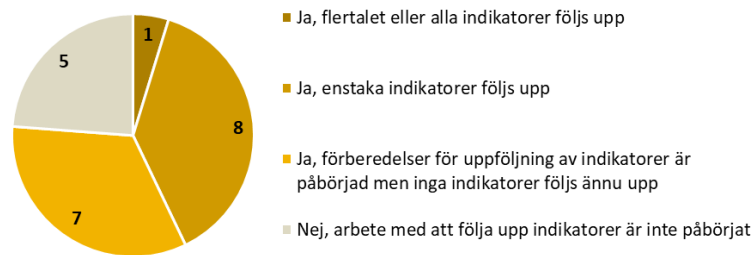
Ett informatiskt arbete med fördjupad beskrivning av indikatorerna, ”recept”, har genomförts men en större översyn av uppsättningen med indikatorer har också inletts i slutet av 2023. Med nuvarande uppsättning indikatorer är bedömningen att det kommer dröja innan en mer komplett databaserad uppföljning med god följsamhet kan genomföras.

Vårdförloppet har visserligen ingått som ett av 13 vårdförlopp i den uppföljnings som genomförts under året. Dock har det inte varit möjligt att erhålla data för någon av vårdförloppets 16 indikatorer och ingen bedömning av måluppfyllelse har därför skett.

För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

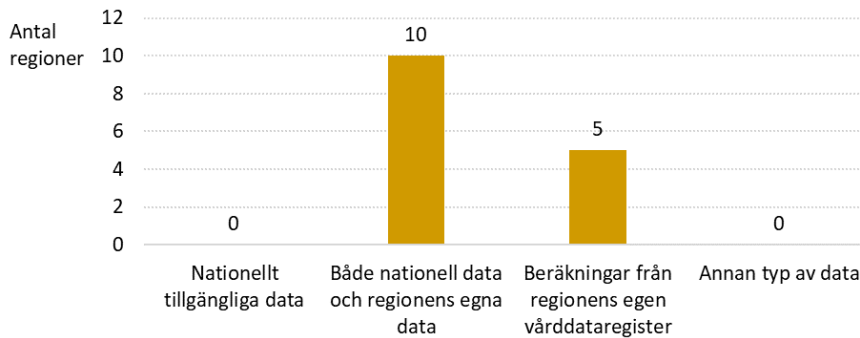
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att en dryg tredjedel av regionerna följer upp *alla, flertalet* eller *enstaka* indikatorer. En tredjedel har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 49. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp osteoporos – sekundärprevention efter fraktur, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, framförallt använder eller kommer att använda både *nationell* och *regional* data i uppföljningen.

Figur 50. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp osteoporos – sekundärprevention efter fraktur, år 2023



Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Uppskattningsvis lever 130 000–150 000 personer med en demenssjukdom i Sverige. Därtill påverkas många anhörigas och närståendes vardag. Varje år insjuknar cirka 24 000 personer och ungefär lika många avlider.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom inleds vid misstanke om kognitiv svikt orsakad av demenssjukdom och avslutas vid bekräftad diagnos, alternativt då misstanke om sjukdom inte kvarstår. I de fall en lindrig kognitiv funktionsnedsättning istället bedöms föreligga beskrivs hur uppföljning ska ske.

Det övergripande målet med vårdförloppet är att fler personer med kognitiv svikt som misstänks vara orsakad av demenssjukdom ska genomgå utredning, och att sådan utredning ska starta i ett tidigt skede. Till målsättningarna hör också att korta utredningstiderna, skapa bättre förutsättningar för patientgruppen inom primärvården, ge mer stöd till personer med kognitiv svikt och anhöriga eller närstående, minska praxisskillnader vid utvidgade kognitiva utredningar, skapa bättre förutsättningar för jämlik och adekvat läkemedelsbehandling samt

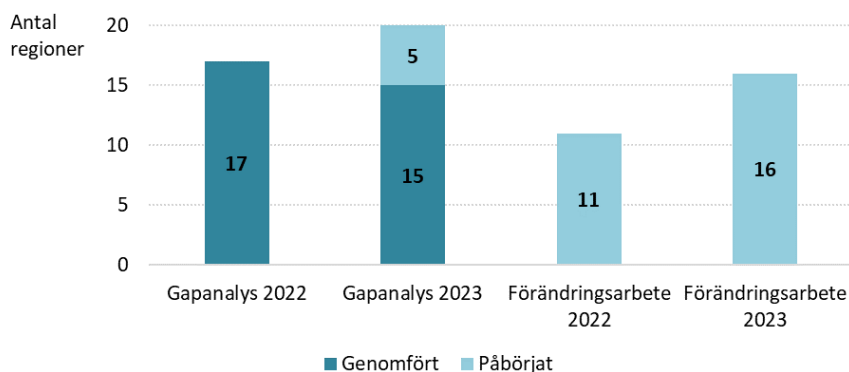
att i ökad utsträckning koppla samman vård och omsorg för en personcentrerad och sammanhållen vård.

Vårdförloppet för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom godkändes under våren 2021.

Införandestatus

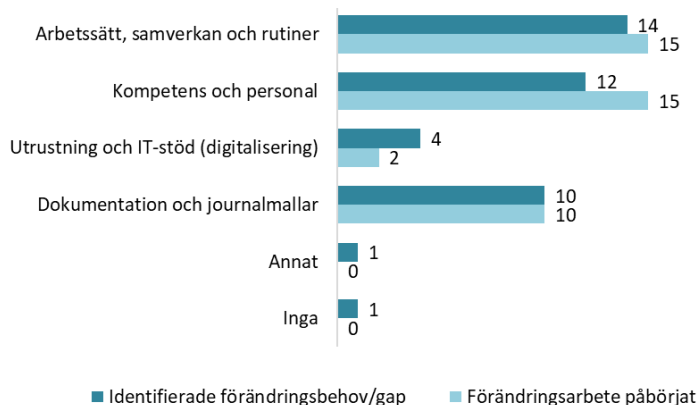
Nästan till alla regioner har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys) – en ökning om tre regioner jämfört med 2022. I tre fjärdedelar av regionerna har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats, vilket är en ökning om fem regioner jämfört med år 2022.

Figur 51. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetssätt, samverkan och rutiner* samt *kompetens och personal*. De regioner som påbörjat ett förändringsarbete uppger att de framför allt genomfört åtgärder inom dessa områden, samt inom *dokumentation och journalmallar*.

Figur 52. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, år 2023

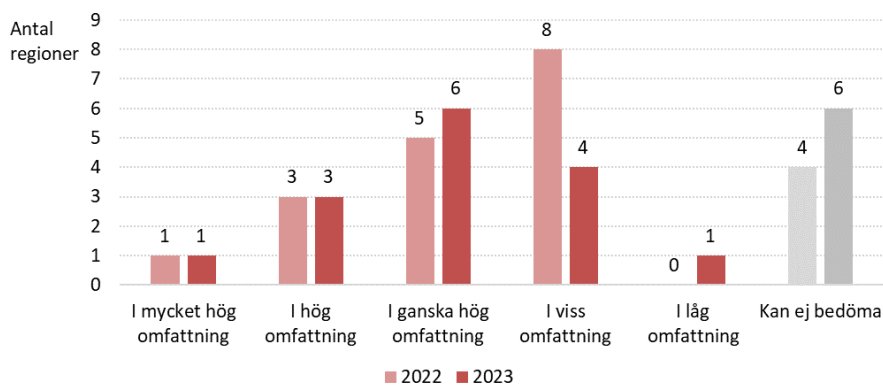


Av fritextsvar framkommer att de regioner som genomfört gapanalyser bland annat sett ett behov av att minska väntetider till utredning och till datortomografi (om behov av detta finns), att höja kvaliteten i basala utredningar, att ta fram regionala förtydliganden kring exempelvis Downs syndrom och intellektuell funktionsnedsättning, att utöka stöd till närstående och stärka samverkan med kommunerna, att genomföra kompetensutvecklande insatser inom primärvården, att öka tillgången till vissa kompetenser (däribland fysioterapeut och arbetsterapeut och multiprofessionellt omhändertagande, att öka standardiseringen i dokumentation och att öka registreringen i kvalitetsregister.

Bland de åtgärder som påbörjats omnämns framtagande av gemensamma processbeskrivningar, revidering av lokala vårdprogram utifrån vårdförloppet, upprättande av samverkansavtal, införande av multidisciplinära konferenser där primärvården kan få stöd med patientfall, kompetensutvecklande insatser, framtagande av dokumentationsmallar, och arbeten för att öka registrering i kvalitetsregister.

Av de regioner som kunnat göra en bedömning, anger två tredjedelar att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög*, *hög* eller *mycket hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det dock två regioner mer som har svårt att göra en bedömning – sex i stället för fyra.

Figur 53. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, år 2022 och 2023



Uppföljning

För att följa upp vårdförloppet används främst indikatorer från kvalitetsregistret Svenska Demensregistret (SveDem). SveDem har en begränsad täckningsgrad idag och registret inkluderar inte alla som genomgått en demensutredning.

Inrapporteringen till registret behöver öka för att man ska kunna dra slutsatser om i vilken mån demensvården lever upp till de kvalitetskrav som vårdförloppet innehåller. För att öka registreringen till SveDem är en viktig förutsättning att inrapporteringen kan ske genom direktöverföring från journalsystem. Detta förutsätter i sin tur att vårdokumentationen blir strukturerad så att

kvalitetsvariablerna kan fångas. I utvecklingsarbetet ingår även att se över möjligheten att kunna använda PrimärvårdsKvalitet som tänkbar källa.

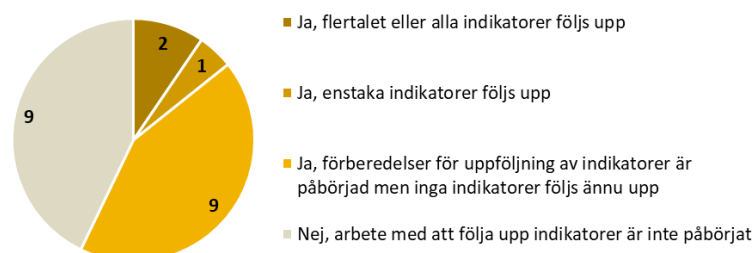
Fördjupad beskrivning av indikatorerna ("recept" för regionernas datafångst) har publicerats för några indikatorer 2023.

I inledningen av 2023 ingick vårdförloppet i en bredare uppföljning av de 13 första vårdförloppen. Baserat på uppgifter från SveDem har sju av vårdförloppets 8 indikatorer följts upp. För två av indikatorerna nås målnivåer år 2022 medan ytterligare några indikatorer har utfall i närheten av målnivå. SveDem har dock en låg täckningsgrad och det är osäkert hur representativa resultaten är för den faktiska demensvården i landet.

För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

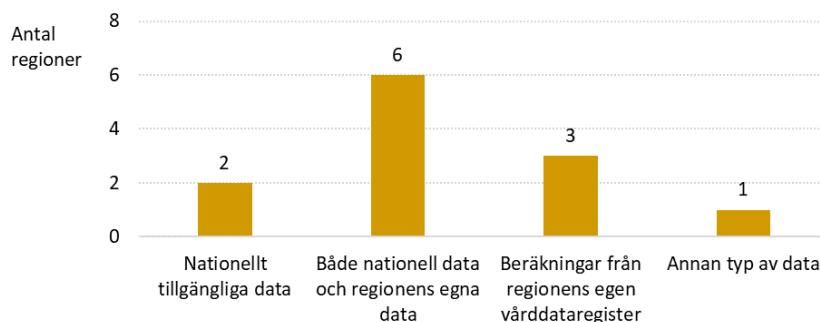
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att en sjundedel följer upp *alla, flertalet* eller *enstaka* indikatorer. Knappt hälften har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 54. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, främst använder eller kommer att använda *nationell och regional data* i uppföljningen. Av fritextsvar framkommer att den region som uppgett att *annan typ av data* används eller kommer att användas, framgår att det rör sig om data från kommunerna.

Figur 55. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, år 2023



Sepsis

Sepsis är en allvarlig komplikation till infektionssjukdomar, som kan resultera i död eller sjuklighet med långvarigt försämrad funktionsnivå. I Sverige rapporterats en incidens på cirka 800/100 000 individer per år. Sepsis är en av de vanligaste orsakerna till sjukhusvård och för tidig död på sjukhus i Sverige. Sjukhusmortaliteten för sepsis i Sverige har rapporterats vara omkring 17 procent.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp sepsis inleds vid misstanke om allvarlig sepsis hos vuxna vid bedömning på akutmottagning och avslutas vid uppföljande kontakt efter utskrivning.

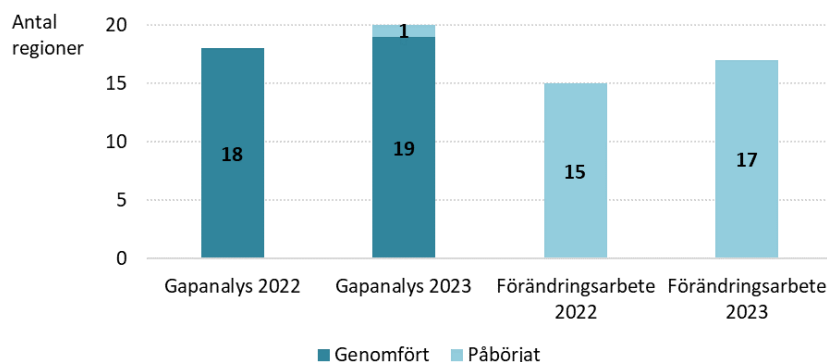
Målen med vårdförloppet är att en större andel patienter med allvarlig sepsis ska upptäckas tidigt och få adekvat undersökning, behandling och monitorering, få en korrekt sepsisdiagnos och adekvat uppföljning. Med hjälp av en förbättrad handläggning av tillståndet kan sannolikt sjukligheten och eventuellt dödligheten i patientgruppen minska.

Vårdförloppet för sepsis godkändes under våren 2021.

Införandestatus

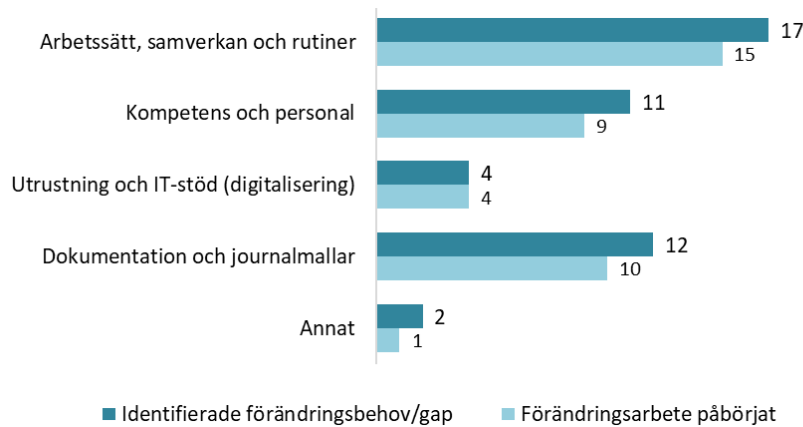
Nästintill alla regioner har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys) – en ökning om två regioner jämfört med 2022. I fyra femtedelar av regionerna har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats, vilket innebär en ökning om två regioner jämfört med år 2022.

Figur 56. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp sepsis, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetssätt, samverkan och rutiner* samt *dokumentation och journalmallar*. De regioner som påbörjat ett förändringsarbete uppger att de framför allt genomfört åtgärder inom dessa områden och inom *kompetens och personal*.

Figur 57. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp sepsis, år 2023

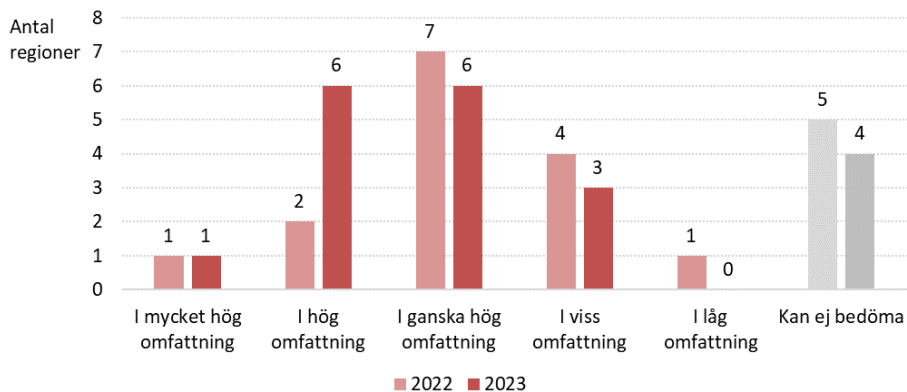


Av fritextsvar framkommer att de regioner som genomfört gapanalyser, på samma sätt som år 2022, ser ett behov av att säkerställa tillgång till och enhetlig hantering av sepsislarm, och stöd för automatiserad bedömning enligt SOFA så att snabb och korrekt diagnossättning möjliggörs. Vidare ser regioner behov av att införa arbete med patientöverenskommelser, av att genomföra kontinuerliga utbildningsinsatser om sepsis för medarbetare inom hälso- och sjukvården, att öka tillgång till stöttning av infektionsläkare, och att möjliggöra uppföljning av vårdförloppets indikatorer genom integrering av uppföljningsvariabler i journalsystemen. En region uppger att regionen har förhoppningar om att övergång till nytt journalsystem kommer att möjliggöra automatiserade funktioner där systemet på basen av patientdata kan föreslå sepsisdiagnos i samband med utskrivning. Regionen har även utvärderat införande av uppföljningssamtal 2–4 veckor efter utskrivning och beslutat att inte införa denna åtgärd i regionen.

Flera regioner uppger att de påbörjat åtgärder av de behov som framkommit i gapanalyserna, däribland införande av sepsislarm och automatisk SOFA. Bland åtgärderna omnämns även framtagande av regionövergripande rutiner för primärvård, ambulanssjukvård och akutmottagning, samt stöd under inläggande sjukvård och rekommendationer för diagnossättning och uppföljning efter sepsis, och utbildning av sepsisombud.

En femtedel av regionerna har svårt att bedöma i viken omfattning vård ges i enlighet med vårdförloppet, men två tredjedelar av de regioner som kunnat göra en bedömning uppger att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög*, *hög* eller *mycket hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det fyra regioner mer som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *hög* omfattning.

Figur 58. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp sepsis, år 2022 och 2023



Uppföljning

Sedan tidigare finns en fördjupad beskrivning, ett ”recept” för indikatorerna i vårdförloppet. För flera indikatorer saknas idag andra datakällor än regionernas vårdinformationssystem. Flera regioner pekar på behovet av att utveckla och strukturera journaldokumentationen bättre för att också möjliggöra en bra uppföljning och flera regioner tar med behoven från vårdförloppet in i upphandlings- och utvecklingsarbete med nya och befintliga journalsystem. Det handlar då förutom informationsöverföringen om att identifiera patientgruppen, men också om behovet av korrekta tidsstämplar för flera händelser under vårdprocessen.

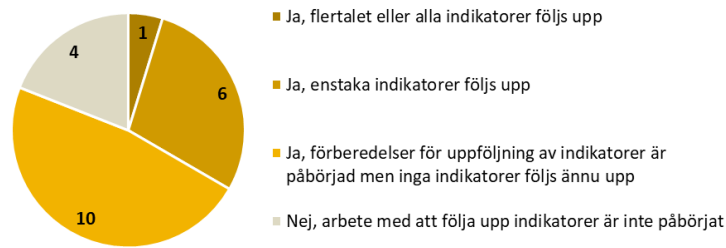
I april 2023 genomfördes en andra regiongemensam workshop kring erfarenheter, möjligheter och tillvägagångssätt för uppföljning av indikatorer i vårdförloppet. En nationell arbetsgrupp för strukturerad vårdinformation (NAG SVI) sepsis har startat under året. I arbetet ingår att ta fram nationellt gemensamma, systemoberoende och strukturerade mallar för dokumentation av sepsislarm och vårdåtgärder med mera, vilket kommer att förbättra förutsättningar för uppföljning, samt bidra i framtagande av ett förslag för nationell och regional uppföljning av indikatorerna.

Vårdförlopp Sepsis var ett av de 13 vårdförlopp som ingick i den första bredare uppföljning av indikatorer i vårdförlopp. Ingen av vårdförloppets tolv indikatorer kunde dock följas upp denna gång pga. bristande datatillgång. Till följd av detta har inte heller måluppfyllelsen bedömts.

För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

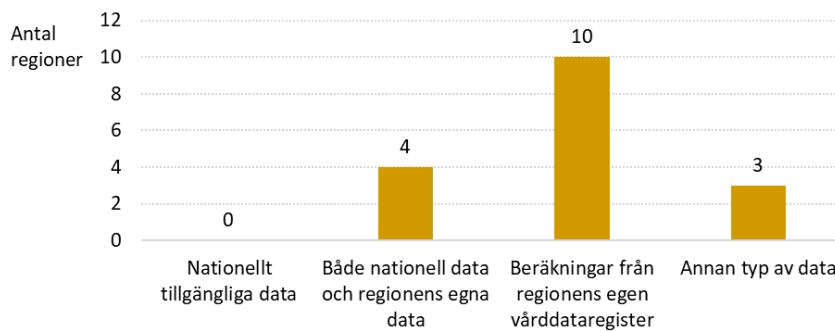
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att omkring en tredjedel följer upp *alla, flertalet* eller *enstaka* indikatorer. Hälften av regionerna har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 59. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp sepsis, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, framförallt använder eller kommer att använda *regional data* i uppföljningen. Av fritextsvar framkommer att de regioner som uppgett att de använder eller kommer att använda *annan typ av data* uppger att de kommer att använda data från journalgranskning.

