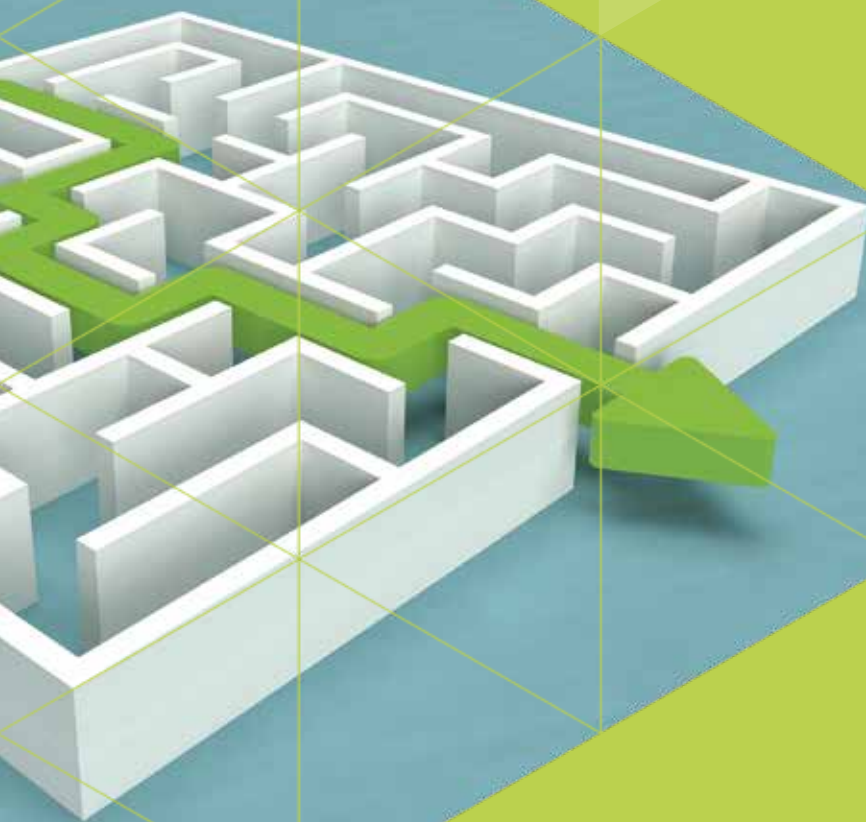


Rapport 2021:9

Ledas lika, ledas rätt?

Kunskapsunderlag om
standardiserade vårdförlopp



► vård- och
omsorgsanalys

Citera gärna ur Vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad på www.vardanalys.se

Beställning av tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Getty Images International
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri
ISBN 978-91-88935-37-3



Ledas lika, ledas rätt?

Kunskapsunderlag om
standardiserade vårdförlopp

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredaren Kajsa Hanspers har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Caroline Olgart Höglund, chefsjuristen Catarina Eklundh Ahlgren och projektdirektören Nils Janlöv deltagit.

Stockholm 2021-09-15
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Johanna Adami
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Gustaf Arrhenius
Styrelseledamot

Caroline Hoffstedt
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Per Molander
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Förord

Standardiserade vårdförlopp har kommit att bli en allt vanligare metod internationellt för att öka genomslaget för kunskap i hälso- och sjukvården och på så sätt öka kvaliteten och minska skillnader i vården mellan regioner och vårdenheter. Standardiserade vårdförlopp har sedan tidigare tillämpats i den svenska cancervården och sedan 2019 pågår ett arbete med att införa personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp i den svenska hälso- och sjukvården.

På uppdrag av regeringen har vi tagit fram ett kunskapsunderlag om erfarenheter av standardiserade vårdförlopp. I rapporten redovisar vi utifrån forskningen vilka effekter de har och vilka faktorer som karakteriserar ett framgångsrikt införande. Syftet med rapporten är att bidra med kunskap om standardiserade vårdförlopp som kan bli användbar i den svenska hälso- och sjukvården. I rapporten sammanställer vi också viktiga områden för fortsatt uppföljning av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen.

Arbetet med rapporten har letts av projektledaren Kajsa Hanspers. I projektgruppen har även analytikerna Annasara Agfors och Alexander Hedlund Kancans, projektdirektören Nils Janlöv och juristen Timothy Hallgren deltagit.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla som tagit sig tid att delta i intervjuer och möten och på så sätt bidragit till arbetet. Vi vill särskilt tacka Louise Olsson, enhetschef vid HTA-enheten Camtö i Region Örebro län, och Hanna Augustsson, doktorand vid MMC (Medical Management Centre) och LIME (Learning, Informatics, Management and Ethics) vid Karolinska institutet, som faktagranskat och kommit med värdefulla inspel till avsnitten om effekter av vårdförlopp respektive faktorer för ett framgångsrikt införande.

Stockholm, oktober 2021

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Standardiserade vårdförlopp (vårdförlopp) har införts i en rad länder för att underlätta för hälso- och sjukvården att bland annat arbeta mer kunskapsbaserat, öka jämlikheten och korta väntetiderna. I Sverige finns vårdförlopp sedan tidigare i cancervården, och införs nu på en rad nya sjukdomsområden under beteckningen ”personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp”.

Vi har på regeringens uppdrag gjort en internationell utblick över standardiserade vårdförlopp, samt tagit fram frågeställningar för uppföljning av den svenska reformen. Rapporten baseras på en litteraturstudie av internationella erfarenheter samt en dokument- och intervjustudie av införandet av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen i Sverige hittills.

Våra slutsatser:

- ▶ Internationella studier visar att kunskapen om effekterna av vårdförlopp när det gäller hälsoutfall, personcentrering, tillgänglighet och effektivitet är begränsad.
- ▶ Forskning visar att det kan finnas positiva effekter på följsamhet mot kunskapsstöd, samarbete och färre komplikationer. Men det kan också finnas negativa bieffekter i form av bland annat undanträngning och ökad arbetsbelastning.
- ▶ Vid införandet av vårdförlopp bör man beakta följande faktorer:
 - Det bör finnas en bred representation av patienter, vårdpersonal och andra relevanta aktörer under både framtagande och implementering.
 - Vårdförloppen bör vara användarvänliga, samstämmiga med övrig styrning och balansera standardisering mot flexibilitet.
 - Implementeringen bör vara en genomtänkt process med aktivt ledarskap och tillräckligt med tid och resurser avsatta.
 - Uppföljningen bör spegla målen, vara kliniskt välgrundad och inte skapa ökad administration.

- ▶ Det svenska införandet är i stor utsträckning planerat i linje med forskningens slutsatser om hur vårdförlopp bör införas, men det finns utvecklingspotential när det gäller uppföljningen och representationen i framtagandeprocessen.
- ▶ Vi ser det som viktigt att fortsätta att följa upp införandeprocessen, men också effekterna av reformen framöver. Vi ser också ett behov av att följa upp de förändringar i kunskapsstyrningens organisation som de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för med sig.

Vi lämnar följande rekommendationer till regeringen, kunskapsstyrningsorganisationen och SKR:

- ▶ Utveckla formerna för att beakta patientperspektivet och stärka förankringen i primärvården i framtagandeprocessen.
- ▶ Inför vårdförloppen på ett sådant sätt att det är möjligt att följa upp effekterna, till exempel genom att införa vårdförloppen stegvis i olika regioner eller som försöksverksamheter.
- ▶ Intensifiera arbetet med att förbättra de datamässiga förutsättningarna för uppföljning, för professionellt lärande och uppföljning av reformens effekter.
- ▶ Tydliggör relationen mellan vårdförlopp och annan kunskapsstyrning för att undvika potentiellt motstridiga styrsignaler och dubbelarbete.

Sammanfattning

Standardiserade vårdförlopp har internationellt sett kommit att bli en allt vanligare metod för att öka kunskapsgenomslaget i hälso- och sjukvården. Tanken är att vårdförloppen på ett enkelt och tydligt sätt ska förmedla de bästa och mest aktuella metoderna enligt forskning och beprövad erfarenhet om hur patientens hela vårdkedja ska hanteras för att bli så effektiv som möjligt. Förenklat kan det beskrivas som en tids-, resurs- och kompetenssatt insats- och åtgärdsplan för en patientgrupps hela sjukdomsförlopp, alltifrån diagnosticering till eftervård. Syftet är att på så sätt öka vårdens kvalitet och effektivitet samt minska omotiverade skillnader i vården mellan regioner, vårdenheter och patienter. Samtidigt kan det finnas risker förknippade med den typen av standardisering som vårdförloppen innebär. Personalens handlingsutrymme kan påverkas negativt och vårdförloppen kan bidra till att öka den administrativa bördan.

BRED KUNSKAPSSAMMANSTÄLLNING OM STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP

Syftet med den här rapporten är att sammanställa forskning och annan kunskap om standardiserade vårdförlopp. Dels har vi undersökt befintlig forskning om vilka effekter vårdförlopp har haft på medicinsk kvalitet, jämlikhet, personcentrering, tillgänglighet och effektivitet. Dels har vi utifrån forskning och tidigare erfarenheter kartlagt faktorer som är viktiga för ett framgångsrikt införande.

Syftet med rapporten är också att ta fram förslag på frågeställningar i uppföljningen av de personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, som just nu införs i den svenska hälso- och sjukvården. Frågeställningarna utgår

från vår genomgång av forskningsläget och andra internationella erfarenheter av standardiserade vårdförlopp, men också från tidiga erfarenheter av det svenska arbetet med de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen.

Rapporten baseras på en genomgång av forskningslitteratur och rapporter som behandlar antingen införandeaspekter eller reformeffekter av standardiserade vårdförlopp. För att belysa nationella införanden har vi också genomfört en fördjupad kartläggning av införandena i Danmark och Norge, som i stor utsträckning är föregångare till den svenska reformen, men även införandet i Skottland. Den svenska reformen beskrivs utifrån befintliga överenskommelser på området mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Vi har även genomfört avstämningsdialoger med SKR, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) samt genomfört intervjuer med samordnare i fyra sjukvårdsregioner, samordnare i åtta regioner (Jämtland Härjedalen, Stockholm, Västra Götaland, Kalmar, Kronoberg, Örebro, Dalarna och Västernorrland), patientorganisationer och professionsorganisationer.

KUNSKAPEN OM VÅRDFÖRLOPPENS EFFEKTER ÄR BEGRÄNSAD

Standardiserade vårdförlopp är inget entydigt koncept. Syftet med olika vårdförlopp och förutsättningarna i de sammanhang de används skiljer sig åt, vilket gör det svårt att generalisera kring vårdförloppens sammantagna effekter. De flesta vetenskapliga studier på området tar fasta på införanden i mindre skala där initiativet och framtagandet har skett på lokal nivå, medan vårdförloppen som införts i Sverige, Norge och Danmark är nationella initiativ. Eftersom det kan finnas skillnader i genomslag mellan vårdförlopp som tagits fram på personalens initiativ och nationella införanden, är det svårt att överföra slutsatser från den internationella forskningen på det svenska införandet av vårdförlopp.

I Danmark och Norge har införandet skett samtidigt med andra genomgripande förändringar av hälso- och sjukvården, som centralisering. Reformerna i dessa länder har heller inte riggats på ett sätt som gör det möjligt att jämföra utfall mellan behandlings- och kontrollgrupper, vilket gör det svårt att urskilja orsakssamband. I stor utsträckning saknas därför studier av kausala effekter på till exempel vårdkvalitet, tillgänglighet, personcentrering och kostnadseffektivitet från dessa nationella exempel. Även när det gäller lokala införanden är kunskapen kring dessa utfall begränsad och befintlig forskning ger inga entydiga svar.

Det saknas evidens om effekter på hälsoutfall, men studier pekar på förbättrad följsamhet till kunskapsstöd och färre komplikationer

Kunskapsunderlaget när det gäller vårdförloppens effekter på olika kvalitetsdimensioner är generellt svagt. Ett fåtal studier identifierar dock vissa positiva effekter, som färre komplikationer av behandlingen. Dessa studier berör främst lokala införanden, där man till exempel tagit fram och infört vårdförlopp på ett enskilt sjukhus. Ett sådant införande skiljer sig väsentligt mot den svenska processen där vårdförlopp tas fram i en nationell process och införs över hela landet. När det gäller nationella införanden av standardiserade vårdförlopp saknas det överlag studier som kan visa på kausala samband mellan vårdförlopp och vårdkvalitet. Det kan bero på att det saknas jämförelsegrupper vid införandet, men också på att andra förändringar gjorts samtidigt.

Standardiserade vårdförlopp har i den internationella forskningen kopplats till ökad följsamhet mot riktlinjer och mer enhetlig tillämpning av kunskapsstöd och flera studier har funnit att standardiserade vårdförlopp är förknippade med bättre dokumentation. Däremot har man inte i internationella forskningssammanställningar funnit stöd för förbättringar i hälsoutfall.

Många studier lyfter också fram att standardiserade vårdförlopp har en positiv påverkan på faktorer som kan kopplats till kvalitet, som samarbete och bättre koordination. Men det finns också studier som tyder på vissa negativa bieffekter, som ökad arbetsbelastning för personalen och svårigheter att anpassa vården efter individen. Kvaliteten i dessa studier är dock relativt låg och det handlar i hög grad om vårdpersonalens upplevelser, vilket gör det svårt att dra slutsatser om effekter.

Oklart om vårdförlopp medför förbättrad personcentrering

Det saknas studier som undersöker hur personcentreringen påverkas av införande av standardiserade vårdförlopp. Framförallt saknas studier som har undersökt frågan ur ett patientperspektiv, och som också kan identifiera kausala effekter.

Däremot finns det studier som har undersökt hur personalen upplever att faktorer som kan vara kopplade till personcentrering, som vårdens samordning, har påverkats av standardiserade vårdförlopp. I studierna framkommer ofta att personalen upplever att samverkan och samarbetet inom vårdenheterna har förbättrats, liksom att mer välfungerande vårdprocesser



har utvecklats. Dessa resultat är dock osäkra eftersom det saknas studier av patientutfall som kan bekräfta denna bild.

Effekterna på väntetider och kostnadseffektivitet är oklara

Vi har inte identifierat några studier som lyckats fånga kausala effekter av vårdförloppen när det gäller väntetider. I breda utvärderingar av de danska och svenska vårdförloppen i cancervården har man funnit att väntetiderna minskade i samband med införandet av vårdförloppen, men det är inte säkerställt att väntetiderna minskade till följd av vårdförloppen.

De samlade effekterna av standardiserade vårdförlopp på vårdens kostnadseffektivitet och kostnadsutveckling är inte heller klarlagda. Det beror i första hand på att det saknas studier som kan mäta kostnaderna för själva införandefasen och – när väl världsförloppen införts – hur kostnaderna påverkats i andra verksamheter än det sjukhus som ledde införandet av vårdförloppet, till exempel primärvård eller socialtjänst.

Kan medföra ökad regional jämlikhet men även risk för undanträngning

Tidigare erfarenheter tyder på att standardiserade vårdförlopp både kan främja och försämra vårdens jämlikhet inom olika dimensioner.

Till att börja med uppskattas den geografiska jämlikheten ha ökat genom vårdförloppen inom svensk cancervård. Även i Danmark upplever vårdpersonalen att vårdförlopp bidragit till mindre geografiska olikheter i vårdprocesserna. Sammantaget tyder dessa utvärderingar på att vårdförloppen kan ha minskat de geografiska skillnaderna, men de kan inte påvisa kausala effekter.

Det saknas studier av effekter på socioekonomisk ojämlikhet. När det gäller jämlikhet mellan mer eller mindre komplexa behovsgrupper, som multisjuklighet kontra enskilda diagnosgrupper, finns inga entydiga resultat. Undanträngning av patientgrupper utanför de standardiserade vårdförloppen kan dock förekomma om riktade garantier, uppmärksamhet och uppföljning gentemot patienter inom vårdförlopp i kombination med begränsade resurser gör att de prioriteras framför andra patientgrupper. Den typen av undanträngningseffekter har bland annat rapporterats från Danmark och Storbritannien. Om sådana prioriteringar inte är behovsmotiverade leder detta till minskad jämlikhet utifrån vårdbehov.

INFÖRANDEPROCESSEN BÖR INKLUDERA BERÖRDA VÅRDPROFESSIONER OCH PATIENTGRUPPER

Vi har kartlagt faktorer som är viktiga för ett framgångsrikt införande av standardiserade vårdförlopp utifrån forskning och analyser av tidigare införanden. Sammanställningen bygger både på generella lärdomar inom implementeringsforskningen och på specifika lärdomar från införandet av vårdförlopp.

En grundläggande lärdom är att vårdpersonal måste vilja och kunna tillämpa vårdförloppen. Det förutsätter att vårdförloppen uppfattas som legitima, är användbara och motsvarar ett behov hos användarna. Det kräver också att personalen har kunskap om vårdförloppen samt resursmässiga och organisatoriska förutsättningar att tillämpa dem. Dessa förutsättningar skapas i alla delar av processen med att ta fram och införa vårdförlopp.

Till att börja med bör *framtagandeprocessen* inkludera alla relevanta aktörer, till exempel professionsföreträdare, vårdpersonal från olika verksamheter och patientrepresentanter. Det är en viktig förutsättning för att lägga grunden för vårdförloppens legitimitet bland framförallt personal genom att de får ett ägandeskap och insyn i processen. Det är också viktigt att ta fasta på kunskapen hos de grupper som berörs av vårdförloppen för att vårdförloppen ska bli relevanta och anpassade för målgruppen. Om vårdförloppen ska bidra till ökad personcentrering är det till exempel viktigt att ta tillvara patienternas perspektiv under framtagandet. För att de ska bli användbara i primärvården, med dess stora bredd i diagnoser och höga andel multisjuka patienter, är det viktigt att inkludera personer med kunskap om förutsättningarna i primärvården.

Innehållet i vårdförloppen bör vara sammanhållet med annan styrning så att de olika styrmedlen kompletterar och förstärker, och inte motverkar, varandra. Det skapar förutsättningar för en mer effektiv styrning. Det kan till exempel ske genom att vårdförloppen bidrar till att tydliggöra hur hälso- och sjukvårdens övergripande mål ska uppfyllas. För att vårdförloppen ska användas bör de vara kliniskt välgrundade och utformade på ett användarvänligt sätt. Det bör också finnas en avvägning mellan standardisering och flexibilitet. Vårdförlopp ska minska variationen i vårdprocesser, men de behöver samtidigt lämna utrymme för lokala anpassningar och för professionella bedömningar av den enskilda patienten. Vårdförlopp inte kan ersätta vårdprofessionernas kompetens, och standardisering kan påverka vårdpersonalens inre motivation. Dessutom är variation utifrån individen en förutsättning för kvalitet. Ett standardiserat vårdförlopp kan aldrig utformas så att det är lämpligt för alla patienter,



och det kan finnas lokala förutsättningar som gör att avvikelser från en rekommenderad åtgärd ger bättre resultat än följsamhet.

Vidare är *implementeringen* av vårdförlopp resurskrävande och bör ske genom en genomtänkt, aktiv process. Eftersom vårdförlopp är en komplex förändring i en komplex miljö är det svårt att på förhand formulera en strategi som kommer att vara lämpad för de olika förhållandena där vårdförloppen ska införas. Implementeringsinsatserna bör istället skraddarsys utifrån en analys av lokala förutsättningar och potentiella hinder. Eftersom införandet av vårdförlopp kan innebära en krävande omställning är det viktigt att det finns ett aktivt ledarskap där ledare på alla nivåer drar i samma riktning och möjliggör omställningen. Forskningen betonar också vikten av att inkludera personalen även i detta skede. Personalen behöver få tillräckligt med tid och utrymme för att delta i och påverka införandet. Som ett led i detta bör man också följa upp och ta tillvara personalens erfarenheter av införandet.

Slutligen bör *uppföljningen* av vårdförloppen vara inriktad på utfallsmått för de mest centrala målen. Detta för att styra mot de målsättningar som vårdförloppen införs för att nå och så att vårdförloppen inte uppfattas som en lista med åtgärder. Om vårdförloppen ska bidra till ökad personcentrering är det till exempel viktigt att följa upp patientupplevelser. För att uppföljningen ska vara användbar och legitim bland personal är det också viktigt att den är kliniskt relevant och utformad så att den inte ökar personalens administrativa börda.

DET SVENSKA INFÖRANDET UTGÅR I STOR UTSTRÄCKNING FRÅN TIDIGARE FORSKNING MEN DET FINNS FORTSATT UTMANINGAR

Inom ramen för rapporten har vi genomlyst det svenska införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för att undersöka om införandeprocessen så här långt motsvarar kunskapsläget och de internationella erfarenheterna. Eftersom reformen befinner sig i ett tidigt skede har vi fokuserat på framtagandeprocessen, innehållet och uppföljningen.

Resultatet av genomlysningen är att införandet i stor utsträckning är i linje med implementeringsforskningens slutsatser om hur vårdförlopp bör införas. Till exempel har den bärande samregionala organisationsformen för genomförandet av reformen – den s.k. kunskapsstyrningsorganisationen – skapat förutsättningar för att de yrkesgrupper som berörs finns representerade i framtagandeprocessen, liksom patientrepresentanter. Uppföljningen har dessutom riggats från existerande mått och statistik för

att motverka ökad administrativ börda och innehåller utfallsmått, vilket har lyfts fram som betydelsefullt i forskningen.

Samtidigt ser vi förbättringspotential på vissa områden. Exempelvis kan en enskild patientrepresentant i de olika arbetsgrupper som tar fram vårdförloppen vara otillräckligt för att skapa tillräcklig patientrepresentativitet, och det kan också medföra att representanten får svårare att komma till tals. På den punkten ser vi att vissa arbetsgrupper breddat hur de inkluderar patientperspektivet med andra metoder för att fånga in fler röster, vilket varit uppskattat. Även representationen för och förankringen i primärvården upplevs av vissa intressenter som otillräcklig. En bredare representation från primärvårdens sida och mer kunskap om hur vårdförloppen kan bidra till primärvårdens arbete kan vara vägar att stärka förankringen.

Även om det är positivt att uppföljningen är inriktad på utfallsmått saknas i stor utsträckning utfallsmått som tar fasta på andra dimensioner än medicinsk kvalitet, till exempel indikatorer på personcentrering och kostnadseffektivitet. Vi ser också kvalitetsbrister i flera av de datakällor som ligger till grund för indikatorerna, vilket kan försvåra för både professionellt lärande och nationell uppföljning av vårdförloppen.

UPPFÖLJNINGEN AV VÅRDFÖRLOPPEN BÖR BIDRA TILL ATT KUNSKAPSSTYRNINGENS GENOMSLAG FÖRBÄTTRAS

I vårt uppdrag ingår att redovisa frågeställningar för fortsatt uppföljning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Vi anser att det är angeläget med en sådan uppföljning av flera skäl.

För det första är kunskapen om effekterna av standardiserade vårdförlopp bristfällig, och det gäller i synnerhet kunskapen om införanden på nationell nivå. Vi ser det som angeläget att fylla den kunskapsluckan. Sverige kan spela en viktig roll när det gäller att införa vårdförlopp på ett sätt som möjliggör effektutvärdering, exempelvis genom ett stegvist införande. Dessutom är det viktigt att följa upp det svenska införandet eftersom effekterna av vårdförlopp i det svenska sammanhanget kan skilja sig från vad man sett i andra länder.

För det andra ser vi att det är viktigt att följa i vilken uträkning införandet utgår från forskning och tidigare erfarenheter om hur kunskapsstyrning får genomslag. Det är särskilt relevant mot bakgrund av att bland annat Riksrevisionen och två offentliga utredningar på området konstaterat att kunskapsgenomslaget brister i svensk hälso- och sjukvård, vilket kan vara en bidragande orsak till regionala skillnader i utfall. Det finns även andra utmaningar inom vården som kan påverkas av vårdförloppen och det behövs



mer kunskap om vilka åtgärder som kan bidra till förbättringar inom dessa områden. Det handlar till exempel om behovet att utveckla och förstärka primärvården, att möta behoven av en mer samordnad vård, framförallt för patienter med en komplex behovsbild, och att utveckla de personcentrerade inslagen i vården.

För det tredje sker det för närvarande många förändringar inom kunskapsstyrningsområdet. Förutom införandet av ett mer standardiserat arbetssätt, är införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp intimt förknippat med utbyggnaden av en regiongemensam kunskapsstyrningsorganisation utöver myndigheter som Socialstyrelsen och SBU. Vi menar att det är angeläget att följa upp i vilken utsträckning förändringarna bidrar till att skapa förutsättningar för en effektiv och träffsäker kunskapsstyrning.

De frågeställningar som vi önskar lyfta fram är indelade i tre områden:

- uppföljning av reformens effekter i sin helhet
- uppföljning av införandeprocessen
- uppföljning av kunskapsstyrningens organisation.

Uppföljning av reformens effekter i sin helhet

Satsningen på personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är en omfattande reform som riktar in sig på målen i hälso- och sjukvårdslagen och även centrala utmaningar i hälso- och sjukvården. Vi ser det som angeläget att följa upp hur vårdförloppen kan bidra till att säkerställa hälso- och sjukvårdens mål samt möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Det är också viktigt att följa upp eventuella sidoeffekter som undanträngning.

De dimensioner som bör ingå i en uppföljning av reformens effekter är:

- hälsoutfall
- personcentrering
- effektivitet
- jämlikhet mellan regioner och befolkningsgrupper. Även undanträngning mellan sjukdoms- och patientgrupper bör ingå.
- tillgänglighet

Utöver dessa dimensioner är det viktigt att följa upp hur vårdförloppen påverkar följsamheten till kunskapsstöd, den administrativa bördan och

samverkan mellan olika aktörer i hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att bättre förstå mekanismerna bakom eventuella effekter på utfallet av vården.

När det gäller förutsättningarna att följa upp reformens effekter vill vi särskilt lyfta fram tillgången på relevanta data av god kvalitet, samt möjligheten att följa utvecklingen över tid för patienter som omfattas av vårdförlopp jämfört med en kontrollgrupp. På båda dessa punkter finns i dagsläget utmaningar som vi adresserar i våra rekommendationer.

Uppföljning av införandeprocessen

Vi har i rapporten identifierat en rad faktorer som forskningen lyfter fram som centrala att beakta vid införande av vårdförlopp. Uppföljningen av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp bör också sträva efter att följa upp i vilken utsträckning införandet utgår från tidigare erfarenheter. Områden som vi ser är viktiga att följa upp är:

- Framtagandeprocessen: Finns representation från de professioner och patientgrupper som berörs?
- Innehållet: Är innehållet samstämmigt med annan styrning? Motsvarar det professionernas behov och kompetens och lämnar det utrymme för lokala anpassningar och professionernas handlingsutrymme?
- Implementeringsprocessen: Finns det tillräckligt med tid och resurser, och har vårdförloppen förankrats i verksamheterna på ett ändamålsenligt sätt? Vilka hinder för implementering har uppdagats? Finns det tillräckliga strukturella förutsättningar att genomföra vårdförloppen?
- Uppföljningen: Fokuserar den på utfallsmått samt stödjer lärande och verksamhetsutveckling? Hur påverkas den administrativa bördan?

Uppföljning av kunskapsstyrningens organisation

Satsningen på vårdförlopp är en del i utbyggnaden av regionernas kunskapsstyrningsorganisation, som i och med framtagandet av vårdförlopp får en utökad roll som producent av kunskapsstöd. På det sättet har satsningen på vårdförlopp betydelse för rollfördelningen inom svensk kunskapsstyrning, som tidigare främst har bedrivits från statlig nivå. I våra intervjuer och möten framkommer att många intressenter ser fördelar med en regiongemensam kunskapsstyrningsorganisation. Samtidigt lyfter man också fram risker med överlappning och otydlighet i relationen mellan olika kunskapsstöd och mellan olika aktörer.



Våra förslag för uppföljning riktar in sig på att följa upp:

- i vilken utsträckning förändringarna i kunskapsstyrningens organisation bidrar till en ändamålsenlig rollfördelning mellan olika aktörer
- hur samverkan mellan aktörer och genomslaget för kunskapsstyrningen påverkas
- hur möjligheterna till insyn och ansvarsutkrävande inom kunskapsstyrningen påverkas.

REKOMMENDATIONER

Utifrån den internationella utblicken och våra tidiga iakttagelser av införandet av personcentrerade vårdförlopp lämnar vi fyra rekommendationer. De riktas till parterna för överenskommelsen om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, det vill säga regeringen, kunskapsstyrningsorganisationen och SKR.

► *Utveckla formerna för att beakta patientperspektivet och stärka förankringen i primärvården i framtagandeprocessen*

Arbetsgrupperna som tar fram vårdförloppen är utformade så att det finns en bred representation av olika områden i vården, olika professioner och patientrepresentanter.

Det kan vara svårt för en enskild patientrepresentant att framföra synpunkter och representera hela patientgruppen. Därför rekommenderar vi att kunskapsstyrningsorganisationen fortsätter att stödja tillämpningen av kompletterande former för att beakta patientperspektivet, exempelvis genom fokusgrupper eller andra studier bland patienter inom sjukdomsområdet.

Det kan också finnas skäl till att redan under framtagandeprocessen stärka förankringen i primärvården. Brist på kunskap om vad vårdförloppen kan bidra med i primärvården kan bidra till den skepsis som vi observerat bland flera representanter för primärvården. Forskningen ger inga tydliga besked om nyttan i primärvårdssammanhang. Som ett första steg mot ökad kunskap rekommenderar vi att vårdförloppen införs som en pilotstudie på ett antal vårdcentraler för att öka kunskapen och samla in erfarenheter som kan vara till nytta i framtagandet av fler vårdförlopp.

► *Inför vårdförloppen på ett sätt som möjliggör uppföljning av effekter*

Kunskapen om vilka effekter vårdförlopp har på vårdkvalitet, personcentrering, tillgänglighet och kostnadseffektivitet är mycket begränsad, i synnerhet när det gäller införande på nationell nivå. Även kunskap om eventuella undanträngningseffekter saknas.

Vår rekommendation är att det fortsatta införandet av reformen sker på ett sådant sätt att det är möjligt att genomföra studier som kan identifiera effekter. En åtgärd för att underlätta en sådan uppföljning är att införa vårdförloppen stegvis i olika regioner eller som försöksverksamheter i vissa regioner. På det sättet skapas jämförelseregioner, vilket möjliggör utvärderingar där utfallen i regioner som infört vårdförlopp kan jämföras med utfallet i regioner som arbetar enligt mer traditionella arbetssätt.

► *Intensifiera arbetet med att förbättra de datamässiga förutsättningarna för uppföljning*

För att det ska vara möjligt att använda vårdförloppen för professionellt lärande och för att kunna följa upp reformens effekter är det viktigt att det finns tillförlitliga datakällor som inkluderar relevanta mått och att insamlingen inte tar för stora resurser i anspråk.

Möjligheterna till uppföljning av hälso- och sjukvården är dock en bredare fråga än uppföljningen av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, och vi kan därför inte i detta sammanhang lämna några mer konkreta rekommendationer på området. Det arbete som bedrivs för att underlätta automatisk inhämtning bör fortskrida, för att minska den administrativa bördan för vårdpersonalen. På kortare sikt är det viktigt att utforma uppföljningen av vårdförloppen på ett sätt som inte ökar på den administrativa bördan, och att uppföljningen sker på ett sätt som är till nytta för vårdpersonalen. Det handlar om att välja ut variabler som är till nytta för flera olika aktörer, från statlig nivå till verksamhetsnivå, men också att utnyttja existerande datakällor på ett effektivt sätt.

Det är också viktigt att möjligheterna att följa upp och utvärdera införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp värnas redan i ett så tidigt skede som möjligt.

Några förändringar som vi vill framhålla som särskilt betydelsefulla på kort sikt:



- Gör det möjligt att i den nationella patientenkäten och väntetidsdatabasen identifiera de sjukdomsgrupper som omfattas av vårdförloppen. Det är också viktigt att det går att identifiera andra sjukdomsgrupper som kan ha påverkats av vårdförloppen, t.ex. via undanträngning. Indikatorer från dessa grupper bör även ingå i vårdförloppen för att säkerställa att uppföljningen omfattar alla reformens målsättningar.
- Säkerställ att de indikatorer som ingår i vårdförloppen rapporteras in till aktuella datakällor av de regioner som har infört vårdförloppen.
- KPP-databasen (kostnad per patient) bör på sikt utvecklas för att möjliggöra kostnadssammanställningar per sjukdomsgrupp. På kort sikt rekommenderar vi att SKR tar fram kostnadsunderlag för några sjukdomsgrupper som omfattas av vårdförlopp i den mån det är möjligt.

► *Tydliggör relationen mellan vårdförlopp och annan kunskapsstyrning*

För att undvika alltför många och potentiellt motstridiga styrsignaler samt ineffektivt dubbelarbete anser vi att regeringen bör fortsätta att verka för att tydliggöra relationen mellan olika kunskapsstöd och de aktörer som tar fram kunskapsstöden.

I ljuset av de risker för undanträngning vid införande av standardiserade vårdförlopp som har observerats och flera av regionernas behov av stöd för prioriteringar, kan det finnas ett värde i att ytterligare stärka de nationella riktlinjerna som ett stöd för horisontella prioriteringar.

Hur förhållandet mellan den statliga nivån och kunskapsstyrningsorganisationen ska se ut när det gäller de kliniska kunskapsstöden behöver också klargöras. Mot bakgrund av de risker som kan finnas när det gäller att omfördela ansvaret från statlig nivå till kunskapsstyrningsorganisationen på regional nivå är det viktigt att ett sådant tydliggörande vilar på en noggrann analys och överväganden av för- och nackdelar.



Innehåll

1	Inledning.....	25
1.1	Vi följer upp personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.....	26
1.2	Avgränsningar	30
1.3	Rapportens disposition	31
2	Tidigare erfarenheter av standardiserade vårdförlopp.....	35
2.1	Vårdförlopp – en form av kunskapsstyrning.....	35
2.2	Effekterna av vårdförlopp.....	37
2.3	Faktorer för ett framgångsrikt införande.....	49
3	Tidigare tillämpningar – internationell utblick	67
3.1	Danmark har vårdförlopp för cancervård och psykiatri	68
3.2	Norge införde vårdförlopp efter dansk förebild.....	78
3.3	Skottland har vårdförlopp för psykisk ohälsa.....	85
4	Införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp	93
4.1	Överenskommelse mellan regionerna och regeringen	93
4.2	Regionernas kunskapsstyrningsorganisation tar fram och för ut vårdförloppen	96
4.3	Beröringspunkter med andra reformer och förändringar.....	99
4.4	Status för införandet	103
4.5	Preliminära iakttagelser av införandeprocessen	104



5	Viktiga aspekter i utvärderingen av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.....	119
5.1	Frågeställningar för uppföljning.....	119
6	Slutsatser och rekommendationer.....	135
6.1	Slutsatser från den internationella utblicken.....	135
6.2	Slutsatser från införandet i Sverige.....	140
7	Referenser	149
	Bilagor	165
	Bilaga 1 – Intervjupersoner	165
	Bilaga 2 – Intervjuguide.....	167



Inledning

Svensk hälso- och sjukvård håller i internationell jämförelse en hög kvalitet. Samtidigt finns det en rad utmaningar. Till exempel finns det regionala skillnader i vårdens utfall (Vård- och omsorgsanalys 2019, Socialstyrelsen 2020) och genomslaget för kunskapsstyrningen är bristfälligt (SOU 2017:48, Riksrevisionen 2017). Det finns också behov av att utveckla de personcentrerade arbetssätten inom vården och väntetiderna är långa i internationell jämförelse. Det finns även ett behov av att förbättra samordningen kring patienten (Vård- och omsorgsanalys 2021).