Figur 60. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp sepsis, år 2023



Generisk modell rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete

Rehabilitering ska integreras i ett så tidigt skede som möjligt i patientens vårdprocess och inte ses som en efterföljande, parallell eller separat process. Rehabiliteringsprocessen i ett vårdförlopp inleds när misstanke om rehabiliteringsbehov föreligger och utredning av patientens rehabiliteringsbehov påbörjas. Om det är aktuellt görs även en försäkringsmedicinsk bedömning.

En generisk nationell modell för rehabilitering skapar förutsättningar för att alla patienter i behov av rehabilitering får ett strukturerat omhändertagande med tidig individuell bedömning, upprättande av rehabiliteringsplan, evidensbaserade åtgärder och uppföljning. Om patienten har behov av rehabilitering utformas en ICF-baserad rehabiliteringsplan i nära dialog med patient och eventuellt närstående. Den generiska modellen ger förutsättningar för en jämlik och kunskapsbaserad rehabilitering med ett personcentrerat och

individ Anpassat arbetssätt. I den generiska modellen används struktur och begrepp från Internationell klassifikation av funktionstillstånd och hälsa (ICF), WHO:s klassifikation. Det ger ett gemensamt språk och underlättar kommunikationen mellan olika professioner, verksamheter och huvudmän.

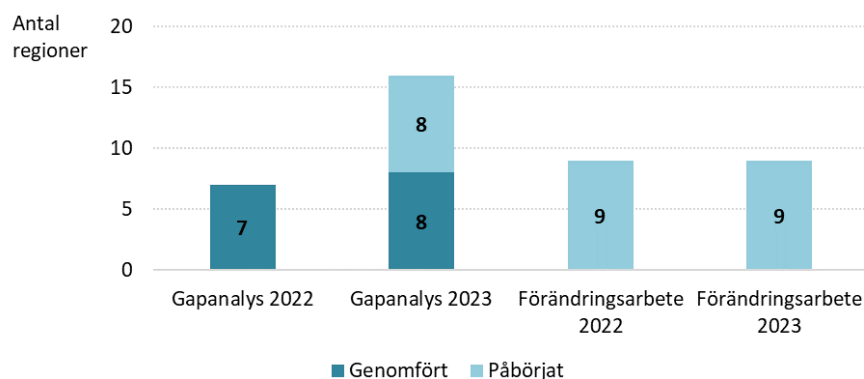
I mars togs beslut om den generiska modellen utformad för de arbetsgrupper som utarbetar diagnosspecifika vårdförlopp och modellen utgör då ett underlagsdokument för deras arbete i syfte att underlätta implementering av de diagnosspecifika vårdförloppen eftersom rehabiliteringsdelen blir utformad utifrån en gemensam struktur. Modellen har därefter, utifrån efterfrågan, bearbetats för klinisk verksamhet för att kunna användas oavsett om det finns vårdförlopp eller ej.

Generisk modell rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete godkändes under våren 2021

Införandestatus

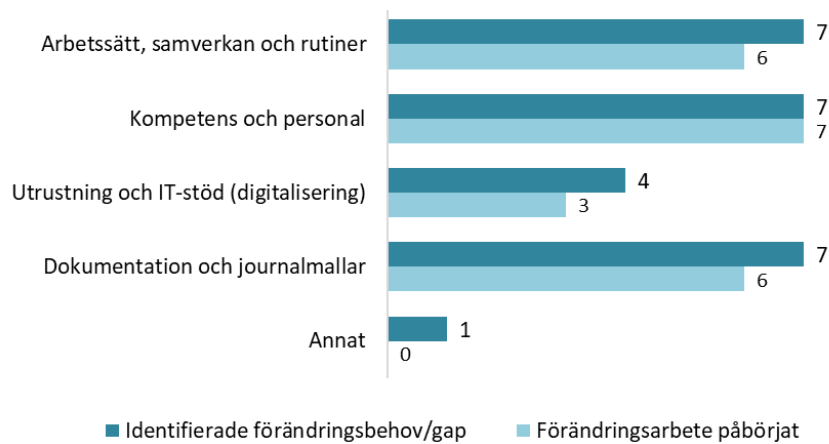
Tre fjärdedelar av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys), vilket är mer än en dubbling av motsvarande andel 2022. I knappt hälften av regionerna har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats – samma andel som under 2022.

Figur 61. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för generisk modell rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat – och påbörjat insatser för att åtgärda – faller i huvudsak inom kategorierna *arbetssätt, samverkan och rutiner, kompetens och personal* samt *dokumentation och journalmallar*.

Figur 62. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för generisk modell rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete, år 2023

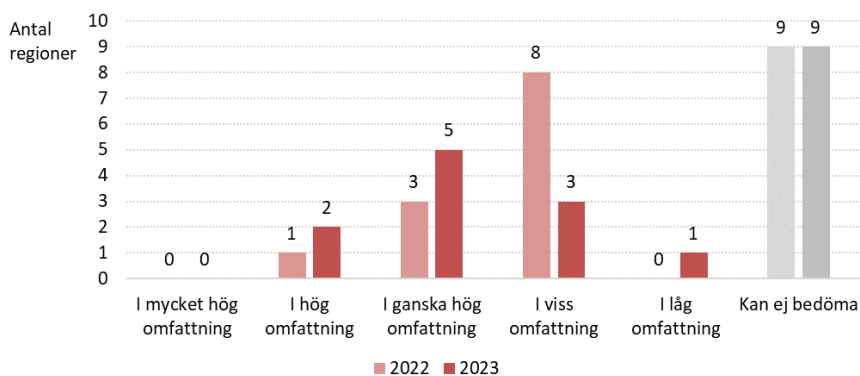


Av fritextsvar framkommer att de regioner som genomfört gapanalys bland annat identifierat behov av att öka tillgången till försäkringsmedicinsk kompetens, att stärka funktionen rehabkoordinatorer, att uppdatera journalsystem så att patientkontrakt kan implementeras, samt att utveckla journalmallar så att de stödjer arbete enligt vårdförloppet och enhetlig dokumentation.

Bland de åtgärder som har påbörjats omnämns översyn av rehabiliteringsverksamheter, framtagande av regiongemensamt förfarande vid framtagande och användning av rehabiliteringsplaner, utbildningar i försäkringsmedicin, förstärkning av funktionen rehabkoordinatorer, samt införande av rutiner för enhetlig dokumentation eller nya journalsystem.

Liksom under år 2022 har knappt hälften av regionerna svårt att bedöma i vilken omfattning vård ges i enlighet med vårdförloppet. Av de regioner som kunnat göra en bedömning, uppger drygt hälften att vård ges enlighet med vårdförloppet i *ganska hög* eller *hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det tre regioner mer som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *hög* eller *ganska hög* omfattning.

Figur 63. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med generisk modell rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete, år 2022 och 2023



Uppföljning

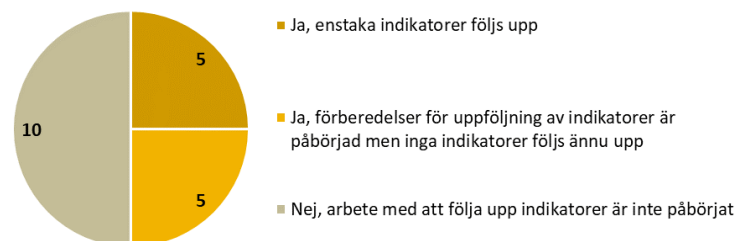
Vårdförloppets samtliga tre indikatorer har specificerade beskrivningar vilka avser datauttag från regioners vårdinformationssystem.

Den generiska modellens version för klinisk verksamhet har under året ingått i uppföljningen av de 13 första vårdförloppen. Uppföljning har skett av förekomsten och uppföljning av rehabiliteringsplaner samt förekomsten av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbetslivet. Data har hämtats från SKR:s KPP-databas och bygger i grunden på regionernas data. Underrapportering av aktuella koder gör att stor osäkerhet råder om faktiska förhållanden och det är i nuläget inte möjligt att bedöma måluppfyllelse.

För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

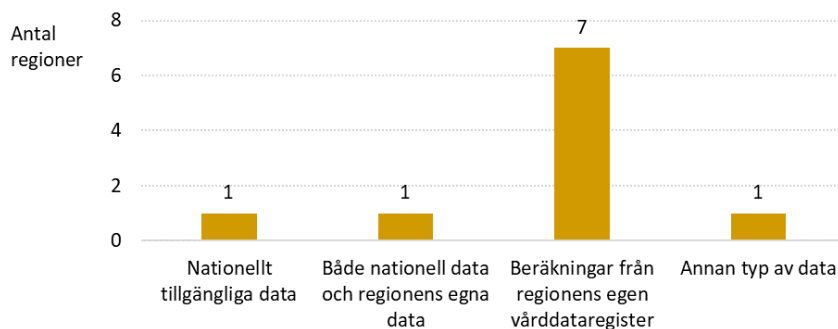
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att en fjärdedel av regionerna följer upp *enstaka* indikatorer och att en fjärdedel har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet. Övriga regioner, hälften, har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 64. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för generisk modell rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda regional data i uppföljningen. Av fritextsvar framkommer att den region som uppgett *annan typ av data* använder sig av journalgranskning.

Figur 65. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av generisk modell rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete, år 2023



Knäledsartros

Artros är den vanligaste ledsjukdomen i Sverige idag, den vanligaste formen av artros är knäledsartros. Förekomsten ökar med ålder och sjukdomen förväntas bli allt vanligare i takt med en åldrande befolkning.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp knäledsartros inleds vid försämring av tidigare känd knäledsartros och avslutas då patienten upplever acceptabel funktions- och smärtsituation och fungerande egenvård eller vid remiss till ortopedisk specialist för bedömning och ställningstagande till kirurgi.

Knäledsartros orsakar progredierande smärta, stelhet, muskelsvaghet, nedsatt rörlighet och instabilitet. Diagnos ställs genom kliniskt genom anamnes och status. Vid behov kan undersökningen kompletteras med bilddiagnostiska undersökningar. Behandlingen består av ökad fysisk aktivitet genom rehabiliteringsprogram och vid behov åtgärder för viktnedgång. Vid hög symtombörda får patienten genomgå protesoperation.

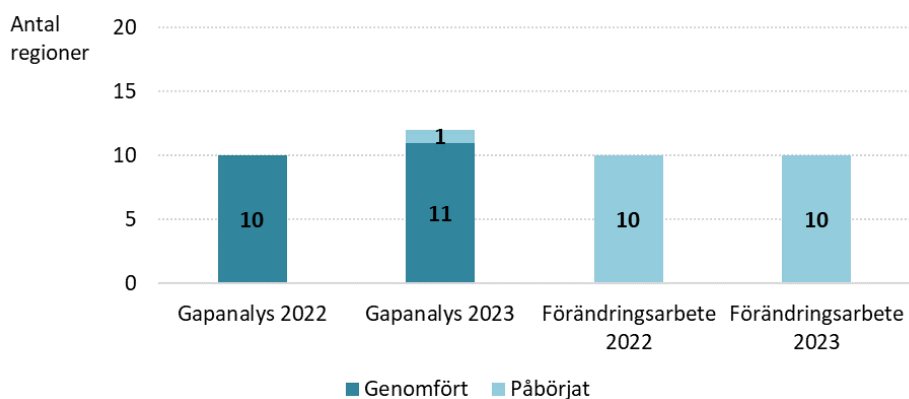
Målen med vårdförloppet är att patienter med knäledsartros ska uppnå ökad funktionsnivå, livskvalité och minskad smärta, de ska få diagnos och grundbehandling tidigt i förloppet, utredas och omhändertas på ett individanpassat sätt i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Vårdförloppet ska även öka kunskapen om knäledsartros bland allmänheten och vårdgivare.

Vårdförloppet för knäledsartros godkändes under våren 2022.

Införandestatus

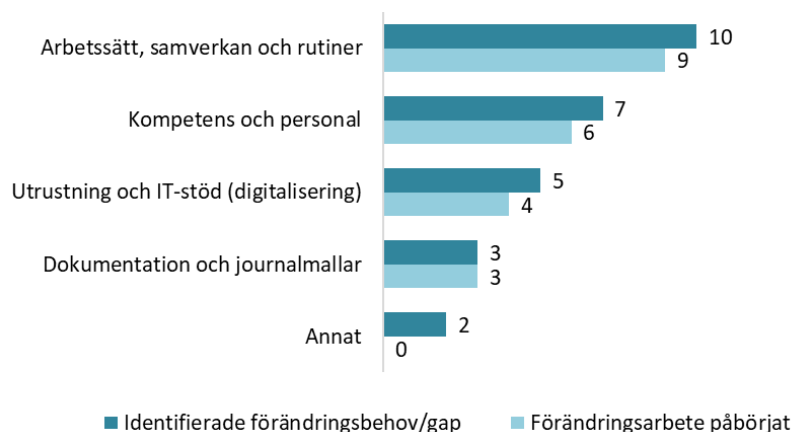
Drygt hälften av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys), vilken är en liten ökning jämfört med 2022. I hälften av regionerna har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats, vilket inte innebär någon förändring jämfört med 2022.

Figur 66. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp knäledsartros, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat – och påbörjat insatser för att åtgärda – faller i huvudsak inom kategorierna *arbetsätt, samverkan och rutiner* och *kompetens och personal*.

Figur 67. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp knäledsartros, år 2023

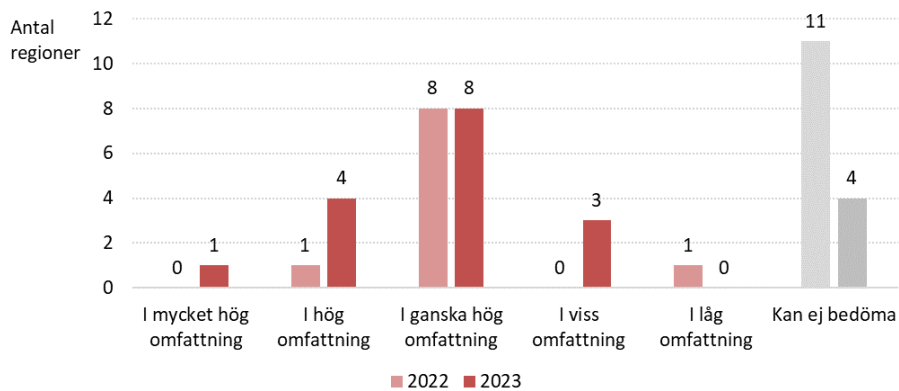


Av fritextsvar framkommer att identifierade förändringsbehov, på samma sätt som år 2022, till stor del handlar om att patienter i för hög utsträckning bokas in för besök hos läkare i stället för till fysioterapeut och att onödiga undersökningar och behandlingsmetoder inte är utmönstrade. Onödiga röntgenundersökningar och underutnyttjande av fysioterapeuter nämns specifikt. Flera regioner ser även ett behov av att stärka tillgången till patientutbildning (artrosskola), grundbehandling och av att öka registreringen i kvalitetsregister.

De regioner som påbörjat ett arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov har exempelvis påbörjat framtagande av regiongemensamma rutiner, genomfört insatser för att öka trigering till fysioterapeut, tagit fram webbaserade utbildningar för primärvårdspersonal och för patienter, genomfört förändringar i journalsystem för att lättare kunna följa funktionsförändringar över tid, samverkat för att arbete enligt vårdförloppet ska stödjas i de nya journalsystemen.

En majoritet av de regioner som kunnat göra en bedömning, uppger att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög, hög* eller *mycket hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det fyra regioner mer som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *mycket hög* eller *hög* omfattning, och betydligt fler regioner som kunnat göra en bedömning.

Figur 68. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp knäledsartros, år 2022 och 2023



Uppföljning

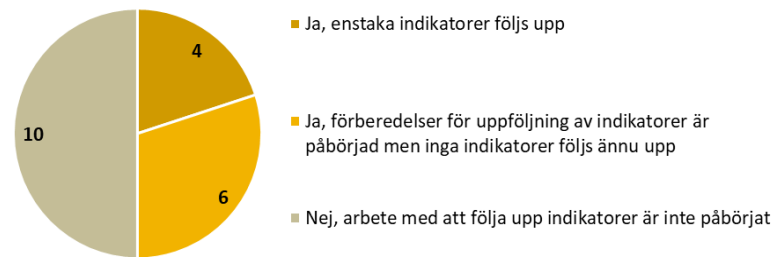
Indikatorer för uppföljning har god koppling till riktlinjer och vårdkriterier. Från det nationella kvalitetsregistret Svenska Artrosregistret kan flertalet indikatorer hämtas dock har registret en låg eller oklar täckningsgrad. Den aktuella vården ges i hög grad inom primärvårdsrehabilitering. Utvecklingsarbete för att säkerställa effektiv datafångst till vårdförloppets indikatorer behöver ske.

I början av 2023 genomfördes en första bredare uppföljning där detta vårdförlopp ingick med sex av sina totalt åtta indikatorer. Data har huvudsakligen hämtats från Svenska Artrosregistret men för två av vårdförloppets indikatorer har regionerna ombetts att lämna data från sina vårdinformationssystem. Utfallet för de två sistnämnda uppvisar stor spridning i utfall. Tillgängliga data tyder på att målen nås i olika grad. Målet om individanpassad behandling uppnås, medan målet om rätt vård i rätt tid har data som huvudsakligen tyder på måluppfyllelse. Samtidigt visar utfallen kopplade till målet om ökad livskvalitet och minskad smärta att indikatorn för minskad smärta är nära sin målnivå, medan målnivån för indikatorn om livskvalitet inte infrias.

För en mer ingående beskrivning av genomförd uppföljning hänvisas till rapporten Indikatorbaserad uppföljning av vårdförlopp – förutsättningar, utmaningar och utfall.

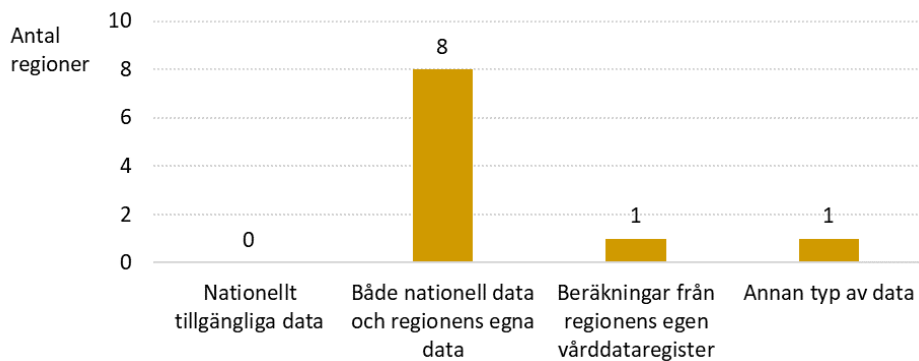
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att en femtedel av regionerna följer upp *enstaka* indikatorer. Knappt en tredjedel har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner, hälften, har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 69. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp knäledsartros, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda både nationell och regional data i uppföljningen. Av fritextsvar framkommer att den region som uppgett att *annan typ av data* används eller kommer att användas, kommer att använda data från kvalitetsregister, Svenska artrosregistret.

Figur 70. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp knäledsartros, år 2023



Grav hörselnedsättning

I Sverige finns cirka 1,5 miljoner personer med hörselnedsättning. För den patientgrupp som har grav hörselnedsättning saknas för närvarande tillförlitliga data om incidens och prevalens. Med hörapparat men utan avläsestöd har personer med grav hörselnedsättning stora svårigheter att uppfatta ord och meningar från en meters håll i vardagsmiljö. WHO har från och med mars 2021 antagit en ny definition för grav hörselnedsättning.

Vårdförloppet inleds vid konstaterad grav hörselnedsättning och följer personen så länge den grava hörselnedsättningen kvarstår, ofta hela livet.

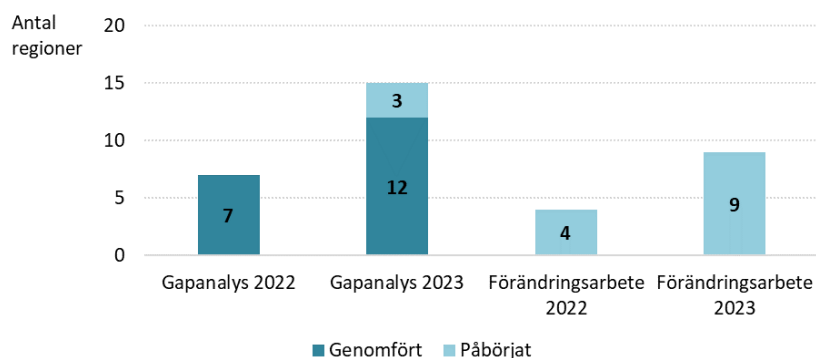
Målet med vårdförloppet är att personer med grav hörselnedsättning ska få optimala förutsättningar till kommunikation, interaktion och delaktighet. För att minska risken av isolering och öka möjligheterna till social delaktighet är det viktigt att fastställa den grava hörselnedsättningen så tidigt som möjligt.

Vårdförloppet för grav hörselnedsättning godkändes under våren 2022.

Införandestatus

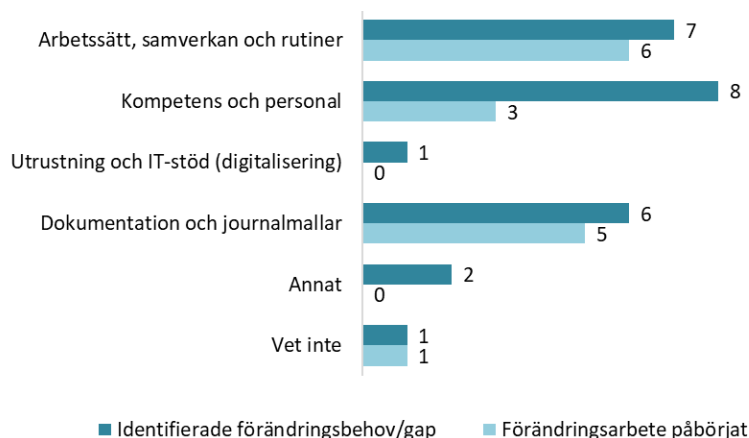
Tre fjärdedelar av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). Det innebär att mer än dubbelt så många regioner genomfört eller påbörjat detta arbete 2023, jämfört med 2022. I knappt hälften av regionerna har även ett arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats – i fem regioner mer jämfört med 2022.

Figur 71. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp grav hörselnedsättning, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *kompetens och personal* samt *arbetssätt, samverkan och rutiner*. De regioner som påbörjat ett förändringsarbete uppger att de framför allt genomfört åtgärder inom dessa områden och inom *dokumentation och journalmallar*.

Figur 72. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp grav hörselnedsättning, år 2023

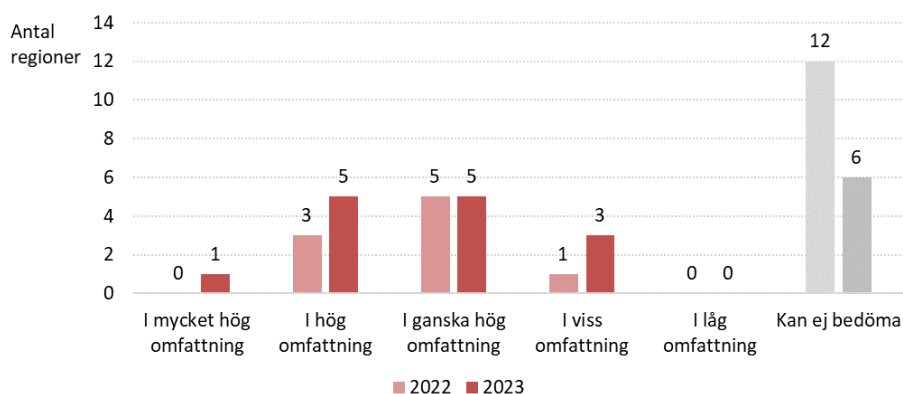


Av fritextsvar framkommer att de regioner som genomfört gapanalys bland annat identifierat behov av att införa användning av vårdplaner, att säkerställa tillgång till audionomer och hörselpedagoger, av att anpassa organisation och vård till barn med grav hörselnedsättning, och av att åtgärda nuvarande brist på diagnoskod. Ett antal regioner lyfter också att de behöver se över vårdens organisering, då den definition som används innebär att patientgruppen ökar

kraftigt (en region nämner en dubbling). Regioner som påbörjat åtgärder har bland annat inlett regionövergripande arbete med vårdplaner, infört nya kallelse- och uppföljningsrutiner, genomfört informationsinsatser om åtgärds-koder samt kompetensutveckling. En region har även startat en gruppverksamhet för äldre barn med grav hörselnedsättning.

Knappt fyra femtedelar av de regioner som kunnat göra en bedömning, uppger att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög*, *hög* eller *mycket hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det tre regioner mer som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *mycket hög* eller *hög* omfattning, och betydligt fler regioner som kunnat göra en bedömning.

Figur 73. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp grav hörselnedsättning, år 2022 och 2023



Uppföljning

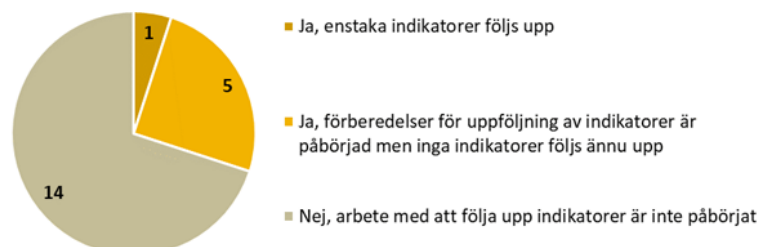
För vårdförloppets indikatorer saknas i hög grad etablerade nationella datakällor som kan användas för uppföljning. Det nationella kvalitetsregistret för grav hörselnedsättning har låg täckningsgrad och kommer sannolikt att, åtminstone tillfälligt, bli lägre genom att WHO nyligen ändrat definitionen av grav hörselnedsättning. Den nya definitionen innebär att fler patienter inkluderas. På kort sikt finns inga andra möjliga datakällor än regionernas vårdinformationssystem och fördjupade beskrivningar (recept) har tagits fram och publicerats för alla utom en indikator i detta syfte.

Hittills har inte hörselnedsättningens svårighetsgrad kunnat beskrivas strukturerat med traditionella klassifikationskoder. Från och med första januari 2023 har en separat graderingskod för svårighetsgrad tillkommit i svenska ICD-10 som man kan kombinera med tillämplig ICD-10-kod för patientens hörselnedsättning. Om och när denna graderingskod används ökar möjligheterna att korrekt identifiera vårdförloppets patientpopulation.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

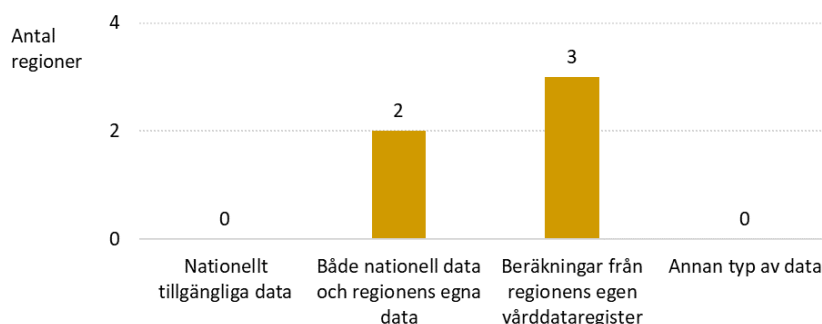
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att en region följer upp *enstaka* indikatorer. En fjärdedel av regionerna har genomfört förberedelser för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 74. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp grav hörselnedsättning, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda enbart *regional* eller både *nationell och regional* data i uppföljningen.

Figur 75. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp grav hörselnedsättning, år 2023



Diabetes med hög risk för fotsår

Diabetesrelaterade fotkomplikationer är allvarliga och vanligt förekommande komplikationer till diabetes. Diabetesrelaterade fotsår är i västvärlden den vanligaste orsaken till icke-traumatiska amputationer i nedre extremiteterna. Trots en medianålder kring 65 år, är femårsdödligheten hos personer med diabetesrelaterade fotsår hög och jämförbar med de som diagnostiserats med tjocktarmscancer.

Ingång i vårdförloppet ska ske när en patient har diabetes och uppfyller ett eller flera av ett antal specificerade kriterier. Vårdförloppet pågår vanligen livet ut, men utgång ur påbörjat vårdförlopp kan ske vid bilateral amputation ovanför ankeln eller vid övergång till palliativ vård i livets slutskede.

Vårdförloppet har som övergripande mål att förbättra hälsorelaterad livskvalitet och öka delaktigheten hos patienter med fotkomplikationer genom en ökad medvetenhet om diabetesrelaterade fotkomplikationer hos patienter, närstående och vårdgivare. Vårdförloppets mål är en jämlik och god vård för och ett förbättrat omhändertagande av patienter med ökad risk för fotkomplikationer.

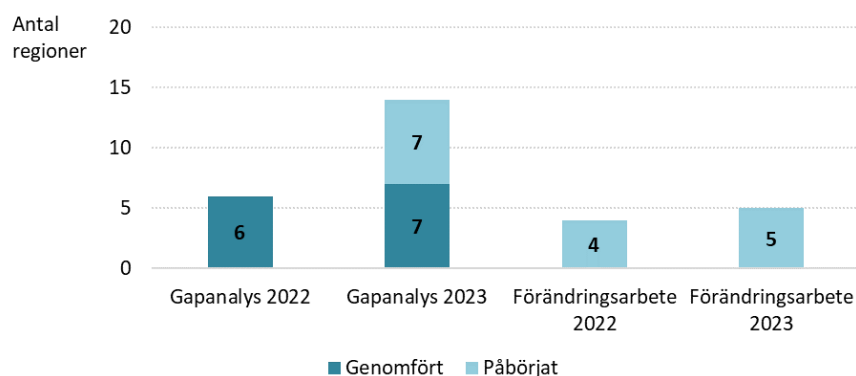
Mer specifikt syftar vårdförloppet till att minimera onödiga väntetider för patienter och optimera tillgängliga resurser i syfte att lindra smärta, minska risk för sår, läka sår, förhindra eller läka ut infektion, bevara förmågan att gå samt minska risken för amputation och förtida död.

Vårdförloppet för diabetes med hög risk för fotsår godkändes under våren 2022.

Införandestatus

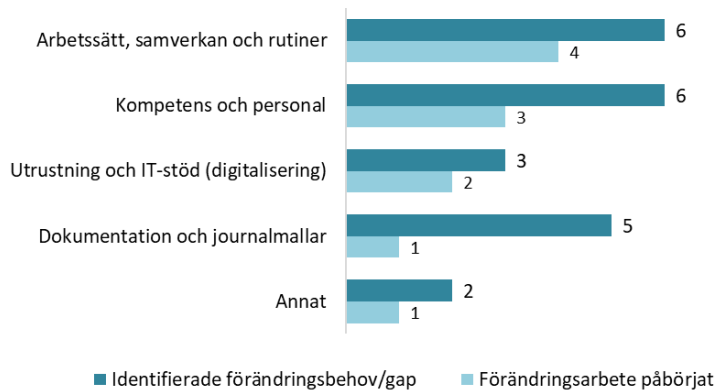
Två tredjedelar av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetsätt (gapanalys); andelen som genomfört eller påbörjat gapanalys har därmed mer än fördubblats mellan år 2022 och 2023. I en fjärdedel av regionerna har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats, vilket är en liten ökning jämfört med år 2022.

Figur 76. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp diabetes med hög risk för fotsår, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetsätt, samverkan och rutiner* samt *kompetens och personal*. Det är också till dessa områden de flesta påbörjade förbättringsarbeten hör.

Figur 77. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp diabetes med hög risk för fotsår, år 2023

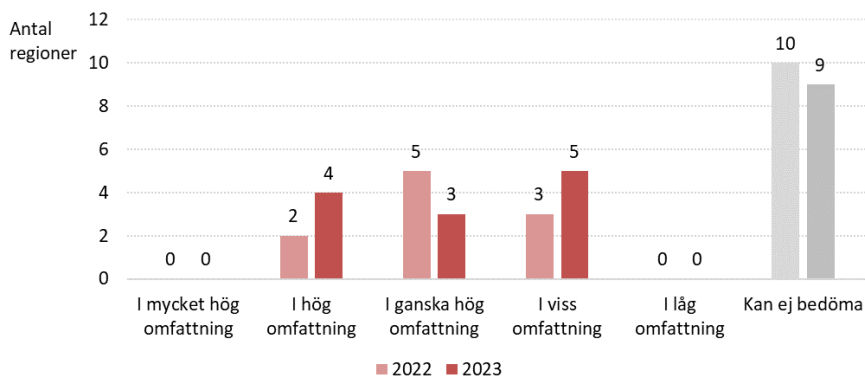


Av fritextsvar framkommer att regioner som genomfört gapanalyser bland annat ser ett behov av att ta fram rutiner för framtagande av vårdplan och för remissförfattande, att stärka det basala omhändertagandet inom primärvården, att tydliggöra ansvarsfördelning i vårdkedjan, att stärka riskbedömningen av fötter inom den kommunala och regionala hälso- och sjukvården, att möjliggöra bifogande av fotodokumentation i remisser, att möjliggöra datainsamling för uppföljning av vårdförloppet direkt från vårdinformationssystemen. Detta är i linje med flera av de förbättringsbehov som omnämndes år 2022.

De regioner som påbörjat ett förbättringsarbete har bland annat påbörjat arbete för att tydliggöra ansvarsfördelning, för att revidera befintliga medicinska riktlinjer och för att kunna erbjuda digitalt egenvårdsmaterial. Till de redan genomförda åtgärderna hör basutbildning i sårvård, framtagande av digitala utbildningar, och inköp av viss utrustning såsom tåtrycksmätare.

I likhet med år 2022 har knappt hälften av regionerna svårt att göra en bedömning av i vilken utsträckning vård ges i enlighet med vårdförloppet. Av de regioner som kunnat göra en bedömning, uppger mer än hälften att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög* eller *hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det två regioner mer som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *hög* omfattning.

Figur 78. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp diabetes med hög risk för fotsår, år 2022 och 2023



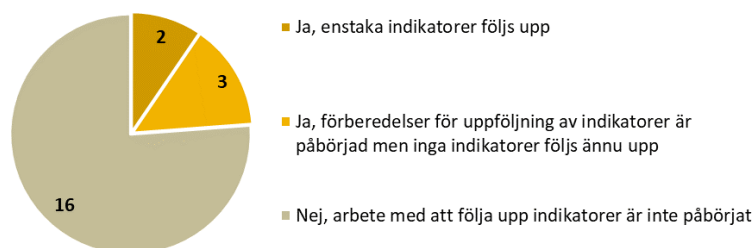
Uppföljning

Flertalet av vårdförloppets indikatorer saknar etablerade nationella datakällor för uppföljning. De flesta har regionernas vårdinformationssystem som källa. Socialstyrelsens register och Nationell patientenkät är källa för några indikatorer. Indikatorerna är specificerade med ”recept” men för tre indikatorer har publicering avvaktats på grund av hög komplexitet. Sannolikt kommer utvecklingsarbete behöva ske för att säkerställa effektiv datafångst av vissa informationsmängder som behövs för uppföljning av vårdförloppets indikatorer.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

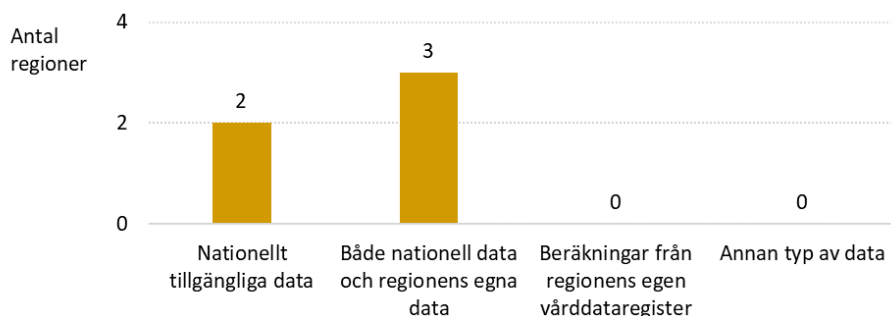
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att två regioner följer upp *enstaka* indikatorer, och att tre regioner genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet. Övriga regioner, drygt tre fjärdedelar, har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 79. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp diabetes med hög risk för fotsår, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda både nationell och regional, eller enbart nationell data i uppföljningen.

Figur 80. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp diabetes med hög risk för fotsår, år 2023



Inflammatorisk tarmsjukdom, IBD

Inflammatorisk tarmsjukdom eller IBD (från den engelska termen Inflammatory Bowel Disease) omfattar diagnoserna Crohns sjukdom, ulcerös kolit och oklassificerad inflammatorisk tarmsjukdom. IBD förekommer hos knappt en procent av befolkningen.

Vårdförlopp IBD hos vuxna inleds vid misstanke om sjukdomen, fortsätter vid bekräftad diagnos och avslutas efter uppföljningsbesöket ett år efter att diagnosen fastställdes.

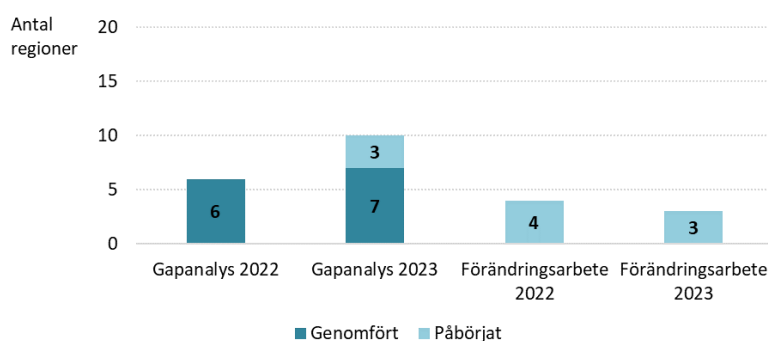
Obehandlad IBD kan leda till bestående strukturell tarmskada, funktionsnedsättning, cancer och för tidig död. Idag är förväntad överlevnad nästan i nivå med övrig befolkning tack vare allt bättre medicinsk och kirurgisk behandling. Tidig diagnostik, tidigt insättande av behandling och adekvat monitorering är avgörande faktorer för att minska risken för försämrad tarmfunktion och komplikationer. Det övergripande målet för vårdförlopp IBD är att uppnå god vård. Med det avses en säker, personcentrerad, effektiv och jämlik vård av hög kvalitet så att framtida funktionsnedsättningar och komplikationer kan undvikas och att bästa möjliga livskvalitet för patienten uppnås.

Vårdförloppet för inflammatorisk tarmsjukdom godkändes under sommaren 2022.

Införandestatus

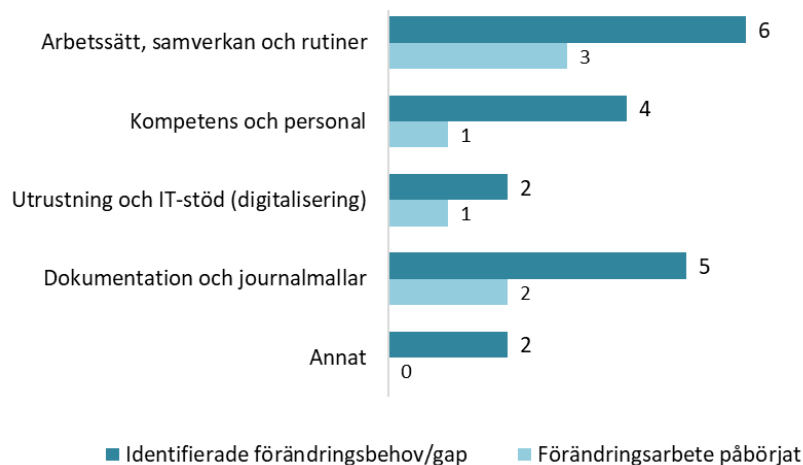
Knappt hälften av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys), en ökning jämfört med år 2022. I tre regioner har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats. År 2022 uppgav fyra regioner att en gapanalys genomförts – skälet till minskningen är okänd men beror sannolikt på hur frågan tolkats eller att det blivit fel vid inrapportering av data.

Figur 81. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp inflammatorisk tarmsjukdom, IBD, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetsätt, samverkan och rutiner* samt *dokumentation och journalmallar*. De regioner som påbörjat ett förändringsarbete uppger att de framför allt genomfört åtgärder inom dessa områden samt inom *kompetens och personal*.

Figur 82. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp inflammatorisk tarmsjukdom, IBD, år 2023

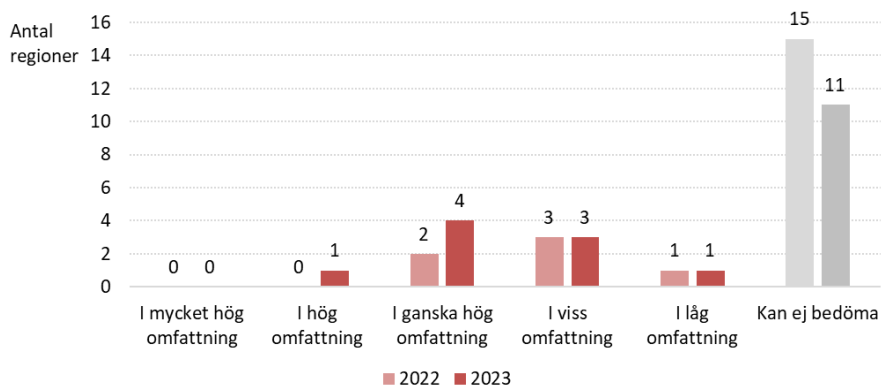


Av fritextsvar framkommer att de regioner som genomfört gapanalyser bland annat sett behov av att säkerställa att grundläggande utredning görs i primärvården innan vidare remiss för ileokoloskopi, att säkerställa användning av och dokumentation utifrån angivna bedömningsverktyg, öka användningen av vårdplaner och patientutbildning, att säkerställa kompetensförsörjning av sjuksköterskor med IBD-kompetens, och att öka täckningsgraden i kvalitetsregister. Den region som lämnat ett fritextsvar kring påbörjade åtgärder, har påbörjat framtagande av en regionsgemensam rutin, genomfört kompetensutveckling för personal och inlett arbete för att öka registreringen i kvalitetsregister.

I likhet med år 2022 har många regioner svårt att bedöma i vilken omfattning vård ges i enlighet med vårdförloppet, men fler regioner – knappt hälften – har kunnat göra en bedömning år 2023 jämfört med 2022. Av de regioner som kunnat göra en bedömning, uppger omkring hälften att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög* eller *hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det tre regioner mer som uppger att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *hög* eller *ganska hög* omfattning.