Dessa utmaningar finns också i många andra länder. På vissa håll har standardiserade vårdförlopp införts som arbetssätt för att underlätta för hälso- och sjukvården att bland annat arbeta mer kunskapsbaserat, öka samverkan kring patienten, stärka effektiviteten, öka jämlikheten och korta väntetiderna. Även i Sverige förekommer standardiserade vårdförlopp inom cancervården.

I den här rapporten sammanställer vi internationella erfarenheter av standardiserade vårdförlopp med fokus på effekter av och strategier för införandet. Rapporten är resultatet av ett regeringsuppdrag att ta fram en internationell utblick kring standardiserade vårdförlopp. I uppdraget ingår också att ta fram frågeställningar för uppföljning av de personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp som sedan 2019 tas fram inom en rad sjukdomsområden inom svensk hälso- och sjukvård.



1.1 VI FÖLJER UPP PERSONCENTRERADE OCH SAMMANHÅLLNA VÅRDFÖRLOPP

I regeringsuppdraget ingår att i dialog med SKR och i samråd med relevanta myndigheter genomföra en internationell utblick, där strategier och handlingsplaner för vårdförlopp kartläggs och analyseras. Utifrån den internationella genomgången ska sedan relevanta frågeställningar för fortsatt uppföljning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp presenteras.

Vår rapport syftar till att:

- beskriva tidigare erfarenheter av att införa vårdförlopp, internationellt och i Sverige
- identifiera vilka faktorer som kan främja ett framgångsrikt införande och vilka hinder som kan behöva hanteras
- beskriva införandet av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen i dess inledningsskede
- ta fram frågor som ska kunna användas för att följa upp personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp i den svenska hälso- och sjukvården utifrån tidigare kunskap om standardiserade vårdförlopp och våra tidiga observationer av det svenska fallet.

1.1.1 Metod

I vårt arbete har vi tillämpat en rad kompletterande metoder. En översikt av de metoder och material som använts framgår av figur 1.

För de delar av rapporten som berör tidigare erfarenheter av vårdförlopp, såsom effekter och strategier för införande, har vi i första hand vänt oss till beskrivningar av vårdförloppen och forskning om dem.

För att beskriva de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen i Sverige och regionernas kunskapsstyrningsorganisation har vi använt oss av dokument och litteratur, bland annat överenskommelsen mellan regeringen och SKR samt statliga utredningar och rapporter, men även intervjuer med representanter för kunskapsstyrningsorganisationen nationellt och sjukvårdsregionalt.

För beskriva framtagande- och implementeringsprocessen har vi använt oss av dokument, till exempel vårdförloppsdocument och remissvar på dessa, samt av en intervjustudie. Intervjustudien genomfördes under hösten 2020 och har omfattat följande aktörer:

- ordförande och vissa deltagare i de nationella arbetsgrupper som tagit fram respektive vårdförlopp, patientrepresentanter, primärvårdsrepresentanter och representanter från professionsföreningar.
- sjukvårdsregionala samordnare för vårdförloppen i 4 sjukvårdsregioner.
- processledare eller regionala samordnare för vårdförlopp i åtta regioner.
- representanter för Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och regioner (SKR), Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Regionala cancercentrum i samverkan (RCC).
- representanter för Primärvårdskvalitet samt Medrave som skapat en programvara för automatisk upphämtning av data från patientjournaler. Intervjupersonerna och intervjuguiden redovisas i bilaga 1 och 2.

Figur 1. Översikt av innehållet i rapporten.



1.1.2 Begrepp

Vårdförlopp

Vi använder i den här rapporten begreppet *vårdförlopp* och syftar då på *standardiserade vårdförlopp*. Bakgrunden till rapporten är de vårdförlopp som började införas i Sverige 2019. Inledningsvis kallades de standardiserade vårdförlopp (Socialdepartementet och SKL 2019), men i



2020 års överenskommelse mellan regeringen och SKR (2020) infördes det nya namnet *personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp*. I rapporten kallar vi även dessa för vårdförlopp eftersom de väsentligen liknar det som kallas standardiserade vårdförlopp.

Det saknas en fastslagen definition av vad ett standardiserat vårdförlopp är. Konkret är ett vårdförlopp en standardiserad multidisciplinär vårdplan för en viss patientgrupp där åtgärder ställs upp i tidsföljd (Rotter m.fl. 2012). Vårdförloppet anger vem som ska göra vad, hur och när det ska göras samt vilket utfall det förväntas få. På det sättet formaliseras det multidisciplinära samarbetet runt en viss patientgrupp och medicinsk kunskap förs ut i det dagliga arbetet (Allen m.fl. 2009, Vanhaecht m.fl. 2010). Förutom att beskriva vilka åtgärder som ska ske för patientgruppen brukar vårdförloppet även innehålla målsättningar kopplade till evidensbaserad vård och patienters upplevelser, samt dokumentation och utvärdering av utfall och variation (European Pathway Association 2020). Vårdförloppet blir då ett verktyg för kvalitetsarbete.

Internationellt används ett stort antal olika begrepp för vårdförlopp, bland annat *clinical pathway* och *integrated care pathway* (Rotter m.fl. 2012).

Kunskapsstyrning

Vårdförlopp är ett verktyg inom kunskapsstyrning. Kunskapsstyrning syftar till att vården ska bli mer kunskapsbaserad, det vill säga vård ska ges utifrån bästa möjliga kunskap eller evidens. Detta ska i sin tur leda till att man når sjukvårdens mål. Kunskapsstyrning är en process som kan liknas vid en kedja eller ett kretslopp: kunskap tas fram och sprids, och användandet av kunskapen följs sedan upp och genererar ytterligare ny kunskap (SOU 2020:36, Vård- och omsorgsanalys 2016:7). Mer konkret innefattar kunskapsstyrningen i Sverige till exempel framtagande och implementering av föreskrifter, rekommendationer och kunskapsstöd (till exempel riktlinjer och vårdprogram), uppföljning och stöd till kvalitetsarbete (Riksrevisionen 2017:3, Vård- och omsorgsanalys 2016:7).

Strukturen för kunskapsstyrning omfattar aktörer på nationell, regional och lokal nivå och rymmer flera samordningsorgan som ska koppla samman olika aktörer och nivåer (SOU 2020:36). En del av detta är regionernas gemensamma kunskapsstyrningsorganisation, som tar fram och sprider de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen.

Jämlikhet

Med jämlikhet avses i den här rapporten att det inte ska finnas omotiverade skillnader mellan sjukdoms- och befolkningsgrupper eller mellan regioner. Alla individer med lika sjukvårdsbehov, oavsett individuella bakgrundsfaktorer och bostadsort, ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård. Vården ska också ges efter behov, där personer med större behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras framför andra (3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL).

Effektivitet

Effektivitet kan ha flera olika betydelser.

- *Resurseffektivitet* innebär att få ut det mesta möjliga av de tillgängliga resurserna, till exempel antalet operationer eller den högsta möjliga kvaliteten (Socialstyrelsen 2016). Måttet fångar alltså hur mycket kvalitet som kan produceras för en viss mängd resurser. Det kan till exempel handla om att mäta utfallet för cancerpatienter i förhållande till antalet anställda i cancervården eller kostnaderna för vården.
- *Kostnadseffektivitet* innebär att organisera produktionen på ett sådant sätt att produktionskostnaden minimeras. Det innefattar att välja de metoder eller produktionsfaktorer som kostar minst utifrån en viss kvalitetsnivå, förutom att de resurser som valts används så effektivt som möjligt.
- *Samhällsekonomisk effektivitet* innebär att fördela resurserna för att uppnå största möjliga nytta i samhället (Socialstyrelsen 2016).

I överenskommelserna om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp anges effektivitet som ett av målen för reformen, men vilken typ av effektivitet som avses specificeras inte. I litteraturen om standardiserade vårdförlopp framstår kostnadseffektivitet som ett viktigt mål och vi har därför fokuserat på den dimensionen i den internationella utblicken.

Kvalitet

De kvalitetsdimensioner som rapporten huvudsakligen behandlar är hälso-utfall, personcentrering och tillgänglighet.

Ett gott *hälsoutfall* av vården inkluderar god medicinsk kvalitet, men kan innefatta mer än kliniskt mätbara aspekter. Ur patientens perspektiv är det av



stor vikt att också se till det patientupplevda hälsoutfallet och att ha en större helhetssyn på den samlade hälsan (Vård- och omsorgsanalys 2019).

Personcentrering innebär att vården är utformad så att patienten och de närstående blir sedda, respekterade och inkluderade i vården utifrån varje individs behov, preferenser och resurser. Det handlar till exempel om att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling, att vården stödjer patientens egenvård, samt att man i vårdmötet tar tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper. Det innebär också att hälso- och sjukvården informerar patienten på ett sätt som patienten kan tillgodogöra sig. Om det är aktuellt med flera parallella insatser eller kontakter med hälso- och sjukvården (och omsorgen) ska de vara samordnade, det vill säga organiserade som en väl fungerande helhet ur personens perspektiv. I god samordning ingår också att hälso- och sjukvården har en helhetssyn på patienterna och ser till deras samlade behov, inte enbart till en enskild åkomma i taget. Även kontinuitet ingår som en del i vårdens förmåga att vara samordnad (Vård- och omsorgsanalys 2019).

Tillgänglighet är ett brett begrepp som omfattar flera aspekter. Den mest centrala aspekten i den här rapporten är väntetider till olika insatser i vårdkedjan. Långa väntetider till besök och behandling kan leda till att en sjukdom eller ett medicinskt tillstånd förvärras. Men även om det medicinska resultatet inte påverkas kan väntetiden påverka den som väntar i form av oro, stress och obehag eller genom att vardagen påverkas negativt av den skada, sjukdom eller åkomma som man lider av. Tillgänglighet kan också handla om vilka barriärer, till exempel kostnader, information och språk, som finns för att söka sig till och få kontakt med hälso- och sjukvården (Vård- och omsorgsanalys 2019).

Flera aspekter av personcentrering och tillgänglighet är föremål för särskilda lagkrav. Till exempel omfattas både god kvalitet, respekt för patientens självbestämmande och integritet samt tillgänglighet av bestämmelserna om god vård (se 5 kap. 1 § HSL). Även information till patienten omfattas av särskilda bestämmelser, bland annat med krav på individuellt anpassad information (se 3 kap. 6 § patientlagen (2014:821), PL).

1.2 AVGRÄNSNINGAR

Vår internationella utblick i kapitel 3 omfattar främst europeiska länder som tillämpat standardiserade vårdförlopp på nationell nivå. Det finns även länder där det förekommer lokala initiativ, där till exempel enstaka sjukhus eller kliniker har tagit fram egna standardiserade vårdförlopp. Dessa ingår inte

i vår kartläggning av enskilda länder, men forskningen om standardiserade vårdförlopp, som redovisas i kapitel 2, bygger i vissa fall på sådana exempel.

För att kunna sätta oss in i arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp i Sverige har vi gjort intervjuer med samordnare av vårdförloppen i vissa regioner. Vi har inte haft möjlighet att intervjua alla 21 regionerna utan har avgränsat oss till 8 regioner, minst en i varje sjukvårdsregion. Urvalet omfattar både mindre och större regioner för så hög representativitet som möjligt. Förutom regionerna har vi intervjuat sjukvårdsregionala samordnare som haft en viss överblick över implementeringsprocessen inom regionerna som ingår i respektive sjukvårdsregion.

1.3 RAPPORTENS DISPOSITION

Vi inleder rapporten med att i kapitel 2 beskriva vad standardiserade vårdförlopp är, deras förväntade effekter samt vilka faktorer som kan bidra till, men också hindra, ett framgångsrikt införande.

I kapitel 3 redovisar vi tre exempel på internationella tillämpningar av standardiserade vårdförlopp.

I kapitel 4 beskriver vi den svenska satsningen på personcentrerade och sammanhållna vårdlopp för nya sjukdomsområden samt våra iakttagelser av införandeprocessen hittills.

Kapitel 5 innehåller våra frågor för fortsatt uppföljning.

Kapitel 6 innehåller våra slutsatser och rekommendationer.





Tidigare erfarenheter av standardiserade vårdförlopp

I det här kapitlet redogör vi för tidigare erfarenheter av att införa kunskapsstyrning generellt och vårdförlopp i synnerhet.

Sammantaget är kunskapsunderlaget när det gäller vårdförlopps påverkan på vårdens kvalitet svagt. En orsak är att det är svårt att göra jämförelser och generaliseringar kring resultat av olika vårdförlopp. Det finns stor variation i hur vårdförlopp ser ut och vad de syftar till. De vetenskapliga studierna handlar i första hand om införanden i mindre skala, som skiljer sig mycket från det nationella införandet i Sverige. Studier av effekterna av vårdförlopp håller dessutom ofta låg kvalitet.

Kapitlet börjar med en beskrivning av tankarna bakom standardiserade vårdförlopp och hur vårdförloppen förväntas bidra till ökad vårdkvalitet. Vi redovisar sedan vilka effekter forskningen har funnit och vad implementeringsforskningen visat är viktiga faktorer under införandet.

2.1 VÅRDFÖRLOPP – EN FORM AV KUNSKAPSSTYRNING

Standardiserade vårdförlopp är tänkta att vara verktyg som förmedlar kunskapsbaserade metoder till hälso- och sjukvården på ett kortfattat sätt och anpassat till lokala förhållanden (Rotter m.fl. 2012). Den ursprungliga förlagan kommer från industrins verktyg för processororientering och kostnadseffektivitet, och syftet är att de ska leda till kvalitetsförbättringar, ökad personcentrering och effektivare användning av resurser (Zander 2002, Vanhaecht m.fl. 2010, Vanhaecht m.fl. 2012).



Syftet med standardiserade vårdförlopp är att de ska stödja hälso- och sjukvården i att uppnå mål som kvalitet, jämlikhet och effektivt resursutnyttjande. Vårdförlopp kan ses som ett verktyg för att översätta kunskap från kliniska riktlinjer till lokala förutsättningar och se till att den kunskapen används (Campbell m.fl. 1998). Genom ökad, och mindre varierad, tillämpning av kunskap ska kvaliteten på vården bli bättre. Tanken är att standardiseringen minskar variationen och att uppföljningen som kopplas till vårdförloppen förbättrar möjligheterna att följa upp vårdens resultat (Campbell m.fl. 1998). Därmed kan vårdförlopp bli ett verktyg i förbättringsarbetet (Vanhaecht m.fl. 2010).

Genom att de standardiserade vårdförloppen sprider aktuell kunskap om rekommenderade åtgärder och arbetssätt förväntas de bidra till en vård av hög kvalitet, minskad risk för komplikationer och felbehandling samt mindre variation i klinisk praxis. Vårdförloppen förväntas också kunna stärka effektiviteten i hälso- och sjukvården. De förväntas dels bidra till att förmedla effektiva arbetssätt, dels spara tid för verksamheterna genom att de ger stöd för verksamhetsutveckling så att inte varje vårdenhet behöver ”uppfinna hjulet på nytt”. Tanken är ofta att de ska bidra till en mer personcentrerad vård genom att de organiserar vården runt patienten och underlättar samordning genom att ge en struktur för samarbetet kring patienten (Vanhaecht m.fl. 2010, Prætorius 2014). Samtidigt lyfts det fram att det är viktigt att vara medveten om risken för negativa bieffekter, exempelvis ökad administrativ börda och undanträngning av andra patientgrupper (Vinge m.fl. 2012, Vinge 2017, Socialstyrelsen 2019b). Nyttan av vårdförlopp kan också skilja sig mellan sjukdomsgrupper. Allen m.fl. (2009) finner till exempel i sin systematiska forskningsöversikt att vårdförlopp är bättre lämpade för att förbättra vården vid mer förutsägbara vårdprocesser.

Standardiserade vårdförlopp skiljer sig från kliniska riktlinjer. Medan kliniska riktlinjer kan ange och motivera rekommenderade metoder för olika tillstånd, ska vårdförloppen bidra med att omsätta riktlinjerna till handling genom att ange vad som ska ske i respektive steg, vilken nivå som ska göra vad och när olika åtgärder ska ske. De ska bidra till att ge vägledning till hur riktlinjer ska tillämpas i klinisk verksamhet och förväntas därmed öka följsamheten mot kliniska riktlinjer. I regel beskriver ett standardiserat vårdförlopp hur vård ska ges genom att i tidsföljd ställa upp aktiviteter i ett multidisciplinärt team. Det beskriver också vilken dokumentation som ska göras och hur utfallet ska följas upp. Det kliniska innehållet hämtas ofta ur kliniska riktlinjer, och vårdförloppet blir då ett sätt att föra in kunskapen från kliniska riktlinjer i det praktiska arbetet (Prætorius 2014, European Pathway

Association 2020). I till exempel Danmark lyfter man fram att vårdförloppen ska bidra till att stärka det tvärgående samarbetet mellan olika enheter och professioner (Task Force for Kræftområdet 2008, Vinge m.fl. 2012).

Figur 2 ger ett exempel på flödesschema för ett standardiserat vårdförlopp, det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för KOL. Vårdförloppet inleds med att specificera vilken patientgrupp det riktar sig till. Längre ned i flödesschemat redovisas de åtgärder som ingår i vårdförloppet.

2.2 EFFEKTERNA AV VÅRDFÖRLOPP

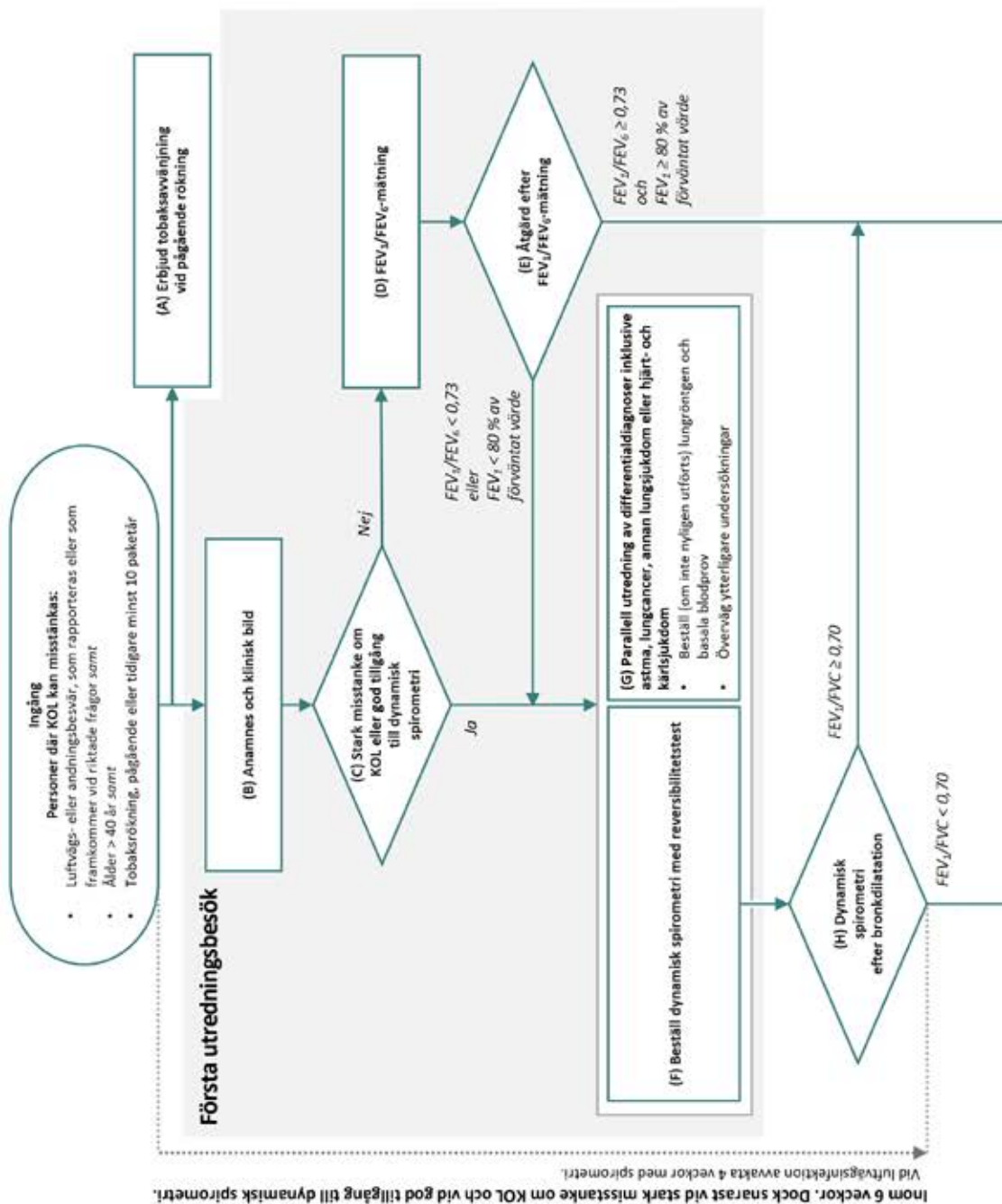
Standardiserade vårdförlopp kan utformas på många olika sätt och rikta in sig på olika mål. De införs i många olika sammanhang – offentligt finansierade vårdssystem och privatfinansierade, på nationell och lokal nivå. Det gör att det är svårt att generalisera om effekterna (Allen m.fl. 2009). Ofta sker införandet dessutom samtidigt som andra förändringar genomförs inom vården och det är därför svårt att urskilja effekten av vårdförloppet från övriga förändringar vid utvärderingstillfället (Vanhaecht m.fl. 2012).

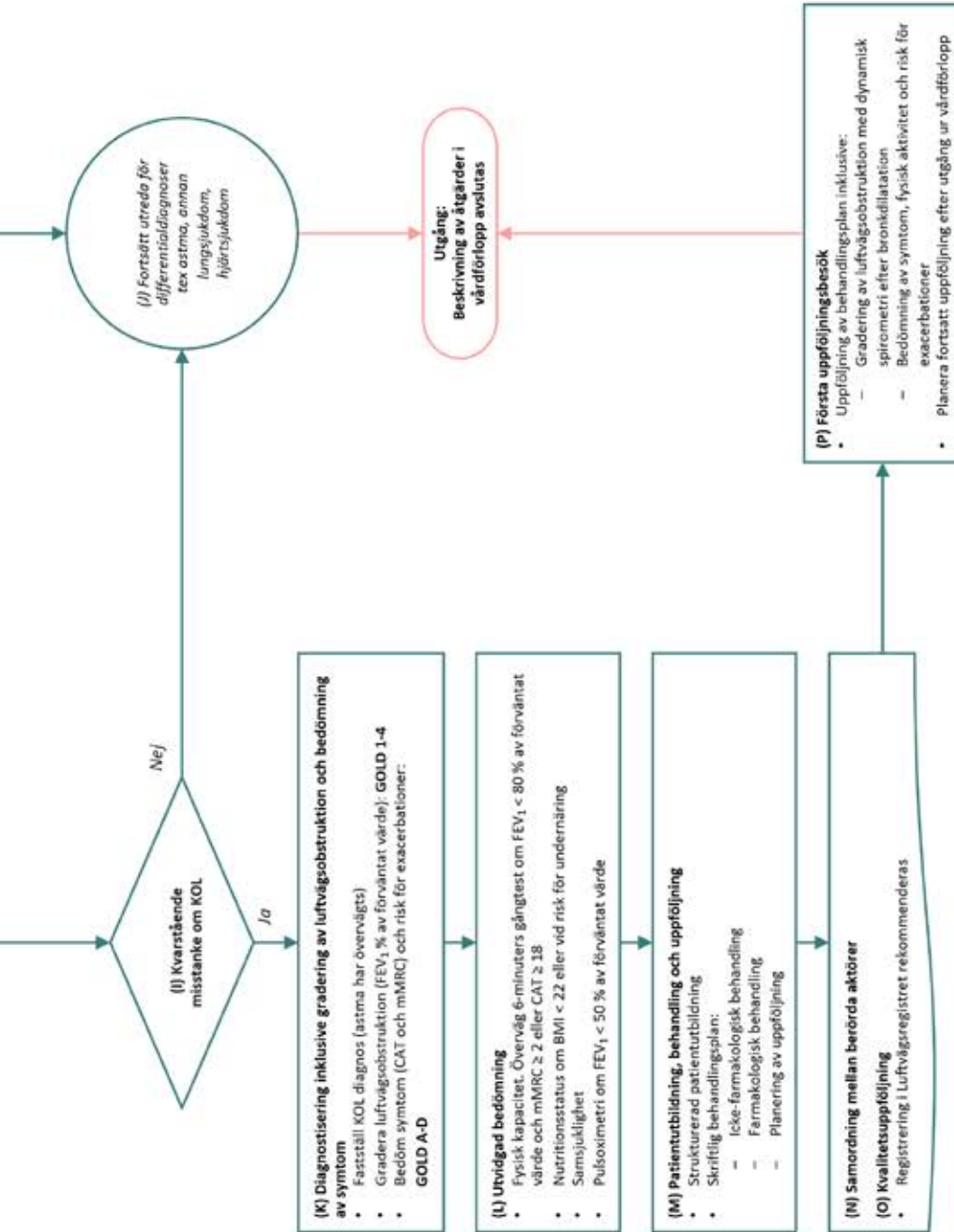
I det här avsnittet redovisar vi resultaten från flera internationella forskningsöversikter om standardiserade vårdförlopp. Dessa studier baserar sig på forskning som syftar till att identifiera kausala effekter. De handlar i första hand om införanden i mindre skala, till exempel på enskilda kliniker eller sjukhus, där vårdförlopp införs på personalens eller ledningens eget initiativ. Det kan finnas skillnader i genomslag för vårdförlopp som tagits fram på personalens initiativ och nationella införanden. När personalen tar initiativ kan det vara resultatet av att man försökt lösa ett specifikt problem och valt en lösning utifrån vad som passar bra i det lokala sammanhanget. Genomslaget för vårdförlopp som införs top-down på nationell eller regional nivå kan mycket väl skilja sig från genomslaget när det gäller lokala initiativ. Det kan även finnas andra skillnader som gör det svårt att generalisera slutsatserna från dessa studier till andra sammanhang.

I framställningen nedan beskriver vi även studier som behandlar vårdförlopp som har införts som nationella initiativ. Vi fokuserar särskilt på erfarenheter från Danmark, Norge och den svenska cancervården, eftersom dessa är de enda exempel vi hittat där standardiserade vårdförlopp har införts i nationell skala på ett sätt som liknar de nya personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Från nationella införanden som Danmark, Norge och Sverige saknas det dock i princip helt studier som undersöker de kausala effekterna av vårdförloppen.



Figur 2. Exempel på flödesschema. Vårdförlopp för KOL.





Källa: Sveriges regioner i samverkan (2020).



Figur 3 sammanfattar våra iakttagelser. De utfall vi har studerat är kvalitet i tre dimensioner: hälsoutfall, personcentrering och väntetider, samt kostnadseffektivitet och jämlikhet (se avsnitt 1.1.2 för en diskussion om begreppen). Vi har också inkluderat ett antal processmått som kan antas vara kopplade till utfallsmåtten: koordinering av vården kring patienten, samverkan mellan personalen, följsamhet till kunskapsstöd, dokumentation av vården samt arbetsbörda inklusive administrativ börda.

Vi har främst sökt efter studier som kan fastställa en *kausal effekt*. Därmed ställer vi krav på att studierna baseras på en metod som gör det möjligt att jämföra utfallen för de patienter som har deltagit i ett vårdförlopp med utfallen för en grupp patienter som inte har deltagit i något vårdförlopp, där de sistnämnda har fått vård på ett traditionellt sätt. Studierna ska också kunna identifiera effekten av själva vårdförloppen. Därför redovisar vi inte effekterna av reformer som exempelvis innebär både införande av vårdförlopp och ökade resurser. Om det finns studier som uppfyller dessa krav redovisar vi det i tabellen som förbättring respektive försämring.

Det finns också en rad beskrivande studier om standardiserade vårdförlopp, bland annat studier som baseras på personalens upplevelser, intervjuer med patienter eller beskrivande statistik. Resultaten från de studierna redovisar vi som upplevda försämringar eller förbättringar eftersom de baseras på vårdpersonalens eller andra aktörers upplevelser. Dessa resultat ska inte tolkas som verkliga förändringar eftersom det kan finnas andra förklaringar till de rapporterade förändringarna än införande av vårdförlopp. Studierna har inte heller undersökt om upplevelserna motsvarar en verklig förändring i utfallet av vården.

Figur 3. Effekter av standardiserade vårdförlopp.

Utfall		Effekter enligt internationella forsknings-sammanställningar	Effekter av nationella införanden
Medicinsk kvalitet	Hälsoutfall	Okänt	Okänt
	Komplikationer	Förbättring	Okänt
Personcentrering	Samordning	Okänt	Okänt
	Delaktighet	Okänt	Okänt
Väntetider		Okänt	Okänt
Kostnadseffektivitet		Okänt	Okänt
Jämlikhet	Geografisk variation	Okänt	Upplevd förbättring
	Jämlikhet mellan socioekonomiska, sårbara/ icke-sårbara och komplexa/ icke-komplexa grupper	Okänt	Upplevd förbättring för sårbara grupper
	Undanträngning	Okänt	Upplevd försämring
Vårdens processer	Koordinering av vården	Upplevd förbättring	Upplevd förbättring
	Samverkan mellan personalen	Upplevd förbättring	Upplevd förbättring
	Följsamhet mot kunskapsstöd	Förbättring	Upplevd förbättring
	Dokumentation av vården	Förbättring	Okänt
	Arbetsbörda inkl. administrativ börda	Upplevd försämring	Upplevd försämring

2.2.1 Bättre processer men inte självklart förbättrad medicinsk kvalitet

Kunskapsunderlaget när det gäller effekter av vårdförlopp på utfallsmått för kvalitet är svagt och de studier som finns visar sammantaget inte på några effekter. Det finns studier som tyder på bland annat ökad följsamhet gentemot kliniska riktlinjer, förbättrad dokumentation och att personalen upplever ett förbättrat samarbete. Dessa faktorer skulle kunna bidra till en ökad vårdkvalitet, men eftersom resultaten inte understöds av påvisade förbättringar i utfall är det svårt att veta om de faktiskt bidrar till förbättrade resultat. Det är också tänkbart att förbättringar i vissa dimensioner vägs upp av negativa bieffekter, till exempel ökad arbetsbelastning för personalen.



Svårt att uttala sig om effekter på kvaliteten

Trots ett stort antal studier är det få som är av tillräckligt hög kvalitet för att kunna visa på kausala effekter (Rotter m.fl. 2012). Enligt flera litteraturgenomgångar (se t.ex. Ahlzén m.fl. 2020, Chen m.fl. 2015) saknas stöd för positiva effekter på hälsoutfall. Det finns dock internationella litteraturgenomgångar som har funnit stöd för förbättringar när det gäller antalet komplikationer och återinläggningar (Rotter m.fl. 2012, Plishka m.fl. 2019, Barbieri m.fl. 2009). Dessa resultat sammantaget, det vill säga inga påvisbara effekter på hälsoutfall men färre komplikationer, kan tolkas som att det snarast är effektiviteten som har förbättrats. Samtidigt saknas studier som undersöker kostnadseffektivitet mer specifikt (se avsnitt 2.2.5).

När det gäller nationella införanden av standardiserade vårdförlopp saknas det överlag studier som kan visa på kausala samband mellan vårdförlopp och kvalitet. Exempelvis visar flera studier att överlevnaden i cancer i Danmark har ökat under perioden sedan de nationella vårdförloppen infördes. Däremot är det inte klarlagt hur stor del av den minskade dödligheten som kan knytas till standardiserade vårdförlopp, eftersom det redan fanns en nedåtgående trend och flera andra förändringar (till exempel centralisering och ökade resurser) genomfördes samtidigt som vårdförloppen infördes (Bilsted Probst m.fl. 2012, Bach Larsen m.fl. 2013, Jensen och Maina 2015, Jensen och Vedsted 2017).

Stärkt följsamhet till kunskapsstöd och upplevda förbättringar av vårdens processer

Standardiserade vårdförlopp har i den internationella forskningen kopplats till ökad följsamhet mot riktlinjer och mer enhetlig tillämpning av kunskapsstöd (Allen m.fl., 2009, Panella m.fl. 2003). Flera studier har funnit att standardiserade vårdförlopp är förknippade med bättre dokumentation (Kent och Chalmers 2006, Deneckere m.fl. 2012, Rotter m.fl. 2012).

Många studier lyfter fram att standardiserade vårdförlopp har positiv påverkan på faktorer som kan kopplats till kvalitet, som samarbete och bättre koordination. Kvaliteten i dessa studier är dock relativt låg och det handlar i hög grad om vårdpersonalens upplevelser, vilket gör det svårt att dra slutsatser om effekter (Deneckere m.fl., 2012, Seys m.fl. 2017).

Även nationellt införda vårdförlopp uppfattas i flera fall ha lett till bättre processer och ökad följsamhet till kunskapsstöd. Inom svensk cancervård uppfattas de nationella vårdförloppen till exempel ha lett till att de nationella vårdprogrammen fått större genomslag. Införandet av vårdförloppen

uppfattas också ha också underlättat förbättringsarbetet, synliggjort brister och gett ökad medvetenhet om etiska avvägningar (Socialstyrelsen 2019b). I dansk cancervård beskriver personalen att organisationen blivit mer flexibel och förloppsorienterad, vilket har möjliggjort att patienter färdas genom de olika stegen i vårdprocessen snabbare och smidigare (Vinge 2017, Vinge m.fl. 2012). Det gällde däremot inte vårdförloppen för hjärtsjukvård, där framförallt remitteringen inte förbättrades (Vinge och Lærke Witzke 2012). I Sverige uppfattas processen när cancerpatienter fångas upp av primärvård och remitteras till specialistvård ha blivit smidigare med de nationella vårdförloppen, bland annat för att remisser hanteras bättre (Socialstyrelsen 2019b).