Figur 83. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet

med vårdförlopp inflammatorisk tarmsjukdom, IBD, år 2022 och 2023



Uppföljning

Majoriteten av indikatorerna bygger på och följs idag av kvalitetsregistret SWIBREG (Swedish inflammatory bowel disease registry). Kvalitetsregistret har överlag relativt god täckningsgrad.

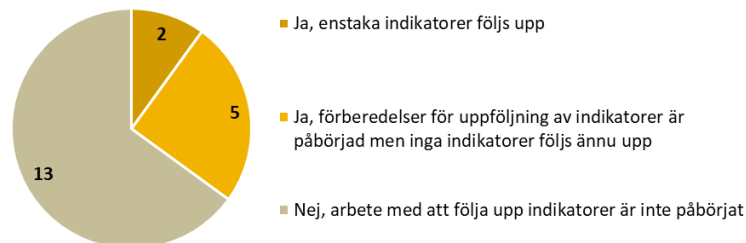
Ett flertal PREM-mått ingår också i vårdförloppet. Patientgruppen har under året ingått i en första pilotundersökning med en generisk PREM-enkät anpassad för vårdförloppen. Patienter från fyra av 21 regioner ingick i pilotundersökningen.

Fördjupade beskrivningar av indikatorerna med "recept" har utarbetats och publicerats under 2023.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

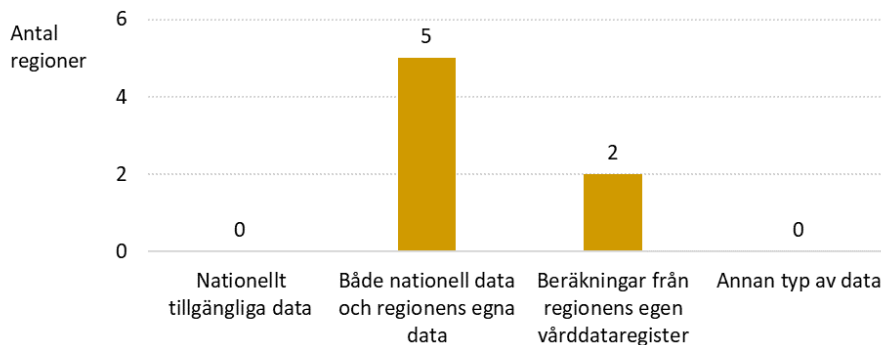
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att två regioner följer upp *enstaka* indikatorer och att en fjärdedel av regionerna, fem stycken, har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet. Övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 84. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp inflammatorisk tarmsjukdom, IBD, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, framförallt använder eller kommer att använda både nationell och regional data i uppföljningen.

Figur 85. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp inflammatorisk tarmsjukdom, IBD, år 2023



Palliativ vård

Det sammanhållna och personcentrerade vårdförloppet för palliativ vård inleds vid misstanke om ett palliativt vårdbehov hos en patient som har en eller flera livshotande sjukdomar. Utgång sker när patienten avlider och efterlevnadssamtal har erbjudits eller när behov av palliativ vård inte längre föreligger. Vårdförloppet gäller oavsett diagnos, ålder, bostadsort, vårdform och förväntad livslängd och omfattar verksamheter inom såväl allmän som specialiserad palliativ vård i alla regioner och kommuner.

Palliativ vård innebär vård till personer som lider av en kronisk eller obotlig sjukdom där en helhetssyn tas på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande. Detta görs genom att förebygga och lindra lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta samt andra fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom. Detta görs genom hörnstenarna i palliativvård: symtomlindring vid bemärkelse, samarbete av ett mångprofessionellt team, kommunikation och relation i syfte att främja patientens livskvalitet och stöd till de närstående under sjukdomen och efter dödsfallet. Varje år förväntas 70 000 personer vara i behov av palliativ vård, 22 000 av dessa behöver specialiserad palliativ vård.

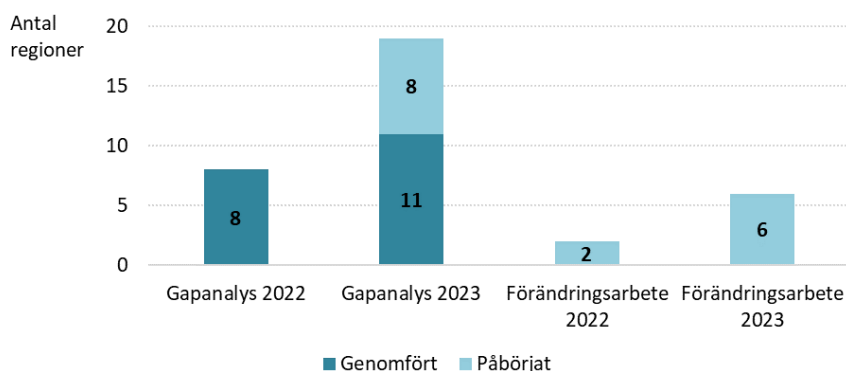
Det övergripande målet med vårdförloppet är ökad jämlikhet och kvalitet i den palliativa vården. Detta uppnås genom att identifiera patienter med palliativa vårdbehov i tid och med rätt kompetens samt att använda sig av ett palliativt förhållningsätt till patienter och närstående. Det behövs också säkrare tillgång till specialiserad palliativ vård. Viktigt är också att erbjuda berörda patienter och närstående (med patienters medgivande) samtal vid allvarlig sjukdom och att i samråd med patienten ta fram och regelbundet uppdatera vårdplan samt att i samråd med patienten samla erforderlig kompetens i ett multiprofessionellt team runt patienten utifrån dennes behov och verka för tydlig samverkan i vårdkedjan. Patienten och närstående ska alltid veta vart de ska vända sig.

Vårdförloppet för palliativ vård godkändes under våren 2022.

Införandestatus

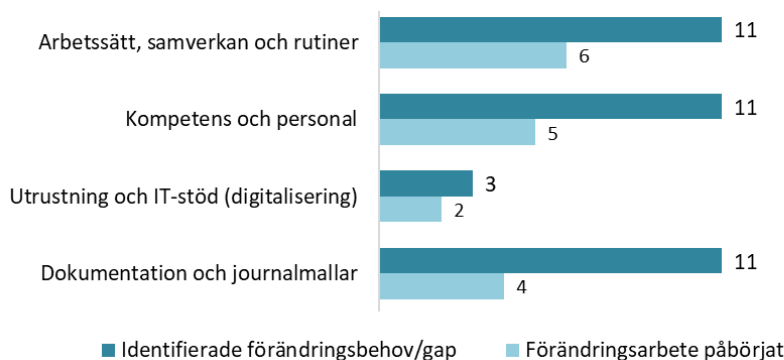
Närpå samtliga regioner har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). Andelen regioner som genomfört eller påbörjat en gapanalys har mer än fördubblats mellan år 2022 och 2023. I en knapp tredjedel av regionerna har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats, vilket också det är en tydlig ökning jämfört med 2022.

Figur 86. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp palliativ vård, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetssätt, samverkan och rutiner, kompetens och personal* samt *dokumentation och journalmallar*. De regioner som påbörjat ett förändringsarbete uppger även att de främst påbörjat åtgärder inom dessa områden.

Figur 87. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp palliativ vård, år 2023



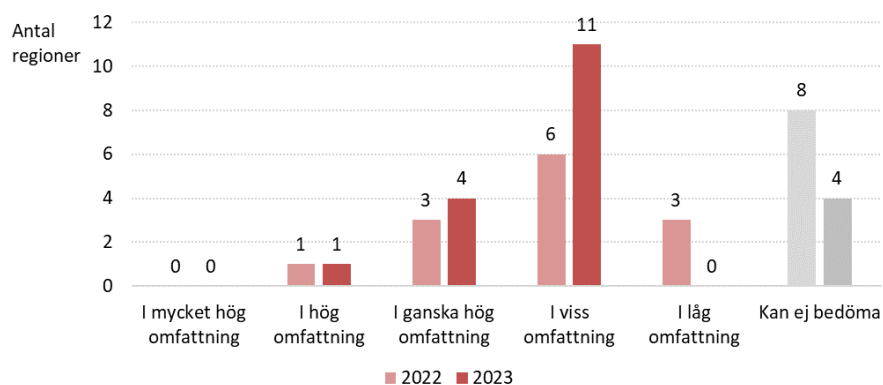
Av fritextsvar framkommer att de regioner som genomfört gapanalyser bland annat sett ett behov av att öka samverkan mellan olika aktörer, att införa ett mer strukturerat omhändertagande och av att säkerställa att behov av palliativ vård identifieras i ett tidigt skede, att höja kvaliteten i den allmänna palliativa vården, att införa en infrastruktur för palliativ vård av barn utanför sjukhus, att säkerställa att samtal vid allvarlig sjukdom hålls när behov finns inom *arbetssätt, samverkan och rutiner*. Kopplat till *kompetens och personal* har

regioner sett ett behov av att genomföra kompetensutveckling inom området palliativ vård, att öka tillgången till läkare med ansvar för hemsjukvård, och av att öka kunskapsnivån om läkemedel inom palliativ vård. Inom de två senare kategorierna har regioner sett ett behov av att hitta lösningar som möjliggör hämtning av uppföljningsdata från regionens vårdinformationssystem; att möjliggöra gemensam dokumentation mellan olika aktörer, inklusive dokumentation av vårdplan, och av att öka registreringen i kvalitetsregister.

Regioner som påbörjat åtgärder, har bland annat tagit fram rutiner för och kompetensutvecklat kring samtal vid allvarlig sjukdom, påbörjat kartläggning av den palliativa vården av barn, inrättat palliativt konsultstöd på utvalda vårdavdelningar, tagit fram kompetensförsörjningsplaner, digitaliserat den nationella vårdplanen för palliativ vård och påbörjat dialoger kring hur arbete utifrån vårdförloppet skulle kunna stödjas vid byte av vårdinformationssystem.

Två tredjedelar av de regioner som kunnat göra en bedömning uppger att vård ges i enlighet med vårdförloppet i viss omfattning. En femtedel av regionerna har svårt att göra en bedömning, vilket innebär att andelen som inte kunnat göra en bedömning halverats mellan år 2022 och 2023.

Figur 88. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp palliativ vård, år 2022 och 2023



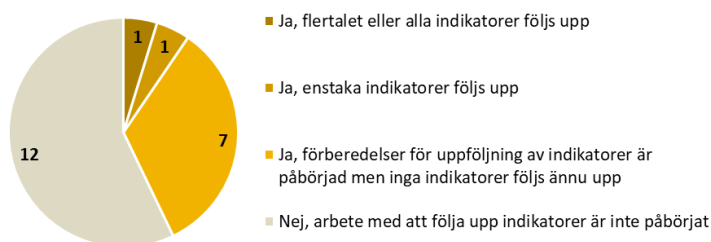
Uppföljning

Flera indikatorer i vårdförloppet har Svenska palliativregistret som källa. Flera av dessa finns redan publicerade på Vården i siffror och en indikator har kompletterats utifrån vårdförloppet. Uppföljningen av mål och indikatorer som täcker tidig palliativ sjukdomsfas förutsätter dock att patientgruppen kan identifieras i vårddokumentationen. För dessa indikatorer saknas nationell datakälla i dagsläget men möjliga framtida datakällor kan komma att hämtas från regionernas vårdinformationssystem. En fördjupad beskrivning med "recept" för indikatorerna i vårdförloppet har ännu inte publicerats. Ett utvecklingsarbete med översyn av indikatorerna pågår vilket innebär viss justering av indikatorerna.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

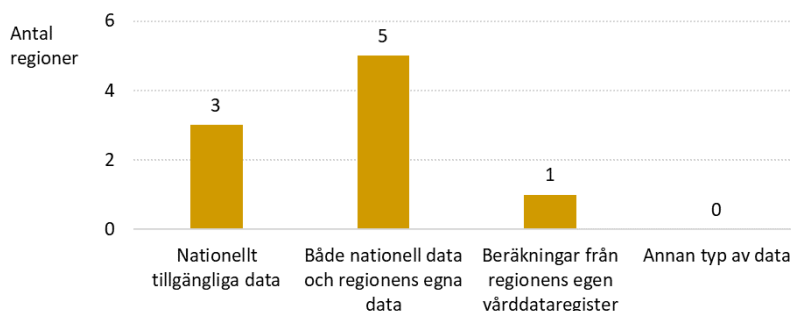
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att två regioner följer upp *alla*, *flertalet* eller *enstaka* indikatorer. En tredjedel av regionerna har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 89. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp palliativ vård, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda såväl enbart *nationell* eller *regional data*, som en kombination av *nationell och regional data* i uppföljningen.

Figur 90. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp palliativ vård, år 2023



Venös sjukdom – varicer och bensår

Venös sjukdom yttrar sig vanligen som varicer i benen (åderbräck) med eller utan bensår. Varicer förekommer hos 20–30 procent av befolkningen. De behöver inte ge besvär, men ibland medför de svåra symtom som påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten och arbetsförmågan.

Ingång i vårdförloppet sker vid misstanke om venös sjukdom i benen baserat på symtom eller kliniska tecken.

Vårdförloppet har som övergripande mål att patienter ska få en enhetlig och jämlik bedömning och behandling oavsett var man bor i landet. Vårdförloppet avser att ge en välorganiserad vårdkedja som är personcentrerad och tar

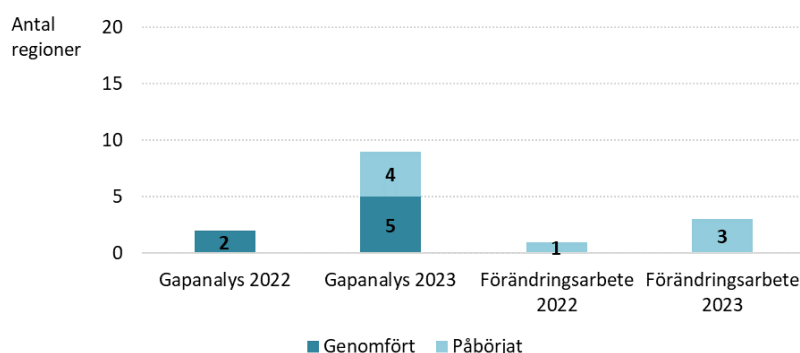
patientens berättelse på allvar, minimerar väntetider och optimerar tillgängliga resurser, i syfte att förebygga eller läka bensår samt förbättra livskvalitet. Målen följs upp genom indikatorer som bland annat mäter väntetider till behandling, sårfrihet vid bensår och patientrapporterade utfallsmått efter kärlkirurgisk behandling.

Vårdförloppet för venös sjukdom – varicer och bensår godkändes under våren 2022.

Införandestatus

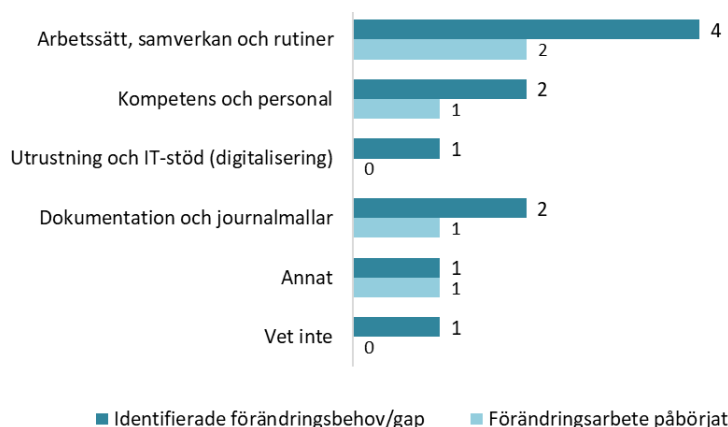
Knappt hälften av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). Det är en ökning jämfört med år 2022, då två regioner genomfört en gapanalys. I tre regioner har arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats, vilket är en ökning jämfört med år 2022 då en region hade inlett detta arbete.

Figur 91. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp venös sjukdom – varicer och bensår, år 2022 och 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorin *arbetssätt, samverkan och rutiner*. De regioner som påbörjat ett förändringsarbete uppger att de genomfört åtgärder inom de flesta av de områden som listades i enkäten.

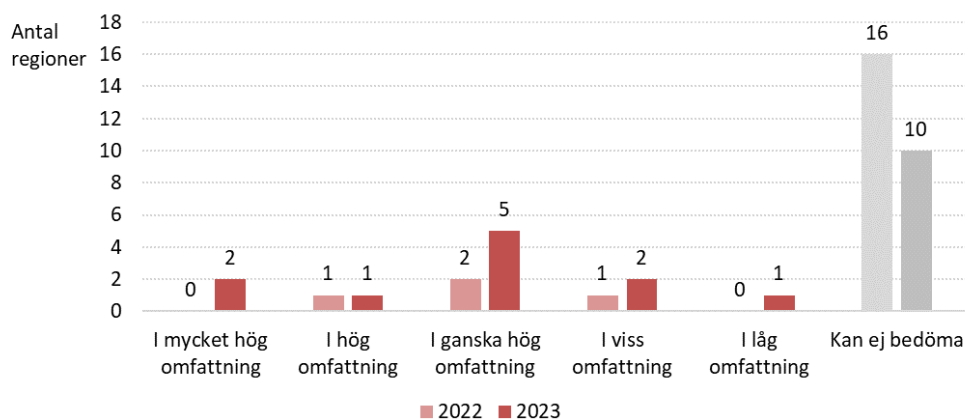
Figur 92. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp venös sjukdom – varicer och bensår, år 2023



Av fritextsvar framkommer att de regioner som genomfört gapanalyser bland annat ser behov av att genomföra åtgärder för att öka samverkan mellan olika vårdnivåer och för att stärka förutsättningarna för att skapa tydliga remisser, av att uppdatera lokala behandlingsriktlinjer och av att öka användningen av VARIShort. De regioner som påbörjat åtgärder har exempelvis infört VARIShort i journalmallen och inlett dialoger för att stärka förutsättningarna för enhetlig diagnoskodning.

I likhet med år 2022 har många regioner – ungefär hälften – svårt att göra en bedömning av i vilken omfattning patienter får vård i enlighet med vårdförloppet. Andelen har dock minskat sedan år 2022, då tre fjärdedelar av regionerna hade svårt att göra bedömningen. Av de regioner som kunnat göra en bedömning, uppger knappt hälften – det vill säga en fjärdedel av samtliga regioner – att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög* omfattning. Jämfört med 2022, är det två regioner mer som anser att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *mycket hög* omfattning.

Figur 93. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp venös sjukdom – varicer och bensår, år 2022 och 2023



Uppföljning

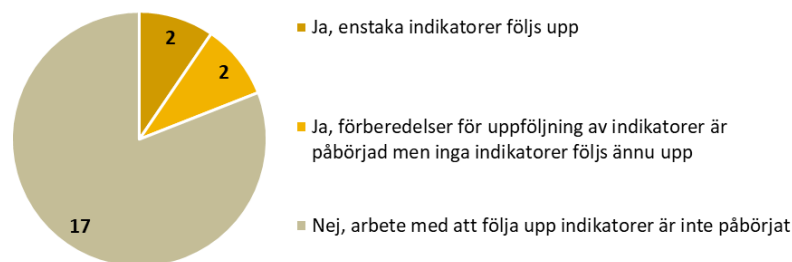
De flesta indikatorerna hämtas från det nationella kvalitetsregistret Swedvasc och någon från RiksSår. Täckningsgraden i Swedvasc är hög medan en betydligt lägre täckningsgrad gäller för RiksSår. Möjligheterna till automatisk dataöverföring behöver ses över. En analys ska även ske av regionernas och vårdgivarnas möjligheter att fånga de nödvändiga variablerna i vårdinformationssystemen. Flera av indikatorerna som finns i kvalitetsregister har därför även beskrivits för datauttag från regionernas vårdinformationssystem. Här kan dock fortsatt utvecklingsarbete behöva ske för att säkerställa att nödvändiga informationsmängder kan fångas strukturerat i vårddokumentationen.

Andra datakällor som kommer att användas för att följa upp vårdförloppets indikatorer är SKR:s väntetidsdatabas.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

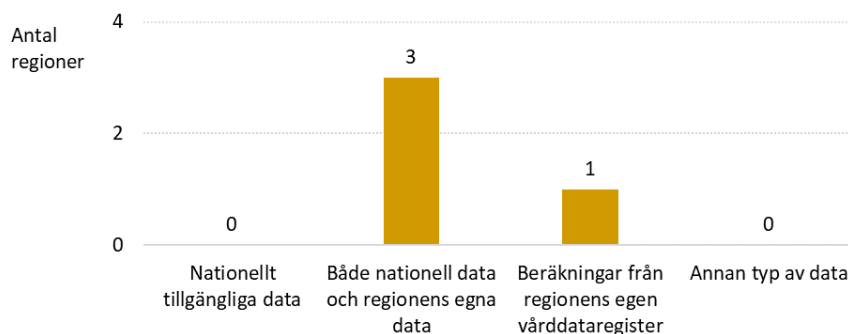
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att två regioner följer upp *enstaka* indikatorer. Två regioner har genomfört *förberedelser* för att följa upp vårdförloppet och övriga regioner har ännu *inte* påbörjat detta arbete.

Figur 94. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp venös sjukdom – varicer och bensår, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda både *nationell och regional data* i uppföljningen.

Figur 95. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp venös sjukdom – varicer och bensår, år 2023



Smärta, långvarig – hos vuxna

Långvarig smärta definieras som smärta som kvarstår eller upprepas under en period längre än tre månader. Den medför ofta ett stort lidande för individen och är ett omfattande folkhälsoproblem globalt. I Sverige uppskattas förekomsten av svår och medelsvår långvarig smärta till cirka 20 procent av den vuxna befolkningen.

Vårdförloppet inleds vid vårdkontakt för smärta som varat i minst tre månader eller vid risk för långvarig smärta, och avslutas när patienten kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdåtgärder. Vårdförloppet omfattar vuxna.

I dagsläget har handläggning och vård av patienter med långvarig smärta uppenbara brister på många håll i landet. Handläggning och vård är ojämlik

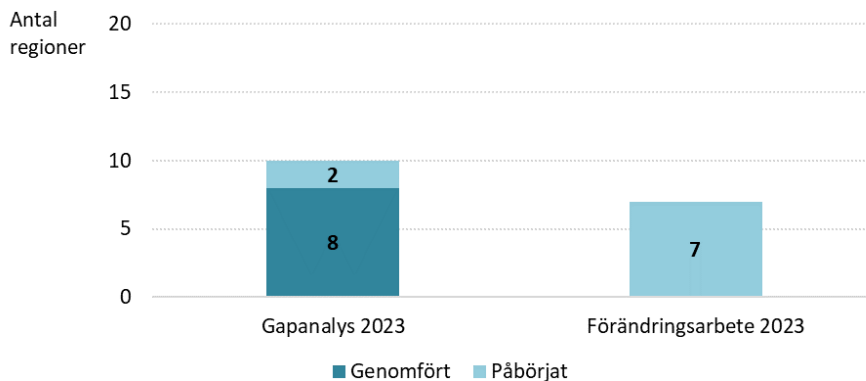
inom både primärvård och specialiserad vård. Vårdförloppet syftar till att skapa förutsättningar för att patienter som har vårdbehov på grund av långvarig smärta ska få bedömning och behandling utifrån befintlig evidens och erfarenhet, med fokus på personcentrering och delaktighet. Vårdförloppets mål är att skapa en struktur som bidrar till att öka eller bibehålla patientens funktion och förmåga.

Vårdförlopp smärta, långvarig – hos vuxna godkändes under hösten 2022.

Införandestatus

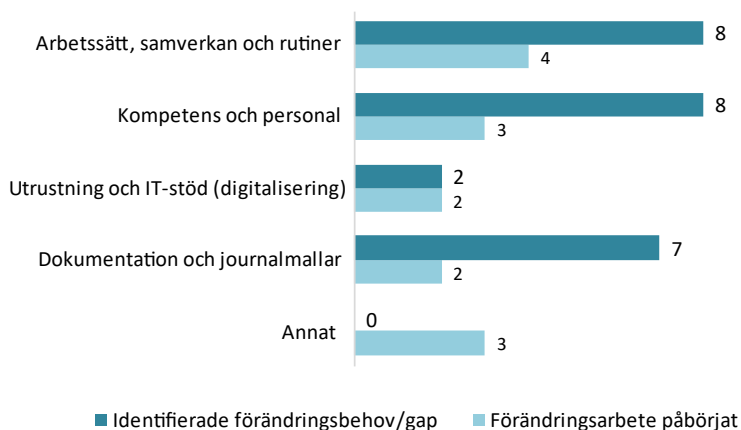
Hälften av regionerna uppger att de har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). En större andel av dessa regioner har också påbörjat ett arbete för att åtgärda de förändringsbehov som identifierats.

Figur 96. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp långvarig smärta, år 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetssätt, samverkan och rutiner* samt *kompetens och personal*, vilket är samma områden som flest regioner uppgett att de påbörjat förändringsåtgärder inom.

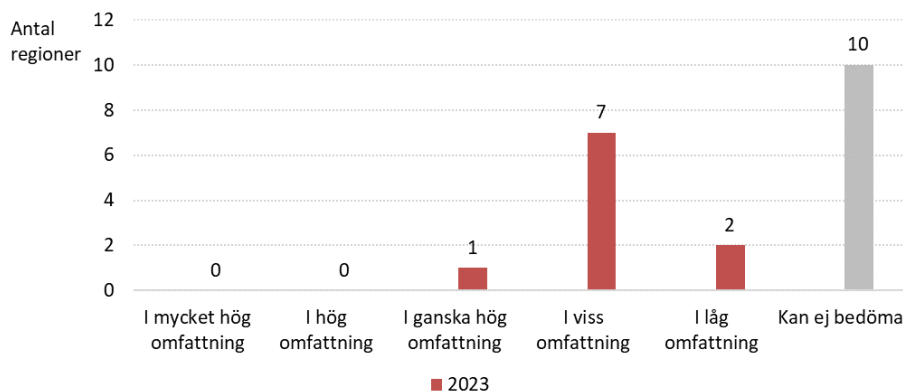
Figur 97. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp långvarig smärta, år 2023



Av fritextsvar framkommer att det finns regioner som, bland annat, identifierat behov av ökad samverkan mellan vårdområden och -nivåer, behov av kompetensutveckling (såsom smärtanalys, utvärderingsinstrument, diagnosättning enligt ICD-10 och klassificering av smärta, samt evidensbaserade behandlings- och rehabiliteringsmetoder) och behov av att integrera IT-system för att möjliggöra samverkan och förbättrad kommunikation mellan enheter. För att åtgärda identifierade gap finns det regioner som under 2023 har sett över smärtvårdens struktur, startat digital smärtskola som pilotprojekt, skapat och implementerat digital utbildning om långvarig smärta för vårdpersonal, genomfört flertalet utbildningsinsatser för specifika yrkesgrupper och börjat se över lokala behandlingsriktlinjer för att ensa dessa med vårdförloppet.

Hälften av regionerna har svårt att bedöma i vilken omfattning patienter idag får vård i enlighet med vårdförloppet. Av de regioner som kunnat göra en bedömning, anger de flesta att patienter får vård i enlighet med vårdförloppet i viss utsträckning.

Figur 98. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp långvarig smärta, år 2023



Uppföljning

Vårdförloppets samtliga indikatorer är publicerade med recept både för hämtning från kvalitetsregister och regionernas vårdinformationssystem, på webbplatsen kvalitetsindikatorcatalog.se.

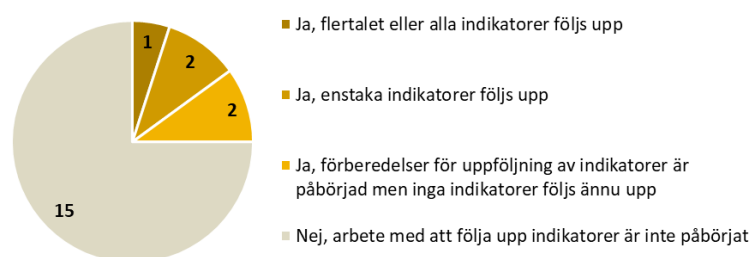
Möjligheterna att på kort sikt fånga data för vårdförloppets åtgärder och resultatet för patienterna beror i hög grad på om åtgärden görs vid specialiserade smärtkliniker eller i primärvård. Nationella Registret över Smärtrehabilitering, NRS, är ett nationellt kvalitetsregister för patienter med långvarig smärta i behov av multimodal smärtrehabilitering, både för primärvård och för specialiserad vård. Anslutningsgraden för specialiserade enheter är god och andelen patienter som registreras i kvalitetsregistret, av de som genomgår multimodal rehabilitering (MMR), är hög. I primärvården är MMR under uppbyggnad. I flera regioner saknas tillgång till multimodal smärtrehabilitering inom primärvård och användningen av kvalitetsregistret är begränsad. Möjligheterna till uppföljning av vårdförloppet i primärvård kommer

därför att vara beroende av dels att rekommenderad diagnosregistrering används, dels att vårddokumentationen kan struktureras så att uppgifter om rehabiliteringsinsatser och även resultat kan fångas. Av flera skäl kan man idag inte identifiera vårdförloppets patienter med hjälp av diagnoskoder enligt ICD-10. För att kunna identifiera patientgruppen rekommenderas tillämpningen av koderna R52.2 AC, vid ingång till vårdförloppet, i avvaktan på att ICD-11 ska börja användas. I ICD-11 finns ett eget kapitel om långvarig smärta. Vidare finns det i nuläget bara delvis förslag om åtgärds-koder som speglar vårdförloppets åtgärder. MMR kan idag vare sig registreras via åtgärds-kod eller på annat vis fångas via den ordinarie vårddokumentationen eftersom MMR handlar om ett antal insatser i samverkan och exakt vilka aktiviteter som ingår kan skilja sig från patient till patient.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

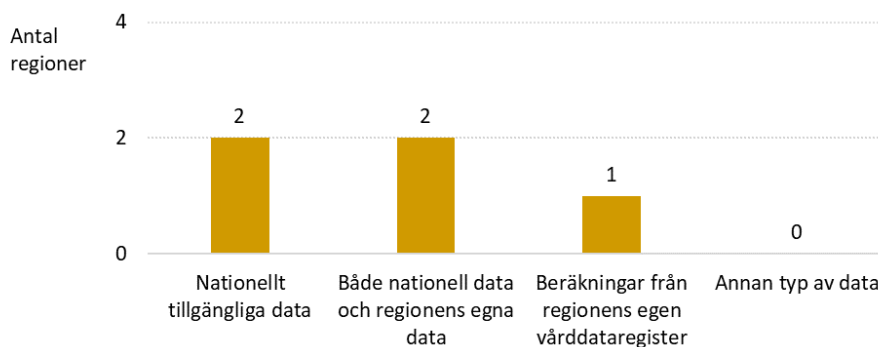
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att tre regioner följer upp *alla*, *flertalet* eller *enstaka* indikatorer. Ytterligare två regioner har genomfört förberedelser för att följa upp vårdförloppet. Resterande, tre fjärdedelar av alla, regioner har ännu inte påbörjat detta arbete.

Figur 99. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp långvarig smärta, år 2023



Av enkäten framgår även att det mindre antal regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda flera olika typer, och olika kombinationer av typer, av data i uppföljningen.

Figur 100. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp långvarig smärta, år 2023



Epilepsi

Epilepsi är ett samlingsnamn för en varaktig benägenhet att få oprovocerade epileptiska anfall. Diagnosen ställs om en person haft fler än ett anfall som inte framkallats av någon form av yttre påverkan. Epilepsi kan debutera när som helst i livet och innebär för många en livslång behandlingskrävande sjukdom som påverkar livets alla aspekter. I Sverige har cirka 81 000 personer diagnosen epilepsi och varje år insjuknar 5 500 personer, varav vilka 1 500 är barn.

Vårdförlopp epilepsi inleds vid misstanke om epilepsi hos ett barn eller en vuxen och avslutas om/när diagnosen avskrivs eller om patienten inte längre behöver behandling.

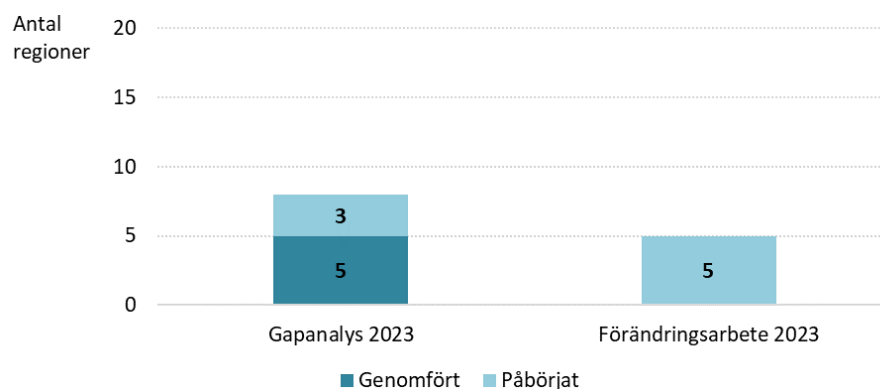
I dagsläget saknar många personer med epilepsi kontinuitet i sina vårdkontakter. I delar av vården är tillgången till aktuell kunskap om epilepsi, och resurser för att omhänderta vårdbehoven, bristfälliga, vilket skapar en ojämlik vård. Andra utmaningar är långa väntetider och ofullständiga remitteringsrutiner. Det övergripande målet med vårdförloppet är att utredning, behandling, uppföljning och vid behov habilitering och rehabilitering, ska ske på ett evidensbaserat sätt och att teamomhändertagande ska användas.

Vårdförlopp epilepsi godkändes under hösten 2022.

Införandestatus

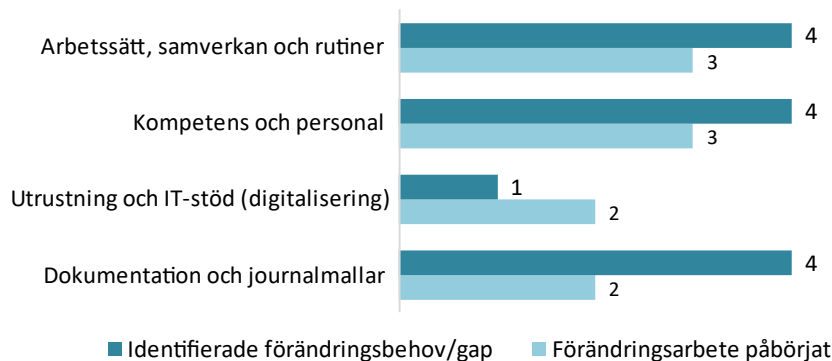
Drygt en tredjedel av regionerna uppger att de har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). En fjärdedel av regionerna har även påbörjat arbete för att åtgärda identifierade gap.

Figur 101. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp epilepsi, år 2023



De förändringsbehov som de regioner som genomfört gapanalys har identifierat är relativt jämnt fördelade mellan de kategorier som ingick i enkäten. Sett till områden där förändringsarbete påbörjats, har något fler regioner uppgett att de påbörjat åtgärder inom *arbetssätt, samverkan och rutiner* samt *kompetens och personal*.

Figur 102. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp epilepsi, år 2023

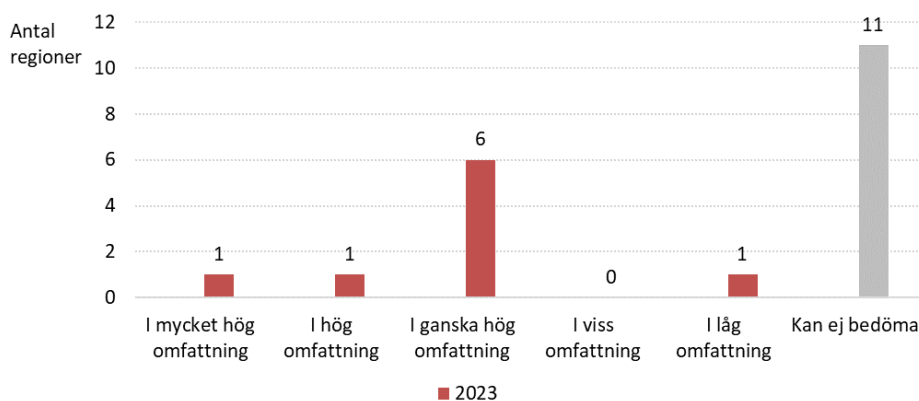


Av fritextsvar framkommer att gapanalyserna bland annat visat på behov av att utveckla och komplettera den teambaserade vården, samt av att ta fram nya dokumentationsunderlag (så att även patientkontrakt kan dokumentera i journalsystemet) och remissmallar.

Samma områden återkommer i fritextsvar över vilka åtgärder som påbörjats under året. Exempelvis arbete för att leva upp till att ta emot patienter inom fyra veckor från remissdatum, ny remissmall, informationsinsatser till personal, nätverk för samtliga professioner som ingår i det multidisciplinära teamet, arbete enligt genombrottsmetoden samt arbete med tjänst i Stöd och behandling för gravida med epilepsi.

Lite mer än hälften av regionerna har svårt att bedöma i vilken omfattning vård ges i enlighet med vårdförloppet, men av de regioner som kan bedöma anser de flesta att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög, hög* eller *mycket hög* omfattning.

Figur 103. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp epilepsi, år 2023



Uppföljning

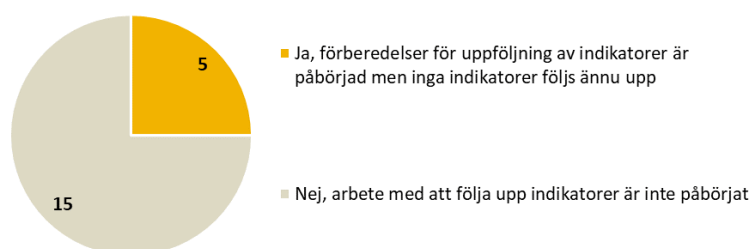
Fördjupade beskrivning av vårdförloppets indikator har tagits fram för vårdförloppets nio indikatorer och publicerats för sex av dem. Detta gäller indikatorer som planerar att använda Socialstyrelsens hälsodataregister som

källa. För flera indikatorer har även recept tagits fram för att använda regionernas vårdinformationssystem som källa. Tre indikatorer är pausade. För PREM-uppföljning vill vårdförloppet delta i den regionsgemensamma insamlingen av sådana mått kring vilka en pilotundersökning genomförts under året.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

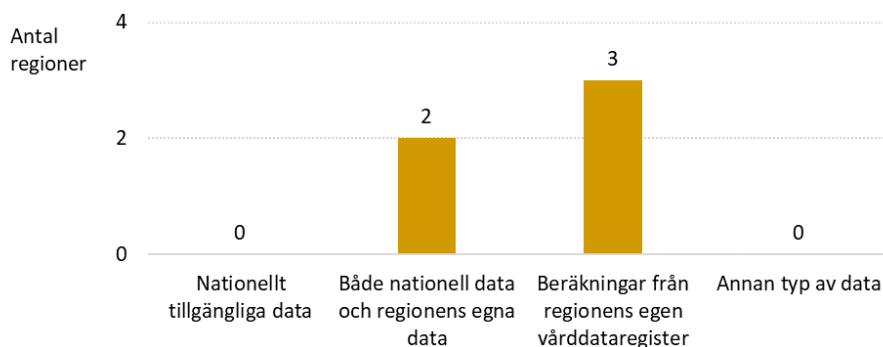
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att omkring en fjärdedel av regionerna har *påbörjat* förberedelser för att följa upp vårdförloppet. Resterande regioner har ännu inte påbörjat uppföljningsarbetet.

Figur 104. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp epilepsi, år 2023



De regioner som påbörjat förberedelser för uppföljning av vårdförloppet, planerar att använda sig av data från den egna regionen, eller en kombination av nationell och regional data.

Figur 105. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp epilepsi, år 2023



Obstruktiv sömnrelaterad andningsstörning (OSDB) barn

Obstruktiv sömnrelaterad andningsstörning (OSDB, obstructive sleep disordered breathing) orsakas av olika grader av trängsel i övre luftvägen vid inandning under sömn. OSDB är ett spektrum av symtom från habituellt snarkning och ansträngd andning, till obstruktiv sömnapné (OSA), där nattlig andningsregistrering behövs för diagnos och gradering av antal

andningsuppehåll per sömntimme. OSDB är vanligt hos i övrigt friska barn, med en förekomst av 4 till 15 procent, beroende på urvalskriterier, och OSA förekommer hos 1 till 5 procent. OSDB och OSA är vanligare vid viss samsjuklighet, såsom övervikt eller vissa ansikts- eller kromosomavvikelser. OSDB och OSA är potentiellt allvarliga tillstånd med uttalad påverkan på barnens hälsa och utveckling.

Vårdförloppet omfattar barn från 18 månaders ålder till och med 17 år. Det inleds vid misstänkt OSDB efter initial bedömning av symtom och status samt åtgärder inom primärvården, och avslutas när symtomen förbättrats och inte återkommit inom ett år av aktiv exspektans eller efter övre luftvägskirurgi.

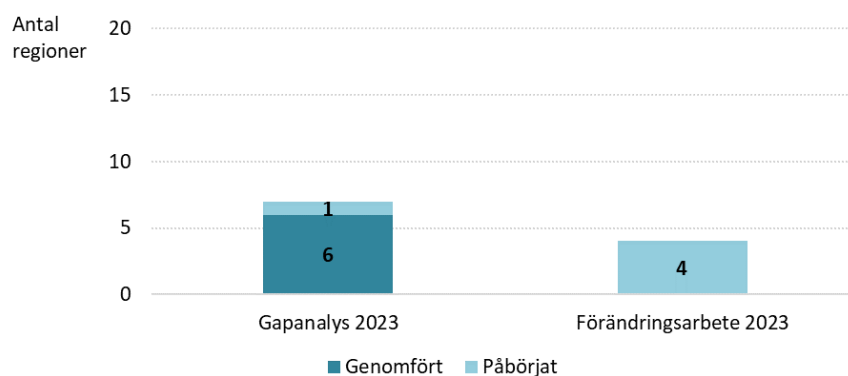
I många regioner är väntetiderna till första besök i den specialiserade öron- näs- och halssjukvården (ÖNH) och till halsmandeloperation i slutet vård långa. I en del regioner bister tillgången till polysomnografi (PSG) eller nattlig andningsregistrering (NAR). I dagsläget finns även en variation mellan regioner gällande operationsfrekvens. Målen med vårdförloppet är att bland annat att förenkla identifiering av patienter med OSDB inom primär- och specialiserad vård, att öka tillgången till PSG och NAR, och att korta väntetiderna till omhändertagande inom den specialiserade vården och eventuell kirurgi.

Vårdförlopp OSDB barn godkändes under hösten 2022.