Personalens arbetssituation kan antas påverka förutsättningarna att ge god vård. Standardiserade vårdförlopp har kopplats till mindre känslomässig utmattning och bättre konflikthantering bland vårdpersonal, men också till ökad arbetsbörda i samband med implementering (Deneckere m.fl. 2013, Deneckere m.fl. 2012).

Dessutom rapporterar flera studier att arbetsbördan ökat till följd av ett ökat inflöde av patienter. En del personal menar att de nationella införandena av vårdförlopp i Danmark, Norge och Sverige har ökat arbetsbördan överlag, eftersom fler patienter ska hanteras snabbare, och fört med sig ökad registrering (Vinge m.fl. 2012, Håland och Melby 2021). Personal i svensk cancervård har rapporterat ökad arbetsbelastning till följd av ökat inflöde, fler arbetsuppgifter och ökad administration (Socialstyrelsen 2019b).

2.2.2 Personcentrering – personalen upplever bättre samverkan men osäkra effekter på delaktighet

Personcentrering är ett begrepp med flera dimensioner. Det innebär att vården ges med utgångspunkt i patientens individuella behov, preferenser och resurser, att patienten inkluderas som medskapare och att vårdinsatserna är samordnade runt patienten (Vård- och omsorgsanalys 2018).

Standardiserade vårdförlopp har beskrivits som ett sätt att genomföra konceptet patientcentrerad vård i praktiken. Tanken är att vården organiseras och planeras runt patientgrupper och deras behov snarare än kring olika sjukhusavdelningar eller professioner (Vanhaecht m.fl. 2010). Det ska förbättra samverkan runt patienten och ge ett bättre helhetsperspektiv. I en utvärdering av vårdförlopp för hjärtsjukvård i Danmark beskriver till exempel vårdpersonal att patienterna kommit mer i fokus genom att de olika specialiteterna har fått bättre förståelse för hur patientens vårdprocess ser ut



(Vinge och Lærke Witzke 2012). Utvärderingar visar att personalen anser att samarbete och samverkan inom vården har förbättrats av standardiserade vårdförlopp (Socialstyrelsen 2019b, Vinge 2017, Deneckere m.fl. 2013). Däremot saknas tillräckligt underlag för att kunna dra slutsatser om effekterna på patienters upplevelser och delaktighet.

Sammanhållen vård förutsätter samarbete bland personalen

En sammanhållen vård innebär bland annat att patienten upplever kontinuitet, får hjälp att ta nästa steg i processen och slipper onödiga upprepningar. Det förutsätter att vårdgivaren tar ett helhetsansvar för vårdprocessen och att övergångarna mellan olika enheter inom vården fungerar (Vård- och omsorgsanalys 2016). En nyckel till en mer sammanhållen vård är samarbete mellan olika professioner och enheter.

Det är vanligt att vårdförlopp inkluderar specifika funktioner som ska bidra till att hålla ihop vården för patienten. Enligt vårdförloppen i exempelvis Norge och den svenska cancervården ska en koordinator utses för varje patient och i Danmark ska patienter inom vårdförloppen för cancer ha en kontaktperson på sjukhuset. I de danska vårdförloppen organiseras också övergångarna inom vårdförloppet så att varje vårdgivare har ansvar för patienten till dess att en annan vårdgivare har tagit över (se kapitel 3) (Task Force for Kræftområdet 2008).

Både vetenskapliga studier om lokala införanden samt utvärderingar i Danmark och Sverige har funnit att personalen upplever att standardiserade vårdförlopp har lett till förbättrat samarbete och bättre samordning (Socialstyrelsen 2019b, Allen m.fl. 2009, Vinge 2017, Deneckere m.fl. 2013). Samtidigt saknas studier som bekräftar iakttagelserna ur ett patientperspektiv. De nationella vårdförloppen i svensk cancervård uppfattas till exempel ha ökat förståelsen mellan de olika utredande verksamheterna samt mellan primär- och specialistvård genom ett gemensamt språk och större samsyn (Socialstyrelsen 2019b). Dansk vårdpersonal beskriver att vårdförloppen har underlättat genom att ge systematik till samarbetet (Vinge 2017). Frågan om samarbete är dock inte löst i och med att vårdförlopp införts. Personal i både svensk och dansk cancervård framhåller att samarbete inom vårdförloppen fortsätter att vara en utmaning (Delilovic m.fl. 2019, Vinge 2017). I Norge uppfattar många i personalen att samarbetet inom sjukhusen har påverkats positivt, men samtidigt kvarstår samverkansproblemen mellan sjukhusvården och kommunerna, där även primärvården ingår (Ådnanes m.fl. 2021).

Delaktighet utifrån patientens egna förutsättningar

Personcentrering innebär också att patienten har möjlighet att vara delaktig utifrån sina individuella förutsättningar. Men effektstudier av patientdelaktighet saknas både internationellt och i Norden. Vårdpersonal i Danmark och Sverige uppfattar att vårdförloppen för cancer ger patienter en bättre överblick över vårdprocessen än de tidigare haft och de uppfattar också patienterna som nöjda (Socialstyrelsen 2019b, Vinge 2017). Det saknas däremot studier som bekräftar dessa iakttagelser ur ett patientperspektiv och där det går att jämföra utfallen före och efter införandet.

I Sverige konstaterade Socialstyrelsen (2019a) att majoriteten av patienterna inom de nationella vårdförloppen för cancer tycker att vården har samordnats tillräckligt, att de fått tillräckligt med information och att de har varit delaktiga. Eftersom patientenkäten har tagits fram som en del av satsningen på nationella vårdförlopp, går det dock inte att jämföra resultatet med tiden före vårdförloppen för att avgöra om detta innebär en förändring sedan vårdförloppen infördes.

2.2.3 Tillgänglighet genom kortare väntetider

Standardiserade vårdförlopp förväntas kunna leda till kortare väntetider genom två huvudsakliga mekanismer: bättre organisering och tydligare krav. Vårdförloppen ska göra att vården i högre grad organiseras efter patientflöden. De ska göra det lättare att följa upp hela vårdprocessen istället för att man ser till avdelningarna var för sig. På det sättet ska vårdförloppen synliggöra flaskhalsar så att resurser kan omfördelas för att öka genomströmningen (Prætorius 2014). Målsättningar kring väntetider ska bli tydligare genom att önskvärda väntetider skrivs in i vårdförloppen, och uppföljningen av ledtiderna ska öka incitamenten att korta väntetiderna (Vinge m.fl. 2012).

Det finns vad vi känner till inte några studier som har identifierat kausala effekter när det gäller väntetider. I utvärderingar av de danska vårdförloppen och de svenska vårdförloppen i cancervården har man funnit att väntetiderna minskade i samband med införandet av vårdförlopp, men det är inte säkerställt att de minskade *till följd* av vårdförloppen.

Väntetiderna i svenska cancervården har blivit kortare för flera cancerformer sedan de nationella vårdförloppen infördes, även om man fortfarande är långt ifrån att nå ledtiderna inom vissa områden. Det går dock inte att säga hur mycket av minskningen i väntetid som beror på vårdförloppen och hur mycket som beror på till exempel det arbete för kortare



väntetider som pågick redan tidigare. Men enligt en enkät till vårdpersonal har vårdförloppen synliggjort flaskhalsar och bidragit till smidigare processer (Socialstyrelsen 2019a).

Den positiva erfarenheten av nationella vårdförlopp i Danmark handlar i hög grad om att väntetiderna minskade i samband med införandet (Bilsted Probst m.fl. 2012, Buvarp Dyrop m.fl. 2013). Det är dock inte klarlagt hur stor del av de kortare väntetiderna som beror på införandet av vårdförlopp och hur mycket faktorer som exempelvis medial uppmärksamhet, utökade resurser och utbyggd kapacitet har spelat in (Jensen och Vedsted 2017, Bach Larsen m.fl. 2013, Vinge 2017).

2.2.4 Jämlikhet – minskad variation men risk för undanträngning

Ett syfte med de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen är att minska omotiverade skillnader i den vård som ges och hur väl kunskapsstöd följs.

Det saknas studier som har undersökt kausala effekter av standardiserade vårdförlopp på jämlikhet. Däremot finns det studier som tagit fasta på personalens upplevelser samt före- och efterjämförelser av geografiska skillnader. Dessa studier tyder på att vårdförlopp både kan öka jämlikheten och skapa undanträngningseffekter.

Det saknas helt studier som undersökt effekterna av vårdförlopp på socioekonomisk ojämlikhet. Geografisk jämlikhet har däremot undersökts i utvärderingar i de nordiska länderna. Dessa utvärderingar tyder på att vårdförloppen kan ha minskat de geografiska skillnaderna, men kan inte visa på kausala effekter. Socialstyrelsen (2019a) finner att skillnaderna i väntetid mellan svenska regioner har minskat något efter att vårdförloppen infördes. Arbetet beskrivs också som mer likvärdigt (Socialstyrelsen 2019b). Även i Danmark har vårdpersonal upplevt att vårdförlopp medfört mindre geografiska olikheter i vårdprocesser (Vinge och Lærke Witzke 2012, Danske Regioner 2016).

Det finns en diskussion om hur väl vårdförlopp fungerar för patienter med komplexa behov. En iakttagelse i den internationella forskningen är att vårdförlopp och kunskapsstöd överlag tillämpas i lägre grad för multisjuka patienter (Seckler m.fl. 2020, Francke m.fl. 2008). Socialstyrelsen (2019a) uppskattar också att patienter med samsjuklighet i lägre grad remitterats till de nationella vårdförloppen för cancer. Det skulle kunna tyda på att dessa grupper missgynnas (Smeds och Poksinska 2018). Samtidigt uppfattar regionföreträdare att andra sårbara grupper som patienter med återfall,

diffusa symptom, funktionsnedsättningar och missbruksproblem fångas upp bättre med vårdförloppen (Socialstyrelsen 2019a). De patienterna har ofta haft svårare att komma in i vården på rätt nivå. Förbättringen kopplas till en större trygghet bland primärvårdsläkare att remittera även vid oklara symptom (Socialstyrelsen 2019b). Smeds (2019) finner att komplexa patientgrupper har behov av att standardiserade vårdförlopp kombineras med skraddarsydda vårdförlopp utifrån individuella behov, och att de horisontella koordinatorena har en särskilt viktig roll i att individanpassa och samordna vården för dem.

Undanträngning innebär i Socialstyrelsens (2019b) definition ”situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter med högre prioritet”. Undanträngning kan ske om särskilda garantier, uppmärksamhet och uppföljning gör att patienter inom vårdförloppet prioriteras framför andra patientgrupper. Det kan handla om andra sjukdomsgrupper, men också patienter inom samma sjukdomsgrupp som inte omfattas av vårdförloppet. I de studier vi beskriver här görs dock ingen åtskillnad mellan olika typer av undanträngning. Undanträngningseffekter har bland annat rapporterats från Danmark och Storbritannien¹ där patienter utanför vårdförloppen rapporteras ha fått längre väntetider (Vinge m.fl. 2012, Vinge och Lærke Witzke 2012, Vinge 2017, Smeds och Poksinska 2018, Cant och Yu 2000). Farhågor om undanträngning har även lyfts fram av vårdpersonal i Sverige när det gäller vårdförloppen för cancer. Det saknas dock än så länge analyser av hur omfattande de eventuella negativa konsekvenserna varit för patienter utanför vårdförloppen i Sverige och Danmark. Det saknas också analyser som jämför behoven hos vårdförloppspatienter och de patientgrupper som fått längre väntetider. Därmed går det inte att avgöra om det rör sig om undanträngning i bemärkelsen att patienter med lika stora eller större behov har blivit nedprioriterade.

Risken för undanträngning kopplas särskilt till vårdförloppens träffsäkerhet. Om alltför många friska eller mindre sjuka patienter fångas upp i vårdförlopp, med strikta krav på vilka åtgärder som ska vidtas, ökar risken att patienter med större behov trängs undan (Vinge 2017, Vinge och Lærke Witzke 2012, Smeds och Poksinska 2018).

¹ Exemplet från Storbritannien är inte benämnt som ett standardiserat vårdförlopp, men har ett upplägg som liknar vårdförloppen för cancer – det handlar om maximala tidsgränser för patienter med misstänkt cancer och tydligare riktlinjer till primärvården för remittering.



2.2.5 Oklara effekter på kostnadseffektivitet

Det ursprungliga syftet med standardiserade vårdförlopp var ökad kostnadseffektivitet (Zander 2002, Vanhaecht m.fl. 2012, Bower 2009). Kostnadseffektivitet innebär förenklat att vårdförloppen skulle medföra minskade kostnader med given kvalitet, eller högre kvalitet med oförändrad kostnad. Tanken är att den standardisering och struktur för samarbete som vårdförloppen innebär ska bidra till att göra arbetet mer tidseffektivt och därmed kostnadsbesparande. Dessutom ska fokus på vårdprocessen och patientflöden snarare än på separata avdelningar göra att resurser styrs över till de punkter där de behövs mest och på så sätt optimera resursanvändningen (Prætorius 2014, Rechel m.fl. 2010).

De ekonomiska effekterna av standardiserade vårdförlopp är enligt flera litteraturgenomgångar inte klarlagda (Allen m.fl. 2009, Ahlzén m.fl. 2020). Det beror i första hand på att det saknas studier som kan mäta kostnaderna för införandet och kostnadseffekter i andra verksamheter än det sjukhus som införde vårdförlopp, t.ex. primärvård eller socialtjänst. De studier som har undersökt hur kostnaderna för vården påverkas på den vårdenhet som infört standardiserade vårdförlopp tyder på oförändrade eller minskade kostnader (Huang m.fl. 2015, Rotter m.fl. 2012, Barbieri m.fl. 2009). Enligt Barbieri m.fl. (2009), som gjort en metastudie som inkluderar ett antal studier med sådana resultat, är det dock svårt att avgöra om de minskade kostnaderna berodde på effektivare arbetsätt eller på att patienterna skrevs ut snabbare.

I Danmark har det å andra sidan framkommit att nationella vårdförlopp kan öka resursförbrukningen på grund av ökade inflöden av patienter och förändrade arbetsätt. Flexibiliteten försvårar snarare än underlättar resursoptimering. Att vara beredd på varierade inflöden av patienter och hålla tider öppna kräver viss överkapacitet och gör det svårare att planera arbetet. Ledtiderna innebär att man inte alltid har tid att vänta på definitiva provsvar, vilket leder till överdiagnostik, och kortare kallelsetider gör att fler patienter inte dyker upp. Kostnadseffektiviteten har dock påverkats på olika sätt på olika avdelningar och beror i hög grad på hur väl man lyckats anpassa arbetsätten lokalt (Vinge m.fl. 2012, Vinge och Lærke Witzke 2012, Vinge 2017). Kostnadskontroll var inte heller syftet med de danska vårdförloppen (Bilsted Probst m.fl. 2012).

Till skillnad från de nationella vårdförloppen i Danmark omfattar de svenska vårdförloppen för cancer inte de senare, mer resurskrävande delarna av vårdkedjan utan enbart perioden från välgrundad misstanke till behandlingsstart. Därför uppskattar Socialstyrelsen att kostnadseffekten av de nationella vårdförloppen i cancervården är liten, samtidigt som vinsterna

i kvalitet uppskattas vara väsentliga (Socialstyrelsen 2019b). Detta är dock en uppskattning, och det saknas studier av vårdförloppens inverkan på kostnader och kostnadseffektivitet.

2.3 FAKTORER FÖR ETT FRAMGÅNGRIKT INFÖRANDE

Att införa vårdförlopp är ett exempel på en så kallad komplex intervention i en komplex miljö. Komplexa förändringar är systemövergripande förändringar som omfattar många aktörer och som syftar till att förändra vårdens organisation och arbetsätt, till exempel förändrade arbetsformer inom ett vårdteam eller samverkan inom ett vårdsystem (Anell 2020). Komplexiteten innebär att det är omöjligt att ta fram en modell för införande som fungerar i alla sammanhang. Forskningen lyfter därför fram att införandet bör inkludera en inventering av de lokala förutsättningarna och vara en interaktiv process, där man inhämtar erfarenheter och justerar processen allteftersom. En annan följd av komplexiteten är att forskningen lyfter fram framgångsfaktorer av mer generell karaktär. Det handlar mer om vilka principer som bör präglade införandeprocessen än om vilka specifika insatser som bör ingå. Att identifiera vilka konkreta insatser som är mest lämpliga i respektive sammanhang är i stället en del av införandeprocessen.

En analys av potentiella hinder för implementering behöver finnas med redan under framtagandet av en intervention (Richter-Sundberg m.fl. 2015). Rotter och medförfattare (2019) menar att det kan vara särskilt viktigt vid införande av vårdförlopp, eftersom flera studier pekat ut att det ofta finns ett motstånd från professionen, som kan uppleva en risk för minskat utrymme för egna bedömningar.

Vi inleder avsnittet med en beskrivning av vad forskningen säger om hur kunskapsstyrning bör införas generellt. Därefter övergår vi till forskningen om standardiserade vårdförlopp mer specifikt. Ofta är lärdomarna i stor utsträckning överlappande.

2.3.1 Genomslag för kunskapsstyrning är en komplex process

Sannolikt är alla inom hälso- och sjukvården överens om att beslutsfattandet i hälso- och sjukvården ska baseras på den bästa och mest aktuella medicinska kunskapen. Tillgången till kunskap genom forskningsartiklar, kunskapsstöd och så vidare är också god. Utmaningen för den svenska hälso- och sjukvården ligger snarare i implementeringen av den kliniska forskningen (Brommels 2006, SOU 2017:48).



Utredningen Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48) pekar i sitt betänkande på att en anledning till att genomslaget för kunskapsstyrning brister i Sverige kan vara att den inte tar tillräcklig hänsyn till kunskapen om hur kunskapsstyrning bör vara utformad. Samtidigt menar utredningen att forskningen inte ger något entydigt svar om hur kunskapsstyrning bör utformas för att få genomslag. Emellertid har ett antal kännetecken för en välfungerande kunskapsstyrning lyfts fram. Flera av dessa faktorer riktar in sig på att kunskapsstyrningen ska anpassas efter personalens förutsättningar att tillämpa dem. Vårdpersonal beskrivs av vissa forskare ha en avgörande roll i implementeringen av reformer inom vården eftersom det är de som ytterst agerar, eller inte agerar, i enlighet med den tänkta förändringen. Vårdpersonalens roll kan undersökas med utgångspunkten att om en reform ska genomföras måste personalen både *kunna* agera enligt reformen, *förstå* reformen och *vilja* genomföra den. Kunna-faktorn handlar om strukturella förutsättningar och styrning, till exempel personalresurser och regional styrning. Förstå-faktorn handlar om ifall reformen kommuniceras och implementeras på ett sådant sätt att personal förstår dess syfte och hur den ska tillämpas. Vilja-faktorn handlar till exempel om hur väl reformen förankras, hur den förhåller sig till rådande värden inom vården och hur den förväntas påverka vårdpersonalens arbetsförhållanden och professionella autonomi (Winblad och Andersson 2010).

Till att börja med bör framtagandeprocessen involvera mottagarna av produkten och spegla de olika områden av hälso- och sjukvården som påverkas av kunskapsstödet, olika professioner och olika lokala förhållanden. Detta för att kunskapsstöden ska bli användbara. Att involvera användare i framtagandeprocessen kan bidra till legitimitet, relevans och användarvänlighet genom att göra stöden mer anpassade efter mottagaren (Kardakis m.fl. 2011).

Kunskapsstöden behöver också vara trovärdiga – de ska bygga på legitim kunskap och vara transparenta avseende källor och vem som är avsändare (SOU 2017:48). Att kunskapsstödet omfattats av ett remissförfarande för kommentarer från personer kunniga inom området (*Peer-reviews*), liksom en regelbunden uppföljning av innehållet rekommenderas också (Kardakis m.fl. 2011). Kunskapsstöd behöver också vara relevanta, det vill säga motsvara ett behov hos personalen som de riktar sig till och innehålla sådan information som personalen har nytta av.

Det är också viktigt att personalen ser en tydlig fördel med att använda kunskapsstödet jämfört med det nuvarande arbetssättet. Om de inte kan se

fördelarna för patienterna, är sannolikheten låg att de kommer att försöka följa kunskapsstödet (Greenhalgh m.fl. 2004, Damschroder m.fl. 2009). Det kan också handla om att kunskapsstöden riktar in sig på områden där det finns ett behov av mer kunskap. Utredningen "Kunskapsbaserad och jämlik vård" (SOU 2017:48) pekar på att det i Sverige finns en brist på stöd i de kanske mest krävande frågorna, där behovet av kunskapsstöd är som störst och där de därför skulle kunna göra störst nytta. I stället finns det en tendens att myndigheternas kunskapsstyrning oftare omfattar frågor där evidensen är relativt god än områden med svag evidens.

Kunskapsstöden behöver också vara enkla att förstå och användarvänliga. Vid högre komplexitet bör de kunna brytas ned i mindre, enklare, komponenter (Greenhalgh m.fl. 2004). Att kunna arbeta enligt kunskapsstödet kräver också att användarna känner till det, och att de har tillräckliga resurser och möjligheter att tillämpa det (Francke m.fl. 2008).

Det är svårt att säga att en typ av implementeringsstrategi alltid borde användas. I stället behöver implementeringsstrategin vara anpassad efter mottagarna, förutsättningarna och innehållet (Grol och Grimshaw 2003, Grimshaw m.fl. 2012). En skräddarsydd implementering som anpassas efter de hinder som finns kan leda till ett mer effektivt införande (Baker m.fl. 2015, Grol och Grimshaw 2003, Grimshaw m.fl. 2012). Före införandet bör en analys av de huvudsakliga hindren för implementering göras. Det kan handla om faktorer som berör vårdpersonalens kunskap och attityder (att förstå och vilja genomföra förändringen), eller externa "kunna"-faktorer som har att göra med den miljö där kunskapsstödet ska införas (Fischer m.fl. 2016). Insatserna bör därefter anpassas efter dessa hinder. Ett sätt att identifiera hindren är att genomföra ett pilottest innan kunskapsstödet genomförs på bred front (Kardakis m.fl. 2011, Greenhalgh m.fl. 2004).

I en metastudie ger Fisher och medförfattare (2016) exempel på insatser som forskningen har identifierat som lämpliga vid olika typer av hinder. Om det saknas kännedom eller kunskap om kunskapsstödet, kan en utbildningsinsats vara lämplig. Om hindret består i att det saknas kunskap, motivation eller förmåga att tillämpa kunskapen, rekommenderas i första hand interaktiva utbildningsmetoder, till exempel workshoppar och praktiska sessioner tillsammans med utvärderingar, individuellt eller i mindre grupper (Fisher m.fl. 2016, Prior m.fl. 2008). Passiva insatser som att skicka ut skriftliga produkter har i sådana sammanhang visat sig ineffektivt (SOU 2017:48).

En metod som lyfts fram som särskilt effektiv är *educational outreach*, som innebär att någon kommer ut till arbetsplatsen och utbildar i ett



ämne. Detta kan kompletteras med att material delas ut och återbesök eller påminnelser (Prior m.fl. 2008). Om de främsta hindren snarare är att användarna av kunskapsstödet inte ser fördelarna med det, kan även andra insatser krävas. Det kan till exempel handla om att använda sig av lokala ambassadörer, söka stöd hos professionsorganisationer eller att erbjuda finansiella incitament (Fisher m.fl. 2016). Strategier vid externa hinder kan handla om att se till att erbjuda tid och ekonomisk kompensation eller att bedriva utvecklingsarbete för att förbättra samverkan och stärka organisationskulturen parallellt med implementeringen av kunskapsstödet (Fisher m.fl. 2016).

Området som kunskapsstödet berör har visat sig kunna spela roll för genomslaget. Exempelvis visar Glasgow m.fl. (2004) och Orlandi (1987) att genomslaget för kunskapsstöd om hälsofrämjande och förebyggande insatser är lägre. Kunskapsstöd som omfattar kontakter med multisjuka patienter saknas i hög utsträckning och studier har funnit att multisjukdom bland patienter varit ett skäl till att vårdpersonal inte tillämpat kunskapsstöd (Francke m.fl. 2008, Lugtenberg m.fl. 2021). Det kan bero på att sådana vårdprocesser är svårare att standardisera. Däremot pekar flera forskare på att kunskapsstöd som är inriktade på specifika sjukdomstillstånd bör innehålla information om hur multisjukdom kan hanteras (Francke m.fl. 2008, Kardakis m.fl. 2011).

2.3.2 Framtagandet av vårdförlopp bör inkludera många perspektiv

Även när det gäller standardiserade vårdförlopp är framtagningsprocessen en viktig del av införandet. Här läggs grunden för att slutprodukten ska bli ändamålsenlig och förankrad bland vårdens personal. Tidigare studier och utvärderingar pekar på betydelsen av en process med bred inkludering, liksom vi har beskrivit när det gäller kunskapsstöd generellt ovan. Framtagningsprocessen kan i sig bidra till lärande och ökad samsyn när olika professioner, administratörer och patienter deltar tillsammans (Socialstyrelsen 2019b). Studier av enskilda framtagningsprocesser har samtidigt visat att skillnader i de olika intressenternas perspektiv och agendor kan behöva hanteras (Allen 2009, Rösstad m.fl. 2013).

Involvera professioner och skapa förutsättningar för lokal förankring

Gemensamt för studier av implementering av standardiserade vårdförlopp, liksom kunskapsstyrning generellt, är att de understryker vikten av att

involvera professionerna redan från start och i införandets alla steg, för att vårdförloppen ska upplevas som legitima och för att de ska bli praktiskt användbara (Vinge m.fl. 2012, Vinge och Lærke Witzke 2012, Socialstyrelsen 2019b, Evans-Lacko m.fl. 2010). Det innebär att professionerna bör vara representerade redan under framtagandeprocessen. Genom att professionerna får insyn och ägandeskap stärks legitimiteten. Inom ramen för framtagandeprocessen är det också viktigt att ha en bredd bland dem som medverkar – alla professioner och nivåer som påverkas av vårdförloppet bör få tillfälle att lämna synpunkter utifrån sina perspektiv. Genomslaget för nationella vårdförlopp i Danmark har av forskare till exempel förklarats med att man inkluderade intressenter från både lokal och nationell nivå i processen och drog nytta av kompetensen hos olika typer av aktörer (vårdprofessioner, politiker, tjänstemän) för att göra vårdförloppen genomförbara och uppföljningsbara (Bilsted Probst m.fl. 2012).

Skilda synsätt och förutsättningar mellan specialist- och primärvård eller medicinska och paramedicinska yrkesgrupper kan behöva hanteras. Røststad m.fl. (2013) menar till exempel att framtagande av standardiserade vårdförlopp överlag har dominerats av specialistvården och att detta har bidragit till att de i regel är diagnosbundna och har svårt att hantera samsjuklighet.

Även vid anpassnings- och implementeringsprocessen (som kan ses som en del av framtagningsprocessen) är det centralt att personalen involveras så att vårdförloppen anpassas efter deras behov och de som ska arbeta enligt vårdförloppet eller kunskapsstödet uppfattar att de har ett ägarskap (Greenhalgh m.fl. 2004, Vinge m.fl. 2012).

Patientrepresentation underlättar personcentrering

Att bidra till att stärka personcentreringen i hälso- och sjukvården är ett vanligt mål för vårdförlopp (se till exempel Vanhaecht mfl 2010, Campbell m.fl. 1998). Tanken är att vårdförloppen kan bidra till att omsätta konceptet personcentrering i praktiken, både genom att organisera vården runt patienten, föra in specifika arbetssätt och genom att involvera patienter som partner i utvecklingsprocessen. För att vårdförloppen ska kunna bidra till personcentrering på ett bra sätt är det viktigt att patienter finns representerade i framtagningsprocessen (Vanhaecht m.fl. 2010). Wensing och Elwyn (2003) lyfter fram fokusgrupper som en möjlig metod vid framtagande av kliniska riktlinjer.

Vissa inslag i vårdförloppsatsningar har pekats ut som särskilt viktiga för personcentrering. En del i de standardiserade vårdförloppen i cancervården



i Sverige, Norge och Danmark har varit att utse en särskild koordinator för respektive patient. Koordinatorerna har lyfts fram som ett sätt att hålla samman vårdprocesser och stärka patienten (Socialstyrelsen 2019a, Vinge och Lærke Witzke 2012, HelseDirektoratet 2016). De har särskilt lyfts fram som viktiga för att patienter med komplexa behov ska få individanpassade vårdförlopp (Smeds 2019).

Ett annat vanligt inslag är att formalisera dialogen med patienten genom att skriva in i vårdförloppet när i processen som avstämning med patienten ska ske. Så sker exempelvis i de danska vårdförloppen för cancer och de norska vårdförloppen för missbruk och psykisk ohälsa (Pakkeforlop, Ådnanes m.fl. 2021, Task Force for Kræftområdet 2008).

Figur 4. Faktorer som främjar ett framgångsrikt införande.

Framtagande	Innehåll	Implementering	Uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Involvera de professioner som berörs ▶ Involvera intressenter från lokal nivå ▶ Involvera patientrepresentanter 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Säkerställ att innehållet är samstämmt med annan styrning ▶ Bör lämna utrymme för anpassning till lokala förhållanden ▶ Bör motsvara ett behov och vara grundat i klinisk kunskap ▶ Bör lämna utrymme för professionella bedömningar ▶ Bör vara användarvänligt och bör inte försvåra arbetet 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tillämpa ett aktivt ledarskap ▶ Ta fram processer för anpassning till lokala förhållanden ▶ Investera tid och resurser i införandet ▶ Tillgodose behov av nationellt stöd för införandet 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bör vara en integrerad del av förbättringsarbetet ▶ Bör fokusera på utfallsmått ▶ Bör inte medföra ökad administrativ börda

2.3.3 Innehållet bör vara samstämmt med annan styrning och tillåta flexibilitet

När det gäller innehållet i vårdförlopp så pekar tidigare erfarenheter på att det är viktigt att vårdförloppen är samstämmiga med övrig styrning och att de är flexibelt utformade. Vårdförloppen är ett av flera styrmedel på vårdområdet, och för en effektiv styrning behöver de olika styrmedlen styra mot samma mål.

Vårdförlopp ska bidra till vårdens kvalitet genom standardisering. Samtidigt behöver de också vara tillräckligt flexibla för att lämna utrymme

för lokal anpassning, professionella bedömningar och anpassning till den enskilda patienten. Liksom kunskapsstöd generellt behöver de även vara relevanta och användbara för vårdpersonalen.

Sammanhållen med övrig styrning

En förutsättning för ett långsiktigt framgångsrikt införande är att vårdförloppen är samstämmiga med såväl andra styr signaler som med vårdens processer. Bower (2009) framhåller att om vårdförloppen ska bli långsiktigt hållbara bör de vara väl integrerade med vårdens kvalitetsförbättringsarbete, dokumentation, uppföljning och kommunikationssystem. Socialstyrelsen lyfter fram att en fördel för vårdförloppen i cancervården var att de anknöt till ett utvecklingsarbete som redan pågick. Socialstyrelsen menar också att det krävs stöd under längre tid för att den typen av utvecklingsåtgärder ska bli långsiktigt hållbara (Socialstyrelsen 2019b).

Det är också viktigt att vårdförloppen siktar in sig på samma mål som gäller för hälso- och sjukvården i stort (Bower 2009). Styrning blir som mest effektiv när styrmedlen som används siktar på ett gemensamt mål och förstärker varandra. Om styrmedel styr mot olika mål, blir styrningen mindre effektiv och ett styrmedel kan i värsta fall motverka de mål som andra styrmedel styr mot (se t.ex. Cejudo och Michel 2017). Ett sådant exempel är om standardiserade vårdförlopp medför negativa bieffekter i form av undanträngning. I Sverige, liksom många andra länder, finns lagstiftning som anger att vården ska vara jämlik och styras efter behov (3 kap. 1 § HSL). Om standardiserade vårdförlopp bidrar till undanträngning där patienter med mindre behov prioriteras framför patienter med större behov, innebär det att det finns en konflikt mellan lagstiftningen och styrningen genom standardiserade vårdförlopp. För att sådana konflikter inte ska uppstå är det viktigt att utforma styrmedel som vårdförlopp på ett sätt som förstärker eller i alla fall inte står i konflikt med lagstiftning och annan styrning. Vård- och omsorgsanalys (2020) har tidigare föreslagit att reformer på hälso- och sjukvårdsområdet ska genomlysas utifrån vilken inverkan de har på efterlevnaden av principen om vård efter behov, något som naturligtvis är särskilt angeläget när det gäller styrmedel som enligt tidigare erfarenheter kan leda till undanträngning.

Lämnar utrymme för lokal anpassning

Det är svårt att utforma ett detaljerat vårdförlopp som fungerar i alla sammanhang. Flera studier, bland annat von Thiele Schwarz och medförfattare (2019), lyfter fram vikten av anpassning utifrån sammanhanget



där vårdförloppet ska användas. Med andra ord bör inte vårdförloppen vara för detaljerat formulerade för att göra det möjligt att anpassa vårdförloppen till existerande lokala lösningar och den lokala organisationen.

Det finns stöd för att interventioner (till exempel vårdförlopp) som anpassats efter lokala förhållanden är effektivare än interventioner som tagits fram externt och implementeras i originalform när det gäller att uppnå målen för interventionen. Det är dock viktigt att behålla komponenter som är särskilt viktiga för dess effekter (Sundell m. fl. 2016, von Thiele Schwarz m. fl. 2019).

Lokala anpassningar av kunskapsstöd kan gälla deras innehåll eller hur man utför åtgärderna i kunskapsstödet. Man kan anpassa innehållet genom att ändra, ta bort eller lägga till bland de aktiviteter som kunskapsstödet föreskriver. Sättet som åtgärderna utförs på kan anpassas genom till exempel ändrade tidsramar eller att man väljer att genomföra åtgärder som patientmöten digitalt (von Thiele Schwarz m. fl. 2019, Hasson och von Thiele Schwarz 2017).

Motsvarar ett behov och är grundat i klinisk kunskap

Forskningen om kunskapsstyrning betonar att det är viktigt att alla kunskapsstöd utformas på ett sätt som är till nytta för personalen. För att vårdförloppen ska bli användbara, i stället för att uppfattas som en administrativ påлага, måste de utgå från vad personalen faktiskt behöver stöd för. Att professionerna deltar i framtagandeprocessen bidrar till detta. För att kunskapsstöden ska upplevas som legitima är det också viktigt att de är grundade i den kliniska kunskapen (SOU 2017:48). Detta är en generell slutsats om kunskapsstöd som gäller även för vårdförlopp. Det är också viktigt att vårdförloppen uppdateras i takt med ny kunskap (Praetorius 2014).

Utrymme för professionella bedömningar och individanpassning

Ett syfte med vårdförlopp är att minska variationen i följsamhet till klinisk kunskap. Samtidigt behöver det målet balanseras i förhållande till att lämna utrymme för professionella bedömningar.

Den standardisering i form av kunskapsstöd, riktlinjer med mera som främjats av evidensbaserad medicin har varit kontroversiell bland främst läkare (Ansmann och Pfaff 2018). Många är oroliga för att standardiseringen ska leda till att läkaryrket avprofessionaliseras och individuella professionella bedömningar ersätts med "kokboksmedicin" (Timmermans och Kolker 2004). Vid införandet av de danska vårdförloppen upplevde till exempel vårdpersonalen att läkarrollen förändrades, med minskad professionell

frihet, minskat utrymme att välja behandling och mindre utrymme för läkare att besluta om prioriteringar mellan patienter. Informanterna är dock inte överens om ifall förändringen är negativ för patienterna eller bara för läkarna. Vissa menar att läkarnas ”kejsarroll” har avskaffats och att detta är positivt för patienterna (Vinge m.fl. 2021).

Att professionerna har ett handlingsutrymme är viktigt av tre anledningar.

För det första kan standardisering påverka den inre motivationen hos professionerna. Vårdförlopp som används som kontrollmekanismer av ledningen har visat sig löpa risk att kollidera med professionell identitet och autonomi. Vårdförloppen kan därmed bli ett störningsmoment för personalens interna motivation att göra ett gott arbete (Campbell m.fl. 1998, Prætorius 2014, Evans-Lacko m.fl. 2010).

För det andra kan det ibland vara mer effektivt att ha möjlighet att välja en metod som personalen har en komparativ fördel av att använda, jämfört med en ny metod som forskningen visar är bäst. Staiger och Chandra (2020) studerar skillnader i utfall inom amerikansk hjärtsjukvård, och visar att det i vissa fall kan vara så att utfallet för patienterna blir bättre då enskilda kliniker tillämpar de metoder som de har störst vana av eller som av andra skäl fungerar bäst i det lokala sammanhanget. Det talar för att det är viktigt att få kännedom om de lokala resultaten för olika behandlingsmetoder och att utifrån den kännedomen anpassa vården utifrån de lokala förutsättningarna.

För det tredje är en viss variation en förutsättning för god kvalitet, eftersom patienter är olika. Det som visats vara den bästa åtgärden för patienter i allmänhet behöver inte alltid vara det bästa för en specifik patient. Det krävs därför att vårdprofessionerna tillämpar den vetenskapliga evidensen som förmedlas i kunskapsstöden utifrån sin kunskap om den enskilda patienten och sin bedömning av patientens helhetssituation (Salloch 2017). Vårdförloppen behöver därför utformas på ett sätt som gör det möjligt att anpassa vården utifrån unika patienter, samtidigt som det finns element som är gemensamma. Utvärderingar i Danmark har visat att det kan finnas utmaningar i att utforma standardiserade vårdförlopp så att de lämnar utrymme för individuell anpassning (Vinge 2017, Danske Regioner 2016). Individuallösningen kan bland annat handla om att hantera samsjuklighet (Socialstyrelsen 2019a, Smeds och Poksinska 2018, Danske Regioner 2016).

En lärdom av standardiserade vårdförlopp internationellt är att de inte kan ersätta kompetensen hos personal, utan bör fungera som stöd för personalen (Bower 2009). Det handlar alltså om att skapa balans mellan standardisering och professionellt handlingsutrymme. Forskare har benämnt det som en ”individualiserad standardisering”, som innebär att en standard



baserad på evidens fungerar som utgångspunkt, och att läkare sedan använder sin professionella kunskap till att utforma individualiserad vård utifrån den standarden (Ansmann och Pfaff 2018). En viktig utgångspunkt är att eftersom ett standardiserat vårdförlopp aldrig kan skrivas så att det är lämpat för alla patienter bör standardförloppet inte heller tillämpas för samtliga patienter (Zander 2002).

När det gäller de nordiska ländernas nationellt införda vårdförlopp har mycket av diskussionen om flexibilitet handlat om ledtiderna i vårdförloppen. Personalen i Danmark och Norge upplevde att de ibland fick kompromissa mellan följsamhet mot tidsgränserna och centrala kvalitetsaspekter som klinisk noggrannhet, personcentrering, effektivitet och kontinuitet (Vinge 2017, Melby och Håland 2021 och Ådnandes m.fl. 2021). Detta blev särskilt problematiskt när det fanns regionala mål på 100-procentig uppfyllelse av tidsgränserna (Vinge 2017).

Mjukvarubaserade stöd

Liksom andra kunskapsstöd i vården kan standardiserade vårdförlopp kan antingen vara pappersbaserade eller mjukvarubaserade. Fördelarna med mjukvarubaserade stöd är att de i högre grad kan ge löpande stöd åt personalen under vårdprocessen och att datainsamlingen kan ske automatiskt (Askari m.fl. 2020). De kan också integreras med patientjournalerna (Inera 2017). Återstående utmaningar inkluderar höga investeringskostnader och att mjukvarubaserade stöd inte alltid är tillräckligt flexibla (Askari m.fl. 2020 Wannheden 2014). Det saknas dock studier som jämför mjukvarubaserade vårdförlopp med pappersbaserade.

2.3.4 Ledarskap och stöd för omställning under implementeringen

I många fall har vårdförloppen tagits fram genom interprofessionellt samarbete på lokal nivå. Flera studier (se till exempel Kinsman m.fl. 2004 och Rotter m.fl. 2019) lyfter fram dessa som mer välfungerande än vårdförlopp som införts genom passiva top-down-metoder. Fokus för vår studie är vårdförlopp som tagits fram på nationell nivå, men där implementeringsarbetet sker på regional nivå och i verksamheterna. Även om den typen av införande är ett slags top-down-metod, tycks forskningen vara överens om att det är möjligt att skapa förutsättningar för lokal förankring.

Forskningen betonar att implementeringen av vårdförlopp behöver vara en aktiv process som siktar in sig på de hinder som finns för att vårdförloppen ska komma till användning och efterlevas. Det behöver finnas engagemang på

alla nivåer i organisationen och ett aktivt ledarskap som för ut vårdförloppen och skapar förutsättningar för ändrade arbetssätt. Det behöver också finnas tillräckliga resurser och tillräckligt med tid för omställning.

Utöver dessa faktorer är det också viktigt att innehållet och framtagande-processen har skett i linje med det som har beskrivits ovan. En god implementering är inte tillräckligt för att kompensera exempelvis ett innehåll som inte motsvarar ett behov.

Involvera personalen och möjliggör lokal anpassning

Införande av vårdförlopp kan sägas vara en komplex förändring. Inom implementeringsforskningen betonas att implementeringsstrategier vid komplexa förändringar bör utformas på ett annorlunda sätt än vid mindre förändringar, som att rekommendera en viss typ av läkemedel. Kunskapsstyrning genom enkelriktad kommunikation, som har varit vanlig tidigare, är mindre lämplig vid komplexa interventioner (Anell 2020). Vid komplexa förändringar krävs istället att personalen involveras och att det finns utrymme för att ta tillvara på professionella och lokala erfarenheter (Best m.fl. 2012).

Ett sätt kan som nämnts ovan vara att involvera olika professioners perspektiv när till exempel vårdförlopp tas fram. Forskningen betonar dock att detta inte är tillräckligt, utan att professionsmedverkan även behöver vara en aktiv del i implementeringsprocessen. En generell lärdom av utvecklingsarbete som bedrivs på verksamhetsnivå inom vården är att det kräver både introduktion av nya perspektiv, tid för reflektion och diskussion samt ett lokalt ledarskap som har utrymme att hitta egna lösningar (Anell 2020).

En faktor som framhålls av flera forskare är att implementeringsprocessen bör utgå från lokala förutsättningar och hinder, vilket kräver att dessa inventeras och att en lämplig strategi tas fram. Det kan till exempel handla om analyser av hur lokal praxis skiljer sig från vad som anges i vårdförloppet, gapanalyser (Rotter 2019), och analyser av hinder på organisatorisk nivå (Evans-Lacko m.fl. 2010).

Implementeringsforskningen framhåller även att uppföljning är ett viktigt verktyg för att genomdriva komplexa förändringar. Det är svårt att från början finna en ”optimal” strategi, istället krävs det ständig uppföljning och anpassning av strategin (Best m.fl. 2012). Detta är också ett sätt att ta tillvara kunskapen på lokal nivå. Implementeringen bör därför ske som en längre process, som handlar om att informera, lämna utrymme för medarbetarna att reflektera och sedan ta tillvara deras synpunkter och erfarenheter (Evans-Lacko m.fl. 2010, Best m.fl. 2012).



Implementeringen är resurskrävande och kräver aktivt ledarskap

Själva införandet av standardiserade vårdförlopp är förknippat med ökad arbetsbörda för personalen. Implementeringsprocessen kan också föra med sig konflikter när gamla organisationsstrukturer ska förändras och professioner med olika perspektiv och svag gemensam identitet ska samarbeta (Deneckere m.fl. 2012).

Begränsningar i resurser och i tid för genomförande kan vara hinder för genomförande (Anell, 2020). För att vårdförloppen ska få önskat genomslag krävs till att börja med att det finns resursmässiga och organisatoriska förutsättningar att genomföra dem (Francke m.fl. 2008, Cabana m.fl. 1999). Det finns exempel från cancervården på att flaskhalsar inte har åtgärdats av resursskäl, till exempel brist på vissa yrkeskategorier, lokaler och utrustning (Delilovic m.fl. 2019, Avila m.fl. 2016, Socialstyrelsen 2019a, Vinge och Lærke Witzke 2012, Melby m.fl. 2021). Själva implementeringsprocessen kräver också tid och resurser. När vårdpersonal och nyckelpersoner inom svensk cancervård intervjuas om införandet av vårdförlopp efterfrågar de till exempel mer tid för förberedelse och utvärdering under implementeringsprocesserna (Delilovic m.fl. 2019, Socialstyrelsen 2019b). I synnerhet inom primärvården har det varit brist på tid för personal att sätta sig in i vårdförloppen (Socialstyrelsen 2019b).

Aktivt ledarskap behöver finnas på alla nivåer (Evans-Lacko m.fl. 2010, Vinge m.fl. 2012, Rees m.fl. 2004). Inom forskningen om implementering nämns ofta att det måste vara tydligt vem som har ledarskapet för att genomdriva förändringen. Samtidigt lyfter forskningen också att förändringsarbete främjas av att det finns ett brett fördelat ledarskap, där en stor mängd personer, positioner och organisationer alla delar ansvaret för att genomföra förändringar. Det behöver alltså finnas både ett tydligt ansvar för den specifika förändring man vill genomdriva (implementeringen av vårdförlopp) och en organisation där ledarskapet på olika nivåer har ansvar för och befogenhet att driva förändringsarbete (Best m.fl. 2012).

Utvärderingar från Danmark bekräftar att omställningen när vårdförloppen infördes i cancervården kunde innebära stora påfrestningar lokalt och krävde både starkt ledarskap och god vilja från personal. Man betonar att det var viktigt att mobilisera stöd för vårdförloppen på alla nivåer, så att chefer på alla nivåer drev på i samma riktning (Vinge m.fl. 2012). Danska utvärderingar lyfter fram att det fanns ett samlat nationellt ledarskap och att frågor om den mer övergripande organisationen hanterades på en nivå som kunde påverka dessa faktorer (Vinge m.fl. 2012). Nationellt stöd och nationell samling kring vårdförloppen har också uppfattats som viktigt i

svenska cancervården (Socialstyrelsen 2019b) och personal ser positivt på att vårdförloppen var just ett nationellt initiativ (Delilovic m.fl. 2019).

Effekterna av vårdförloppen i den svenska och danska cancervården har samtidigt berott mycket på hur aktivt det lokala ledarskapet varit och hur väl man lyckats skapat förutsättningar för personalen att ändra arbetssätt (Vinge m.fl. 2012, Socialstyrelsen 2019b). När det lokala ledarskapet varit bristande och omställningen lämnats till personalen att lösa praktiskt har det väckt frustration (Vinge m.fl. 2012). En utvärdering av nationella vårdförlopp i den svenska cancervården lyfter också fram betydelsen av de aktörer som länkar samman nationell, regional och lokal nivå, till exempel regionala koordinators och kunskapscentrum (Socialstyrelsen 2019b).

2.3.5 Följa upp rätt saker utan att öka administrationen

Uppföljningen är en viktig del av hur vårdförloppen ska bidra till kvalitet. Genom att föra in bästa kunskap till det dagliga arbetet och koppla uppföljningsindikatorer till detta ska vårdförlopp länka samman de olika elementen i kunskapsstyrningen till en kedja.

Uppföljning är styrande, och uppföljningen bör därför vara koncentrerad till de mål man vill uppnå med vårdförloppen. För att vårdförloppen ska bidra till exempelvis personcentrering bör mått som avspeglar den dimensionen ingå i uppföljningen. Att uppföljningen är kliniskt välgrundad är viktigt både för att den ska bidra till det kliniska förbättringsarbetet och för dess legitimitet.

En viktig faktor för vårdförloppens användbarhet och legitimitet är att de inte ökar den administrativa bördan utan att bidra med motsvarande nytta för personalen. Erfarenheterna från cancervården och grannländerna visar att den administrativa bördan påverkas både av om vårdförloppen kräver registrering av nya variabler som inte redan ingår i uppföljningen och av hur välfungerade och kompatibla datasystemen är.

Integrerad med det löpande förbättringsarbetet

En tanke bakom standardiserade vårdförlopp är att de ska fungera som ett verktyg för kontinuerligt förbättringsarbete och öka möjligheterna att följa upp resultaten i vården. De ska hålla ihop ”kedjan” av kunskapsstyrning (från produktion av kunskapsstöd till utvärdering) genom att göra evidens tillgänglig, koppla indikatorer till de evidensbaserade åtgärderna och möjliggöra uppföljning av variation. Vårdförloppen ska bidra till lärande genom att göra det lättare att koppla samman genomförande av åtgärderna



i vårdförloppet respektive avvikelser från vårdförloppet med resultat (Campbell m.fl. 1998, Vanhaecht m.fl. 2010). I den svenska cancervården har vårdförloppen också fört med sig att patientens vårdprocess i sin helhet blivit mer synlig i lärandet, till exempel genom att väntetider följdes upp tvärs över de organisatoriska gränserna mellan primär- och slutenvård (Socialstyrelsen 2019b).

Det betonas i forskningen att förbättringsarbete är en långsiktig process. Standardiserade vårdförlopp behöver därför bearbetas och utvärderas kontinuerligt och vara en integrerad del av utvecklingsarbetet i stort (Bower 2009, Socialstyrelsen 2019b).

Fokuserar på utfallsmått

Uppföljningen bör vara inriktad på de mål som man vill uppnå med vårdförloppen. Bower (2009) menar att det är viktigt att uppföljningen innehåller utfallsmått snarare än enbart processmått. Skälet är att man vill kunna följa upp hur vårdförloppen bidrar till vårdens övergripande mål, men också för att vårdförloppen annars kan upplevas som en lista med åtgärder.

För att vårdförloppen ska bli en del av det kliniska förbättringsarbetet bör uppföljningen vara inriktad på kliniskt relevanta indikatorer (Zander 2002, Bower 2009, Vanhaecht m.fl. 2010). Att uppföljningen upplevs som kliniskt relevant är också viktigt för vårdförloppens legitimitet (Vinge och Lærke Witzke 2012).

Uppföljning av patientupplevelser är ett sätt att se till att vårdförloppen bidrar till personcentrering (Vanhaecht m.fl. 2010, Wensing och Elwyn 2003). Att patientupplevelser ingår i uppföljningen av nationella vårdförlopp i svensk cancervård har till exempel bidragit till att patienters upplevelser i högre grad efterfrågas och analyseras på regional nivå (Socialstyrelsen 2019a). Det är också viktigt att indikatorerna inte är alltför starkt fokuserade på enskilda dimensioner. I de danska och norska vårdförloppen har uppföljningen varit fokuserad på väntetider. Melby och Håland (2021) samt Vinge m.fl. (2012) menar att det kan ha bidragit till att väntetiderna kommit i fokus i arbetet.

Bör inte medföra ökad administration

Det rekommenderas i litteraturen att uppföljningen av vårdförlopp begränsas till ett fåtal indikatorer och att den görs användbar för personal ute i verksamheterna, där en viktig del av förbättringsarbetet sker. Det kan finnas anledning att även följa upp indikatorer som främst är till nytta för andra syften än för personalen, t.ex. för forskning. I de fallen är det särskilt viktigt att uppföljningen inte ökar den administrativa bördan. Forskningen

visar att uppföljning som skapar ökad administrativ börda utan att uppfattas som användbar av professionerna undergräver stödet för vårdförlopp (Bower 2009, Zander 2002, Evans-Lacko m.fl. 2010, Socialstyrelsen 2019b). Dansk vårdpersonal har uttryckt frustration över att rapportering av avvikelser från tidsgränserna kommit att ta upp mycket tid och att tidsgränserna i vissa fall inte uppfattas som kliniskt välgrundade (Vinge 2017, Vinge och Lærke Witzke 2012). Detta har framförallt lyfts fram i hjärtsjukvården, där man senare övergått till uppföljning baserad på befintliga register i samband med att de nationella vårdförloppen avskaffades (Vinge och Lærke Witzke 2012, Sundhedsstyrelsen 2017b).

Att hålla nere den administrativa bördan är viktigt generellt, eftersom uppföljning tar tid från patientmötet. Att insamlingen av data sker automatiserat i så stor utsträckning som möjligt är en förutsättning för att undvika administrativt merarbete och bortfall till följd av att inte alla verksamheter har tid att samla in informationen. Bristfällig insamling av data innebär också sämre datakvalitet. Om informationen inte är pålitlig blir den också svår eller omöjlig att använda och därför onödigt att alls samla in (SOU 2018:47).

Illa fungerande eller icke enhetliga datasystem har pekats ut som ett hinder vid införandet av standardiserade vårdförlopp i svensk cancervård och norsk psykiatri och missbruksvård (Delilovic m.fl. 2019, Ådnanes m.fl. 2020). De norska vårdförloppen för missbruk och psykisk sjukdom har fört med sig att man utöver journalföringen även registrerar vårdförloppskoder i ett separat system och upprättar särskilda vårdförloppsdokument som skickas till samarbetande enheter. Detta rapporteras ta mycket tid och skapa frustration eftersom det görs i olika datasystem som inte är kompatibla, vilket innebär att man registrerar samma information flera gånger. Dessutom är systemen långsamma och krånglar ofta (Ådnanes m.fl. 2020). Registreringen av ledtider i de svenska vårdförloppen för cancer görs i första hand i befintliga datasystem. Här har det ändå uppstått problem till följd av att de olika verksamheterna inom ett vårdförlopp använt olika, icke kompatibla datasystem. Personal kan också i efterhand behöva göra registreringar som aktörer tidigare i vårdkedjan borde ha gjort (Delilovic m.fl. 2019).





Tidigare tillämpningar – internationell utblick

Standardiserade vårdförlopp används i ett stort antal länder för många olika typer av sjukdomar och med många olika syften. Kostnadseffektivitet, kvalitetsförbättring, ökad tillämpning av evidensbaserade riktlinjer och personcentrering är de vanligast förekommande målen (Zander 2002).

Konceptet uppstod i USA på 1980-talet och har sedan fått allt större spridning. I regel har vårdförlopp införts lokalt på till exempel ett visst sjukhus eller i en viss region. Initiativ med standardiserade vårdförlopp har ofta drivits av professionerna och införandet har ofta varit frivilligt (Zander 2002). I USA har däremot finansörerna – försäkringsbolag och offentliga sjukförsäkringsprogram – ofta varit drivande (Chawla m.fl. 2016).

Danmark sticker ut med ett samlat nationellt genomförande av standardiserade vårdförlopp 2007 och Norge började 2014 införa nationella vårdförlopp enligt dansk förlaga. I båda fallen har vårdförlopp först införts i cancervården och därefter inom fler områden. Skottland började 2008 införa obligatoriska lokalt framtagna vårdförlopp utformade efter en gemensam nationell standard i psykiatri.

I det här kapitlet beskriver vi några av dessa exempel lite närmare. Vi beskriver syftet med att införa vårdförlopp i de olika länderna, strategierna för införande som tillämpats och erfarenheter av vårdförloppen. Vi jämför också hur införandet har förhållit sig till de lärdomar från implementeringsforskningen som vi beskrivit i kapitel 2 och vad införandet har inneburit i de olika länderna.



3.1 DANMARK HAR VÅRDFÖROPP FÖR CANCERVÅRD OCH PSYKIATRI

I Danmark finns idag standardiserade vårdförlopp inom cancervården och psykiatrin. Under perioden 2010–2017 fanns även standardiserade vårdförlopp för hjärtsjukdom, men de har ersatts med nationella riktlinjer.

De danska vårdförloppen har alla tagits fram nationellt. Vårdförloppen i cancervården och för hjärtsjukdomar var statliga initiativ medan vårdförloppen i psykiatrin är regionernas gemensamma projekt som inte involverar några statliga aktörer.

Det saknas en heltäckande bild av införandet av vårdförloppen i Danmark. Vår beskrivning baseras framför allt på utvärderingarna av vårdförloppen för hjärtsjukdom och cancer. Utvärderingarna undersöker införandeprocessen och upplevda effekter av vårdförloppen baserat på enkäter till och intervjuer med personal. På cancerområdet har det också publicerats flera vetenskapliga studier som undersökt hur vårdförloppen har påverkat väntetider och överlevnad. När det gäller vårdförloppen i psykiatrin saknas det både effektutvärderingar och övergripande sammanställningar av erfarenheterna, utöver rapportering från en konferens där man fångade upp synpunkter inför revideringen av vårdförloppen (Danske Regioner 2020, Danske Regioner, möte 210413).

Sjukvården i Danmark

I Danmark ansvarar de 98 kommunerna för delar av primärvården, till exempel hemsjukvård och rehabilitering. Ansvaret för läkarinsatserna i primärvården ligger däremot hos de fem regionerna, som också ansvarar för sjukhusvården och psykiatrin. Primärvården är uppbyggd runt ett fastläkarsystem där man är listad hos en allmänläkare (almen praksis). Den egna allmänläkaren fungerar som ingång till vården och remitterar till sjukhus eller den kommunala primärvården. Allmänläkarna driver i regel egna mottagningar och kontrakteras av regionerna.

Sundhedsstyrelsen är den huvudsakliga statliga sektorsmyndigheten. Styrelsen för patientsäkerhet (Styrelsen for Patientsikkerhed) ansvarar för tillsyn, stöd och vägledning inom patientsäkerhet, medan Sundhedsdatastyrelsen ansvarar för de nationella registren inom vårdområdet (Styrelsen for Patientsikkerhed utan datum, Sundhedsdatastyrelsen 2021). Sjukhusvården har varit föremål för centralisering och ökad specialisering under senare år (The Ministry of Health 2017).

3.1.1 Mål och bakgrund

Målen för vårdförloppen skiljer sig åt mellan de olika sjukdomsområdena. På cancerområdet kom initiativet från regeringen. Vårdförloppen för cancer

infördes 2008 med syfte att öka överlevnaden genom kortare väntetider och att öka patientnöjdheten genom mer kontinuitet i vårdprocesserna. Bakgrunden var att Danmark i början av 2000-talet hade hög dödlighet i cancer jämfört med andra länder. Vårdförlopp hade tidigare tagits fram och använts lokalt men hade svårt att få genomslag och det saknades en nationell definition av skälig väntetid (Bilsted Probst m.fl. 2012, Vinge m.fl. 2012).

Bakgrunden till införandet av standardiserade vårdförlopp i psykiatri 2012 var stora omotiverade skillnader mellan regioner i både organisation, diagnostik och resursanvändning. Initiativet kom från regionerna i samband med ett samregionalt toppmöte där olika aktörer inom psykiatriområdet medverkade. De standardiserade vårdförloppen motiverades med behov av högre kvalitet och mer enhetlighet i behandlingen av de stora psykiska sjukdomarna (Danske Regioner 2011).

3.1.2 Strategi för införande

De nationella vårdförloppen i danska cancervården och för hjärtsjukdom var nationella initiativ, medan vårdförloppen i psykiatri är regionernas gemensamma projekt. Både när det gäller de nationella vårdförloppen och vårdförloppen i psykiatri var det upp till varje region att besluta om formerna för implementeringen, men på cancer- och hjärtområdet tillsattes en grupp av beslutsfattare från regional och nationell nivå med samlat ansvar för införandet.

Införandet av vårdförlopp var en del i bredare satsningar inom respektive område. Samtidigt som man införde vårdförlopp för cancer centraliserade man även cancervården och tillförde resurser (Vinge m.fl. 2012). Vårdförloppen i psykiatri kombinerades med bland annat insatser för stärkt utbildning och mer gemensamma verktyg och kunskapsstöd mellan regioner (Danske Regioner 2011).

Förankrades inom professionerna under framtagandet

Eftersom de danska vårdförloppen tagits fram nationellt och krävt omfattande omställning av arbetet, är det särskilt intressant att undersöka hur de har förankrats. Både när det gäller cancervården och psykiatri har professionerna involverats i framtagningsprocessen och patientrepresentanter har funnits med.

Ansvar för vårdförloppen i cancervården är uppdelat i två delar. Professionen har stått för det kliniska innehållet medan *Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet* (Task Force) ansvarar för



administrativa frågor, implementering, resursmässiga förutsättningar och uppföljning. Sundhedsstyrelsen har som ordförande i Task Force en samlande roll i styrningen och förvaltningen av vårdförloppen.

Innehållet i vårdförloppen för cancer och hjärtsjukdomar togs fram av arbetsgrupper bestående av bland annat kliniker från olika regioner och olika delar av vårdkedjan samt professionsorganisationer, under ledning av sektorsmyndigheten Sundhedsstyrelsen. Det kliniska innehållet i de färdiga vårdförloppen för cancer godkändes av Cancerrådet, där professioner och andra målgrupper finns representerade. Professionernas inflytande var koncentrerat till det kliniska innehållet medan de administrativa aspekterna av vårdförloppen godkändes av Task Force, där Sundhedsstyrelsen, representanter för regionerna, Danske Regioner och Kommunernas Landsförening samt Hälso- och äldreministeriet ingår.

Vårdförloppen i psykiatrien togs fram av sakkunniga från regionerna. Framtagandet skedde i arbetsgrupper med kliniker från regionerna under ledning av den samregionala *Styregruppen for pakkeforløb i psykiatrien*. En samrådsgrupp fick också lämna synpunkter på vårdförloppen. Här ingick bland annat patientförbund och professionsorganisationer (Danske Regioner, möte 210413). Jämfört med cancervården kom alltså patientrepresentanter och professionsförbund inom psykiatrien in i ett något senare skede i framtagningsprocessen och de hade inte heller samma vetorätt som Cancerrådet hade i relation till cancerförloppen, men de hade även här möjlighet att lämna synpunkter.

Samrådsgruppen beskrivs som särskilt viktig för att förankra vårdförloppen bland personal. Personer som arbetade med vårdförloppen centralt var även ute i verksamheterna och informerade om arbetet för att skapa förståelse och göra processen mer transparent. Inför revideringen av vårdförloppen i psykiatrien anordnades en uppföljningskonferens där kliniker, inklusive allmänläkare, och patientorganisationer deltog (Danske Regioner möte 210413, Danske Regioner 2016).

Vårdförloppens innehåll

De danska vårdförloppen för cancer omfattar hela vårdprocessen. De inleds med remittering från primärvården vid misstanke om cancer och omfattar ett standardiserat undersökningsprogram följt av individuellt utformad behandling och uppföljning.

Ett av de främsta målen för vårdförloppen är att korta väntetiderna. Vårdförloppen anger tidsgränser, så kallade ledtider, för de olika delarna i vårdprocessen. För att snabba på processen bokas alla patientens

undersökningar samtidigt och tider hålls förbokade utifrån hur många remitteringar som förväntas komma in, istället för att de bokas åt en specifik patient först när remissen kommer (Vinge m.fl. 2012, Task force 2008).

Det finns också element i vårdförloppen som ska stärka personcentreringen. Vårdförloppen anger vilken information patienter och anhöriga ska få, och när. Som en del i vårdförloppsinitiativet ingår också att patienten ska ha en kontaktperson på sjukhuset. För att göra vården mer sammanhållen i övergångar mellan olika enheter tydliggörs att varje enhet har ansvar för patienten tills nästa enhet tar över ansvaret. Vårdförloppen anger också tidpunkter när det ska ske informationsutbyte mellan sjukhuset och patientens allmänläkare (Task Force for Kræftområdet 2008).

Vårdförloppen i psykiatrin består av ett grundförlopp som kompletteras med tilläggsförlopp utifrån svårighetsgrad och komplicerande faktorer (Sundhedsstyrelsen 2018b). Varje vårdförlopp ger exempel på kliniska åtgärder och anger en övre gräns för hur många timmar åtgärderna i förloppet väntas ta att genomföra (Danske Regioner 2017).

Samordning med andra kunskapsstöd har blivit alltmer angeläget

Både på cancer- och psykiatriområdet utgick man i möjligaste mån från befintliga kunskapsstöd när man tog fram vårdförloppen. Behovet av samordning med andra kunskapsstöd och styrmedel har dock aktualiserats över tid, när andra kunskapsstöd tillkommit eller uppdaterats.

På cancerområdet i Danmark finns kliniska riktlinjer framtagna av de professionsdrivna multidisciplinära cancergrupperna. När vårdförloppen togs fram utgick man från existerande kliniska riktlinjer, men dessa har i vissa fall uppdaterats utan att vårdförloppen reviderats. I en utvärdering av vårdförloppen menade personal att relationen mellan riktlinjerna och vårdförloppen var oklar och att de olika kunskapsstöden behövde kopplas samman i högre grad. Det framkom att man i praktiken hämtade ledtider ur vårdförloppen men övrig klinisk information ur riktlinjerna, eftersom de hade högre klinisk legitimitet. När riktlinjer och vårdförlopp inte stämde överens kunde det uppstå dilemman mellan att hålla ledtiderna i vårdförloppen och att följa riktlinjerna för att ge bästa vård. Intervjuad personal har beskrivit hur avdelningen kunde få dåliga resultat i uppföljningen av vårdförloppens ledtider, eftersom man prioriterat att följa riktlinjerna (Vinge 2017).

Psykiatriförloppen är mindre detaljerade i det kliniska innehållet än cancerförloppen. Tanken är att regionerna ska ha utrymme att anpassa innehållet efter lokala förhållanden och koppla ihop vårdförloppen med till exempel regionala riktlinjer. Vårdförloppen ställer upp ramar för hur



vårdprocessen ska se ut men de ”länkar” i regel till andra kunskapsstöd för fördjupad information om det kliniska innehållet. Vårdförloppet blir då ett sätt att samla kunskap och göra den mer tillgänglig (Danske Regioner, möte 210413).

När vårdförloppen infördes i psykiatrin motiverades det bland annat av att det saknades nationella riktlinjer på området. Sedan dess har dock både nationella riktlinjer och fler styrmedel på nationell nivå tillkommit. Utöver vårdförloppen och de nationella riktlinjerna finns nu även nationella kvalitetsmål som berör psykiatrin samt den lagstadgade utredningsrätten, som innebär att patienter inom psykiatrin ska vara utredda inom 30 dagar efter mottagen remiss (Sundhedsdatastyrelsen, utan datum). Det pågår också ett arbete med en nationell 10-årsplan för psykiatrin (Sundhedsministeriet 2020). Arbetsgruppen på Danske Regioner, med representation från regionerna, ansvarar för förvaltning och uppföljning av vårdförloppen. När det gäller övrig styrning av psykiatriområdet på nationell nivå – riktlinjearbete, genomförandet av den nationella kvalitetsplanen osv. – är det huvudsakligen Sundhedsstyrelsen som har ansvaret. Det finns ingen formell struktur för att länka samman vårdförloppen med de nationella styrmedlen, men vårdförloppen ska uppdateras i enlighet med nationella riktlinjer (Danske regioner möte 210413, Danske Regioner 2016).

Regionerna bestämde hur vårdförloppen implementerades

Task Force för vårdförlopp på cancer- och hjärtområdet skapades för att säkra att vårdförloppen för cancer implementerades (Vinge m.fl. 2012). Gruppen består av regiondirektörerna samt representanter för regionernas och kommunernas organisationer och ansvarigt departement. Task Force beslutade om generella ramar för implementeringen av vårdförloppen, men det var de enskilda regionerna som beslutade om hur implementeringen skulle ske. De generella ramarna omfattade till exempel krav på att planeringen av enskilda vårdförlopp skulle omfatta alla berörda avdelningar, sjukhus och sektorer och att det skulle finnas reserverade tider för de vårdförloppspatienter som förväntades komma in, även innan de hade remitterats. Däremot var det upp till regionerna att besluta om hur vårdförloppen och ledtiderna mellan delmoment skulle organiseras (Task Force for Kræftområdet 2008).

Regionerna hade tre månader på sig att implementera de färdiga vårdförloppen. De danska regionerna tog tillsammans fram den så kallade sjupunktsplanen, där de bland annat åtog sig att införa förloppskoordinatorer för varje vårdförlopp, publicera data om status för vårdförloppen varannan

månad och anordna ett gemensamt möte med fackförbunden för att diskutera hur vårdförloppen kunde införas utan att märkbart försämra arbetsmiljön för de anställda. Dessutom åtog sig regionerna att undersöka vilka förutsättningar som behövdes åtgärdas för att kunna hålla ledtiderna, till exempel när det gällde personalresurser, organisatoriska förutsättningar och ekonomi (Danske Regioner 2007).

När det gäller vårdförloppen i psykiatrin fanns ingen gemensam implementeringsplan, utan regionerna bestämde själva hur vårdförloppen skulle implementeras. Efter att vårdförloppen tagits fram hade regionerna enligt en gemensam överenskommelse tre månader på sig att implementera dem.

Vi har inte funnit någon sammanställning eller samlad utvärdering av implementeringen, varken för cancerförloppen, hjärtförloppen eller psykiatrförloppen, och kan därför inte ge en generell bild av implementeringen i regionerna. Däremot framkommer avgränsade exempel som kan visa på hur implementeringen gått till. I implementeringen av vårdförloppen för psykiatrin utnämnde man till exempel i Region Syd vårdförloppsansvariga på varje avdelning och avdelningarna tog fram egna handlingsplaner (Danske regioner, möte 210413). I anslutning till införandet av vårdförlopp i cancervården experimenterade man lokalt med olika former av tvärgående roller som koordinatörer och förloppsledare (Vinge m.fl. 2012)

Vinge och Lærke Witzkes (2012) utvärdering av vårdförloppen för hjärtsjukdom fann utifrån intervjuer med personal att det varken tycktes ha funnits några nationella eller regionala initiativ riktade mot primärvården när vårdförloppen infördes. Insatser för att sprida vårdförloppen inom primärvården hade istället initierats av sjukhusens kardiologiska avdelningar eller av enskilda överläkare och *praksiskonsultenter*, som är avdelningarnas länk till primärvården. Konkret hade avdelningarna spridit information genom till exempel nyhetsbrev och genom frivilliga informationsmöten för allmänläkare. Det hade också förekommit olika former av lokalt initierad uppföljning av implementeringen i primärvården, till exempel årliga genomgångar genomförda av de kardiologiska avdelningarna. Utvärderingen fann dock att det saknats struktur för systematisk kommunikation och feedback kring vårdförloppen i primärvården.