Införandestatus

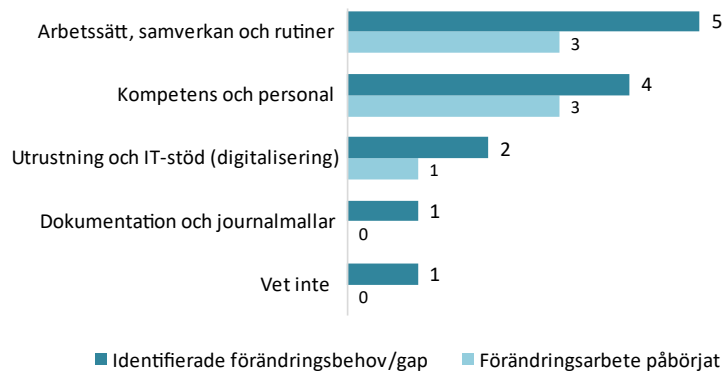
En tredjedel av regionerna uppger att de har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). Ungefär var femte region har även påbörjat ett arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov.

Figur 106. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp OSDB barn, år 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetssätt, samverkan och rutiner* samt *kompetens och personal*. Det är samma kategorier som flest regioner uppger att de påbörjat förändringsarbete inom.

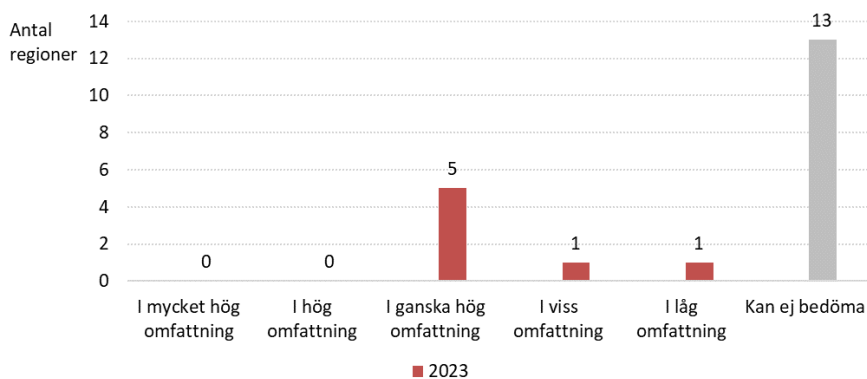
Figur 107. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för OSDB barn, år 2023



Av fritextsvar framkommer att gapanalyserna exempelvis visat att det finns ett behov av att köpa in utrustning för att genomföra – och av att säkerställa kompetens för att bedöma – andningsregistrering, samt av att implementera strukturerade screeningfrågor inom primärvården liksom strukturerad uppföljning efter svalgkirurgi. Regioner som genomfört åtgärder under året nämner exempelvis beställning av utrustning till fyslab, sömnregistrering i hemmet, framtagande av rutiner och kompetensutveckling för personal (öron, nästa halsläkare) i fritextsvaren.

En majoritet, eller två tredjedelar, av regionerna har svårt att bedöma i vilken omfattning regionen i dagsläget ger vård i enlighet med vårdförloppet. Av de regioner som kunnat göra en bedömning, anser de flesta att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög* omfattning.

Figur 108. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp OSDB barn, år 2023



Uppföljning

För alla utom en av vårdförloppets elva indikatorer finns publicerade recept med regionernas vårdinformationssystem som källa.

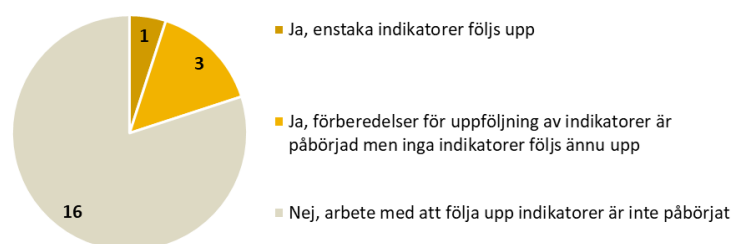
För vårdförloppets indikatorer saknas i hög grad etablerade nationella datakällor som kan användas för uppföljning. En av indikatorerna kan till del följas via Tonsilloperationsregistret, men där fångas bara de patienter som har opererat

sina halsmandlar med eller utan adenoidektomi, men inte de barn som enbart har opererat sina adenoider. En ny ICD-10-SE-kod för OSDB gäller från och med 1 januari 2023, och kommer att behöva användas för att kunna fånga patientpopulationen i regionernas vårdinformationssystem.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

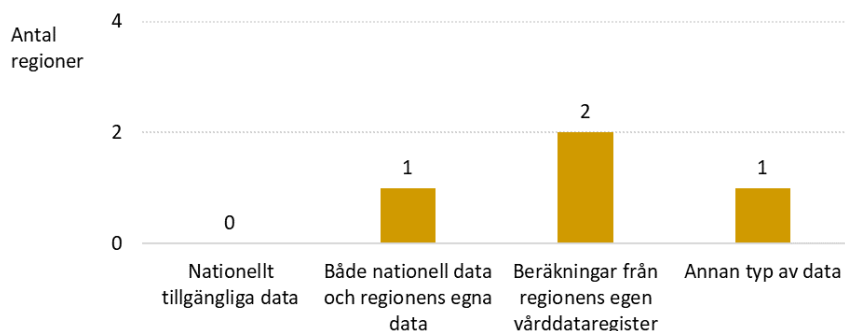
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att en region följer upp enstaka indikatorer, och att ytterligare tre regioner har börjat förberedelser för uppföljning av vårdförloppet. Övriga regioner har inte påbörjat detta arbete.

Figur 109. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp OSDB barn, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda flera olika typer av data i uppföljningen. Den region som uppgett att *annan typ av data* kommer att användas, kommer att använda data från kvalitetsregister, vilket också kan ses som en typ av nationellt tillgänglig data.

Figur 110. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp OSDB barn år 2023



Svårläkta sår

Definitionen av svårläkta sår, är sår som inte läkt eller inte förväntas läka inom fyra till sex veckor. Det saknas aktuella uppgifter om hur många personer som har svårläkta sår i Sverige, men en accepterad uppskattning baserad på tidigare prevalensstudier är att 0,4 procent av befolkningen lider av ett svårläkt sår. Förekomsten av svårläkta sår antas öka i takt med att andelen äldre, och därmed antalet personer med kroniska sjukdomar och sammansatta vårdbehov, ökar.

Vårdförloppet omfattar utredning, behandling och förebyggande åtgärder för att undvika nya sår. Vårdförloppet inleds när en person har fått ett sår som är eller bedöms vara svårläkt, och avslutas när såret är läkt och eventuella egenvårdsåtgärder för att undvika nya sår har etablerats och fungerar väl. Vårdförloppet omfattar primärvård samt specialiserad vård.

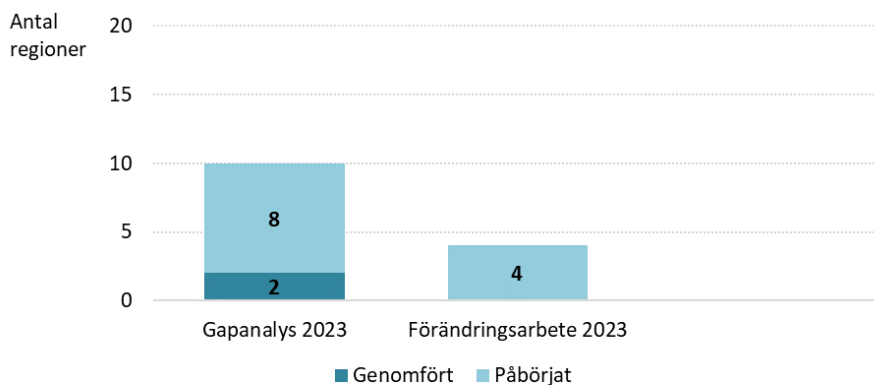
En statlig utredning har visat att dessa patienter med svårläkta sår är en medicinskt lågprioriterad grupp, vilket medför kostnadskrävande vård och lidande för patienten under lång tid. Vårdförloppet avser att åstadkomma en jämlik vård av hög kvalitet och ett minskat lidande för patienter med hjälp av väl fungerande vårdkedjor över vårdgivargränserna, multiprofessionella sårteam, samt ökad kunskap hos personal och patienter. Vårdförloppets mål är att öka patientens livskvalitet genom sårhäkning utan onödig fördröjning, att förhindra att patienten får nya sår och att minska förskrivning av antibiotika där kliniska tecken på infektion saknas.

Vårdförloppet för svårläkta sår godkändes under våren 2023.

Införandestatus

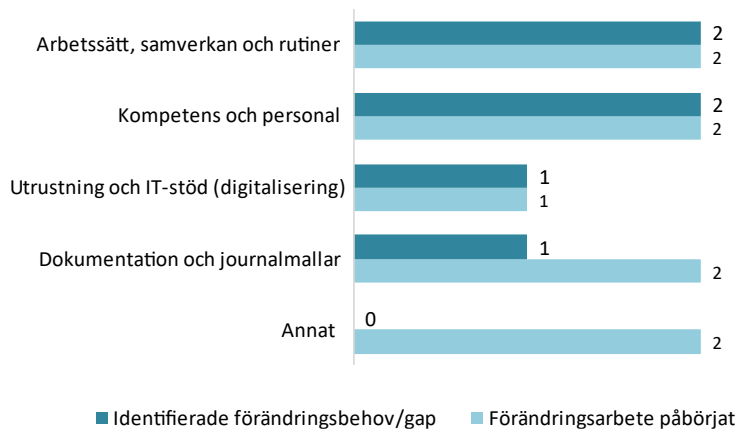
Runt hälften av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). I runt var femte region har även ett arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats.

Figur 111. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp svårläkta sår, år 2023



Både de förändringsbehov som hitintills identifierats, och de åtgärder som påbörjats, under 2023 är relativt jämnt fördelade mellan de kategorier som listades i enkäten – *arbetssätt, samverkan och rutiner, kompetens och personal, utrustning och IT-stöd samt dokumentation och journalmallar.*

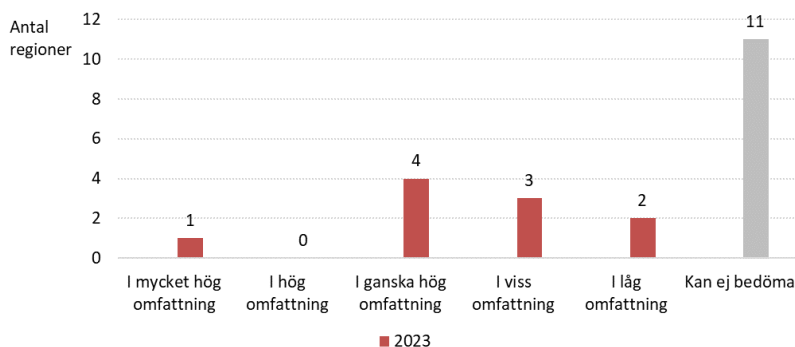
Figur 112. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp svårläkta sår, år 2023



Av fritextsvar framkommer att genomförda gapanalyser bland annat visat att nutritionsstatus och smärtanalys ibland inte genomförs inom primärvården, att kompetens om användning av och tillgång till doppler-utrustning varierar inom primärvården och att registreringen i kvalitetsregister (RiksSår) kan stärkas. Bland de åtgärder som påbörjats omnämns i fritextsvaren uppdatering av regionala kunskapsstöd och åtgärder för att omhänderta ovan nämnda utmaningar inom primärvården.

Runt hälften av regionerna har svårt att bedöma i vilken utsträckning patienter idag får vård i enlighet med vårdförloppet. Av de regioner som kan göra en bedömning, anser två tredjedelar att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög* eller *viss* omfattning.

Figur 113. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp svårläkta sår, år 2023



Uppföljning

Fördjupad beskrivning finns för samtliga indikatorer. Nationellt kvalitetsregister RiksSår, används som källa. För några av indikatorerna finns även beskrivningar för att använda regionernas vårdinformationssystem som källa.

Enheter som behandlar patienter med svårläkta sår finns såväl inom kommuner som regioner. Totalt beräknar det nationella kvalitetsregistret RiksSår att det

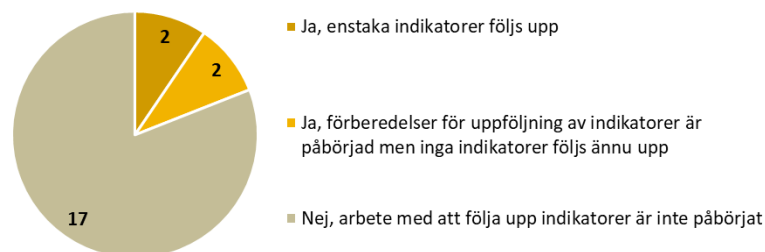
finns minst 1 390 sådana enheter i landet. Av dessa bedöms omkring 25 procent vara anslutna till RiksSår. Kvalitetsregistret RiksSår bedriver sedan en tid utvecklingsarbete för att skapa möjligheter att automatiskt föra över journalinformation till registret, vilket syftar till att minska administration och öka anslutningsgraden. Registret är den enda datakällan som idag innehåller de datamängder som krävs för uppföljning av flera av indikatorerna liksom den enda källan som omfattar både regional och kommunal vård. Med tanke på nuvarande brister i dataunderlaget kommer tills vidare inte jämförelse mellan enheter och mellan regioner att vara möjliga. Som komplement, och parallellt med datahämtning från RiksSår, kan data för vissa av indikatorerna hämtas från regionernas vårdinformationssystem och/eller från Primärvårdskvalitet. Primärvårdskvalitet har dock uppföljning per patient och inte per sår.

Vårdförloppet bör ingå i en diskussion om att via nationella insatser möjliggöra datafångst av de informationsmängder som idag inte kan fångas strukturerat i grunddokumentationen.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

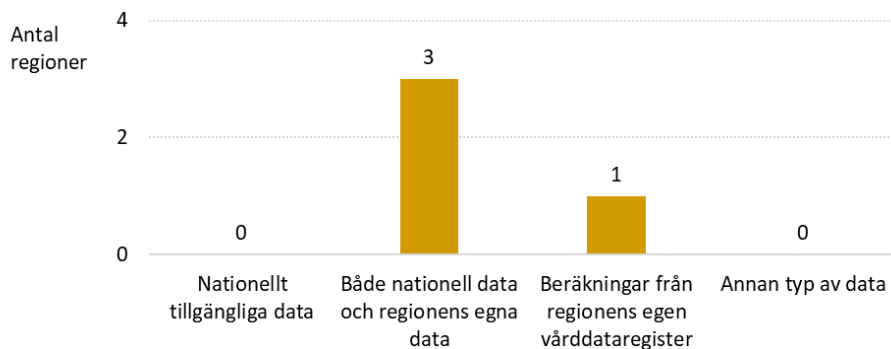
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att en femtedel av regionerna följer upp enstaka indikatorer eller har påbörjat förberedelser för att följa upp vårdförloppet. Övriga regioner har ännu inte påbörjat detta arbete.

Figur 114. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp svårläkta sår, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda både nationell och regional data i uppföljningen.

Figur 115. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp svårläkta sår, år 2023



Matallergi, IgE-förmedlad

Matallergi är en immunologisk reaktion. Symtomen vid IgE-förmedlad matallergi kan vara alltifrån lindriga, så som klåda i munnen, till en livshotande allergisk reaktion. Självdagnostisering och överdiagnostik är vanligt. Omkring 17–25 procent av befolkningen upplever att de är allergiska mot mat i någon form, men – beroende på diagnosmetod – är den faktiska prevalensen 2–8 procent hos barn och 2–5 procent hos vuxna.

Vårdförloppet omfattar åtgärder för barn och vuxna. Det inleds vid misstanke om IgE-förmedlad matallergi och avslutas då IgE-förmedlad matallergi inte kan påvisas, då livsmedlet har återintroducerats och tolereras, eller då patienten vid kvarstående men välkontrollerad matallergi har genomfört heltäckande patientutbildning. Vårdförloppets huvudsakliga åtgärder omfattar korrekt diagnossättning, riskbedömning av framtida symtom, förskrivning av adekvata läkemedel samt dietistkontakt för kostbehandling.

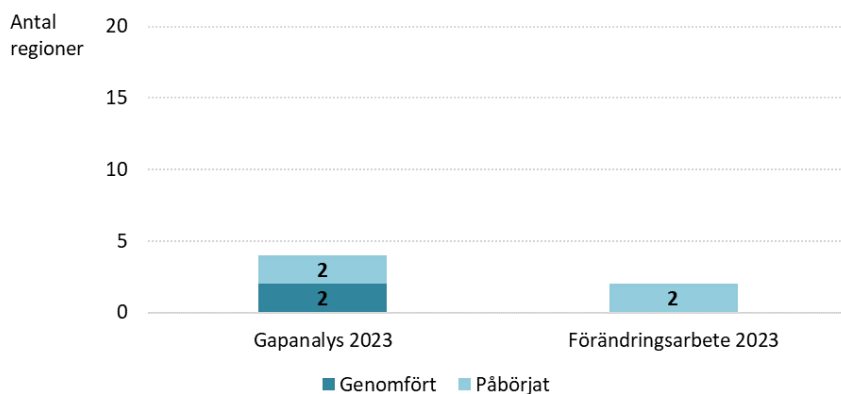
Det övergripande målet med vårdförloppet är att öka livskvaliteten hos patienter med misstänkt matallergi genom korrekt diagnossättning samt individanpassad behandling och riskbedömning. Vårdförloppet har även som mål att patienten ska känna sig trygg och kunna utföra egenvård enligt sin individuella vårdplan, och att samverkan och övergångar mellan vårdenheter ska förbättras, särskilt för ungdomar (personer 16–25 år).

Vårdförloppet för IgE-förmedlad matallergi godkändes under våren 2023.

Införandestatus

En femtedel av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). I två regioner har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov inletts.

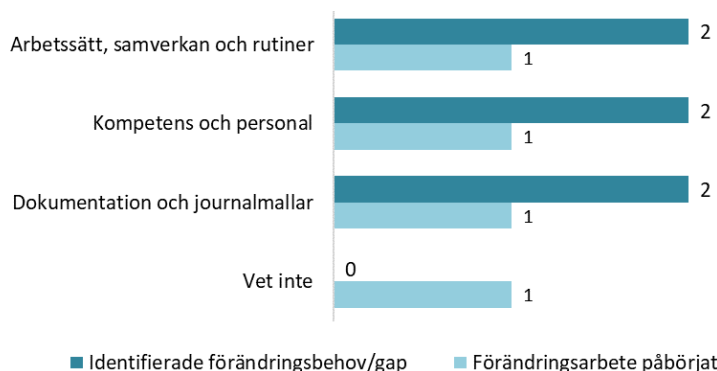
Figur 116. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp matallergi, år 2023



Både de förändringsbehov som hitintills identifierats, och de åtgärder som påbörjats, under 2023 är relativt jämnt fördelade mellan de kategorier som

listades i enkäten. Hitintills har dock inte någon region identifierat ett förändringsbehov inom området *utrustning och IT-stöd*.

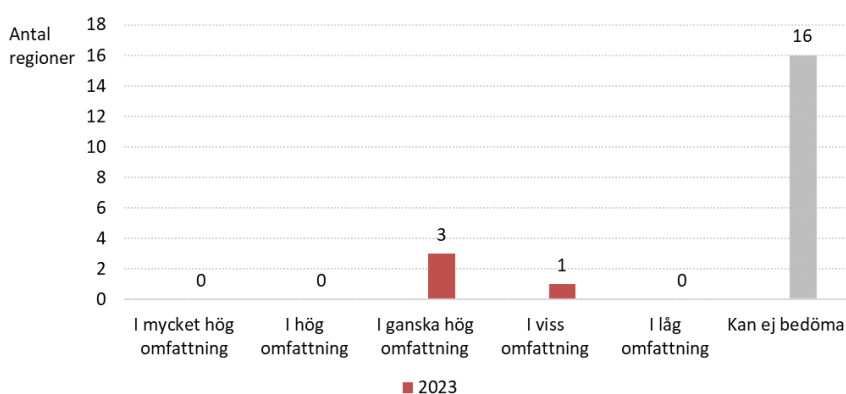
Figur 117. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp matallergi, år 2023



Av fritextsvar framkommer att genomförda gapanalyser exempelvis identifierat behov av att ta fram rutiner för när och var provtagning ska ske, av att hantera nuvarande överföreskrivning av adrenalinpennor och intyg samt av att införa patientkontrakt. Bland de åtgärder som påbörjats nämns samarbetsavtal mellan barn- och ungdomsmedicin i primärvården, införande av patientkontrakt och kompetensutvecklande insatser för personal.

En majoritet av regionerna har svårt att bedöma i vilken omfattning patienter idag får vård i enlighet med vårdförloppet. Tre av de fyra regioner som kunnat göra en bedömning uppger att patienter idag får vård i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög* omfattning.

Figur 118. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp matallergi, år 2023



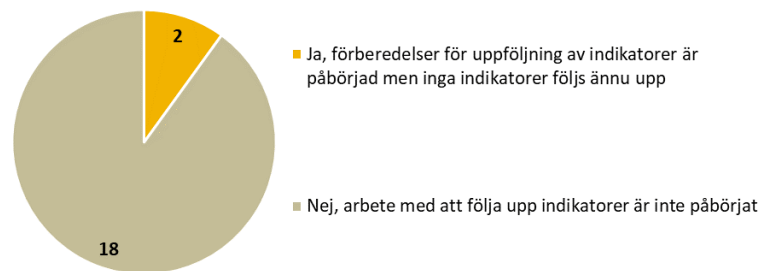
Uppföljning

Fem indikatorer har tagits fram för vårdförloppet. Den enda möjliga datakällan är regionernas vårdinformationssystem. Indikatorerna är komplexa och ett testuttag kommer genomföras innan en eventuell publicering av indikatorerna kan ske.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

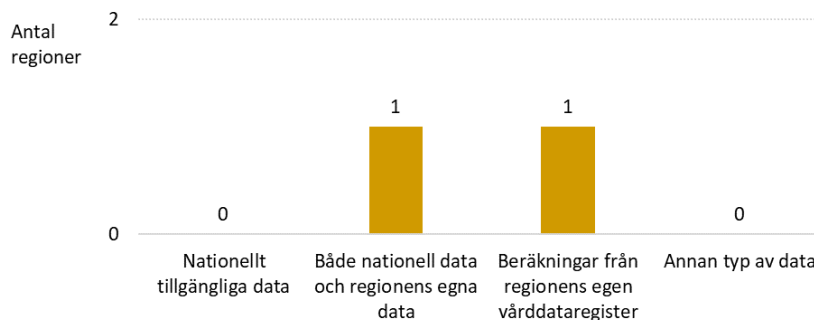
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att två regioner har påbörjat förberedelser för att följa upp vårdförloppet, men att övriga regioner ännu inte påbörjat detta arbete.

Figur 119. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp matallergi, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som börjat planera för hur uppföljning ska ske i framtiden, kommer att använda både nationell och regional, eller enbart regional, data vid uppföljning.

Figur 120. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp matallergi, år 2023



Obstruktiv sömnapné (OSA) hos vuxna

Obstruktiv sömnapné (OSA) hos vuxna är mycket vanligt förekommande. Sjukdomen anges vara dubbelt så vanlig hos män som hos kvinnor, men efter menopaus ökar förekomsten även hos kvinnor. Uppskattningsvis utreds årligen mer än 35 000 vuxna för OSA i Sverige, varav vilka omkring 13 000 individer erbjuds behandling med positivt luftvägsövertryck (PAP) och omkring 12 000 behandling med apnébetskena.

Vårdförloppet inleds vid misstanke om OSA hos en vuxen patient och avslutas inom tolv månader efter behandlingsstart då patienten har en välfungerande

behandling som reducerar nattliga andningsstörningar och symtom, eller då ingen ytterligare behandling behövs. I samband med diagnossättning tas beslut om behov av behandling där särskild vikt läggs vid patientens delaktighet vid framtagande av vårdplan. Behandlingsmålet är en förbättring och normalisering av både symtom och andningsmönster under sömn. Vålfungerande långtidsbehandling av OSA sker utanför vårdförloppet.

I dagsläget är tillgänglighet till utredning och behandling samt terapitraditioner mycket varierande mellan regioner och många patienter upplever en bristfällig delaktighet i samt kontinuitet av sin vård för OSA. Övergripande mål med vårdförloppet är att undvika framtida funktionsnedsättningar och komplikationer samt att uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienten. En viktig åtgärd för att uppnå målen är att vårdpersonal med särskild kompetens inom OSA-vård involveras tidigt i vårdförloppet.

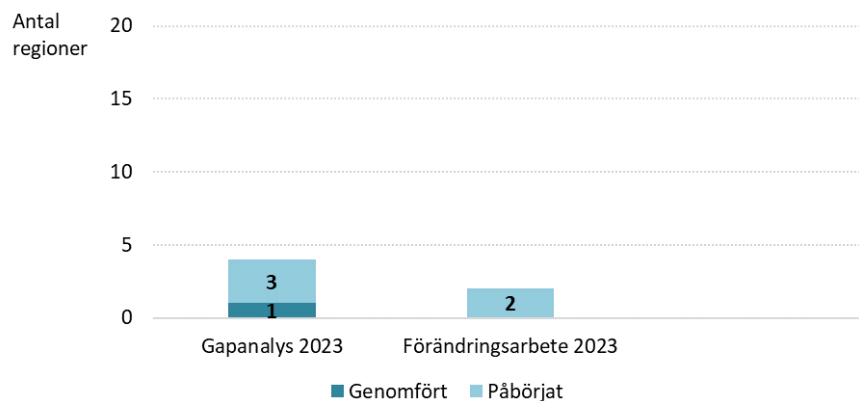
Vårdförloppet för obstruktiv sömnapné hos vuxna godkändes under våren 2023.

Införandestatus

En femtedel av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys).

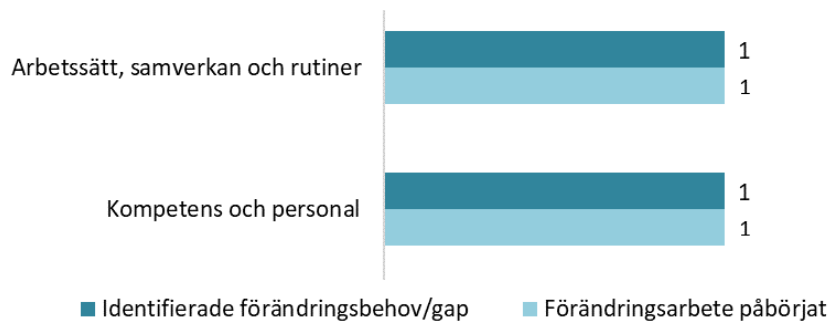
Två regioner har även påbörjat ett arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov.

Figur 121. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp obstruktiv sömnapné, år 2023



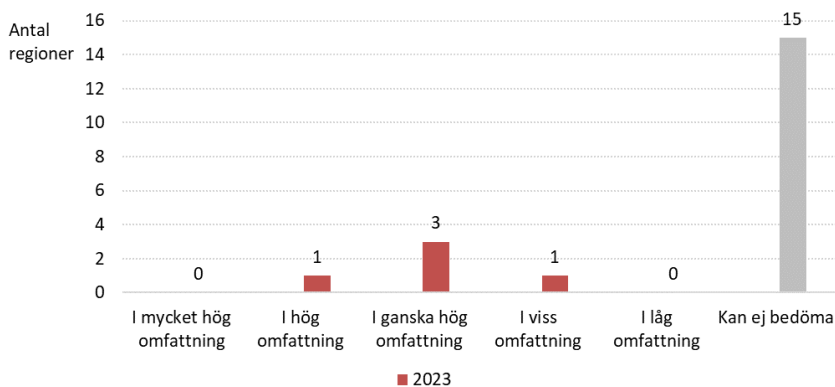
De enstaka förändringsbehov som regionerna hitintills identifierat, och börjat åtgärda, är inom områdena *arbetsätt, samverkan och rutiner* samt *kompetens och personal*. I fritextsvar uppger en region att det sedan tidigare finns en lokal behandlingsriktlinje för sömnapné, och att denna nu kommer att revideras.

Figur 122. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp obstruktiv sömnapné, år 2023



Tre fjärdedelar av regionerna har svårt att bedöma i vilken utsträckning patienter idag får vård i enlighet med vårdförloppet. Av de regioner som kunnat göra en bedömning, uppger de flesta att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *ganska hög* omfattning.

Figur 123. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp obstruktiv sömnapné, år 2023



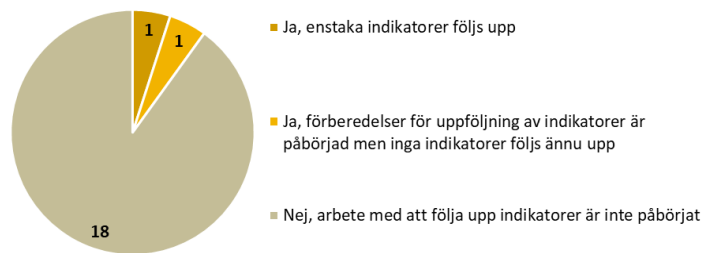
Uppföljning

Här kommer det nationella kvalitetsregistret Sesar att användas. Registret anpassar sina variabler och indikatorer för att möta vårdförloppets behov av uppföljning. Publicering av vårdförloppets åtta indikatorer med utfall sker under våren 2024.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

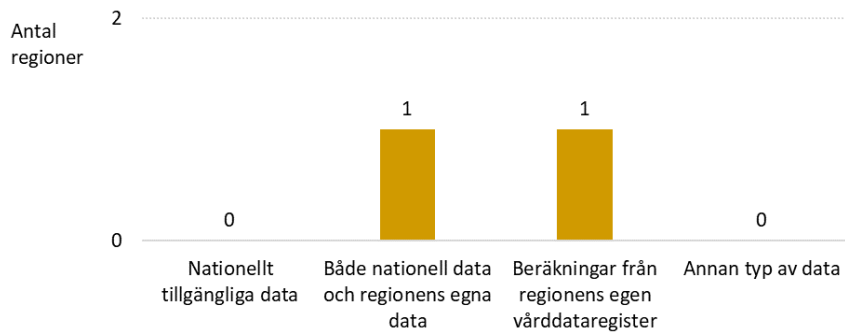
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att en region följer upp enstaka indikatorer, och att ytterligare en region påbörjat förberedelser för uppföljning. Övriga regioner har ännu inte påbörjat detta arbete.

Figur 124. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp obstruktiv sömnapné, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda enbart regional data eller en kombination av nationell och regional data i uppföljningen.

Figur 125. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp obstruktiv sömnapné, år 2023



Jättecellarterit (GCA)

Jättecellarterit (Giant Cell Arteritis, GCA) är den vanligaste vaskulitsjukdomen hos vuxna och är två till tre gånger vanligare bland kvinnor än bland män. Sjukdomen debuterar i princip enbart hos personer som är äldre än 50 år och incidensen ökar med stigande ålder. Varje år insjuknar cirka 690 personer i Sverige, och data från Skåne visar på en prevalens på 127 per 100 000 invånare hos personer över 50 år, vilket indikerar att 4 800 personer i Sverige lever med sjukdomen.

Vårdförloppet inleds vid misstanke om GCA och avslutas när patienten haft uppföljningsbesök sex månader efter diagnos. Vårdförloppet avser förstagångsinsjuknande och omfattar utredning, behandling och förebyggande åtgärder i syfte att minska risken för såväl akuta som långsiktiga sjukdoms- eller behandlingsrelaterade komplikationer. Vårdförloppet omfattar primärvård samt specialiserad vård.

Idag varierar handläggningen av sjukdomstillståndet, bland annat till följd av olika stor tillgång till specialistresurser och kunskap om GCA hos vårdpersonal

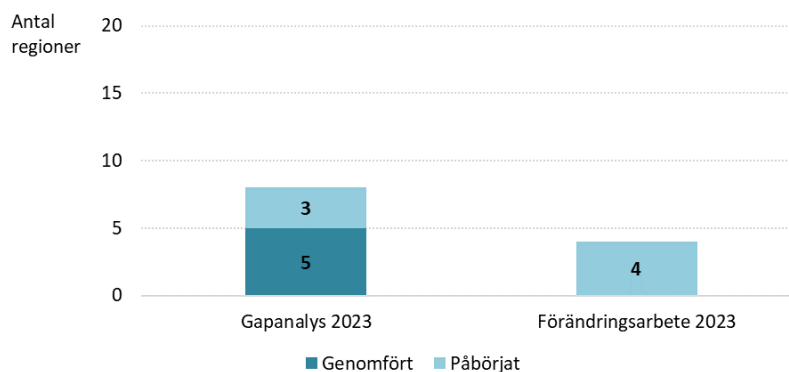
vid patientens första vårdkontakt. Vårdförloppets mål är att minska tiden från misstanke om GCA till insättning av behandling, påbörjande av utredning samt låg sjukdomsaktivitet, att säkerställa att rätt patienter blir utredda och behandlade, att minska andelen patienter som får såväl akuta som långsiktiga sjukdoms- eller behandlingsrelaterade komplikationer, och att öka patientens delaktighet i sin vård och behandling av GCA.

Vårdförloppet för jättecellsariterit godkändes under våren 2023.

Införandestatus

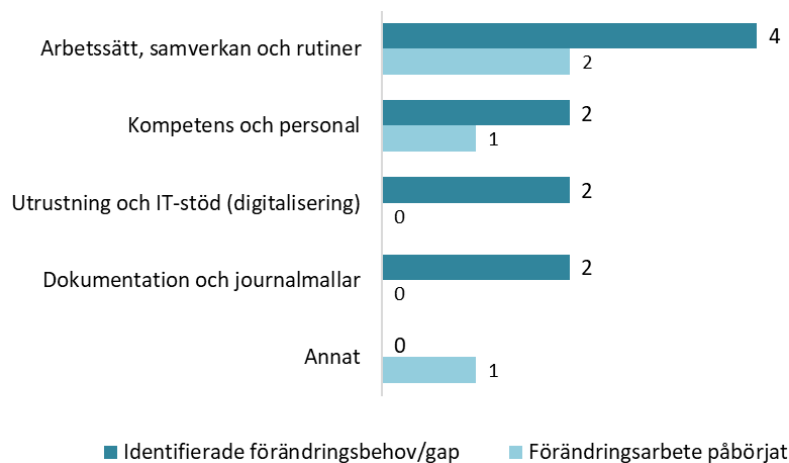
Mer än en tredjedel av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). En femtedel av regionerna har även påbörjat arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov.

Figur 126. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp jättecellsariterit, år 2023



De förändringsbehov som regionerna identifierat, och börjat åtgärda, återfinns främst inom området *arbetssätt, samverkan och rutiner*, men gap har identifierats inom alla kategorier som listades i enkäten.

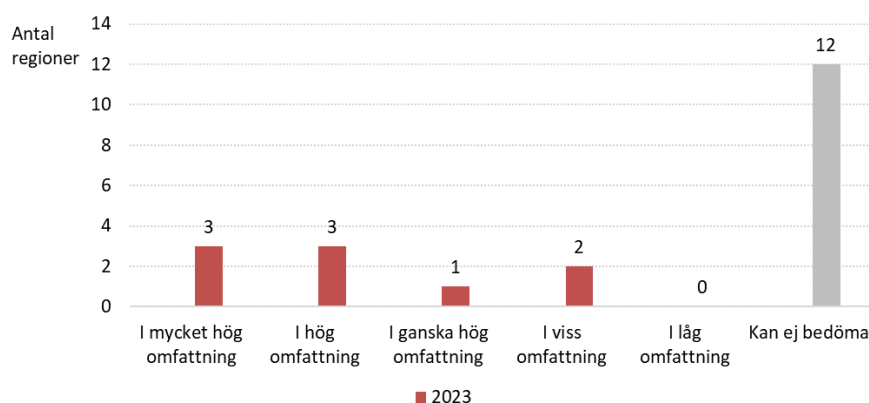
Figur 127. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp jättecellsariterit, år 2023



Av fritextsvar framkommer att genomförda gapanalyser exempelvis visat på behov av att stärka övergången från primärvård till specialiserad vård, att genomföra kompetenshöjande insatser för vårdpersonal, att stärka tillgången till ultraljud och att skapa en lösning för dokumentation av patientkontrakt i journalsystemet. Det framkommer att en region genomfört insatser för att stärka kompetensen inom kärultraljud.

Knappt två tredjedelar av regionerna har svårt att bedöma i vilken utsträckning vård ges i enlighet med vårdförloppet. Av de regioner som kunnat göra en bedömning anser två tredjedelar att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *mycket hög* eller *hög* omfattning.

Figur 128. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp jättecellsartrit, år 2022 och 2023



Uppföljning

Fördjupad beskrivning finns för samtliga sju indikatorer i vårdförloppet och alla utom en indikator har regionernas vårdinformationssystem som källa. Nationell patientenkät används som källa för en indikator.

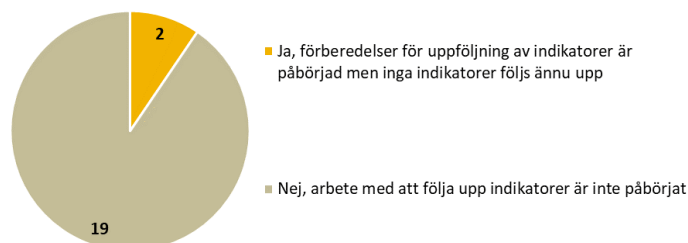
Tillgången till strukturerad journalinformation hos regioner finns dock i olika grad för vårdförloppets indikatorer. För någon eller några indikatorer bör goda förutsättningar finnas hos regionerna att inleda uppföljning. Indikatorn om följsjukdomar är ett exempel på det. Andra indikatorer är beroende av att informationsmängder definieras på ett enhetligt sätt nationellt. Att definiera hur ”misstanke” fångas enhetligt och strukturerat är en förutsättning för effektiv uppföljning av flera indikatorer i vårdförloppet för Jättecellsartrit (GCA). Vårdförloppet bör ingå i en diskussion om att via nationella insatser möjliggöra datafångst av de informationsmängder som idag inte kan fångas strukturerat i grunddokumentationen.

I avvaktan på detta kan eventuellt andra verktyg för uppföljning behöva användas för att få en bild av hur vårdförloppet används, till exempel en verksamhetsenkät till berörda verksamheter.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

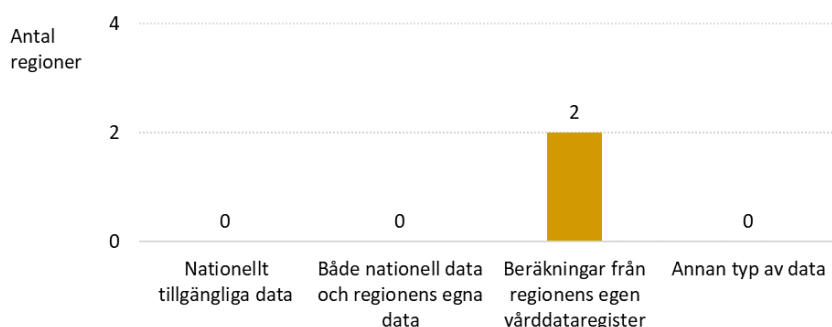
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att två regioner har genomfört förberedelser för att följa upp vårdförloppet. Resterande regioner har ännu inte påbörjat detta arbete.

Figur 129. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp jättecellsarterit, år 2023



Av enkäten framgår även att de två regioner som börjat planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, kommer att använda regional data i uppföljningen.

Figur 130. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp jättecellsarterit år 2023



Ländryggsbesvär hos vuxna

Ländryggsbesvär är en av de vanligaste orsakerna till att söka vård. Prevalensen ökar med stigande ålder. Den höga förekomsten innebär en stor samhällsekonomisk börda, innefattande såväl direkta sjukvårdskostnader som indirekta samhällskostnader. Ländryggsbesvär varierar vad gäller uppkomst, duration, frekvens, svårighetsgrad och påverkan på aktiviteter. Besvären går oftast i regress inom en till två veckor. Återkommande perioder av ländryggsbesvär är mycket vanligt. I cirka 20 procent av fallen blir förloppet långvarigt med fortsatta aktivitetsbegränsningar. Ländryggsbesvär som orsakas av allvarlig patologi och kräver akut eller specialiserad vård är relativt sällsynt.

Vårdförloppet inleds när en person söker vård för besvär som misstänks härröra från ländryggen och avslutas när patienten klarar sig med egenvård eller övergår till akutvård, specialiserad vård eller annat vårdförlopp. Vårdförloppet omfattar vuxna.

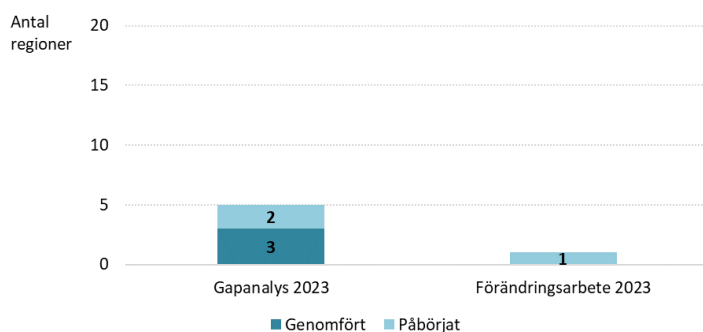
Ländryggsbesvär kan förklaras med hjälp av den biopsykosociala modellen där flera faktorer samverkar för att förklara uppkomst, upplevelse och utveckling av besvär. Genom att tidigt identifiera dessa faktorer får patienten kontakt med rätt professioner. Lidande och eventuell frånvaro från arbete kan då minskas samtidigt som onödig vårdkonsumtion undviks. Målen med vårdförloppet är att patienten ska uppleva god kontinuitet och koordinering av sin vårdepisod samt god delaktighet i sin vård och behandling, samt att patienten ska uppnå god kunskap om sitt hälsotillstånd, ökad funktions-, aktivitets- och arbetsförmåga samt ökad hälsorelaterad livskvalitet genom minskade besvär eller förbättrad förmåga att hantera eventuella kvarvarande besvär.

Vårdförloppet för ländryggsbesvär godkändes under våren 2023.

Införandestatus

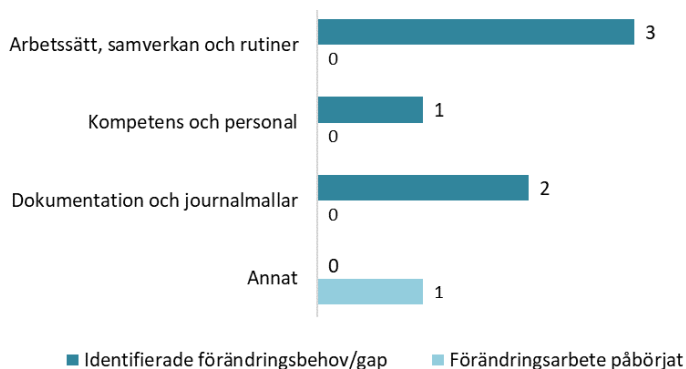
En femtedel av regionerna har genomfört eller påbörjat en analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys). I en region har även arbete för att åtgärda identifierade förändringsbehov påbörjats.

Figur 131. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp ländryggsbesvär, år 2023



De förändringsbehov som regionerna hitintills identifierat faller i huvudsak inom kategorierna *arbetssätt, samverkan och rutiner* samt *dokumentation och journalmallar*. Den region som påbörjat förändringsarbete uppger att man reviderat en lokal behandlingsriktlinje.