Uppföljningen av vårdförloppen för cancer är inriktad på väntetider

Inom cancervården följs vårdförloppens ledtider upp löpande av Sundhedsstyrelsen. Uppföljningen av vårdförloppen för hjärtsjukdomar var likartad den inom cancerområdet, men den specifika uppföljningen togs bort



när förloppen avskaffades. Utöver den nationella uppföljningen sker också regional och lokal uppföljning.

Fokus i den löpande uppföljningen av vårdförloppen för cancer ligger på väntetider, som registreras som en del i vårdförloppen (Vinge 2017). Andra kvalitetsfaktorer följs upp genom *Det nationale indikatorprojekt*. I en utvärdering framkommer att personalen jämför hur väl den egna avdelningen håller ledtiderna jämfört med andra avdelningar och att det i vissa fall finns ekonomiska sanktioner kopplade till följsamhet mot ledtiderna (Vinge 2017).

I arbetet med vårdförlopp i psykiatri har det ända sedan start varit ett mål att knyta vårdförloppen till förbättrad uppföljning. Utgångspunkten är att uppföljningen ska vara kliniskt motiverad. Fram tills nyligen har det dock saknats publiceringsbara data, inklusive information om hur många patienter som ingår i vårdförloppen (Sundheds- og ældreministeriet 2019). Den registrering som sker kopplat till vårdförloppen är en startkod som anger att ett vårdförlopp har inletts och en slutkod som anger att vårdförloppet har genomförts eller avbrutits. För behandlingsförlopp är registrering obligatoriskt, medan det är frivilligt att registrera utredningsförloppen (Danske Regioner 2018). Idag finns därför data om vilka patienter som genomför vårdförlopp och vilka som avbryter innan de genomgått vårdförloppet, samt den information som finns i befintliga kliniska databaser (Danske regioner, möte 210413).

Det är den regiongemensamma styrgruppen på Danske Regioner som driver uppföljningsarbetet. Arbetet med uppföljning av vårdförloppen i psykiatri kom dock på efterkälken eftersom det tillkom nya nationella krav på uppföljning som regionerna prioriterade. I dessa nationella indikatorer ingår till exempel väntetider och patientnöjdhet i psykiatri, men de går inte att koppla till vårdförloppen. En annan utmaning har varit att regionerna har olika journalsystem och att majoriteten av dem inte är kompatibla med registreringsystemet som används för vårdförloppen (Danske regioner, möte 210413).

3.1.3 Erfarenheter från de danska vårdförloppen

Kunskapen om effekterna av vårdförloppen i Danmark är överlag begränsad. Vårdförloppen i cancervården är de mest undersökta, men även på cancerområdet saknas det överlag studier som kan visa på orsakssamband. När det gäller vårdförloppen i psykiatri saknas det kunskap om effekter (Danske regioner, möte 210413, Danske Regioner 2020).

På cancer- och hjärtområdet har det gjorts utvärderingar som undersökt personalens upplevelser av vårdförloppen. Däremot saknar vi information om patienters upplevelser. På psykiatriområdet saknas utvärderingar utöver de synpunkter som samlades in under en konferens inför revideringen av vårdförloppen.

Vi fokuserar här på den generella bilden, men erfarenheterna av vårdförloppen varierar inom Danmark. De danska regionerna beslutade både om strategier för implementering och den konkreta organiseringen av vårdförloppen, även vid införandet av nationella vårdförlopp. En utvärdering konstaterar att de flesta utmaningar och möjligheter som personalen i cancervården upplever i förhållande till vårdförloppen beror på regional och lokal implementering och uppföljning, snarare än de nationella ramarna (Vinge 2017). Erfarenheterna av vårdförlopp varierar också mellan olika avdelningar, bland annat utifrån hur väl det lokala ledarskapet fungerat (Vinge m.fl. 2012, Vinge och Lærke Witzke 2012).

Förbättrade väntetider och överlevnad, men orsakssamband kan inte beläggas

Som tidigare nämnts i kapitel 2 sjönk väntetiderna och dödligheten i cancer efter införandet av vårdförlopp. Även inom hjärtsjukvården sammanföll införandet av vårdförlopp med kortare väntetider (Vinge och Lærke Witzke 2012). Sambandet mellan vårdförloppen i cancervården samt väntetider och dödlighet har undersökts i flera vetenskapliga studier, men den övergripande bilden är att det inte har gått att belägga några orsakssamband (Bilsted Probst m.fl. 2012, Jensen och Maina 2015, Jensen m.fl. 2017, Larsen m.fl. 2013). Larsen m.fl. (2013) fann till exempel att även om väntetiderna föll i samband med införandet av vårdförlopp, så föll väntetiderna samtidigt även på det sjukhus som redan hade vårdförlopp sedan tidigare, vilket tyder på att andra faktorer än själva vårdförloppen kan ha spelat in.

Personalen upplever att vårdprocesserna blivit bättre

Utvärderingar av vårdförloppen i cancer- och hjärtsjukvården har funnit att vårdpersonalen uppfattar att processerna blivit bättre organiserade genom vårdförloppen och att samarbetet har förbättrats (Vinge m.fl. 2012, Vinge och Lærke Witzke 2012, Vinge 2017). Personalen menar att vårdförloppen har förbättrat samarbetet mellan professioner och avdelningar. Det beror dels på att man infört fler multidisciplinära konferenser, dels på att vårdförloppen gett systematik till samarbetet och att det kontinuerliga samarbetet inom



vårdförloppen ökat olika avdelningars kunskap om varandras verksamhet (Vinge 2017).

Uppföljningen har medfört ökad administrativ börda

Bilden som personalen ger är att uppföljningen av vårdförloppen i cancer-vården är ett starkt incitament för verksamheterna att hålla väntetiderna, och de uppfattar också att uppföljningen är ett sätt att garantera resurser till cancerområdet (Vinge m.fl. 2012, Vinge 2017).

Samtidigt upplever personal att uppföljningen av väntetider har genererat en ökad administrativ börda. Utöver den registrering som den nationella uppföljningen kräver har vissa regioner satt upp egna mål om väntetider som följs upp lokalt, och detta ökar mängden registrering ytterligare. Det är framförallt registrering av överträdelser av de regionalt beslutade delledetiderna som personalen ifrågasätter. De regionala målen kan vara mer ambitiösa än de nationella och lämnar enligt personalen inte alltid utrymme för flexibilitet utifrån den enskilda patientens behov (Vinge 2017).

Uppföljningen tillskrivs ändå ett värde av många som arbetar inom cancer-vården (Vinge 2017). Inom hjärtsjukvården konstaterade däremot en utvärdering tidigt att uppföljningen led av legitimitetsproblem. I båda fallen finner utvärderingarna att stödet från personalen är kopplat till om de uppfattar uppföljningen som kliniskt värdefull (Vinge m.fl. 2012, Vinge och Lærke Witzke 2012, Vinge 2017).

Personalen upplever att vårdförloppen skapat undanträngning

Personal inom cancer- och hjärtsjukvården beskriver i utvärderingar att vårdförloppen lett till undanträngning av andra patienter (Vinge m.fl. 2012, Vinge och Lærke Witzke 2012). I synnerhet inom hjärtsjukvården uppfattade personal undanträngning som ett av de stora problemen med vårdförloppen (Vinge och Lærke Witzke 2012). Undanträngningen kopplas till att patienter inom vårdförloppen prioriteras högre och att inflödet av patienter ökade när vårdförloppen för cancer och hjärtsjukdom infördes (Vinge m.fl. 2012, Vinge och Lærke Witzke 2012). Även i regionernas rapportering under införandeprocessen beskrivs undanträngningseffekter (Danske Regioner 2009a och 2009b).

Vi har inte hittat någon analys av hur omfattande en eventuell undanträngning varit. Vi har inte heller någon information om att man hanterat risken för undanträngning på nationell nivå, men kan till exempel se i rapportering från en enskild region att man på vissa avdelningar gjort avvägningar inför införandet av vårdförlopp för att motverka risken för

undanträngning (Region Sjælland 2008). Frågan om undanträngning har inte lyfts fram när det gäller vårdförloppen för psykiatrin (Danske regioner, möte 210413).

Både inom cancer- och hjärtsjukvården upplevde personalen att införandet av vårdförlopp ledde till ett ökat inflöde av patienter (Vinge m.fl. 2012, Vinge och Lærke Witzke 2012). En studie har dock funnit att andelen av patienterna inom de organspecifika vårdförloppen för cancer är relativt hög, vilket tyder på god träffsäkerhet i vilka patienter som fångas upp (Vedsted och Olesen 2015). Träffsäkerheten uppfattades däremot som särskilt problematisk inom vårdförloppen för hjärtsjukdom (Vinge och Lærke Witzke 2012, Vrå Andersen 2017). Två år efter införandet konstaterade Vinge och Lærke Witzke (2012) att man ännu inte hade fått ett bra inflöde av patienter. Personal inom hjärtsjukvården upplevde att remisserna höll dålig kvalitet och att vårdförloppen fångade upp alltför många friska eller lindrigt sjuka patienter. Utvärderingen kunde inte bedöma om problemen berodde på inkluderingskriterierna i själva vårdförloppsdokumenterna eller på brister i implementeringen i primärvården. Däremot kunde man konstatera att implementeringen av hjärtförloppen i primärvården varit bristfällig. Författarna fann som nämnts ovan att det inte tycktes ha funnits någon regional eller nationell styrning av implementeringen i primärvården, och att detta var en tänkbar förklaring till problemen med remittering (Vinge och Lærke Witzke 2012).

Omställningen var krävande och förutsatte engagemang från personalen

En av de huvudsakliga lärdomarna i de danska utvärderingarna är att det var avgörande att ha personalens stöd, eftersom införandet av vårdförloppen krävde en omfattande omställning och ansträngning från personalens sida.

Vårdförloppen i den danska cancervården beskrivs som ett sätt att göra upp med svagheterna i vårdens etablerade strukturer med ”stuprör” av starkt specialiserade avdelningar och svag tvärgående ledning (Vinge m.fl. 2012). Införandet beskrivs som en stor omställning i arbetssätt. Man behövde till exempel anpassa arbetet på avdelningarna efter varierande patientflöden, vilket innebar att personalen inte kunde påverka planeringen i samma utsträckning som tidigare. Även om sjuksköterskor beskrivs som den mest centrala yrkesgruppen för vårdförloppen var det läkarnas yrkesroll som påverkades mest, med minskat utrymme för egna bedömningar och större krav på samarbete. Detta väckte motstånd, men bland intervjuade läkare finns både negativ och positiv syn på förändringarna (Vinge m.fl. 2012).



Även vårdförloppen i psykiatri beskrivs som ett nytt sätt att tänka och en omställning som krävde mycket arbete (Danske regioner, möte 210413, Danske Regioner 2016).

Vårdförloppen i cancervården beskrivs samtidigt som väl förankrade inom vården vid införandet (Vinge m.fl. 2012). Den goda förankringen kopplas till inkludering av professionerna i processen och att konceptet vårdförlopp anknöt till etablerade tankegångar om ledtidernas betydelse. Initiativet svarade mot en utbredd frustration bland personalen och det fanns redan en uppslutning kring att något drastiskt behövde göras (Vinge m.fl. 2012).

Även inom hjärtsjukvården fanns en uppslutning bland personalen, men här brast också vårdförloppens legitimitet på flera punkter. Det handlade bland annat om att vårdpersonalen ifrågasatte ledtidernas och registreringens kliniska relevans (Vinge och Lærke Witzke 2012). Ledtiderna och registreringen togs också bort när vårdförloppen för hjärtsjukdom senare ersattes med nationella riktlinjer (Sundhedsstyrelsen 2018a).

Omställningen krävde ett aktivt ledarskap

En lärdom som lyfts fram i Danmark är betydelsen av ett väl fungerande ledarskap, både på nationell nivå och lokalt. Intervjuade tjänstemän menar att det var en fördel att ansvaret för implementering fanns samlat i Task Force vid införandet av vårdförlopp i cancervården. De menar också att det var en fördel att Task Force var liten och bestod av personer med hög beslutskompetens, eftersom det gjorde att gruppen lättare kunde enas internt och stå för ett tydligt ledarskap. Att ansvaret för implementering och kliniskt innehåll skildes åt gjorde också Task Forces uppdrag tydligare (Vinge m.fl. 2012).

Implementeringen av vårdförlopp i cancervården krävde även ett aktivt ledarskap inom vårdens organisation. Det var viktigt, menar personal som intervjuats, att chefer på alla nivåer drev på i samma riktning. Personalen lyfter fram vikten av ett tvärgående ledarskap som etablerade samarbete mellan enheter. De menar också att det var viktigt att övergripande frågor hanterades på en övergripande nivå, så att personalen på golvet fick förutsättningar att ställa om (Vinge m.fl. 2012).

3.2 NORGE INFÖRDE VÅRDFÖRLOPP EFTER DANSK FÖREBILD

Nationella vårdförlopp började införas i den norska cancervården 2014 enligt dansk förebild. Från 2018 har vårdförlopp införts även för stroke, psykisk ohälsa och missbruksvård. Totalt 28 vårdförlopp för olika cancerformer och 10 vårdförlopp för övriga diagnoser har införts (Helsedirektoratet utan datum).

Vårdförloppen är framtagna på nationell nivå och omfattar hela vårdprocessen, utom för cancer eftersom de avslutas vid behandlingsstart. Endast vårdförloppen för cancer, psykisk ohälsa och missbruksvård har utvärderats och den följande beskrivningen baseras i huvudsak på dessa.

Sjukvården i Norge

I Norge har den statliga nivån ansvar för den specialiserade vården, som utförs genom fyra sjukvårdsregioner (regionale helseforetak). Här ingår bland annat sjukhusen, missbruksvård och psykiatri. Primärvården är i stället de 356 kommunernas ansvar. Det finns också 11 fylker, som vart och ett har en regional regeringsrepresentant (Statsforvalteren, tidigare Fylkesmannen) som utför tillsyn av kommunernas verksamhet och är överklagandeinstans för kommunala beslut inom vårdområdet (Sperre Saunes m.fl. 2020, Store norske leksikon 2021).

Statlig Sektorsmyndighet är Helsedirektoratet, som även har ansvar för de centrala vårdregistren, det nationella patientsäkerhetsarbetet och den nationella beredskapen inom vårdområdet (Helsedirektoratet 2020a, Sperre Saunes m.fl. 2020). Helsetilsynet är den statliga tillsynsmyndigheten (Helsetilsynet 2021).

I princip hela den norska befolkningen har en egen fastläkare (fastlege) i primärvården, och fastläkaren har en viktig roll som ingång till vården. Fastläkarna är i regel egna företagare som antingen kontrakteras eller anställs av kommunerna enligt ersättningsmodeller som bestäms nationellt (Sperre Saunes m.fl. 2020).

3.2.1 Mål och bakgrund

Målen för de norska vårdförloppen är framförallt att skapa snabbare och mer effektiva patientförlopp, men också att öka patientinflytandet och samordningen av insatserna. Det finns dock vissa skillnader i fokus för de olika förloppen. Inom cancervården var målet främst kortare och minskade regionala skillnader i väntetid samt ökad koordinering kring patienten (Melby m.fl. 2021, Helsedirektoratet 2016b). Vårdförloppen för psykiatri och missbruksvård syftade till mer patientinflytande och mer sammanhållen och jämlik vård (Helsedirektoratet 2018, Ådnanes m.fl. 2021).

Motiven till att införa vårdförlopp skiljer sig något mellan sjukdomsområdena, men gemensamt är att man ville åstadkomma minskad regional variation i väntetider och ökad vårdkvalitet. Införandet av cancervården ägde rum mot bakgrund av en uppfattning om att cancervården inte var tillräckligt effektiv, att det fanns brister i koordineringen av vården runt patienterna och önskad variation i utredningen av cancer, framför allt när det gäller väntetiderna (Melby m.fl. 2021).

Motiven till vårdförloppen för psykisk ohälsa och missbruksvård var att regeringen uppfattade det som angeläget att rikta uppmärksamhet mot dessa



patientgrupper. Man menade att patientgrupperna hade stora vårdbehov och att deras vård av olika anledningar brast i kvalitet. Exempelvis fanns stora skillnader i väntetider, utredning, behandling och uppföljning i olika delar av landet och mellan patienter. En annan faktor var att patienter och brukare upplevde bristfälliga möjligheter till inflytande och bristande samverkan mellan olika aktörer (Ådnanes m.fl. 2021).

Målen för vårdförloppet inom stroke var att minimera onödiga förseningar i utredning, diagnostik, behandling och rehabilitering samt förbättra brukarmedverkan, brukarnöjdheten och regional jämlikhet (Helsedirektoratet 2020b).

3.2.2 Strategi för införande

Initiativet till vårdförloppen kommer från regeringen. Helsedirektoratet, den nationella myndigheten för hälso- och sjukvården, är ansvarigt för framtagandet av vårdförloppen medan de fyra sjukvårdsregionerna och verksamheterna är ansvariga för implementeringen. Helsedirektoratet har dock bidragit med stöd för implementering och uppföljning.

Framtagningsprocessen inkluderar många perspektiv

Framtagandet har skett i tvärprofessionella nationella arbetsgrupper där olika specialistläkare, sjuksköterskor samt minst en patientrepresentant och minst en allmänläkare ingår (Helsedirektoratet 2015, Helsedirektoratet 2018). När det gäller vårdförloppen för psykisk ohälsa och missbruk har representanter för Helsedirektoratet varit ledare för arbetsgrupperna. För att inhämta synpunkter från berörda parter har ett remissförfarande tillämpats, där berörda aktörer har fått ge synpunkter utifrån sina perspektiv (Helsedirektoratet 2016a, Helse- og omsorgsdepartementet 2014, Helsedirektoratet 2018).

Innehållet baseras på nationella riktlinjer och har fokus på ledtider

Respektive vårdförlopp innehåller ett flödesschema, rekommenderade åtgärder samt angivelser om rekommenderade förloppstider under diagnostik och behandling. Tiderna utgår från en ”standardpatient”, men den faktiska förloppstiden kan vara längre beroende på allmäntillstånd och samsjuklighet (Helsedirektoratet 2016b). Preliminära resultat från utvärdering av vårdförloppen är att ledtiderna är huvudfokus för sjukhuspersonal och att uppföljningen skapar incitament att arbeta effektivt (Melby och Håland 2021, Melby m.fl. 2021).

I samtliga vårdförlopp anges också att det ska finnas förloppscoordinatorer som ska säkerställa att vårdförloppet sker sammanhållet och utan onödiga väntetider, men också för att skapa kontinuitet i förloppet för patienten (Melby m.fl. 2021 och Ådnanes m.fl. 2021).

Vårdförloppen innehåller också koder som ska registreras för de aktiviteter som ingår. Registreringsarbetet syftar till att kunna följa om målsättningarna med vårdförloppen nås och för verksamheterna att kunna följa hur utvecklingen i den egna verksamheten sker i förhållande till indikatorerna (Melby m.fl. 2021).

Alla vårdförloppen är baserade på nationella riktlinjer, som liksom vårdförloppen ges ut av HelseDirektoratet (2016b, 2020b, 2020c, 2020d). Skillnaden mellan de olika styrmedlen är att vårdförloppen anger vad som ska göras och inom vilka tidsramar, medan riktlinjerna innehåller mer detaljerade rekommendationer för diagnostik och behandling (Næss och Håland 2021).

Hur vårdförloppen förhåller sig annan styrning har inte utvärderats för de nyare vårdförloppen, men i en forskningsstudie inom cancervården finner Næss och Håland (2021) att det ibland uppstår konflikter mellan innehållet i vårdförlopp som styr mot snabb diagnostik och behandling å ena sidan och kliniska riktlinjer som styr mot diagnostisk precision å andra sidan. I sin intervjustudie med läkare finner de dock att läkare använder sitt professionella kunnande för att balansera mellan de olika styrmedlen.

Implementeringen utgår från nationella planer

HelseDirektoratet har ansvarat för att ta fram en plan för implementeringen och genomföra olika typer av kommunikationsinsatser till berörda parter. Implementeringsarbetet har bedrivits av implementeringsgrupper, tillsatta av HelseDirektoratet. Grupperna består av representanter för HelseDirektoratet och de fyra sjukvårdsregionerna, men gruppssammansättningen skiljer sig något mellan sjukdomsområdena. I implementeringsgrupperna för cancerförloppen ingick till exempel även fackförbund och för psykisk ohälsa och missbruksvård ingick representanter för kommuner och brukar- och anhörigorganisationer.

Grupperna ska ta fram en nationell plan för implementering, som också ska utgöra en utgångspunkt för regionala implementeringsplaner. Grupperna ska även ansvara för en rad kommunikationsinsatser och bidra till att koordinera implementeringen lokalt.

Kommunikationsinsatserna består bland annat i att tillhandahålla vårdförloppen digitalt, upprätta en informationstelefon för anställda på sjukhus



och läkare inom primärvården samt informationsbrev till fackförbund och professions- och patientorganisationer. Utöver detta har man gjort en större informationsinsats riktad till fastläkare och kommunala institutioner.

Uppföljningen är inriktad på processmått

Uppföljningen syftar både till att göra det möjligt för vårdgivare att följa i vilken utsträckning de arbetar utifrån vårdförloppens arbetssätt och till att möjliggöra nationell uppföljning. Vad vi känner till har uppföljningens bidrag till lärande ännu inte utvärderats.

Uppföljningen är huvudsakligen inriktad på processmått inom den specialiserade vården. De indikatorer som ingår är bland annat väntetid, utredningstid, involvering av patienten i behandlingsplan och om patienten informerats om olika behandlingsformer. Indikatorerna samlas in bland både privata och offentliga aktörer i den specialiserade vården, men omfattar inte kommunernas och primärvårdens insatser.

Insamlingen av data sker i vårdgivarnas informationssystem. Med vårdförloppen följer nya åtgärds-koder. Vårdgivarna använder åtgärds-koderna för att registrera vilka av vårdförloppens insatser som har getts till en patient och inom vilken tid (Helsedirektoratet 2018, 2016b, 2020b, 2020c, 2020d). Dessa bildar grund för indikatorerna och gör det tydligt i vilken utsträckning vårdgivarna uppfyller det arbetssätt som anges vårdförloppen.

3.2.3 Erfarenheter av de norska vårdförloppen

Det har ännu inte skett några renodlade effektutvärderingar av de norska vårdförloppen. De uppföljningar som finns fokuserar på personalens och brukarnas erfarenheter. Melby med medförfattare (2021) menar dessutom att vårdförloppen inom cancervården kan ses som en formalisering av en redan pågående utveckling mot högre effektivitet, målstyrning och standardisering. Sammantaget är det därför svårt att i dagsläget avgöra vilka effekter vårdförloppen har fått.

Sammantaget visar studierna att vårdförloppen har bidragit till en ökad medvetenhet om snabba vårdprocesser, vilket har bidragit till kortare väntetider. Samtidigt kan betoningen på snabba processer ibland komma i konflikt med kvaliteten i andra dimensioner – bland annat kontinuitet, klinisk noggrannhet och stress för patienterna. Trots ett starkt fokus i vårdförloppen på ökad personcentrering, med stärkt patientinflytande och en vård som är koordinerad runt patienten, har dessa dimensioner fått bristande genomslag. Personalen upplever att vårdförloppen har bidragit till ökad administration,

men också förbättrad samverkan mellan personalen på sjukhusen. Däremot tycks inte samverkan mellan specialiserad vård, primärvård och kommuner ha påverkats än så länge.

Förbättrat samarbete inom sjukhusen, men inte med kommunerna

Vårdförloppen inom cancervården upplevs av personalen som att de bidragit till att formalisera samverkan och samarbete mellan klinik- och avdelningsgränser inom sjukhusen, vilket stärkt relationerna där (Melby m.fl. 2021). En utvärdering baserad på intervjuer med personal på Oslo universitetssjukhus finner att personalen uppfattar att vårdförloppen för cancer har lett till snabbare processer, synliggjort flaskhalsar och stärkt tvärprofessionellt samarbete (Avila m.fl. 2016). Däremot verkar det inte ha skett några förändringar av interaktionen mellan primärvården och den specialiserade vården. Kontaktytan mellan dem är huvudsakligen knuten till remitteringsprocessen där primärvården är startpunkten (Melby m.fl. 2021).

Inom vårdförloppen för psykisk ohälsa och missbruksvård finns ett starkare fokus på samverkan mellan specialiserad vård, primärvård och socialtjänst. Uppföljningen av vårdförloppen för psykisk ohälsa och missbruksvård visar dock att det har varit svårt att få genomslag i kommunerna och primärvården. Ofta har dessa väntat på att initiativ ska tas från specialistvården, vilket inte skett. Personalen bedömer att vårdförloppen inte har påverkat samverkansproblemen mellan specialistvården och kommunerna, där även primärvården ingår (Ådnanes m.fl. 2021). Trots att det ska finnas förloppscoordinatorer i båda sektorerna utnyttjas inte de för att koordinera och samverka om vården (Ådnanes m.fl. 2021).

Det är vanligare att personalen är negativa än positiva till vårdförloppen. De som är positiva menar att vårdförloppen har skapat förutsättningar för bättre rutiner och tydligare ansvarsfördelning (Ådnanes m.fl. 2021). Generellt håller personalen med om målen för vårdförloppen, men menar att de redan arbetade på det sättet, och att vårdförloppen enbart tillfört ökad administrativ börda till följd av mer registrering.

Svagt genomslag för patientmedverkan och samordning

Ur patienternas perspektiv har vårdförloppen bidragit till en förutsägbarhet och ökad trygghet genom att undvika att onödiga väntan (Melby m.fl. 2021 och Ådnanes m.fl. 2021). Samtidigt tycks vårdförloppen inte ha inneburit ökad patientmedverkan, trots att det är ett uttryckligt mål. Exempelvis tycks inte den brukarmedverkan, som enligt vårdförloppen för psykisk ohälsa och missbruksvård ska ske vid utarbetande av behandlingsplan och



uppföljningstillfällen, ha fungerat som den ska (Ådnanes m.fl. 2020). Inom cancervården är inte patientmedverkan lika formaliserad och tycks inte ha påverkats, vilket kan bero på att vårdförloppen är så välplanerade att det inte finns så mycket för patienterna att tillägga (Melby m.fl. 2021, Melby m.fl. 2021).

I vårdförloppen för både cancer och psykisk ohälsa och missbruksvård anges att det ska finnas en koordinator som ska ansvara för att samordna vården för patienterna. Rollen har dock inte kommit att utvecklas enligt intentionerna. I stället för att vara riktad till patienten har rollen i många fall snarare kommit att innebära administrativt arbete, bland annat registrering av koder, vilket samtidigt är uppskattat bland sjukhusanställda. Patienterna har även fortsättningsvis kontakt med många olika aktörer, men det kan ändå finnas en trygghet i att ha kontaktuppgifter till en viss person (Melby m.fl. 2021 och Ådnanes m.fl. 2021).

Svår avvägning mellan snabba processer och klinisk noggrannhet

De norska vårdförloppen har ett förhållandevis starkt fokus på ledtiderna. Det kan både ha fördelar och nackdelar, och erfarenheterna skiljer sig något mellan sjukdomsområdena. Inom cancervården uppskattar personalen att de riktar uppmärksamhet mot en snabb diagnostisk process. Samtidigt upplever de att det är svårt att följa tidsfristerna på grund av organisatoriska flaskhalsar, till exempel brist på personal och vissa materiella resurser som operationssalar. Vårdförloppen har inte heller medfört ökad finansiering till cancervården. För att kunna uppfylla tidsfristerna krävs därför effektiviseringar eller omprioriteringar. Detta har inte alltid skett i tillräckligt stor utsträckning eftersom det fortfarande tycks vara svårt att hålla tidsgränserna (Melby m.fl. 2021).

Samtidigt upplever personalen inom båda områdena att det finns en spänning mellan att hålla tidsgränserna och utföra en utredning av hög kvalitet (Melby m.fl. 2021 och Ådnanes m.fl. 2021). Andra aspekter som nämns är att också att tidspresen kan gå ut över relationen till patienten (Ådnanes m.fl. 2021), att det blir sämre kontinuitet när man inte hinner med att invänta samma läkare som tidigare (Melby m.fl. 2021). Tidsgränserna kan också få oönskade konsekvenser. Det kan handla om att onödiga åtgärder utförs, exempelvis att skicka patienter till undersökningar innan svaren på andra undersökningar kommit (Melby m.fl. 2021). Patienter inom vårdförloppen upplever att det kan uppstå en ökad stress att bli frisk snabbt, även om man också upplever att tidsgränserna säkerställer deras rättigheter (Ådnanes m.fl. 2021).

Melby och medförfattare (2021) finner att i valet mellan att hålla tidsgränser och hålla en hög kvalitet samt prioritera de svårast sjuka patienterna inom vårdförloppen, så går det senare före för läkarna som intervjuats. Undanträngningseffekter har inte studerats kvantitativt, men i intervjuer uppger personal att det förekommer att vårdförloppen används strategiskt för att komma först i kön till undersökningar där det är långa väntetider (Melby m.fl. 2021). Om det handlar om patienter med större eller mindre behov än cancerpatienterna framgår dock inte.

Kodning medför ökad administrativ börda

Med vårdförloppen medföljer åtgärds-koder som ska rapporteras in i vårdinformationssystemen. Kodningen i cancervården beskrivs överlag som besvärlig. Illa fungerande och ej enhetliga system har upplevts som hinder (Melby m.fl. 2021). Personal uppfattar också att resultatdata utifrån kodningen inte nödvändigtvis speglar hur väl olika verksamheter uppfyllt målen. Vissa menar att verksamheternas resultatdata snarare speglar skillnader i hur anvisningarna för kodning tolkas och i vilken utsträckning man hunnit med eller prioriterat kodningen (Håland och Melby 2021).

Uppföljningen av vårdförloppen för psykisk ohälsa och missbruksvård visar att två år efter införandet har systemet för administrativa rutiner, kodning och registrering börjat ”sätta sig”. Även om det finns en frustration kring dessa arbetsuppgifter har andelen av personalen som upplever frustration minskat över tid. Det beror delvis på att kodningen blivit en del av det dagliga arbetet, men också en tydligare rollfördelning där administrativ personal kommit att ta ett större ansvar för det administrativa (Ådhanes m.fl. 2021).

3.3 SKOTTLAND HAR VÅRDFÖRLOPP FÖR PSYKISK OHÄLSA

I Skottland finns sedan 2008 ”Integrated Care Pathways for Mental Health”, som är standardiserade vårdförlopp för fem stora sjukdomsgrupper inom psykisk ohälsa. Senare har även vårdförlopp för psykisk ohälsa bland barn och ungdomar införts efter samma modell. Det nationella arbetet med att utveckla vårdförlopp för psykisk ohälsa avslutades 2014 (Healthcare Improvement NHS Scotland, kommunikation 210622). Vårdförlopp förekommer även inom andra områden i Skottland, och de kan vara såväl lokala som regionala initiativ. Vi fokuserar här på vårdförloppen för psykisk ohälsa för vuxna, eftersom de var ett nationellt initiativ på samma sätt som de svenska vårdförloppen.



Vi utgår från nyckeldokument som beskriver de nationella ramarna för vårdförloppsinitiativet. Däremot har vi inte lyckats få information om hur de lokala processerna sett ut. Det tycks inte ha genomförts någon utvärdering av implementeringen eller effekterna av vårdförloppen (Healthcare Improvement NHS Scotland, kommunikation 210622).

Sjukvården i Skottland

Vården i Skottland styrs av den skotska regeringen, som fördelar resurser och beslutar om hur vården ska organiseras. Finansieringen kommer dock från Storbritannien, och vissa uppgifter ligger hos den brittiska regeringen, som att reglera vårddyren.

Skottland är indelat i 14 områden med egna sjukvårdsstyrelser, så kallade *NHS board areas*. Sjukvårdsstyrelserna (NHS boards) ansvarar för att planera och utföra primär- och sjukhusvård i sitt område. Medlemmarna i sjukvårdsstyrelserna utses på flera olika sätt. Vissa medlemmar är utsedda av den skotska regeringen efter en öppen ansökningsprocess eller som representanter för olika viktiga intressen. Andra är tjänstemän som inte är politiska tillsatta. Man har också börjat tillsätta medlemmar genom direkta val. Primärvården styrs av sjukvårdsstyrelserna i samarbete med 32 *local communities*, som ungefär motsvarar kommuner. Sjukvårdsstyrelserna samarbetar också ofta med den idéburna sektorn (Steel och Cylus 2012). Ideella aktörer utför till exempel ofta insatser inom psykisk ohälsa på uppdrag av det offentliga (Smith-Merry 2008).

3.3.1 Mål och bakgrund

Startskottet för de skotska vårdförloppen för psykisk ohälsa var en nationell översyn över schizofrenivården som fann brister inom bland annat samordning, evidensbaserad vård, dokumentation och behovsuppfyllelse. Vårdförloppen var en del av en större omorientering av den skotska vården för psykisk ohälsa som skett under 2000-talet, där en rad initiativ ingick. Förutom införandet av vårdförlopp var området psykisk hälsa även föremål för ökad uppmärksamhet, politisk mobilisering och ökade resurser (Hunter, McCulloch och Barry 2008).

Målen för vårdförloppen var framförallt förbättrad samordning och förbättrade kliniska utfall. Vårdförloppen beskrivs som ett verktyg för att koordinera vård (Healthcare Improvement Scotland utan datum). I ett nyckeldokument beskrivs även vårdförlopp som ett verktyg för kvalitetsförbättring och man lyfter fram dokumentation och analys av variation som den viktigaste aspekten av vårdförlopp. Man beskriver också vårdförloppen som en del i att föra in ett återhämtningsorienterat synsätt i vården av psykisk ohälsa (NHS Quality Improvement Scotland [NHS QIS] 2007).

3.3.2 Strategi för införande

De skotska vårdförloppen för psykisk ohälsa framstår som en kombination av top-down- och bottom-up-initiativ, där kliniskt innehåll och ramar för processen satts nationellt men beslut om hur vårdkedjor ska se ut konkret fattats lokalt.

Många av de framgångsfaktorer som lyftes fram i kapitel 2 tycks finnas även i de skotska vårdförloppen. I framtagningsprocessen fanns en bred inkludering av olika perspektiv. Det finns en tydlig koppling mellan vårdförloppen och nationella kliniska riktlinjer. Vårdförloppen inkluderar verktyg för personcentrering, inklusive vårdplan och krav på samråd med patient. Ramarna för processen styrde mot integrering av vårdförloppen i vårdens övriga processer. Det fanns en nationell struktur för stöd till det lokala arbetet. Uppföljningen av vårdförloppen ska rymma patientupplevelser och analys av variation, och vara en del i det kontinuerliga kvalitetsarbetet. Vi saknar dock information om hur införandet fungerat i praktiken.

En kombination av top-down och bottom-up

De skotska vårdförloppen för psykisk ohälsa kombinerar element av nationellt top down- och lokalt bottom up-införande. Vårdförloppen infördes i hela Skottland enligt ett nationellt initiativ och utifrån nationella standarder, men de konkreta vårdförloppen utvecklades lokalt. Nationella standarder för vårdförlopp togs fram under ledning av NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS) och de 14 sjukvårdsregionerna (NHS board areas) tog utifrån dessa standarder fram lokala vårdförlopp. De lokala vårdförloppen behövde sedan godkännas på nationell nivå av NHS QIS (NHS QIS 2007).

De nationella standarderna består av tre delar: processtandard (*process standards*) för hur de lokala vårdförloppen ska tas fram, vårdstandard (*care standards*) för det kliniska innehållet och servicestandard (*service standards*) för hur förbättringar ska påvisas (Scottish Executive 2006).

Processtandarderna ställer upp ramarna för de lokala framtagandeprocesserna. Vårdstandarderna består av en generisk standard som ska vara relevant för samtliga patienter inom psykiatri samt fem kompletterande diagnosspecifika standarder som specificerar det kliniska innehållet för varje diagnosgrupp. Dessa delar fungerar som ett slags kortfattad kravspecifikation på det kliniska innehållet utifrån kliniska riktlinjer. Däremot specificerar den nationella standarden inte exakt vad som ska göras, vem som ska göra det eller i vilken ordning, utan detta lämnas öppet för det lokala vårdförloppet. Slutligen anger servicestandarderna hur de lokala vårdförloppen ska följas upp och användas i förbättringsarbetet (NHS QIS 2007).



Framtagningsprocessen inkluderar många perspektiv

På nationell nivå togs standarder för vårdförlopp fram av arbetsgrupper som bestod av berörda aktörer, med utgångspunkt i kliniska riktlinjer, under övergripande ledning av en multidisciplinär styrgrupp.

Det tycks ha funnits en bred inkludering, både när det gäller discipliner, typer av verksamheter och nivåer samt regionala perspektiv och perspektiv från kliniker, beslutsfattare, patienter och anhöriga. Arbetsgrupperna bestod av personal från primär- och specialistvård (psykologer, allmänläkare, farmaceuter, läkare, sjuksköterskor) samt socialtjänsten. Även representanter för styrningsorganisationen, den skotska regeringen, informationsexperter samt representanter från lokal nivå liksom patienter och brukare, anhörigvårdare och frivilligorganisationer ingick (NHS QIS 2007).

De nationella standarderna innehåller en beskrivning av hur processen för framtagande av lokala vårdförlopp ska se ut. Det handlar bland annat om inkludering av intressenter, inklusive patienter, brukare och frivilligorganisationer. Standarden anger att den lokala arbetsgruppen ska börja med en kartläggning av existerande vårdprocesser ur olika aktörers perspektiv (NHS 2007).

Vårdförloppen baseras på kliniska riktlinjer och innehåller verktyg för personcentrering

Både de nationella standarderna och de lokala vårdförloppen ska utgå från existerande kunskapsstöd, främst kliniska riktlinjer från Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) och National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Kriterierna i de nationella standarderna utgår från existerande kunskapsstöd och hänvisar till dessa (NHS QIS 2007). Standarderna tydliggör också vad som ska dokumenteras, så att det framgår om man följt gällande kliniska riktlinjer (NHS QIS 2007).

Den nationella standarden för den lokala arbetsprocessen styr mot att vårdförloppen integreras i vårdens övriga processer. Bland annat anger standarden att man i den lokala framtagandeprocessen ska identifiera utbildningsbehov, koppla in det lokala politiska styret och knyta an till byggandet av informationssystem samt utveckla system för remittering till specialistvården och för att analysera variation (NHS QIS 2007).

I standarden för det generiska vårdförloppet, som ska omfatta alla patienter inom psykisk ohälsa, ingår verktyg för personcentrering. Standarden anger att det ska finnas en samlad vårdplan som innefattar samtliga utförare och som även ska tydliggöra vad patienten själv ska göra.

En koordinator ska ansvara för att varje år ta fram och se över planen. Det ska framgå av dokumentation att vården planerats i samråd med patienten (NHS QIS 2007).

Implementeringen fick nationellt stöd

Stödet för det lokala arbetet med vårdförlopp bestod förutom de nationella standarderna av ett nationellt team med koordinators, regionala vårdförloppskoordinatorer och kliniska ledare som skulle stödja den lokala processen (NHS QIS 2011).

Vi har inte funnit någon sammanställning av de lokala implementeringsstrategierna, men kan visa ett exempel på hur man i ett sjukvårdsområde beskrev sitt arbete. Av en rapport några år in i satsningen framgår att man i sjukvårdsområdet Lothian började med det generiska vårdförloppet för psykisk ohälsa och att man till att börja med fokuserade på att bygga upp ett elektroniskt system för rapportering samt formerna för uppföljning av vårdförloppen. Därefter gick man vidare med de diagnosspecifika vårdförloppen, med en ambition om att införandet av vårdförlopp skulle kopplas ihop med andra initiativ och processer och arbeta för en kultur där vårdförloppen blev en självklar utgångspunkt för arbetet (Irvine m.fl. 2011).

Uppföljningen bygger på nationella kriterier

Så kallade *Service improvement standards* i de nationella standarderna beskriver hur vårdförloppen ska användas i det lokala kvalitetsarbetet.

Standarden specificerar inte indikatorer, utan ställer upp kriterier för vilken typ av uppföljning som ska göras och hur den ska användas. Bland annat specificerar standarden att det ska finnas system för diagnosdata, att det ska genomföras årliga enkäter riktade till patienter och personal och att det ska finnas system för att dokumentera och analysera variation i vårdförloppen. (NHS QIS 2007). Det regionala sjukvårdsstyret, *NHS boards*, ska inkludera den datainsamling som sker genom vårdförloppen i sina planer för informationshantering och utveckling (NHS QIS 2007).





Införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Införandet av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen i Sverige befinner sig ännu i sitt inledningskede. I det här kapitlet beskriver vi införandeprocessen för de första sex vårdförloppen i ljuset av tidigare erfarenheter av införande av standardiserade vårdförlopp. Vi inleder kapitlet med en beskrivning av satsningen, inklusive regionernas kunskapsstyrningsorganisation som är ansvarig för framtagandet av vårdförloppen. Därefter redogör vi för vissa delar av införandeprocessen och hur den förhåller sig till de internationella erfarenheter vi beskrivit i de tidigare kapitlen.

4.1 ÖVERENSKOMMELSE MELLAN REGIONERNA OCH REGERINGEN

Arbetet med att införa personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för vissa sjukdomsområden inleddes 2019 sedan en överenskommelse träffats mellan regeringen och SKR. Överenskommelsen har sedan dess förnyats för 2020 och 2021. I den första överenskommelsen gick satsningen under namnet *standardiserade vårdförlopp*. I överenskommelserna som slöts för 2020 och 2021 benämns satsningen istället *personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp*.



4.1.1 Vårdförloppen utgår från standardiserade vårdförlopp i cancervården

De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen utgår från de standardiserade vårdförlopp som introducerades i cancervården 2015. För en beskrivning av dessa, se faktarutan nedan. Den nya satsningen ska vidga arbetssättet till ytterligare sjukdomsområden, till exempel kroniska sjukdomar och psykisk sjukdom. Jämfört med de nationella vårdförloppen i cancervården, som främst var inriktade på tiden fram till behandling, ska de nya personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen kunna omfatta hela vårdkedjan, inklusive uppföljning och rehabilitering (Socialdepartementet och SKL 2019). De kan starta var som helst i vårdkedjan där patienten befinner sig, bland annat i primärvården, och omfatta insatser från primärvård, specialistvård och vid behov även socialtjänst. Andra skillnader mellan vårdförloppen inom cancer och övriga sjukdomsområden är:

- De nya vårdförloppen har ett bredare fokus än vårdförloppen för cancer som hade särskilt fokus på väntetider.
- De nya vårdförloppen rymmer fler olika typer av vårdprocesser och olika moment än vårdförloppen för cancer, som enbart omfattar utredningstiden från misstanke om cancer till behandlingsstart.
- De nya vårdförloppen berör primärvården i högre grad. Inom vårdförloppen för cancer var primärvården främst ingång till vårdförloppet, medan de nya vårdförloppen kan omfatta behandlingar som ges i primärvården.
- De nya vårdförloppen kan inkludera även kommunal verksamhet.
- Mottagandestrukturen för de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen (regionernas kunskapsstyrningsorganisation) är under uppbyggnad, medan RCC-strukturen var etablerad innan vårdförloppen för cancer infördes. Strukturen med flera programområden är också mer komplex jämfört med RCC, som hanterade samtliga vårdförlopp för cancer.

De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen distribueras i PDF-form, och är alltså inte mjukvarubaserade (se ruta i kapitel 2).

Varje vårdförlopp omfattar 20-30 sidor och innehåller målsättningar, en beskrivning av vårdförloppets omfattning, kriterier för ingång och utgång, flödesschema, en lista över vårdens och patientens åtgärder, anvisningar kring patientdelaktighet, en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv, referenser till kompletterande kunskapsstöd samt information om hur

vårdförloppet ska följas upp. Det är inte bestämt hur många vårdförlopp som sammanlagt ska tas fram.

Standardiserade vårdförlopp i den svenska cancervården

Nationella vårdförlopp började införas inom svensk cancervård 2015. Idag finns totalt 31 vårdförlopp för olika cancerdiagnoser.

Ett av huvudsyftena med nationella vårdförlopp inom cancervården är att öka tillgängligheten genom att förkorta väntetiderna. Man vill också öka jämlikheten genom att minska skillnaderna i väntetid mellan regioner och olika cancerdiagnoser. Jämlikheten ska även öka genom att de vårdförlopp som möter patienten är desamma oavsett vem patienten är eller i vilken region hen söker vård. De kortare väntetiderna, men också bättre information och mer delaktighet, ska leda till nöjdare patienter (Socialdepartementet och SKL 2015).

De svenska standardiserade vårdförloppen för cancer gäller enbart den tidigare delen av vårdkedjan, från misstanke till behandlingsstart. Varje vårdförlopp listar kriterier för *välgrundad misstanke* om att patienten har denna typ av cancer. Vårdförloppet beskriver vilka utredningar och första behandlingar olika delar av sjukvården ska göra, och anger ledtider som beskriver optimala, medicinskt motiverade väntetider från välgrundad misstanke om cancer till olika åtgärder. I varje vårdförlopp listas också vilka indikatorer, förutom ledtiderna, som ska följas upp nationellt (Regionala cancercentrum i samverkan 2020, 2021).

Regionerna ansvarar för att anpassa förloppet till sina organisatoriska strukturer; en slags "lokal beskrivning" som de individuella vårdplanerna sedan skrivs utifrån. Varje region ansvarar också för att man har den organisation och de resurser som krävs för att kunna genomföra vårdförloppen (Regionala cancercentrum i samverkan 2020).

Socialstyrelsen har följt upp de nationella vårdförloppen inom cancervården och publicerade sin utvärdering 2019. Fokus ligger på väntetider, jämlikhet och patientnöjdhet, men man har också undersökt hur vårdförloppen har påverkat lärandet inom vården och risken för att patientgrupper trängs undan. Processen med att införa nationella vårdförlopp har också följts av flera forskare.

Väntetiderna har överlag blivit kortare under tiden efter att man införde nationella vårdförlopp, men det är inte klart om det även kan bero på andra faktorer än vårdförloppen. Man når dock inte idag upp till målet om att 80 procent av alla patienterna ska få vård inom tidsgränserna (Socialstyrelsen 2019a).

I framtagandet av nationella vårdförlopp för svensk cancervård har det funnits svårigheter med att inkludera primärvården, som har haft ett lågt deltagande i utvecklings- och informationsinsatser. Detta har särskilt varit en utmaning i regioner med hög andel stafettläkare i primärvården. Regionerna behövde därför utveckla särskilda strategier för att nå ut, till exempel uppsökande verksamhet (Socialstyrelsen 2016b, 2017). Den höga andelen samsjuklighet bland primärvårdens patienter visade sig vara en komplicerande faktor i utredningarna i primärvården. Primärvårdsläkarna var dock övervägande positiva till vårdförloppen. I en enkät framkom också att majoriteten ansåg att stödet och informationen under införandet varit tillräcklig. Bland dem som upplevde att stödet varit otillräckligt lyftes bland annat fram att de inte fått tillräcklig tid avsatt för att sätta sig in i den stora mängden information (Socialstyrelsen 2016b).



4.1.2 Målen för satsningen

Målen för satsningen är ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i vården. Namnet, personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, och innehållet i överenskommelserna lyfter också fram vikten av ett personcentrerat arbetssätt, ökad tillgänglighet och en vårdprocess som är samlad runt patienten. I överenskommelsen anges att ”Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling” (Socialdepartementet och SKR 2020a, 2020b).

Vårdförloppen ska utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och därmed baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling. Vidare ska arbetsgrupperna vara tvärprofessionellt sammansatta och inkludera patientrepresentanter (Socialdepartementet och SKR 2020a, 2020b).

Vårdförloppen är för det mesta kopplade till enskilda sjukdomstillstånd, och vi uppfattar det därmed som att det i första hand är kvaliteten på vården och omhändertagandet av de enskilda sjukdomstillstånden som målen avser, snarare än helhetsorienterad vård när det gäller exempelvis multisjuka patienter.

4.2 REGIONERNAS KUNSKAPSSTYRNINGSGRUPP TAR FRAM OCH FÖR UT VÅRDFÖRLOPPEN

Regionernas gemensamma kunskapsstyrningsorganisation, Nationellt system för kunskapsstyrning, har ansvaret att ta fram och följa upp de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. SKR tillhandahåller en stödfunktion i arbetet, som bidrar med att stötta och samordna arbetet och uppföljningen.

4.2.1 Kunskapsstyrningsorganisationen är regionernas gemensamma struktur för kunskapsstyrning

Nationellt system för kunskapsstyrning är regionernas gemensamma struktur för kunskapsstyrning. Huvudsyftet är att skapa förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet (SKR 2017).

Strukturen för regionernas system för kunskapsstyrning består på nationell nivå av nationella programområden (NPO), nationella samverkansgrupper (NSG) och nationella arbetsgrupper (NAG). Ett NPO består i regel av sjukdoms- och diagnosorienterade expertgrupper som leder och samordnar

kunskapsstyrningen inom ett visst område samt tar fram kunskapsstöd, bland annat vårdförlopp. Ett NSG består i stället av arbetsgrupper med tvärgående expertis inom fält som alla NPO behöver, till exempel nationella kvalitetsregister, patientsäkerhet, metoder för kunskapsstöd samt uppföljning och analys. En NAG driver speciella frågor som beslutats om i ett NPO/NSG och fungerar alltså som en slags undergrupp till dessa.

Som övergripande forum finns en nationell styrgrupp med ansvar för att på tjänstemannanivå vara ett stöd och en arena för dialog mellan huvudmännen och staten i kunskapsstyrningsfrågor, godkänna verksamhetsplaner, fördela gemensamma medel och arbeta med vissa prioriteringsfrågor (Sveriges regioner i samverkan 2021). Styrgruppens roll i vårdförloppen har varit att välja ut vilka områden som ska omfattas av reformen utifrån NPO:ernas nomineringar. De godkänner även vårdförloppen och utfärdar rekommendationer till regionerna om att besluta och påbörja införandet av vårdförloppen.

Kunskapsstyrningssystemet bemannas och finansieras i huvudsak av regionerna, som har förbundit sig att avsätta tid och resurser för experter att delta i programområdena och samverkansgrupper och genom att ta på sig värdskapet för programområden. Regionerna har även förbundit sig att samarbeta inom den gemensamma strukturen samt att anpassa och långsiktigt säkra sin regionala och lokala kunskapsstyrningsorganisation utifrån den nationella strukturen (SKR 2017).

På sjukvårdsregional och lokal nivå (det vill säga regionerna) finns regionala och lokala programområden (RPO respektive LPO) som ska återspegla de nationella programområdena, även om det finns vissa variationer framför allt i mindre regioner. Tanken med RPO är att skapa en länk mellan den lokala och den nationella nivån och underlätta överföringen av kunskapsstöd till den operativa verksamheten i regionerna (SOU 2020:36). Det kan handla om att bidra med regionala behovsinventeringar och omvärldsbevakning till det nationella programområdet eller att skapa och stödja regionala tillämpningar av nationella kunskapsunderlag och beslutsstöd.

4.2.2 Kunskapsstyrningssystemet och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Vårdförloppen utgör en förstärkning av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. Enligt överenskommelserna mellan SKR och regeringen ska satsningen på vårdförlopp ses som ett sätt att underbygga utvecklingsarbetet med kunskapsstyrning i regionerna. Det anges också



att satsningen ska införlivas inom ramen för arbetet med att bygga upp kunskapsstyrningssystemet (Socialdepartementet och SKR 2019, 2020a, 2020b).

Arbetet med att ta fram vårdförlopp leds av Nationellt system för kunskapsstyrning och dess styrgrupp (SKS). Det nationella programområdet (NPO) för respektive sjukdom är huvudansvarigt för arbetet och utser den nationella arbetsgrupp som tar fram respektive förlopp. I arbetsgrupperna ingår specialitläkare, patientrepresentanter, representanter för primärvården, personer med kompetens inom omvårdnad och rehabilitering, personer med kunskap om kvalitetsregistren och i vissa fall kommunrepresentanter.

Arbetsgrupperna är ansvariga för framtagningsprocessen, medan regionerna är ansvariga för implementeringen. Enligt våra intervjuer inkluderar ansvaret för implementeringen att ta emot vårdförloppet, göra gapanalyser och att hitta en strategi för att implementera vårdförloppet i verksamheterna inom regionen samt genomföra strategin. De lokala programområdena, LPO, medverkar i implementeringen exempelvis genom att ta fram gapanalyser.

Kunskapsstyrningsorganisationens sjukvårdsregionala nivå, RPO, medverkar inte aktivt i implementering utan de fungerar främst som en kanal mellan den nationella nivån och regionerna vid framtagandet av vårdförloppen.

Inom SKR finns ett nätverk för sjukvårdsregionala samordnare från RPO:erna. Inom nätverket diskuteras frågor som rör kunskapsstyrning. Det fungerar även som ett forum för att förmedla arbetet med bland annat vårdförlopp från nationell nivå och att föra vidare information om läget i regionerna till nationell nivå och till andra regioner. Till samordnarnas arbetsuppgifter hör att bistå med stöd för värdskapet för respektive NPO och att bemanna nationella arbetsgrupper. Det finns även ett forum för regionala kontaktpersoner som berör mer praktiska frågor kring vårdförloppen. I detta forum sker erfarenhetsutbyte och kunskapsdelning mellan regionerna när det gäller införandearbetet.

4.2.3 Samarbete mellan kunskapsstyrningsorganisationen och staten

Kunskapsstyrningsorganisationen ingår i det så kallade Partnerskap till stöd för kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvård. Partnerskapet består i övrigt av myndigheterna Socialstyrelsen, SBU, Läkemedelsverket, TLV, Folkhälsomyndigheten och E-hälsomyndigheten. Partnerskapet syftar

bland annat till ökad samverkan, dialog och samordning gällande kunskapsutveckling, stöd för implementering och kunskapsstöd (SOU 2020:36).

Urvalet och framtagandet av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen ska ske i samråd med myndigheter inom ramen för partnerskapet (Socialdepartementet och SKR 2020b). I de tidigare överenskommelserna fanns inte detta samråd angivet (Socialdepartementet och SKR 2019, 2020a).

I överenskommelsen för 2021 förtydligas också Socialstyrelsens roll. I överenskommelsen anges att nationella riktlinjer ska vara styrande om det finns sådana för det aktuella området och att det behövs samarbete mellan SKR och Socialstyrelsen för att säkerställa samstämmighet mellan vårdförloppen och nationella riktlinjer, men även gentemot andra kunskapsunderlag (Socialdepartementet och SKR 2020b). Inom Socialstyrelsen pågår arbete med att ta fram nationella riktlinjer på kortare tid. I det ingår bland annat att göra riktlinjer med färre rekommendationer som i huvudsak ger stöd till lednings- och styrningsfunktioner i beslut om prioriteringar på gruppnivå. Det arbetet förväntas innebära att det kliniska stödet blir mindre omfattande, där kunskapsstyrningsorganisationen istället kan förväntas ta ett större ansvar framöver. Ett arbete har också inletts för att tillsammans med regionernas nationella system för kunskapsstyrning identifiera hur nationella riktlinjer och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska förhålla sig till varandra och komplettera varandra. Syftet är att minska risken för dubbelarbete och tydliggöra rollerna för de båda aktörerna.

Överenskommelserna anger också att kunskapsstyrningsorganisationen och Socialstyrelsen ska samarbeta när det gäller att utveckla metoder för att på ett mer enhetligt sätt dokumentera det som sker i vården, för att på så förbättra förutsättningarna att samla in den information som behövs för uppföljning av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Detta arbete ska till exempel beakta Socialstyrelsens verktyg Nationellt fackspråk och Nationell informationsstruktur (Socialdepartementet och SKR 2020b).

4.3 BERÖRINGSPUNKTER MED ANDRA REFORMER OCH FÖRÄNDRINGAR

De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen riktar in sig på kända utmaningar i hälso- och sjukvården, till exempel behovet att stärka personcentrerade arbetssätt och öka tillgängligheten. Reformen kopplas i överenskommelserna även ihop med andra förändringar, framför allt



omställningen till en god och nära vård samt förbättringar av möjligheterna till uppföljning av hälso- och sjukvården generellt.

4.3.1 Vårdförloppen är ett verktyg för omställningen till god och nära vård

Bland målen för satsningen på vårdförlopp lyfts i överenskommelserna fram att den ska bidra till omställningen till god och nära vård. Omställningen till god och nära vård handlar om att ge patienten en personcentrerad, tillgänglig och samordnad vård som stärker hälsan, med primärvården som bas och nav. Beståndsdelar i reformen är bland annat att stärka och utveckla primärvården och ett ökat samarbete runt patienten mellan primärvård, specialiserad vård, kommunal vård och omsorg och andra intressenter (Socialdepartementet och SKR 2020b). Andra delar i omställningen handlar om att förstärka ambulanssjukvården och att utveckla och modernisera 1177 Vårdguiden (Socialdepartementet och SKR 2020b).

I våra intervjuer betraktas vårdförloppen ofta som ett verktyg för omställningen till en god och nära vård: ”Vårdförloppen är god och nära vård på riktigt” som en respondent uttrycker det. Vårdförloppen syftar bland annat till att tydliggöra och underlätta samarbetet mellan olika aktörer i vårdkedjan (Socialdepartementet och SKL 2019). Att vårdförloppen ska tas fram i samarbete mellan representanter för de aktörer som omställningsreformen tar sikte på när det gäller förbättrat samarbete kan bidra till att vårdförloppen utformas på ett sätt som underlättar samarbete mellan dessa aktörer. För vissa sjukdomsområden innebär vårdförloppen också att primärvårdens ansvar förtydligas. Vårdförloppet för höftledsartros lyfter exempelvis fram insatser som ska ske i primärvården före remittering till den specialiserade vården.

Patientkontrakt finns med i överenskommelsen om god och nära vård som ett verktyg för att främja arbetet med personcentrering, samordning och kontinuitet, som är mål för omställningen (Socialdepartementet och SKR 2021). Enligt överenskommelserna om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp bör även patientkontrakt ingå i vårdförloppen för att säkra ett personcentrerat arbetssätt (Socialdepartementet och SKR 2019, 2020a och 2020b).

Patientkontrakt

En central del i hur de nya personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen ska stärka personcentreringen i vården är patientkontraktet.

Ett patientkontrakt är inte ett kontrakt i juridisk mening utan består i att patienten och vårdgivaren kommer överens om mål och vårdplan, att man bokar tider i samråd med patienten och att patienten får en fast vårdkontakt som är ansvarig för samordning av vården. På sikt ska patienten kunna följa de olika delarna av patientkontraktet via sin vårdplan på 1177.se (SKR 2021a, Socialdepartementet och SKR 2020b). Patientkontraktet syftar till att uppnå delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan. Patientkontraktet ska öka patienters delaktighet genom att ge bättre överblick över vårdprocessen och föra in samråd mellan patient och personal i processen (Andersson m.fl. 2018).

Liknande överenskommelser mellan patient och vårdgivare, där man gemensamt sätter upp mål och kommer överens om åtgärder, har även använts internationellt för att stärka patienters ställning och aktiva deltagande (Zangari och Duffy 1980, Duiveman och Bonner 2012). Forskare har dock uttryckt farhågor om att kontraktformatet kan skapa misstro och ge intryck av att vården villkoras (Volk m.fl. 2012, Payne m.fl. 2010).

4.3.2 Förbättrad uppföljning är en del av satsningen

I överenskommelserna anges också att uppföljningen av vårdförloppen är en viktig del av satsningen. På kort sikt är uppföljningen tänkt att ske med stöd av vid tidpunkten för överenskommelsen tillgängliga data och de uppföljningsmått som kan baseras på dessa. Målet på längre sikt är att uppföljningen ska vara en naturlig del i den kontinuerliga dokumentationen (Socialdepartementet och SKR 2019, 2020a och 2020b). Det kräver dock flera förändringar i sättet som hälso- och sjukvården dokumenteras och följs upp i dagsläget.

Utmaningar för uppföljningen

Inom ramen för arbetet med respektive vårdförlopp ska arbetsgrupperna ge förslag på indikatorer som kan användas för uppföljning inom respektive sjukdomsområde. Det finns dock stor variation mellan vårdförloppen när det gäller förutsättningarna att samla in indikatordata.

För de vårdförlopp där förutsättningarna för indikatorer är svagare är det huvudsakliga problemet avsaknaden av ändamålsenliga variabler i de nationella hälsodataregistren eller låg täckning och bristande kvalitet i nationella kvalitetsregister.



Förbättrade vårdinformationssystem viktig förutsättning

En förhoppning som knyts till vårdförloppen är att de på sikt ska bidra till en mer enhetlig och strukturerad dokumentation i vårdinformationssystemen. I 2020 års överenskommelse anges att ett arbete att utveckla metoder och arbetsformer för detta ska påbörjas, med utgångspunkt i några av vårdförloppen. Det arbetet har bedrivits av kunskapsstyrningsorganisationens stödfunktion och vårdregionerna för sjukdomsområdena stroke, hjärtsvikt och schizofreni under namnet *informatikpiloter*.

Informatikpiloterna syftar till att skapa förutsättningar för en enhetlig dokumentation inom de utvalda diagnosområdena, samt utveckla en gemensam metod för hur man ska jobba med hälsoinformatik och samla erfarenheter som kan användas i det fortsatta arbetet med vårdförlopp (SKR 2020). Tanken är att arbetet ska leda till att det blir enklare att fånga information ur vårdinformationssystemen. Idag innehåller journalerna i huvudsak löptext och genom att övergå till mer strukturerad information underlättas insamlingen av data. Informationen ska användas för att följa patienten, för beslutsstöd och för automatisk överföring till register. Vårdokumentationen ska dock inte utformas efter vad man önskar följa upp på central nivå utan ska i första hand generera värde för verksamheterna i arbetet med patienter (möte med SKR och Kristin Schoug Bertilsson 201023).

Arbetet med informatikpiloterna bedrivs av arbetsgrupper tillsatta av olika sjukvårdsregioner, som alla använder olika vårdinformationssystem. I arbetet ska grupperna identifiera vilken information som behöver dokumenteras på ett enhetligt sätt för att det ska blir möjligt att följa upp vården och vårdförloppen. Det kan till exempel handla om basinformation om patienten, vitalparametrar, levnadsvanor och labbvärden. I arbetet ingår också att inom respektive sjukdomsområde ta fram enhetliga begrepp och koder för den informationen som behöver samlas in samt konfigurationsunderlag som gör det möjligt att identifiera begreppen i vårdinformationssystemen. Enligt överenskommelsen för 2020 (Socialdepartementet och SKR 2020a) ska arbetet ske i samverkan med Socialstyrelsen, som sedan tidigare arbetat med att ta fram ett nationellt fackspråk och en nationell informationsstruktur.

Arbetet med informatikpiloterna visade att det behövdes mer resurser för att få till ett tillräckligt brett arbete för att omfatta större delar av vårdförloppen. I dagsläget har inte kunskapsstyrningsorganisationen och regeringen avsatt medel för det (dialog med SKR 20210830).

4.4 STATUS FÖR INFÖRANDET

Man började ta fram de första 10 vårdförloppen under 2019 och av dessa blev 6 klara under 2020. Hittills under 2021 har 11 vårdförlopp blivit klara och 17 befinner sig i framtagandeprocessen. Utöver dessa pågår arbete med en fortsättning, del två, av några av de redan färdiga vårdförloppen (SKR 2021b).

Vid tidpunkten för våra intervjuer, hösten 2020, befann sig regionerna i början av införandefasen, vilket i huvudsak gick ut på att rigga strukturerna och ta fram gapanalyser utifrån vårdförloppen.

4.4.1 Implementeringsprocessen

Beslutsstrukturen för vårdförloppen ser olika ut i de undersökta regionerna och är i flera fall under uppbyggnad. I en av intervjustudiens regioner har man behövt bygga upp en kunskapsstyrningsstruktur från grunden, i andra har man behövt komplettera med en uppföljningsorganisation eller använda sig av de strukturer man redan har. Flera sjukvårdsregionala samordnare beskriver att strukturer funnits tidigare, men att vårdförloppen drivit på utvecklingen genom att kräva fördjupat samarbete eller genom att de regionala strukturerna i högre grad anknyter till de nationella.

Införandet föregås av analyser av förändringsbehoven

Efter att regionen tagit emot det färdiga vårdförloppet tas oftast ett tjänstemannabeslut, i vissa fall ett politiskt beslut, om att införa det. I något fall betraktas beslutet som redan fattat i och med att man deltar i kunskapsstyrningsorganisationen.

En viktig del i regionernas arbete är att identifiera vilka krav som vårdförloppen ställer på regionernas verksamheter. Det går ut på att genomlysna verksamheten utifrån vad som anges i vårdförloppet och identifiera vilka luckor som finns mellan vårdförloppet och nuvarande praxis. Detta arbete påbörjas ofta redan under remissförfarandet. De flesta regionerna i vår studie uppfattar att de första vårdförloppen inte kräver några stora förändringar eller gör anspråk på ökade resurser. Det skiljer sig dock mellan vårdförloppen och regionerna hur stora förändringarna blir och vilken typ av frågor som aktualiseras.

Med något undantag är beslutet om att införa ett vårdförlopp separerat från beslutet att tillföra de resurser som behövs för att sluta de gap som potentiellt identifieras under gapanalyserna. Enligt vissa intervjuade processledare var det vid tidpunkten för våra intervjuer ännu oklart i vilken mån man kommer att åtgärda de gap som identifieras och hur prioriteringsprocessen kommer



att se ut. I några regioner görs hälsoekonomiska bedömningar innan man beslutar om införande, i andra regioner hade frågan om hur prioriteringar ska göras ännu inte diskuterats. Sammantaget uppfattar vi det som osäkert om de förändringar som vårdförloppen innebär kommer att genomdrivas om de ställer krav på stora resurstillskott. Några intervjuer visade att de förändringsbehov som framkommit i gapanalyserna var kända sedan tidigare, men att de antingen inte varit en prioriterad fråga eller hade varit svåra att åtgärda på grund av till exempel kompetensbrist.

Det finns en farhåga bland flera processledare om att personalbrist kommer att förhindra införandet, men också att kommande vårdförlopp kommer att kräva utökade resurser som inte med säkerhet kommer att anslås. En processledare berättar att det är en utmaning att kommunicera till den politiska nivån att det på kort sikt är nödvändigt att öka kostnaderna för att kunna minska dem på längre sikt.

4.4.2 Tid och resurser i verksamheterna

När det gäller att förmedla och förankra vårdförloppen i verksamheterna, befann sig de regioner vi intervjuat överlag för tidigt i processen för att ha detaljerade planer för införande.

I forskningen betonas att förankring bland personalen är viktigt och att det kan vara en omständlig process. Vårt intryck är att regionerna huvudsakligen tänker sprida vårdförloppen till verksamheterna genom informations- och utbildningsinsatser samt genom dialog med verksamheterna.

Många av de intervjuade uppgav att det finns särskilda utmaningar med att implementera vårdförloppen i primärvården. En orsak är att man i vissa regioner har vårdval med en mängd olika aktörer, vilket gör det mer komplext att nå ut. En annan är att primärvården är tyngre belastad, vilket kan bli försvarande särskilt om många vårdförlopp ska föras ut på kort tid. Flera av de respondenter som är verksamma i primärvården har också varit tveksamma till vårdförloppen som arbetsmetod.

4.5 PRELIMINÄRA IAKTTAGELSER AV INFÖRANDEPROCESSEN

Under 2020 påbörjade vi en studie av vårdförloppsdokumenter och en intervjuundersökning som omfattade representanter för arbetsgrupperna, sjukvårdsregionala och regionala samordnare samt patient- och professionsorganisationer. I det här avsnittet redovisar vi resultaten från undersökningen. Fokus för analysen är införandeprocessen av de sex första

vårdförloppen, som beslutades under 2020. I analysen har vi undersökt i vilken utsträckning införandeprocessen riggats i enlighet med lärdomarna från tidigare erfarenheter och forskning, som vi beskrivit i kapitel 2.3.

4.5.1 Är framtagandeprocessen riggad på ett ändamålsenligt sätt?

Tidigare erfarenheter visar att det är viktigt att involvera berörda aktörer tidigt i framtagandeprocessen. Exempelvis bör de yrkesgrupper som berörs finnas representerade, liksom patientrepresentanter och aktörer som kan belysa olika regionala perspektiv. Vår analys visar att kunskapsstyrningsorganisationen styr mot en bred representation. Samtidigt finns det utrymme att förstärka patientperspektivet och förankringen i primärvården under framtagandeprocessen.