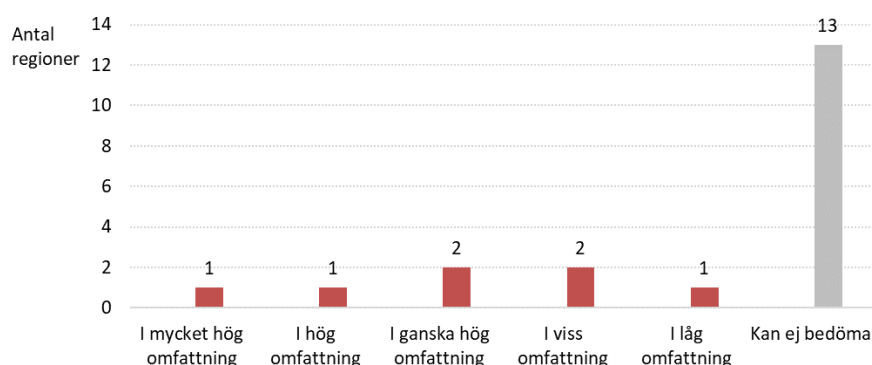
Figur 132. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp ländryggsbesvär, år 2023



Av fritextsvar framkommer att en region exempelvis identifierat behov av att implementera teamsamverkan i primärvården och att genomföra kompetensutveckling för att säkerställa tillgång till jämlik bedömning och behandling.

Omkring två tredjedelar av regionerna har svårt att bedöma i vilken omfattning vård ges i enlighet med vårdförloppet. I de regioner som kunnat göra en bedömning, är svaren relativt jämnt fördelade och varierar från att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *mycket hög omfattning* till i *låg omfattning*.

Figur 133. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp ländryggsbesvär, år 2022 och 2023



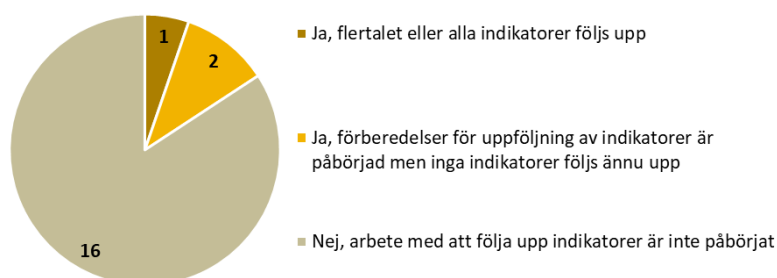
Uppföljning

Specificerade beskrivningar (recept) för samtliga tio av vårdförloppets indikatorer finns publicerade på webbplatsen www.kvalitetsindikatorokatalog.se. De flesta har regionernas vårdinformationssystem som källa. Nationell patientenkät och KPP-databasen används som källa för övriga indikatorer.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

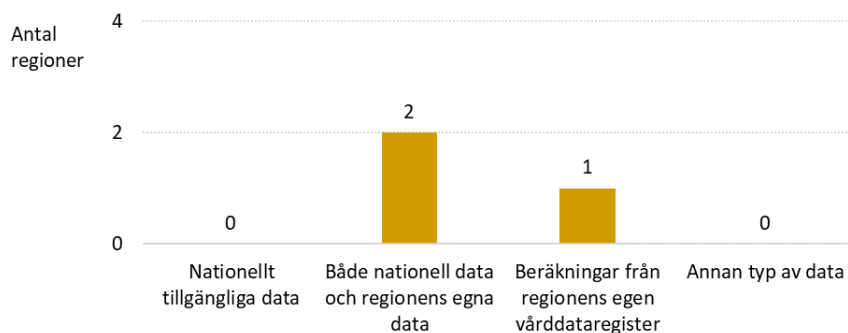
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att de flesta regioner ännu inte påbörjat uppföljning av vårdförloppet. En region följer dock upp flertalet eller alla indikatorer, och ytterligare två regioner har genomfört förberedelser för att följa upp vårdförloppet.

Figur 134. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp ländryggsbesvär, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, använder eller kommer att använda såväl nationell och regional, som enbart regional data i uppföljningen.

Figur 135. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp ländryggsbesvär, år 2023



Traumatisk hjärnskada (THS)

Traumatisk hjärnskada (THS) är en av de främsta orsakerna till sjuklighet och dödlighet hos unga och drabbar personer i alla åldrar. Den har kallats "den tysta epidemin" eftersom konsekvenserna i många fall inte är direkt observerbara och det totala antalet drabbade inte är känt. THS räknas till en av de vanligaste orsakerna till livslång neurologisk funktionsnedsättning.

Vårdförloppet omfattar alla svårighetsgrader (mild, medelsvår och svår) av THS och patienter som är minst sex månader gamla. Vårdförloppet inleds när patienten söker vård första gången efter en THS och avslutas när det inte finns behov av uppföljning och rehabilitering.

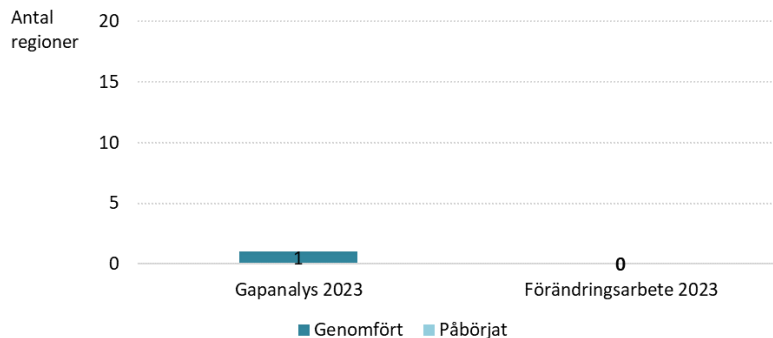
Kunskapen om konsekvenser och åtgärder som kan förbättra utfallet vid THS är ojämnt fördelad i landet och genom hela vårdkedjan. Stora utmaningar idag, och avgörande faktorer för framgång vid traumatisk hjärnskada, är samordning av insatser mellan olika professioner, specialiteter och verksamheter samt att det finns goda förutsättningar för verksamheterna vid de involverade enheterna. Det övergripande målet med vårdförloppet är att patienter med traumatisk hjärnskada uppnår bästa möjliga funktionsnivå, aktivitetsförmåga, delaktighet och livskvalitet. För barn och unga är målet även att uppnå bästa möjliga utveckling under uppväxten.

Vårdförloppet för traumatisk hjärnskada godkändes under våren 2023.

Införandestatus

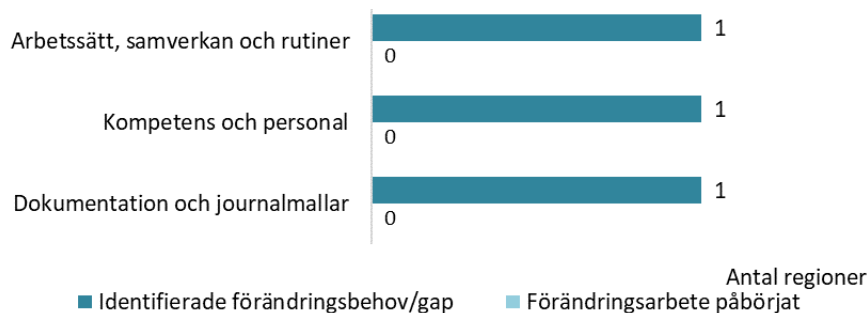
En region har genomfört analys för att identifiera eventuella förändringsbehov eller gap mellan vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (gapanalys), men ännu har inte någon region påbörjat förändringsarbete.

Figur 136. Antal regioner som har genomfört eller påbörjat gapanalys, samt påbörjat förändringsarbete för vårdförlopp traumatisk hjärnskada, år 2023



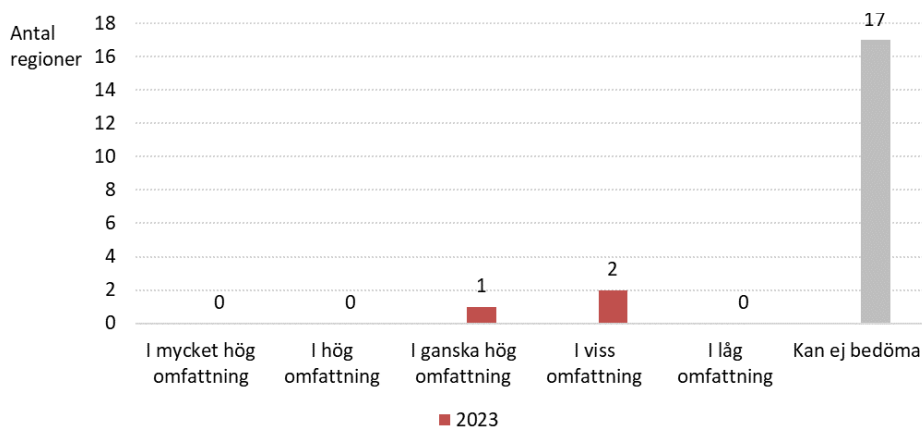
Region som genomfört en gapanalys, har sett förändringsbehov inom såväl *arbetsätt, samverkan och rutiner* och *kompetens och personal* som *dokumentation och journalmallar*. I fritextsvar beskriver regionen att det åtgärder behövs då man i dagsläget ser att vården är ojämlig beroende på var den ges och vilken ålder patienten har.

Figur 137. Huvudsakliga förändringsbehov/gap samt områden där förändringsarbete påbörjats för vårdförlopp traumatisk hjärnskada, år 2023



De flesta regioner har svårt att bedöma i vilket omfattning vård ges i enlighet med vårdförloppet idag. Två av de tre regioner som kunnat göra en bedömning uppger att vård ges i enlighet med vårdförloppet i *viss* omfattning.

Figur 138. Regionernas bedömning av i vilken omfattning patienter i regionen idag får vård i enlighet med vårdförlopp traumatisk hjärnskada, år 2023



Uppföljning

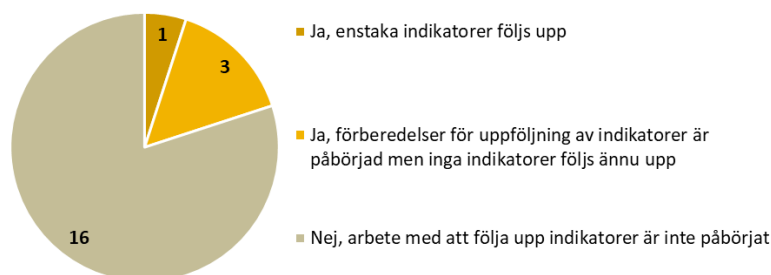
Fördjupad beskrivning finns för samtliga indikatorer (6 stycken) vilka också är publicerade i Kvalitetsindikatorkatalogen. Regionernas vårdinformationssystem används som källa för alla indikatorer utom en där Nationell patientenkät används.

Datatillgången för dessa vårdförlopps indikatorer anses vara initialt ganska låg, men med förutsättningar att bli relativt god. Med avseende på processmått finns en osäkerhet om de aktuella diagnos- och åtgärdskoderna registreras på ett likartat sätt i olika regioner. Framför allt är det oklart om de utpekade ICD-10-koderna sätts som huvuddiagnos där de borde, vilket ger en osäkerhet för alla indikatorer utom en. Detta kommer att behöva undersökas genom att datauttag görs från olika regioner i det fortsatta arbetet. Åtgärder för att stödja att kodning utförs på ett likartat sätt behöver övervägas.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

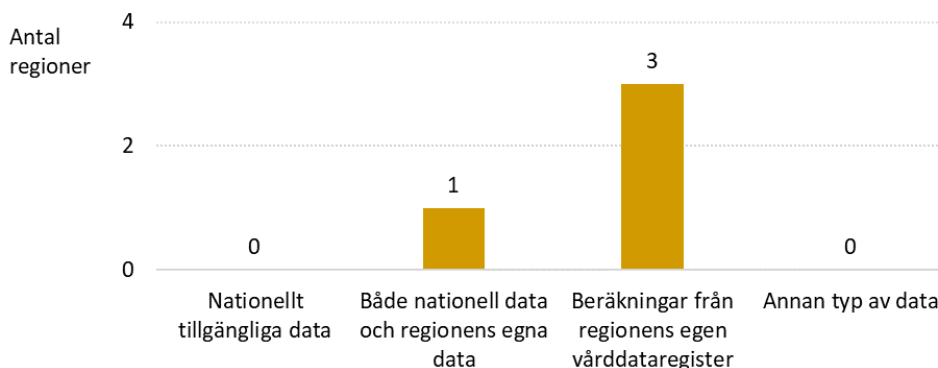
Av enkäten som regionerna besvarat framgår att en region följer upp *enstaka* indikatorer, och att ytterligare tre regioner har genomfört förberedelser för att följa upp vårdförloppet. Övriga regioner har ännu inte påbörjat detta arbete.

Figur 139. Regionernas arbete med uppföljning av indikatorer för vårdförlopp traumatisk hjärnskada, år 2023



Av enkäten framgår även att de regioner som påbörjat uppföljning eller planerat för hur uppföljning ska ske i framtiden, främst använder eller kommer att använda regional data i uppföljningen.

Figur 140. Typ av data som regionerna använder eller planerar att använda i uppföljningen av vårdförlopp traumatisk hjärnskada, år 2023



Generisk modell för integrering av levnadsvanor

Ohälsosamma levnadsvanor har stor påverkan på vårdprocesser inom alla delar av hälso- och sjukvården, inte minst inom den specialiserade vården. Det är vanligt att levnadsvanor har betydelse för olika hälsotillstånd. Den som har fyra hälsosamma levnadsvanor lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor.

Den generiska modellen för integrering av levnadsvanor har som mål att hälso- och sjukvårdens personal ska föra samtal om levnadsvanor med patienten samt att hälso- och sjukvårdens personal ska uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor och erbjuda och vidta rekommenderade åtgärder.

Den generiska modellen för integrering av levnadsvanor godkändes under våren 2023. Eftersom den generiska modellen vänder sig till nationella arbetsgrupper som utarbetar eller reviderar kunskapsstöd, ingick den ej i enkäten som regionerna besvarat.

Uppföljning

Den generiska modellen för levnadsvanor riktar sig primärt till nationella arbetsgrupper som utarbetar eller reviderar vårdförlopp eller andra kunskapsstöd. I linje med detta finns möjlighet för arbetsgrupperna att anpassa indikatorn om deltagande i rådgivning om ohälsosam levnadsvana, till det egna vårdförloppets patientgrupp. Detta sker och följs i så fall upp i respektive vårdförlopp. Vårdförloppets indikatorer är specificerade med recept och publicerade på www.kvalitetsindikatorkatalog.se.

Uppföljningen av den generiska modellen baseras på tre datakällor. Den första indikatorn avses hämtas från Nationell Patientenkät (SKR) och särredovisas per levnadsvana. Regionernas vårdinformationssystem används för att få data till den andra indikatorn. Här kommer särredovisning ske per rådgivningsåtgärd (3 stycken) och per levnadsvana (4 stycken). Bedömningen är att det finns goda möjligheter att fånga informationen med hjälp av befintliga åtgärds-koder (KVÅ-koder) och respektive region kan utveckla arbetet kring att dokumentera åtgärderna.

Den tredje och sista indikatorn är tänkt att hämtas från Primärvårdskvalitet och avser andel patienter med kronisk sjukdom och ohälsosam levnadsvana som fått rådgivning.

Den generiska modellen för levnadsvanor följs i nuläget upp enbart med processmått. Idag är datainsamlingen av ohälsosamma levnadsvanor för ofullständig för att den ska kunna vara en grund för användbara resultatmått.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

Depression hos vuxna

Depression är en av de stora folksjukdomarna och en vanlig anledning till ohälsa och funktionsnedsättning. Livstidsprevalensen för depression är omkring 35 procent för kvinnor och 25 procent för män. Andelen personer i den vuxna befolkningen som vid ett bestämt tillfälle har en pågående depression uppskattas till mellan fem och åtta procent. Ungefär 20–30 procent av alla depressioner har ett ihållande förlopp, det vill säga varaktighet på minst två år.

Vårdförloppet inleds vid misstanke om depression hos en vuxen patient och avslutas när patienten tillfrisknat, när patienten är i behov av behandling inom den specialiserade psykiatriska vården, eller då patienten återgår till uppföljning inom primärvården efter att behandling inom den specialiserade psykiatriska vården avslutats. Vårdförloppet omfattar strukturerad bedömning där särskild hänsyn tas till differentialdiagnoser och samsjuklighet. Åtgärderna innefattar även tidig och evidensbaserad behandling och kontinuerlig strukturerad uppföljning. Vårdförloppet beskriver även remissförfarande och tidsgränser för bedömning inom specialiserad psykiatrisk vård.

Vårdförloppets målsättning är att vuxna med depression snabbt får tillgång till strukturerad bedömning, diagnos och behandling enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer, samt blir återställda och återfår full funktionsförmåga. Vidare mål är att vården är lättillgänglig, samordnad och har hög kontinuitet, samt att patienten, och om patienten önskar, dennes närstående, får information om sjukdomen, behandlingsalternativ, egenvård och om vad som bör göras vid försämring.

Vårdförloppet för depression hos vuxna godkändes under hösten 2023.

Införandestatus

Vårdförloppet godkändes sent under verksamhetsåret 2023, och ingick därför inte i den enkät som regionerna besvarat.

Uppföljning

Fördjupad beskrivning finns för samtliga åtta indikatorer vilka också är publicerade på webbplatsen www.kvalitetsindikator katalog.se. Svenska Internetbehandlingsregistret (SibeR) används som källa för de flesta indikatorer. För övriga används Primärvårds kvalitet (PVQ) och för en indikator används Nationell patientenkät.

SibeR redovisar resultat för internetföremedlad psykologisk behandling på primärvårdsnivå om insatser till patienter med depression. PVQ har en 90-procentig anslutningsgrad varför flera befintliga indikatorer härifrån valts för att följa processmått i detta vårdförlopp. Primärvårds kvalitet har idag processindikatorer för vård av depression. Vid framtagandet av vårdförloppet har dialog förts om möjligheterna att utveckla PVQ för att följa upp resultat av behandling för depression, det vill säga att utveckla en resultatindikator som

standardiserat mäter förändring av depression under en vårdepisod baserat på patientens självskattning av depressionsgrad (PROM). Patientens upplevelse av vården (PREM) rekommenderas att följas via nationell patientenkät.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.

Självskadebeteende hos vuxna

Förekomst av självskadebeteende visar betydande variation beroende på vilken metod som använts i olika studier, hur självskadebeteende definieras och vilka åldersgrupper eller kön som avses. En svensk epidemiologisk undersökning bland 15-åringar genomförd 2008, visade att 43 procent hade skadat sig själva vid enstaka tillfällen samt att 21 procent hade ett etablerat självskadebeteende (definierat som självskada vid fem eller fler tillfällen). Vid uppföljning nio år senare var motsvarande siffror 19 respektive 10 procent. I en annan studie uppgav 35 procent av de tillfrågade patienterna inom vuxenpsykiatri att de självskadat sig vid enstaka tillfällen och 15 procent att de självskadat sig vid fem eller fler tillfällen. I båda studierna var självskadebeteende vanligare hos flickor/kvinnor än hos pojkar/män, vilket överensstämmer med andra nationella som internationella studier.

Vårdförloppet omfattar insatser då personer från 18 år vårdas inom psykiatrisk specialiserad vård. Vårdförloppet inleds vid misstanke om självskadebeteende eller vid försämring av tidigare känt självskadebeteende och avslutas när mål i vårdplan uppnåtts eller behov av ytterligare insatser inom vårdförloppet har upphört. Vårdförloppet kan även avslutas om behandlingen inte har förväntad effekt eller om möjlighet att tillgodogöra sig behandlingen inte finns. Vid lindrig psykisk sjukdom med självskadebeteende sker bedömning och behandling inom primärvården. Vårdförloppet rekommenderar tidig bedömning och ett samordnat professionellt bemötande. Stabiliserande insatser, patientutbildning eller evidensbaserad behandling bör enligt vårdförloppet erbjudas inom 30 dagar efter klinisk bedömning.

Det övergripande målet med vårdförloppet är att skapa en välorganiserad vårdkedja som minimerar onödiga väntetider och optimerar tillgängliga resurser samt att personer med självskadebeteende uppnår förbättrat mående och funktion och är delaktiga i sin vård.

Vårdförloppet för självskadebeteende hos vuxna godkändes under hösten 2023.

Införandestatus

Vårdförloppet godkändes sent under verksamhetsåret 2023, och ingick därför inte i den enkät som regionerna besvarat.

Uppföljning

Vårdförloppet har identifierat åtta indikatorer. Samtliga dessa har fördjupade beskrivningar (recept) vilka är publicerade på webbplatsen www.kvalitetsindikatorokatalog.se. Inga nationella datakällor finns tillgängliga vilket innebär att alla recept använder regionernas vårdinformationssystem som källa.

Nya fördjupningskoder och tilläggs-koder i diagnossystemet ICD-10-SE samt aktuella KVÅ-koder behöver implementeras i regionerna för att säkra uppföljning av vissa indikatorer. När data för de aktuella indikatorerna framöver samlats in kommer resultatet att publiceras på Vården i siffror. Det går i nuläget inte att ange när i tiden en sådan nationell datainsamling kan förväntas ske. En avgörande faktor är hur lätt eller svårt det är att använda vårdinformationssystemen för detta syfte.

Detta vårdförlopp har ännu inte varit föremål för nationell uppföljning.