Bred representation

Representationen i arbetsgrupperna är bred. Bland annat ingår patientrepresentanter, primärvårdsföreträdare, personer med omvårdnads- och rehabiliteringskompetens respektive kompetens om kvalitetsregister. Det motsvarar i stort sett vad som anges i överenskommelserna mellan regeringen och regionerna.

Den generella bilden bland de medlemmar i NAG som intervjuats är att grupperna upplevts som öppna och välfungerande, och att de skillnader i åsikter som funnits har hanterats genom diskussion och kompromisser. De som medverkat i framtagningsprocessen har uppfattat bredden i arbetsgruppernas sammansättning som positiv och upplevt att deras synpunkter har tagits tillvara. Flera respondenter nämner att det har varit värdefullt att inkludera omvårdnadsperspektivet och rehabiliteringsområdet.

Samtidigt innebär tonvikten på specialister inom respektive sjukdomsområde att det perspektivet kan bli dominerande. Flera representanter för primärvård och patientorganisationer lyfter fram att varit svårt att föra fram sitt perspektiv eftersom dessa perspektiv representeras av en eller två personer i en grupp som annars främst består av specialistläkare. Att primärvårds- och patientrepresentanterna är så få kan också innebära att det blir svårt att representera bredden bland patienter och primärvård.

Patientperspektivet kan stärkas ytterligare

Samtliga patientrepresentanter i NAG som har intervjuats upplever sig ha blivit lyssnade på och uppfattar att det funnits en lyhörddhet och öppenhet för patientperspektiv i arbetsgruppen. Samtidigt påpekar också



flera patientrepresentanter att det kan vara svårt att ensam representera patientperspektivet. Dels kan man känna att man hamnar i ett underläge eftersom man som patientrepresentant inte har samma medicinska kunskap och inte talar samma språk som representanterna från hälso- och sjukvården. Dels kan det finnas en osäkerhet både hos patientrepresentanter och hos andra av arbetsgruppernas medlemmar kring i hur stor utsträckning en enskild patientrepresentant är representativ för hela patientgruppen. NAG-medlemmar beklagar också i vissa arbetsgrupper att personer som själva har erfarenhet av sjukdomen ibland inte funnits med eftersom arbetet i en NAG skulle vara för krävande för den som exempelvis är kognitivt påverkad.

Metoder för att bredda perspektivet utöver vad som ryms i arbetsgruppen har, enligt vår undersökning, varit till hjälp i några av arbetsgrupperna. Det har till exempel handlat om att patientrepresentanterna inhämtat synpunkter från en bredare grupp patienter eller att man kommunicerat med patientgruppen genom exempelvis sociala medier. Stödfunktionen på SKR har tagit lärdom av de tidiga vårdförloppen och gett anvisningar till arbetsgrupperna om att patientperspektivet ska breddas och få en mer central plats i framtagningsprocessen (dialog med SKR 201203).

Representation från primärvården

Starkare representation för primärvården i framtagningsprocessen efterfrågas av flera intervjuade. Att ha en eller två representanter uppfattas inte som tillräckligt, i synnerhet som vårdförloppen i hög grad berör primärvårdens verksamhet. Större bredd i arbetsgruppen efterfrågas utifrån att förutsättningarna och resurserna skiljer sig åt mellan olika verksamheter och olika delar av landet. Samtidigt har det varit svårt att rekrytera primärvårdsrepresentanter, vilket både har kopplats till praktiska svårigheter och till att vårdförloppen inte uppfattats som relevanta inom primärvården. Flera respondenter som representerar primärvården eller som är verksamma inom den uttrycker också skepsis till vårdförlopp som arbets sätt i allmänhet. Vår bild är att denna kritik bland annat anknyter till att vårdförloppen förväntas påverka arbetssätten i primärvården negativt, särskilt vad gäller personcentrerad vård för multisjuka. Det finns också en oro för att vårdförloppen kommer att innebära ökad arbetsbelastning utan att åtföljas av ökade resurser. Flera respondenter nämner också att vårdförloppen inte svarar mot de behov som finns inom primärvården. Man menar att primärvården snarare är i behov av mer resurser, förenklad administration och uppföljning samt förbättrad kompetensförsörjning än fler riktlinjer.

Förutom förbättrad representation lyfter vissa representanter att det finns ett behov av mer kunskap och förbättrad kommunikation kring vad vårdförloppen kan bidra med i primärvården. Eftersom effekterna av vårdförloppen i stor utsträckning är okända är ytterligare uppföljning och forskning kring hur vårdförlopp kan bidra till primärvården en viktig utveckling.

4.5.2 Innehållet i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen

Implementeringsforskningen har lyft fram flera faktorer som är avgörande för att kunskapsstyrning ska få genomslag. Kunskapsstöden bör till att börja med motsvara ett behov hos personalen och vara samstämmiga med övrig styrning. De bör även lämna utrymme för lokal anpassning och professionella bedömningar. Även användarvänlighet lyfts fram.

Det är ännu för tidigt att uttala sig om hur professionerna och regionerna upplever vårdförloppen utifrån att ha provat dem i verksamheten. I det här avsnittet redovisar vi några av de synpunkter som framkommit i våra intervjuer när det gäller om de motsvarar ett behov och hur samstämmiga de är med annan styrning.

Tanken är att öka kunskapsstyrningens genomslag

När det gäller hur vårdförloppen kan bidra till ökad följsamhet till kunskapsstöd, och därmed förbättringar i vårdens kvalitet, lyfter många inom arbetsgrupperna fram att eftersom vårdförloppen förmedlar kunskapen på ett enklare och tydligare sätt kan följsamheten till bästa kunskap förväntas öka, och vården därmed bli mer jämlik. Bland framförallt de regionala och sjukvårdsregionala processledarna uppfattas vårdförloppen också kunna underlätta förbättringsarbetet, främst genom att synliggöra skillnader och brister.

Andra intervjupersoner är mer tveksamma till vårdförloppens möjligheter att öka genomslaget för kunskapsstyrning. Vissa respondenter menar att det blir svårt att nå ut och förankra vårdförloppet i alla verksamheter. Andra menar att kunskapen om vad man bör göra redan finns men att prioriteringar under begränsade resurser hindrar, och att vårdförloppen därför inte kommer att innebära någon större förändring.

Flera intervjupersoner från primärvården nämner att vårdförloppen inte tillför något utöver befintliga kunskapsstöd, till exempel nationella vårdprogram, och att de inte svarar mot primärvårdens behov. Man menar



att vårdförloppen inte riktigt passar in i en verksamhet som utgår från ett helhetsperspektiv på patienten och att det blir svårt att förhålla sig till ett vårdförlopp för en specifik sjukdom när det gäller multisjuka patienter.

De övergripande målsättningarna för vårdförloppen är i linje med hälso- och sjukvårdslagen, men alla delmål avspeglar inte dessa

De övergripande målsättningarna för införandet av sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp är att förbättra vårdens kvalitet, öka jämlikheten, förbättra personcentrering och öka effektiviteten. Dessa mål överensstämmer generellt med hälso- och sjukvårdslagens mål för hälso- och sjukvården. I hälso- och sjukvårdslagen framhålls jämlikhet (vård på lika villkor och efter behov) (3:1 HSL) effektivitet (4:1 HSL), samt en vård av god kvalitet och god hygienisk standard, som tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, som bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet, som främjar goda kontakter och är lätt tillgänglig (5:1 HSL och 2 kap. 1 § patientlagen).

Samtidigt kan det innebära en balansgång att säkerställa samtliga mål. I Norge och Danmark har det uppstått spänningar mellan olika målsättningar i och med införandet av vårdförloppen, mellan till exempel diagnostisk noggrannhet och snabba processer. Det kan bero på att de mer konkreta delmålen såväl som uppföljningen har ett starkt fokus på ledtider. I de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen saknas i stor utsträckning konkreta målsättningar och indikatorer för andra dimensioner än medicinsk kvalitet (se även avsnitt 4.5.4), vilket kan medföra en risk för att andra mål hamnar i skymundan.

En särskild risk som flera respondenter lyfter fram är att vårdförloppen ska undergräva principen om vård efter behov. Tidigare studier av standardiserade vårdförlopp har visat på risker för undanträngning, det vill säga att vården för patienter som inte ingår i vårdförloppen påverkas negativt trots att de har lika stora eller större behov. Tidigare studier har funnit att vårdförlopp kan bidra till en förändrad resursfördelning till gagn för de sjukdomsområden som omfattas av vårdförlopp (Danmark), att vissa diagnostiska undersökningar inom ett vårdförlopp får något av ”gräddfil” (Norge) och överbehandling av patienter inom vårdförloppen (Norge och Danmark). Ofta är det svårt att veta om det rör sig om att prioritera upp patientgrupper som har större behov, eller om omprioriteringar sker trots att det inte är motiverat av behoven i sjukdomsgruppen som omfattas av vårdförlopp relativt andra sjukdomsgrupper.

Risken för undanträngning lyfts upp i våra intervjuer. Den oro för undanträngning som flera respondenter lyfter hänger samman med att man uppfattar att det inte finns tillräckligt mycket av övergripande vägledning kring prioriteringar i vårdförloppen, det vill säga att vårdförloppen saknar analyser av behoven i de olika sjukdomsgrupperna och i vilken utsträckning de bör prioriteras kostnadsmissigt sett. Från professionshåll har flera respondenter också pekat på risken för att de diagnosspecifika vårdförloppen förstärker ”stuprören” i vården och att patienter med samsjuklighet eller som inte passar in i ”mallen” missgynnas.

Förhållandet till nationella riktlinjer och vårdprogram

Vårdförloppen ska utgå från befintliga kunskapsstöd, till exempel Socialstyrelsens nationella riktlinjer, de Nationella vårdprogrammen och regionernas gemensamma Nationellt kliniskt kunskapsstöd (Socialdepartementet och SKR 2020a, Sveriges regioner i samverkan 2020a, 2020b, 2020c). Deltagarna i de nationella arbetsgrupperna anger också i våra intervjuer att man har utgått från nationella riktlinjer och vårdprogram då sådana finns, samt strävat efter att vårdförloppen ska ligga i linje med övriga kunskapsstöd.

Enligt flera intervjupersoner är vårdförloppen inriktade på att förmedla innehållet från de andra kunskapsstöden. Vad vårdförloppen framförallt bidrar med jämfört med övriga kunskapsstöd är enligt flera av intervjupersonerna större tydlighet. Vårdförloppen ska förmedla den kunskap som finns i befintliga kunskapsstöd på ett mer kortfattat och lättillgängligt sätt och många av våra respondenter uppfattar att de därmed kan öka genomslaget för kunskap. Det antas leda till att vården även blir mer jämlik genom att de regioner eller verksamheter som ”ligger efter” kommer ikapp övriga. Vissa menar också att vårdförloppen bidrar med en struktur för implementering och uppföljning av kunskapen som tidigare saknats och därför har större potential att få genomslag. En annan aspekt som vissa intervjuade lyfter fram är att vårdförloppen kan komplettera tidigare kunskapsstöd genom att bredda perspektivet och inkludera patienterfarenheter.

Socialstyrelsen, liksom vissa respondenter, uppfattar dock relationen mellan vårdförloppen och nationella riktlinjer som oklar. De menar att det är otydligt vilken styrsignal som är överordnad och vilken målgrupp de ska ha, vilket kan göra det svårt för personal och beslutsfattare inom vården att ta ställning till vilket kunskapsstöd som gäller, särskilt i de fall då nationella



riktlinjer står i strid med vårdförloppen. En annan risk, som bland annat påtalats av Socialstyrelsen, är att vårdförloppen ökar mängden styr signaler som vården behöver förhålla sig till samtidigt som det uppstår risk för dubbelarbete mellan olika producenter av kunskapsstöd.

4.5.3 Implementeringsprocessens utformning

Det är ännu för tidigt att avgöra hur väl implementeringen fungerar, men nedan ger vi några reflektioner kring hur de regioner som ingått i våra intervjuer upplevt det nationella stödet.

Regionerna uppfattar att nationella stödet hittills har fungerat bra, men samtidigt har pandemin inneburit särskilda utmaningar för regionerna och inneburit att man inte kommit så långt med arbetet med vårdförloppen som planerat. Några regioner efterlyser även mer utförliga hälsoekonomiska analyser och bättre förutsättningar för uppföljning.

Det nationella stödet fungerar bra men kan utvecklas

Det stöd från nationell nivå som nämns av intervjupersonerna utgörs av fora för erfarenhetsutbyte, ekonomiskt stöd och stödmaterial. Flera regionala processledare uppfattade vid tidpunkten för våra intervjuer stödet från nationell nivå som i stort sett tillräckligt.

De nationella träffarna för kontaktpersoner framhålls av flera intervjuade som värdefulla. En representant efterfrågar fler träffar medan andra betonar att det är viktigt att fokus ligger på att utbyta erfarenheter om utmaningar och hur man kan hantera dem.

När det gäller vad man önskat mer stöd kring nämns hälsoekonomisk analys av vårdförloppens rekommenderade insatser. Det skulle underlätta de horisontella prioriteringar som kan krävas för att kunna uppfylla de åtgärder som anges i vårdförloppen. Både i många regioner och hos den nationella stödfunktionen finns begränsad kapacitet för hälsoekonomisk analys. Samtidigt kan det finnas svårigheter att göra dessa analyser nationellt när förutsättningarna skiljer sig åt i landet (dialog med SKRs stödfunktion 201120).

Andra saker som efterfrågas är mer kommunikations- och stödmaterial, bland annat kortversioner av vårdförloppsdokument. Digitala stöd har lyfts som användbara och mer utveckling av nationellt gemensamma digitala stöd har föreslagits. Vissa respondenter uppger också att de hade önskat att uppföljningen var mer genomarbetad från nationell nivå innan vårdförloppen infördes.

4.5.4 Uppföljning

Forskningen tyder på att uppföljningen bör riggas så att den inkluderar utfallsmått som motsvarar de målsättningar som finns för vårdförloppen, men också hälso- och sjukvården i stort, samt att de inte medför ökad administration. I valet av uppföljningsvariabler tycks dessa aspekter ha beaktats i någon utsträckning – uppföljningen omfattar utfallsmått och variabler som de medicinska experterna i arbetsgrupperna uppfattar som relevanta. Samtidigt fångar inte uppföljningsvariablerna samtliga målsättningar. Det finns farhågor om en ökad administrativ börda, vilket på längre sikt förväntas hanteras genom ett sidoprojekt om strukturerad vårdinformation, som syftar till att skapa förutsättningar för automatiskt inhämtning av data.

Vårdförloppen aktualiserar många av de generella utmaningarna med uppföljning inom vården – framförallt bristen på automatisk upphämtning av data ur vårdinformationssystem och bristen på registerdata av god kvalitet som omfattar vårdens alla delar. Så länge dessa brister inte åtgärdas kommer uppföljningen i många fall inte kunna visa hur vården utvecklas för flera sjukdomsområden och den uppföljning som trots allt är möjlig riskerar att medföra ökad administrativ börda. Även om bristerna åtgärdas är den bristfälliga tillgången på data i reformens inledningsskede ett problem när det gäller att följa upp vilka effekter reformen får. Detta skulle vara angelägen information mot bakgrund av bristen på forskning kring effekterna av vårdförlopp, men även utifrån behovet av att följa upp reformens effektivitet.

Utfallsmått för hälsoutfall ingår i uppföljningen

Uppföljningen av vårdförloppen är avsedd att bidra till lärande om i vilken utsträckning önskade insatser tillämpas och önskade resultat nås. De patientrepresentanter och regionrepresentanter som tycker sig kunna uttala sig om urvalet indikatorer uppfattar dem överlag som relevanta och att processen med att ta fram dem fungerat bra. Professionsföreträdare är något mindre positiva. Bland annat har de efterfrågat mer patientrapporterade mått, uppföljning som även fångar utfall för patienter som inte ingår i vårdförloppen samt strukturmått som belyser förutsättningarna av att arbeta enligt vårdförlopp, till exempel tillgången till en viss personalgrupp. Dessutom efterfrågas möjlighet till automatisk upphämtning av data och återkoppling som gör det möjligt att använda uppföljningen i sitt eget kliniska arbete.

Den stora merparten av indikatorerna utgörs av processmått. De flesta av vårdförloppen som beslutades under 2020 innehåller också förslag på indikatorer som på något sätt mäter utfall (se figur 5). Undantaget är KOL. När det gäller sepsis saknas helt indikatorer eftersom diagnoskod saknas.



Figur 5. Utfallsmått i de första nio personcentrerade och sammanhållna vårdflöppen.

	Medicinska utfallsmått	Utfallsmått personcentrerad	Datakällor för utfallsmått
Höftledsartros	<ul style="list-style-type: none"> Andel patienter som efter genomgången grundbehandling når målet för smärtreduktion Andel patienter som når upp i tillräcklig fysisk aktivitet > 150 minuter/vecka, efter grundbehandling Andel patienter som når upp i tillräcklig fysisk aktivitet > 150 minuter/vecka, efter grundbehandling Andel patienter som upplever förbättrad hälsorelaterad livskvalitet 1 år efter behandling 	Andel patienter som är nöjda med den hjälp de har fått att hantera sin diagnos efter deltagande i grundbehandling	Kvalitetsregistret BOA: <ul style="list-style-type: none"> Ej representativt p.g.a. begränsad täckningsgrad
Sepsis	<ul style="list-style-type: none"> Andel patienter med allvarlig sepsis som lever 30 dagar respektive 90 dagar efter ankomst till sjukhus Antal dagar vid liv utanför sjukhus (rehab/geriatrik inräknat) från ankomst till dag 90 Hälsorelaterad livskvalitet (enligt EQ-5D) vid uppföljningen 2-6 veckor efter utskrivning 	Saknas	Indikatorer saknas p.g.a. brist på diagnoskod
KOL	Saknas, endast processmått	Saknas	
Reumatoid artrit	<ul style="list-style-type: none"> Sjukdomsaktivitet efter 12 mån Smärta efter 12 mån 	Saknas	Kvalitetsregistret SRQ: <ul style="list-style-type: none"> God täckningsgrad
Stroke och TIA	<ul style="list-style-type: none"> Död 3 månader efter stroke ADL-beroende 3 månader efter stroke 	Saknas	Kvalitetsregistret Riksstroke: <ul style="list-style-type: none"> God täckningsgrad

Figur 5. (Forts.)

Medicinska utfallsmått	Utfallsmått personcentrerad	Datakällor för utfallsmått
Hjärtsvikt <ul style="list-style-type: none"> Andel patienter som avlidit ett år efter hjärtsviktsdiagnos Oplanerad inläggning för hjärtsvikt inom ett år efter hjärtsviktsdiagnos 	Saknas	Regionernas vårdinformationssystem: <ul style="list-style-type: none"> Utvecklingsarbete krävs Kvalitetsregistret RiksSvikt: <ul style="list-style-type: none"> Otillräcklig täckningsgrad Låg användning i primärvården
Kognitiv svikt <p>Saknas, endast processmått</p>	Saknas	
Osteoporos <ul style="list-style-type: none"> Andel patienter som får ny fraktur inom tre år efter diagnos Förekomst av diagnos "osteoporosrelaterad fraktur" per 100 000 invånare 	Saknas, men planeras	Socialstyrelsens hälsodatarregister: <ul style="list-style-type: none"> Låg inrapportering av benskörhet och frakturrisik Rekvistionsläkemedel ingår ej
Schizofreni <ul style="list-style-type: none"> Andel individer som behandlas med antipsykotiska läkemedel som under tidsperioden har haft ingen eller lindrig läkemedelsbiverkning Andel patienter som har gjort ett suicidförsök alternativt fullbordat suicid under första året Andel patienter med psykosdiagnos som vårdats enligt LPT första året Andel individer som vid senaste mätillfället, under tidsperioden, har haft ett BMI under 30 Andel individer som under tidsperioden haft ett drogrelaterat riskbeteende Andel individer som vid senaste mätillfället är i remission 	Saknas	Socialstyrelsens hälsodatarregister Kvalitetsregistret PsykosR: <ul style="list-style-type: none"> Ej representativt p.g.a. begränsad täckningsgrad Väntetidsdatabasen kan ev. användas på sikt Nationell patientenkät kan ev. användas på sikt



I huvudsak består utfallsmåtten av medicinska utfall, exempelvis andelen patienter som avlidit. Inom vårdförloppet för höftledsartros finns en indikator som fångar personcentrerad – andelen patienter som är nöjda med den hjälp de har fått att hantera sin diagnos efter grundbehandling. I övrigt saknar vårdförloppen indikatorer över denna dimension. I några vårdförlopp anges dock att det kan bli aktuellt att använda Nationell patientenkät på längre sikt. I dagsläget är sådana undersökningar omöjliga eftersom sjukdomstillstånd saknas som variabel i Nationell patientenkät, men ett arbete med att införa det pågår inom SKR (möte med SKR 201126). För reformens övriga målsättningar - tillgänglighet, effektivitet och jämlikhet - är utbudet av utfallsmått mer begränsat. När det gäller effektivitet saknas utfallsmått i vårdförloppen. I dagsläget är det inte möjligt att följa upp väntetider per sjukdomsgrupp i väntetidsdatabasen, vilket innebär att det är svårt att följa upp den aspekten av tillgänglighet. När det gäller jämlikhet är det ofta möjligt att dela upp statistiken på olika demografiska grupper samt efter region, vilket gör det möjligt att följa upp variationen i utfall mellan dessa indelningar. Däremot saknas indikatorer på eventuell undanträngning av patientgrupper som inte omfattas av vårdförloppen.

Förbättrade möjligheter till uppföljning behövs

Enligt överenskommelserna kommer uppföljningen på kort sikt att i huvudsak utgå från existerande indikatorer. Arbetsgrupperna har huvudsakligen tagit fram indikatorer utifrån denna utgångspunkt, även om de i vissa fall även lämnat förslag på framtida indikatorer. På det sättet är uppföljningen riggad i enlighet med existerande uppföljning. I princip samtliga i vår intervjuundersökning framhåller dock att uppföljningen är otillräcklig inom flera områden.

Flera av våra intervjupersoner hoppas att införandet av vårdförloppen ska fungera som en katalysator för att förbättra uppföljningen generellt. De kritiska synpunkter som framförts handlar om att arbetet med att planera uppföljningen av vårdförloppen gått väl snabbt och att det hade kunnat vara mer genomtänkt och samordnat med Socialstyrelsens uppföljning av nationella riktlinjer. Vissa, särskilt regionala processledare, hade också önskat att frågorna kring uppföljningsbarheten varit lösta i högre grad innan man förde ut vårdförloppen.

Intervjupersoner ser positivt på det långsiktiga arbete som görs för att förbättra möjligheterna till uppföljning, men det finns också en stark frustration över att arbetet med automatisk dataöverföring från

journalssystemen går långsamt och att olika regioner och aktörer använder olika system.

Tanken är att vårdförloppen inte ska medföra ökad administrativ börda

Risken för att uppföljningen ska leda till ökad administrativ börda drivs inte av att antalet indikatorer i hälso- och sjukvården ökar, eftersom de flesta av indikatorerna som ingår i vårdförloppen redan existerar. Istället är det flera respondenter som befår att den administrativa bördan kommer att öka till följd av att det blir mer angeläget att följa upp vården som omfattas av vårdförloppen än tidigare. Särskilt inom regionerna är man orolig för att uppföljningen ska medföra ökad manuell registrering, vilket skulle öka den administrativa bördan.

De flesta indikatorerna samlas in via kvalitetsregister. Den administrativa bördan som förknippas med insamling av data till kvalitetsregister och hälsodataregister är ett sedan tidigare välkänt problem. Framförallt handlar det om att informationen behöver matas in manuellt vid sidan om vårdinformationssystemen.

Det som framförallt efterfrågas bland de intervjuade, i synnerhet professionsföreträdare, är automatisk överföring till register så att den manuella registreringen kan minska.





5

Viktiga aspekter i utvärderingen av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

I det här kapitlet redovisar vi frågeställningar som vi bedömer är relevanta för den fortsatta uppföljningen av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Utgångspunkten för kapitlet är den genomgång av tidigare erfarenheter av standardiserade vårdförlopp som har presenterats i kapitel 2, samt den dokument- och intervjustudie som vi genomfört inom ramen för projektet.

5.1 FRÅGESTÄLLNINGAR FÖR UPPFÖLJNING

De områden som vi ser är mest angelägna att följa upp framöver är dels hur införandeprocessen är riggad, dels vårdförloppens effekter på kvalitet, jämlikhet och effektivitet.

När det gäller införandet vill vi belysa i vilken utsträckning införandeprocessen är i linje med de faktorer som tidigare forskning och erfarenheter visat är viktiga för ett effektivt införande av standardiserade vårdförlopp. Utöver vårdförloppen ser vi också ett behov av att följa upp den organisation för kunskapsstyrning som vårdförloppen tas fram och införs genom.

När det gäller uppföljning av reformens effekter ser vi behov av uppföljning av utfalls- och processmått för framför allt personcentrering, medicinsk



kvalitet och jämlikhet. Vi diskuterar också viktiga förutsättningar som bör vara på plats för att det ska vara möjligt att följa upp reformens effekter och konstaterar att det i dagsläget finns utmaningar i detta.

5.1.1 Uppföljning av införandeprocessen

I det här avsnittet presenterar vi de aspekter av införandeprocessen som vi menar är viktiga att följa upp. Aspekterna är vårdförloppens framtagande, innehåll, implementeringsprocess och den uppföljning som är kopplad till reformen.

Framtagandet av vårdförloppen

Som vi har beskrivit i kapitel 2 visar tidigare erfarenheter att framtagandeprocessen bör karakteriseras av en bredd i perspektiv där både patienter och representanter för olika professioner och verksamheter ingår och kan komma till tals. Förankring inom hälso- och sjukvården redan under framtagningsprocessen har också särskilt lyfts fram som en framgångsfaktor vid införandet i Danmark.

Mot bakgrund av tidigare erfarenheter av svårigheter att implementera vårdförlopp i primärvården är det särskilt viktigt att följa upp hur förankringen i primärvården fungerar. I vår dokument- och intervjuundersökning framkommer att arbetsgrupperna har en bred sammansättning men att det finns en skepsis mot vårdförlopp inom primärvården och att mer representation från primärvården efterfrågas. Eftersom vårdförloppen ska bidra till övergången till en god och nära vård, är det också ur detta perspektiv särskilt viktigt hur primärvårdsperspektivet inkluderas.

Såväl patientrepresentanter som andra medlemmar i arbetsgrupperna upplever att patientperspektivet tagits tillvara i arbetet med de första vårdförloppen, men flera efterfrågar också ett breddat patientperspektiv. Metoder för att hämta in erfarenheter från patienter utöver arbetsgruppernas patientrepresentant beskrivs här som värdefulla. Vi uppfattar det därför som särskilt viktigt att följa det pågående arbetet med att göra patientperspektivet mer centralt i processen och använda metoder för att bredda patientperspektivet.

Utifrån detta föreslår vi följande frågeställningar för fortsatt uppföljning:

- Har alla relevanta perspektiv tagits till vara på ett bra sätt under framtagandeprocessen?
 - Patientmedverkan
 - Professionsmedverkan från olika discipliner och nivåer

Vårdförloppens innehåll

Som vi lyft fram i kapitel 2 är det viktigt att vårdförloppen är samstämmiga med annan styrning av hälso- och sjukvården, till exempel annan kunskapsstyrning. Dessutom är det av vikt att de motsvarar professionernas behov och att det finns utrymme för lokala anpassningar. Detta dels för att vårdförloppen överhuvudtaget ska få genomslag, dels för att vårdförloppen ska ge personalen bättre förutsättningar att göra ett gott arbete.

I forskningen betonas vikten av att vårdförloppen förmedlar kunskap som är relevant för målgrupperna. Vid fortsatt uppföljning av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ser vi därför att det är viktigt att följa upp i vilken utsträckning professioner och regioner upplever att vårdförloppen är till nytta i deras arbete och vilka eventuella hinder de medför. En del i detta är att belysa vårdförloppens användarvänlighet ur professionernas perspektiv och hur vårdförloppen kan anpassas efter lokala förutsättningar. Bland annat har utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (SOU 2017:48) och Riksrevisionen (2017) påtalat att genomslaget för kunskapsstöd i Sverige ofta är bristfälligt. En viktig förklaring är att även om kunskapsstöden är omfattande, så är de ofta inte utformade på ett särskilt användarvänligt sätt. De utgår inte heller i tillräckligt stor utsträckning från forskningsresultat om hur kunskapsstyrning får genomslag (se kapitel 2).

Även om det inte är en aspekt som lyfts fram i den internationella forskningen anser vi också att det är viktigt att vårdförloppen riktar sig till områden där det finns ett behov av kunskapsstöd. Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (SOU 2017:48) påtalar att det saknas kunskapsstöd för vissa områden. Utredningen menar att det finns en tendens att myndigheterna oftare uttalar sig i frågor där evidensen är relativt god och lämnar områden som är mindre beforskade utan kunskapsstöd. Detta trots att det är på dessa områden som kunskapsstöd skulle kunna göra störst nytta (SOU 2017:48).

En annan utmaning enligt utredningen är att det finns ett stort antal aktörer som producerar kunskapsstöd. Det saknas tydlighet om när olika kunskapsstöd ska användas och samordningen mellan kunskapsstöden är otillräcklig (SOU 2017:48). Både från Danmark och från Norge beskrivs hur innehållet i vårdförloppen i cancervården delvis krockar med andra kunskapsstöd som ur medicinsk synpunkt uppfattas som mer legitima, vilket kan skapa frustration bland vårdpersonalen. Den typen av problematik behöver förebyggas, till exempel genom att det tydliggörs vilket kunskapsstöd som väger tyngst.

I vår intervjuundersökning framkommer att många uppfattar att vårdförloppen har potential att förmedla kunskap med större tydlighet än



andra kunskapsstöd och därmed öka genomslaget. Samtidigt ifrågasätter vissa vårdförloppens relevans för primärvården och relationen till andra kunskapsstöd uppfattas delvis som oklar.

Vi ser därför att det är viktigt att undersöka hur professioner och regioner uppfattar vårdförloppen i relation till annan styrning. Kopplat till detta vill vi belysa hur väl vårdförloppen svarar mot de utmaningar som finns inom kunskapsstyrningen av svensk hälso- och sjukvård.

Utifrån ovanstående föreslår vi följande frågeställningar för fortsatt uppföljning:

- Uppfattas vårdförloppen motsvara ett behov i verksamheterna?
- Upplever professionerna att vårdförloppen är ett stöd i deras arbete?
- Lämnar vårdförloppen utrymme för lokal anpassning?
- Upplever regioner och professioner att vårdförloppen står i samklang med annan styrning?
- Är det tydligt för regioner och professioner vilken roll vårdförloppen har i förhållande till annan styrning?
- Omfattar urvalet sjukdomsområden där det finns behov av stöd?

Processen för implementering

Som vi beskriver i vår genomgång av forskningen om vårdförlopp, så kräver ett framgångsrikt införande en genomtänkt implementeringsprocess. För att vårdförloppen ska få önskat genomslag krävs ett omfattande informations- och förankringsarbete. I synnerhet visar erfarenheterna från implementeringen inom dansk cancervård på betydelsen av mobilisering och aktivt ledarskap på alla nivåer för genomslaget för vårdförlopp.

Det är också väsentligt att vårdförloppen integreras med vårdens övriga processer. Det kan exempelvis handla om att koppla vårdförloppen till resursfördelningsprocessen och kompetensförsörjningsarbetet. I tidigare studier har det framkommit att vårdförloppen kan upplevas som verktyg för att säkerställa nödvändiga resurser till vården. Om så är fallet, är det också viktigt att analysera om detta är den bästa användningen av resurserna. Därför ser vi att det är viktigt att både följa upp det pågående arbetet med att koppla in hälsoekonomisk analys i processen och undersöka hur vårdförloppen integreras i lokala processer.

Ytterligare en faktor som framkommit i forskningen och i erfarenheter från Danmark, Norge och cancervården är förutsättningar på strukturnivå (Winblad och Andersson 2010, Francke m.fl. 2008, Cabana m.fl. 1999,

Delilovic m.fl. 2019, Avila m.fl. 2016, Socialstyrelsen 2019a, Vinge och Lærke Witzke 2012, Melby m.fl. 2021). De resursmässiga förutsättningarna har också lyfts i våra intervjuer med regionala samordnare. Därför är det angeläget att undersöka om de resursmässiga och organisatoriska förutsättningarna för att kunna arbeta enligt de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen finns på plats.

Frageställningar för uppföljning av implementeringsprocessen:

- Har alla relevanta aktörer nåtts av information om vårdförloppen?
- Hur har vårdförloppen förankrats i verksamheterna och anpassats utifrån deras förutsättningar?
- Vilka förändringar har vårdförloppen inneburit för regionernas styrning och det kliniska arbetet i verksamheterna (t.ex. strukturer för samverkan och personcentrerat arbetssätt, fokus på kortare väntetider)?
- Finns det skillnader i regionernas implementering av vårdförloppen, och vad kan de skillnaderna bero på?
- Har vårdförloppen integrerats med andra lokala processer som kompetensförsörjningsarbete och resursfördelning?
- Finns de resurser (till exempel kompetenstillgång) och de organisatoriska förutsättningar (till exempel samarbetsformer mellan verksamheter och huvudmän) som krävs för att kunna genomföra vårdförloppen?

Uppföljningen av vårdförloppen i sig

Här presenterar vi hur den löpande uppföljning som ingår i de enskilda vårdförloppen kan analyseras. Forskningen har lyft fram att om uppföljningen inom vårdförlopp ska bidra till kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården, bör den vara relevant för professionerna och bidra till lärande. Uppföljningen bör inte heller öka på den administrativa bördan eftersom den då i stället kan påverka kvaliteten och effektiviteten negativt. Vi har i vår dokument- och intervjuundersökning sett att det finns en uttalad ambition om att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inte ska leda till ökad administration. Samtidigt visar erfarenheter från svensk cancervård och våra nordiska grannländer att det finns risk för att dokumentationen kring vårdförloppen ökar administrationen. Därför är det viktigt att undersöka hur de nya vårdförloppen påverkar vårdpersonalens administrativa börda.

För att kunna följa effekterna av vårdförlopp är det viktigt att individuella utfallsmått, och inte enbart processmått, ingår i uppföljningen. Detta



för att det ska bli möjligt att följa upp utfallet för patienterna, och för att kunna följa hur vårdförloppen påverkar målen för satsningen i sig samt för hälso- och sjukvården i stort. I de första vårdförloppen finns en hög andel processmått bland indikatorerna. Indikatorerna är framförallt inriktade på medicinsk kvalitet, medan det överlag saknas utfallsmått för till exempel personcentrerad vård. Därför ser vi ett behov av att följa hur urvalet av indikatorer ser ut i kommande vårdförlopp och hur uppföljningen av vårdförloppen används i kvalitetsarbetet.

Utifrån detta föreslår vi följande frågeställningar gällande uppföljningen av vårdförloppen:

- Ingår individbaserade utfallsmått bland indikatorerna?
- Ingår utfallsmått för samtliga mål, särskilt för patientrapporterade erfarenhetsmått (PREMs)?
- Vad innebär uppföljningen för arbetsbördan?
- Möjliggör uppföljningen lärande för personal, regioner och nationella aktörer?

5.1.2 Uppföljning av reformen i sin helhet

Här presenterar vi hur vi bedömer att effekterna av reformen i sin helhet bör följas upp, till skillnad från den kontinuerliga uppföljning som ingår i de enskilda vårdförloppen. Till att börja med presenteras förslaget på utfallsmått. Därefter presenterar vi processmått som kan förväntas vara korrelerade med utfallsmåtten. Slutligen redogör vi för vilka förutsättningar som i dagsläget finns att följa upp reformens samlade effekter.

Införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska bidra till att stärka hälso- och sjukvårdens kvalitet, jämlikhet och effektivitet (Socialdepartementet och SKR 2019, 2020a och 2020b). Målen fokuserar särskilt på en sammanhållen och personcentrerad vård av god medicinsk kvalitet och regional jämlikhet, och därför är de dimensionerna särskilt viktiga att följa upp. Eftersom standardiserade vårdförlopp har visat sig kunna medföra risker för undanträngning, är det också viktigt att följa upp jämlikheten, både mellan befolkningsgrupper och mellan olika sjukdomsgrupper. Eftersom en ökad effektivitet i hälso- och sjukvården är en angelägen fråga mot bakgrund av framtidens finansieringsutmaningar (Vård- och omsorgsanalys 2021), är även det en viktig uppföljningsdimension.

När det gäller förutsättningarna att följa upp reformens effekter vill vi särskilt lyfta fram tillgången på relevant data av god kvalitet, samt möjligheten att följa utvecklingen över tid för patienter som omfattas av vårdförlopp jämfört med en kontrollgrupp. På båda dessa punkter finns i dagsläget utmaningar.

Uppföljning av utfallsmått

Uppföljningen bör fokusera på kvalitetsområden som är viktiga ur patienters och befolkningens perspektiv. Vård- och omsorgsanalys har tidigare föreslagit att centrala dimensioner för uppföljning av kvalitet är vårdens hälsoutfall, personcentrering och tillgänglighet (Vård- och omsorgsanalys 2019). Dessa kvalitetsområden är samtidigt viktiga mål i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821).

Även jämlikhet och effektivitet är centrala mål i hälso- och sjukvårdslagstiftningen, och de är dessutom uttryckliga mål för reformen. Jämlikhet innebär att det inte ska finnas omotiverade skillnader mellan sjukdoms- och befolkningsgrupper eller mellan regioner. Alla individer med lika sjukvårdsbehov, oavsett individuella bakgrundsfaktorer och bostadsort, ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård. Vården ska också ges efter behov, där personer med större behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras framför andra (3 kap. 1 § HSL). Samtidigt visar tidigare erfarenheter att vårdförlopp kan medföra en risk för undanträngning. Undanträngning, både av patienter med sjukdomar som inte omfattas av vårdförlopp och av olika grupper av patienter inom sjukdomsområdet, är därför en viktig dimension att följa upp. De dimensioner som vi menar är mest angelägna att följa upp redovisas i figur 6, tillsammans med exempel på variabler och tillhörande datakällor. För vissa variabler anges Nationell patientenkät och Väntetidsdatabasen som källa. Dessa datakällor omfattar i dagsläget inte huvuddiagnos, men ett arbete med att inkludera den informationen pågår. Det är dock inte fastställt när detta arbete kommer att vara slutfört. Utöver redan existerande datakällor har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys inkluderat frågor om diagnos i två enkätundersökningar om personcentrering i hälso- och sjukvården för att få en bild av utgångsläget för de sjukdomsgrupper som omfattas av vårdförloppen.



Figur 6. Uppföljningsvariabler.

Uppföljningsområde		Variabel	Källor
Kvalitet	Hälsoutfall av vården	Överlevnad Livskvalitet	Patientregistret Dödsorsaksregistret Kvalitetsregister
	Personcentrering	Delaktighet Information Samordning	Nationell patientenkät Egen enkät
	Tillgänglighet	Väntetid till behandling Väntetid för uppföljningsbesök	Väntetidsdatabasen Regional statistik
Jämlikhet	Regional	Regional variation i kvalitet	Samma datakällor som för kvalitet
	Patientgrupper	Variation i kvalitet mellan mer och mindre komplexa fall Kvalitet inom närliggande sjukdomsgrupper	Samma datakällor som för kvalitet
Effektivitet	Kostnader		KPP

Uppföljning av processmått

Utöver uppföljning med hjälp av utfallsmått kan det vara relevant med uppföljning av processmått, det vill säga mått som inte nödvändigtvis speglar utfallen direkt men som kan förväntas vara korrelerade med dem. Uppföljning av sådana variabler kan vara värdefull för att kunna förstå de bakomliggande mekanismerna, och för att fånga aspekter som är svåra att mäta via utfallsmått. Att få fördjupad kunskap om hur vårdförloppen leder till ett visst utfall är särskilt angeläget eftersom kunskapen om resultaten av standardiserade vårdförlopp är så begränsad. Om till exempel de medicinska utfallen förbättrats är det intressant att ta reda på om det samtidigt skett exempelvis en förbättring av följsamhet till kunskapsstöd eller om samverkan förbättrats. Det är också viktigt att undersöka om eventuella förbättringar i utfall beror på omprioriteringar och om de i så fall är motiverade utifrån behov.

Några av de processmått som tidigare följts upp i litteraturen om standardiserade vårdförlopp och som vi ser det som viktiga att följa upp framöver är:

- Följsamhet mot kunskapsstöd – det vill säga om de rekommenderade åtgärderna utförs.
- Samverkan inom och mellan verksamheter.
- Administrativ börda.
- Kunskap om personcentrering bland personalen.
- Kunskap om vårdprocessen bland patienterna.
- Patienterna hanteras på rätt nivå och inom rätt verksamhet.
- Förändrad resursfördelning.

Förutsättningar för utvärdering av vårdförloppens effekter

För att följa upp de kausala effekterna av vårdförlopp krävs i huvudsak att två förutsättningar är uppfyllda. För det första behövs datakällor av god kvalitet som gör det möjligt att identifiera de patienter som omfattas av vårdförloppen och som innehåller relevanta uppföljningsvariabler. För det andra krävs att det finns möjlighet att jämföra utfallet över tid för dem som omfattas av vårdförloppen med motsvarande utfall för någon typ av kontrollgrupp. Vi bedömer att det finns utmaningar när det gäller båda dessa förutsättningar.

De datakällor som vi bedömer har bäst kvalitet är patient- och dödsorsaksregistren hos Socialstyrelsen. De kan användas för vissa uppföljningsvariabler, t.ex. överlevnad för de sjukdomsområden där det är relevant och även för vissa processmått av medicinsk karaktär. En fördel är här att huvud- och bidiagnoser registreras tillsammans med åtgärder, kontakter och besök, samt att den informationen går att koppla till bland annat förskrivnen läkemedelskonsumtion och mortalitet. En nackdel är dock att insatser i primärvården inte ingår i patientregistret, vilket innebär att det inte går att följa utvecklingen av åtgärder som kan ske i såväl primärvård som specialiserad vård.

I kvalitetsregistren finns en rad medicinska utfallsmått och processmått för utförda åtgärder. I vissa kvalitetsregister finns även PROM-mått som skulle kunna användas för att mäta livskvalitet och hälsoutfall. Det förekommer även olika typer av PREM-mått. En utmaning är att det ofta finns kvalitetsbrister i datan. De kvalitetsbrister som finns är bristande representativitet på grund



av låg täckningsgrad, att data i kvalitetsregistren inte är kvalitetssäkrade och att det även här ofta saknas information från primärvården. Även om ett utvecklingsarbete sker när det gäller att förbättra datakällorna kommer det sannolikt inte gå att återskapa ett utgångsvärde, från tiden innan vårdförloppen, för respektive variabel. Därmed kommer det ofta inte vara möjligt att följa utfallet över tid, särskilt utfall före och efter reformen.

PROMs

PROMs (Patientreported outcome measures) är uppgifter om patienters hälsa som patienterna själva har rapporterat utan tolkning från medicinsk eller annan personal (KCE 2018). Syftet med PROMs är att komplettera medicinska resultatmätt med patientupplevda mått, och därigenom fånga aspekter av livskvalitet som inte fångas av de medicinska måtten fullt ut.

Att mäta och samla in PROMs har blivit allt vanligare och PROMs finns numera i många kvalitetsregister (Nilsson 2014). Det vanligaste PROM-måttet i kvalitetsregistren är EQ-5D som används av omkring 40 procent av registren. EQ-5D är ett standardiserat instrument för att mäta och beskriva patientens livskvalitet i fem dimensioner: rörlighet, hygien, vardagliga aktiviteter, smärtor/besvär samt oro/nedstämdhet (Brooks 2015).

PREMs

PREMs (Patientreported experience measures) är mått på patienternas upplevelser, eller erfarenheter av vårdprocessen. Det kan till exempel handla om patientens upplevelse av bemötande, information och tillgänglighet (KCE 2018). Ett viktigt användningsområde för PREMs är att följa upp i vilken utsträckning hälso- och sjukvården är personcentrerad.

Många av de nationella kvalitetsregistren samlar in information om patienternas erfarenheter. Ungefär hälften av registren använder någon typ av PREM, och ungefär hälften av de övriga planerar eller diskuterar att införa det (PROM-nätverket 2017). En annan källa till PREMs i den svenska hälso- och sjukvården är Nationell patientenkät, som är återkommande nationella undersökningar av hur patienterna upplever hälso- och sjukvården.

I syfte att följa hur personcentrering inom vården utvecklas finns Nationell patientenkät. I Nationell patientenkät saknas dock uppgifter om patienternas huvuddiagnos vid olika vårdkontakter, vilket gör det svårt att följa utvecklingen för de grupper som omfattas av vårdförlopp. Här pågår dock ett utvecklingsarbete med att införa huvuddiagnos. Även i väntetidsdatabasen saknas information om patienternas diagnoser, men ett arbete med att införa variabeln pågår.

I takt med att förändringar i Nationell patientenkät och väntetidsdatabasen genomförs blir det exempelvis möjligt att avgöra hur olika mått på personcentrering och väntetider utvecklas. Men eftersom förändringarna i statistiken i många fall sker *efter* införandet så blir det svårt att avgöra om

några förändringar skett på grund av vårdförloppen. Detta känns igen från de standardiserade vårdförloppen i cancervården, där vi inte kan avgöra om patienters upplevelser påverkats av vårdförloppen eftersom det saknas jämförelsepunkter före införandet av vårdförloppen.

Ett annat problem är att reformen införs på ett sådant sätt att det blir svårt att göra kausala effektutvärderingar. För att kunna göra den typen av effektutvärderingar, behöver det finnas möjlighet att jämföra utfallet för dem som omfattats av insatsen med en grupp patienter som inte omfattats av insatsen, en så kallad jämförelse- eller kontrollgrupp. Inom klinisk forskning är det vanligt att individer slumpmässigt väljs ut till att få en viss insats eller behandling. Det förekommer även inom samhällsvetenskap, till exempel när deltagare i ett arbetsmarknadspolitiskt program slumpas till en viss insats. Ett annat sätt är att införa någon form av beslutsregel som avgör vilka som kan få ta del av insatsen, till exempel individer över en viss ålder. Ett ytterligare sätt är att införa insatsen på försök i vissa regioner eller att insatsen införs successivt över landet. När det gäller de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen skulle det sannolikt passa bäst att införa vårdförloppen successivt i olika regioner eller på försök i vissa regioner eller verksamheter för att underlätta uppföljning. Skälet för vår bedömning är att vårdförlopp är en insats som påverkar arbetsätten i hela organisationen och det är därför svårt att dela upp individer mellan olika arbetsätt.

5.1.3 Vi ser också ett behov att uppföljning av kunskapsstyrningens organisation

En skillnad mellan vårdförloppen i Sverige jämfört med Norge och Danmark är att de svenska vårdförloppen inte tas fram på den statliga nivån utan av regionernas gemensamma kunskapsstyrningsorganisation.

Satsningen på vårdförlopp kopplas i överenskommelsen mellan regeringen och SKR (2020a) till utbyggnaden av regionernas kunskapsstyrningsorganisation, som i och med framtagandet av vårdförlopp får en utökad roll som producent av kunskapsstöd. På det sättet har satsningen på vårdförlopp implikationer för rollfördelningen inom kunskapsstyrningen. Vi uppfattar därför att en uppföljning av vårdförloppen även bör beröra förändringarna i kunskapsstyrningssystemet.

Syftet med regionernas kunskapsstyrningsorganisation är enligt SKR att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården (SKR 2021c). Uppbyggnaden av regionernas kunskapsstyrningsorganisation innebär att regionerna gemensamt tar ett utökat ansvar



för kunskapsstyrningen. Tidigare har det övergripande ansvaret främst legat på regeringen och statliga myndigheter, och hos respektive region var för sig. Regionernas kunskapsstyrningsorganisation producerar nu kunskapsstöd i form av vårdförlopp. Samtidigt tar Socialstyrelsen fram nationella riktlinjer och SBU en del av de vetenskapliga underlag som riktlinjerna bygger på.

I våra intervjuer och möten framkommer att många ser fördelar med en regiongemensam kunskapsstyrningsorganisation och de är positiva till att det byggs upp ytterligare en struktur för att sprida kunskapsstöd i vården. Just spridningen och implementeringen av kunskapsstöd har tidigare beskrivits som den svaga länken i svensk kunskapsstyrning (SOU 2017:48). Samtidigt lyfter man också risker med överlappning och otydlighet kring relationen mellan olika kunskapsstöd och mellan olika aktörer. De frågeställningar som lyfts fram i intervjuer och på möten handlar till exempel om hur man undviker dubbelarbete, i vilken utsträckning SBU bör förse även kunskapsstyrningsorganisationen med underlag, vilka kunskapsstöd som ska vara styrande, vilket mandat respektive aktör har när de samverkar och vilka aktörer som är ansvariga för att följa upp om kunskapsstöden efterlevs samt vidta åtgärder om de inte följs.

I 2021 års överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp förtydligas förhållandet mellan vårdförlopp och nationella riktlinjer. Nationella riktlinjer ska, om sådana finns, vara styrande och parterna ska samverka vid framtagandet. Inom Socialstyrelsen pågår också ett arbete med att ta fram nationella riktlinjer på kortare tid. I det ingår bland annat att göra riktlinjer med färre rekommendationer som i huvudsak ger stöd till lednings- och styrningsfunktioner i beslut om prioriteringar på gruppnivå. Det skulle kunna ge utrymme för att ta fram nationella riktlinjer på fler sjukdomsområden. Nationella riktlinjer bör också kunna fungera som ett tydligare komplement till vårdförloppen (möte med Nationella riktlinjer på Socialstyrelsen 210526).

Mot bakgrund av förändringarna i kunskapsstyrningens rollfördelning ser vi behov av att följa upp i vilken utsträckning förändringarna påverkar genomslaget för kunskapsstyrning. Bland annat anser vi att det är viktigt att belysa vilken roll som regionernas kunskapsstyrningsorganisation spelar i kunskapsstyrningen överlag och om rollfördelningen mellan stat, kunskapsstyrningsorganisation, regioner och kommuner är tydlig och ändamålsenlig. Våra uppföljningsfrågor utgår delvis ifrån de tre faktorer som utredningen Sammanhållna och kunskapsbaserad vård (SOU 2020:36) lyfte fram som viktiga för en mer effektiv kunskapsstyrning:

- Aktörerna i systemet ser sig som delar av ett gemensamt system och har förståelse för vad målen innebär för ansvar, roller och verksamheter.
- Det finns strukturer för hur frågor och behov ska prioriteras gemensamt i systemet för att nå målen.
- Resurser och kompetens används på ett klokt sätt i systemet.

Våra förslag för uppföljning riktar in sig på att följa upp i vilken utsträckning förändringarna i kunskapsstyrningens organisation bidrar till dessa faktorer, men även hur genomslaget och möjligheterna till insyn och ansvarsutkrävande för kunskapsstyrningen påverkas.

Följande dimensioner är utifrån vårt perspektiv angelägna att följa upp:

- Finns en gemensam målbild och en ändamålsenlig rollfördelning mellan statliga myndigheter, kunskapsstyrningsorganisationen, regioner och kommuner?
- Hur fungerar samarbete och dialog mellan aktörerna?
- Har den nya rollfördelningen bidragit till att öka genomslaget för kunskapsstyrningen?
- Har kunskapsstyrningens kvalitet, relevans och effektivitet förbättrats?
- Har medborgarnas möjligheter till insyn och ansvarsutkrävande påverkats i och med etablerandet av regionernas nationella kunskapsstyrningsorganisation?





Slutsatser och rekommendationer

I det här kapitlet redovisar vi våra slutsatser från den internationella utblicken samt våra iakttagelser från framtagande- och införandeprocessen av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp så här långt.

6.1 SLUTSATSER FRÅN DEN INTERNATIONELLA UTBLICKEN

I det här avsnittet redovisar vi våra slutsatser om effekterna av vårdförlopp och vilka faktorer som är viktiga att beakta vid införande av vårdförlopp.

6.1.1 Kunskapen om vårdförloppens effekter begränsad

Standardiserade vårdförlopp är inget entydigt koncept. Dels skiljer sig syftet med olika vårdförlopp, dels förutsättningarna i de sammanhang de används, vilket gör det svårt att generalisera kring effekterna. De flesta vetenskapliga studier på området tar exempelvis fasta på införanden i mindre skala där initiativet och framtagandet har skett på lokal nivå, medan vårdförloppen som införts i Sverige, Norge och Danmark är nationella initiativ. Eftersom det kan finnas skillnader i genomslag mellan vårdförlopp som tagits fram på personalens initiativ och nationella införanden, är det svårt att överföra slutsatser från den internationella forskningen på det svenska införandet av vårdförlopp.

I Danmark och Norge har införandet skett samtidigt med andra förändringar och på ett sätt som gör det svårt att hitta lämpliga kontrollgrupper att jämföra med. I stor utsträckning saknas det därför studier



av effekter på till exempel vårdkvalitet, tillgänglighet, personcentrering och effektivitet från dessa nationella exempel. Även när det gäller lokala införanden är kunskapen kring dessa utfall begränsad och den forskning som finns ger inga entydiga svar.

Det saknas evidens om effekter på hälsoutfall, men studier pekar på förbättrad följsamhet till kunskapsstöd och färre komplikationer

Kunskapsunderlaget när det gäller vårdförloppens effekter på olika kvalitetsdimensioner är generellt svagt. Ett fåtal studier identifierar dock vissa positiva effekter, som färre komplikationer av behandlingen. Dessa studier berör främst lokala införanden, där man till exempel tagit fram och infört vårdförlopp på ett enskilt sjukhus. Ett sådant införande skiljer sig väsentligt mot den svenska processen där vårdförlopp tas fram nationellt och införs i hela landet. När det gäller nationella införanden av standardiserade vårdförlopp saknas det överlag studier som kan visa på kausala samband mellan vårdförlopp och kvalitet. Det kan bero på att det saknas jämförelsegrupper vid införandet, men också på att andra förändringar görs samtidigt.

I vissa fall kan vårdförloppen bli kostnadsdrivande. Det kan bero på att de aktualiserar behov av ökade resurser som är motiverade utifrån gruppens behov jämfört med andra grupper. Det kan också vara en följd av ökad uppmärksamhet och inte vara motiverat i förhållande till patientgruppens relativa behov. Därmed är det svårt att avgöra om eventuella kvalitetsförbättringar är ett resultat av själva vårdförloppen eller de resurstillskott som följer.

Standardiserade vårdförlopp har i den internationella forskningen kopplats till ökad följsamhet mot riktlinjer och mer enhetlig tillämpning av kunskapsstöd. Flera studier har funnit att standardiserade vårdförlopp är förknippade med bättre dokumentation. Många studier lyfter också fram att standardiserade vårdförlopp har en positiv påverkan på faktorer som kan kopplats till kvalitet, som samarbete och bättre koordination. Samtidigt finns det studier som tyder på vissa negativa bieffekter, som ökad arbetsbelastning för personalen och svårigheter att anpassa vården efter individen. Kvaliteten i dessa studier är dock relativt låg och det handlar i hög grad om vårdpersonalens upplevelser, vilket gör det svårt att dra slutsatser om effekter.

Oklart om vårdförlopp medför förbättrad personcentrering

Det saknas studier som undersöker hur personcentreringen påverkas av införande av standardiserade vårdförlopp. Framförallt saknas studier som

har undersökt frågan ur ett patientperspektiv, och som också kan identifiera kausala effekter.

Däremot finns det studier som har undersökt hur personalen upplever att faktorer som kan antas vara kopplade till personcentrering och samordning av vården har påverkats av standardiserade vårdförlopp. I dessa studier framkommer ofta att personalen upplever att samverkan och samarbete inom vårdenheter har förbättrats, liksom att mer välfungerande vårdprocesser utvecklas.

Effekterna på väntetider och kostnadseffektivitet är oklara

Det finns vad vi känner till inte några studier som har identifierat kausala effekter när det gäller väntetider. I utvärderingar av de danska och svenska vårdförloppen i cancervården har man funnit att väntetiderna minskade i samband med införandet av vårdförloppen, men det är däremot inte säkerställt att de minskade till följd av vårdförloppen i sig.

De samlade ekonomiska effekterna av standardiserade vårdförlopp är inte heller klarlagda. Det beror i första hand på att det saknas studier som kan mäta kostnaderna för själva införandet och hur kostnaderna påverkats i andra verksamheter än det sjukhus som införde vårdförlopp, till exempel primärvård eller socialtjänst. De studier som har undersökt hur kostnaderna för vården på den vårdenhet som infört standardiserade vårdförlopp påverkas tyder dock på oförändrade eller minskade kostnader, men det är svårt att avgöra om de minskade kostnaderna berodde på effektivare arbetssätt.

Kan medföra ökad regional jämlikhet men även risk för undanträngning

Det saknas studier som har undersökt kausala effekter av standardiserade vårdförlopp på jämlikhet. Däremot finns det studier som tagit fasta på personalens upplevelser samt före- och efterjämförelser av geografiska skillnader. Dessa studier tyder på att standardiserade vårdförlopp både kan öka jämlikheten och skapa undanträngningseffekter.

Geografisk jämlikhet har undersökts i utvärderingar i de nordiska länderna. Dessa utvärderingar tyder på att vårdförloppen kan ha minskat de geografiska skillnaderna, men visar inte på några kausala effekter.

Det saknas helt studier som har undersökt effekterna av vårdförlopp på socioekonomisk ojämlikhet. När det gäller jämlikhet mellan mer eller mindre komplexa grupper, som multisjuka, finns inga entydiga resultat. Undanträngning av patientgrupper utanför de standardiserade vårdförloppen kan ske om särskilda garantier, uppmärksamhet och uppföljning av



patienter inom vårdförlopp i kombination med begränsade resurser gör att de prioriteras framför andra patientgrupper – undanträngningseffekter har bland annat rapporterats från Danmark och Storbritannien. Om prioriteringarna inte är motiverade utifrån behov leder detta till minskad jämlikhet utifrån vårdbehov.

6.1.2 Införandeprocessen bör inkludera berörda vårdprofessioner och patientgrupper

Vi har ovan konstaterat att kunskapen om effekterna av standardiserade vårdförlopp är begränsad. Det saknas också kunskap om vilken typ av införande som är mest gynnsamt för att skapa effekter på till exempel vårdkvalitet. Det är därmed svårt att avgöra hur införandeprocessen ska utformas för att åstadkomma positiva effekter. De slutsatser vi drar på detta område ska därför ses som faktorer att beakta vid införandet för att införandeprocessen ska bli så smidig som möjligt och för att vårdförloppen ska uppmärksammas och få genomslag som arbetssätt.

Bred representation i framtagandeprocessen främjar förankringen

Gemensamt för studier av införande av standardiserade vårdförlopp, liksom kunskapsstyrning generellt, är att de understryker vikten av att involvera professionerna redan från start och i införandets alla steg. Detta för att vårdförloppen ska upplevas som legitima och bli praktiskt tillämpbara för personalen. Det innebär att professionerna bör vara representerade redan under framtagandeprocessen. Inom ramen för framtagandeprocessen är det också viktigt att ha en bredd bland dem som medverkar – att alla professioner och nivåer som påverkas av vårdförloppet får tillfälle att lämna synpunkter från sina perspektiv. För att vårdförloppen ska kunna bidra till patientcentrering på ett bra sätt är det även viktigt att patienter finns representerade i framtagandeprocessen.

Innehållet bör möjliggöra anpassningar

Vårdförlopp behöver vara grundade i klinisk kunskap och stämma överens med andra kunskapsstöd för att fungera som länk mellan kunskapsstyrning på central nivå och lokal praxis. Det är också viktigt att vårdförloppen siktar in sig på samma mål som gäller för hälso- och sjukvården i stort och att de inte innehåller styrsignaler som är motstridiga mot exempelvis lagstiftningen.

Flera studier lyfter fram vikten av möjligheten till anpassning utifrån sammanhanget där vårdförloppet ska användas. Med andra ord bör inte

vårdförloppen vara för detaljerat formulerade, för att göra det möjligt att anpassa dem till existerande lokala lösningar och den lokala organisationen.

För att vårdförloppen ska uppfattas som legitima av vårdpersonal är det viktigt att de är grundade i klinisk kunskap. Det är också viktigt att de lämnar utrymme för professionella bedömningar för att möjliggöra individuella anpassningar till patienten, men också för att inte hindra personalens inre motivation.

Implementeringen kräver resurser och en tydlig strategi

Forskningen betonar att implementeringen av vårdförlopp behöver vara en aktiv process som siktar in sig på att motverka hinder för att användning och efterlevnad. Tidigare erfarenheter av implementering av vårdförlopp pekar på faktorer som bidrar till att förankra vårdförloppen hos personal och att omställningen möjliggörs. Det behöver finnas engagemang på alla nivåer i organisationen med ett aktivt ledarskap som för ut vårdförloppen och skapar förutsättningar för ändrade arbetssätt. Det behöver också finnas tillräckliga resurser och tillräckligt med tid för omställning. Liksom i framtagandeprocessen bör professionerna involveras i implementeringen och utformningen av denna.

Uppföljningen bör fokusera på utfallsmått och inte skapa ökad administrativ börda

För att vara effektiva och hållbara behöver standardiserade vårdförlopp bearbetas och utvärderas kontinuerligt och de bör också vara en integrerad del av utvecklingsarbetet i stort. Uppföljningen bör vara inriktad på de mål som man vill uppnå med vårdförloppen, och inkludera utfallsmått.

För att vårdförloppen ska bli en del av det kliniska förbättringsarbetet bör uppföljningen innehålla kliniskt relevanta indikatorer. I den vetenskapliga litteraturen rekommenderas att uppföljningen av vårdförlopp begränsas till ett fåtal indikatorer och att den görs användbar för personal ute i verksamheterna, där en viktig del av förbättringsarbetet sker. Att insamlingen av data i så stor utsträckning som möjligt sker automatiserat är vidare en förutsättning för att undvika administrativt merarbete och bortfall till följd av att inte alla verksamheter har tid att samla in informationen. Om informationen inte är pålitlig blir den också svår eller omöjlig att använda och därför onödig att samla in över huvud taget.



6.2 SLUTSATSER FRÅN INFÖRANDET I SVERIGE

Förutom en internationell utblick innehåller rapporten tidiga erfarenheter av den svenska införandeprocessen, med fokus på vårdförloppens framtagandeprocess och planerad uppföljning. I det här avsnittet redovisar vi våra viktigaste slutsatser.

Så här långt rymmer framtagandeprocessen av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp i stor utsträckning de faktorer som forskningen har identifierat som viktiga – den kännetecknas av en bred representation och en tanke om att vårdförloppen ska vara samstämmiga med övrig styrning. Samtidigt finns det utmaningar när det gäller att involvera primärvården och patientrepresentationen kan förbättras.

Uppföljningen innehåller för det mesta utfallsmått, vilket också har framhållits som betydelsefullt i forskningen. Däremot är utfallsmåtten fokuserade på hälsoutfall, medan indikatorer som fångar andra mål än medicinsk kvalitet i stor utsträckning saknas. Det finns också utmaningar när det gäller att samla in data på ett enkelt och systematiskt sätt, vilket innebär att många befäror att vårdförloppen ska bidra till en ökad administrativ börda.

6.2.1 Bred representation i framtagandeprocessen, men det finns utvecklingspotential

Framtagandeprocessen av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen karakteriseras av en bred representation. Arbetsgrupperna som tar fram vårdförloppen innehåller representation från de områden och professioner inom hälso- och sjukvården som berörs, och även patientrepresentanter är inkluderade. Arbetsgrupperna domineras dock av specialistläkare inom respektive sjukdomsområde. Det kan medföra utmaningar för patientrepresentanter att komma till tals, och det finns en osäkerhet om ifall en representant kan tala för hela patientgruppens vägnar.

Det har varit svårt att rekrytera representanter för primärvården och liksom när det gäller patientrepresentanterna finns det viss osäkerhet kring om en representant är tillräcklig för att få ett bredare primärvårdsperspektiv. Exempelvis kan det finnas skillnader mellan stad och glesbygd, och mellan olika verksamheter. Inom primärvården finns det en betydande skepsis mot vårdförloppen. Framför allt eftersom man uppfattar att de inte motsvarar primärvårdens behov och riskerar att påverka arbetssätten negativt.

Skepsisen inom primärvården, liksom att ett syfte med reformen är att bidra till omställningen till god och nära vård samt förbättra samarbetet

mellan olika verksamhetsområden, talar för vikten av att tydligare involvera primärvården i framtagandeprocessen. En förbättrad förankring i primärvården, genom bredare inkludering i framtagandeprocessen och mer kunskap om vad vårdförloppen kan bidra med, efterlyses också av flera respondenter.

6.2.2 Innehållet utgår från nationella riktlinjer och vårdprogram

De övergripande målsättningarna för införandet av sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp är att stärka vårdens kvalitet, jämlikhet och personcentrering och därmed sammantaget öka effektiviteten. Dessa mål stämmer överens med HSL:s övergripande mål för hälso- och sjukvården och det talar för att vårdförloppen är i linje med dessa.

Målen för reformen i stort avspeglas dock inte fullständigt i de enskilda vårdförloppen. Fokus för dessa ligger på den medicinska kvaliteten och att skapa förutsättningar för regional jämlikhet i kliniska processer och utfall. Målsättningar om att stärka samordningen och personcentreringen i vården saknas i stor utsträckning på konkret nivå. Jämfört med vårdförloppen i Danmark och Norge, men även med vårdförloppen i den svenska cancervården, saknas genomgående formella funktioner för personcentrering, till exempel koordinatörer och strukturer för överlämningar av patienten till nästa del av vårdkedjan. Patientkontraktet, som ska ingå i vårdförloppen, har ännu inte förverkligats.

Vårdförloppen ska utgå från befintliga kunskapsstöd, till exempel Socialstyrelsens nationella riktlinjer, de nationella vårdprogrammen och regionernas gemensamma kliniska kunskapsstöd. I våra intervjuer anger också deltagarna i de nationella arbetsgrupperna att man har utgått från nationella riktlinjer och vårdprogram när sådana finns, samt strävat efter att vårdförloppen ska ligga i linje med övriga kunskapsstöd. Det som däremot i stor utsträckning saknas i överenskommelserna är resonemang om hur vårdförloppen förhåller sig till kunskapsstyrningen i övrigt, när det gäller vilka målgrupper de olika kunskapsstöden har och vilken relation de ska ha i förhållande till varandra. Utifrån våra erfarenheter under 2020 tycks vårdförloppen i vissa fall överlappa annan produktion av kunskapsstöd. Sedan början av 2021 pågår ett arbete som syftar till att klargöra hur vårdförloppen och Socialstyrelsens kunskapsstöd ska förhålla sig till varandra och hur organisationerna ska samverka konkret kring de olika kunskapsstöden. Det kan bidra till att klargöra rollerna mellan olika kunskapsstöd, men



kan också medföra nya utmaningar. Därför är det viktigt att följa upp kunskapsstyrningens organisation, till exempel i fråga om rollfördelning, samstämmighet och genomslag.

En särskild risk som flera respondenter lyfter fram är vårdförloppens sammantagna konsekvenser gentemot principen om vård efter behov. Tidigare studier av standardiserade vårdförlopp har visat på riskerna för undanträngning, det vill säga att vården för patienter som inte ingår i vårdförloppen påverkas negativt även om de har lika stora eller större behov. I intervjustudien framkommer att vissa regioner upplever att det finns en brist på mer övergripande analyser av behov och ekonomiska konsekvenser av vårdförloppen. Prioriteringsstöd i form av utvecklade nationella riktlinjer som utgör komplement till vårdförloppen kan vara en lösning på de utmaningarna.

6.2.3 Uppföljningen innehåller medicinska utfallsmått

Den stora merparten av indikatorerna som ligger till grund för uppföljning av de enskilda vårdförloppen består i dag av processmått. De flesta av vårdförloppen som beslutades under 2020 har också lämnat förslag på indikatorer som på något sätt mäter utfall. De är i princip uteslutande av medicinsk karaktär. För reformens övriga mål – personcentrering, tillgänglighet och effektivitet – saknas i stor utsträckning indikatorer. När det gäller jämlikhet är det ofta möjligt att dela upp statistiken på olika demografiska grupper samt efter region, vilket gör det möjligt att följa upp variationen i utfall mellan dessa indelningar. Däremot saknas indikatorer på eventuell undanträngning av patientgrupper som inte omfattas av vårdförloppen.

Det är ännu för tidigt att följa upp hur den administrativa bördan påverkas. Vår intervjuundersökning visar att det finns en oro för en ökad administrativ börda, utifrån tidigare erfarenheter av bland annat registrering till kvalitetsregister. Automatisk datainhämtning från patientjournaler och andra vårdinformationssystem är en utveckling som efterfrågas av många. En annan utmaning är att datakvaliteten ofta är otillräcklig i kvalitetsregistren, som är den primära källan för indikatorerna. Det kan medföra att det blir svårt att följa upp vårdförloppen på ett trovärdigt sätt. Även om förbättringar i datakällorna sker, blir det svårt att observera ett utgångsvärde från tiden innan vårdförloppen började tillämpas.

6.3 REKOMMENDATIONER

Utifrån den internationella utblicken och våra tidiga iakttagelser av införandet av personcentrerade vårdförlopp lämnar vi fyra rekommendationer. De riktas till parterna för överenskommelsen om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, det vill säga regeringen, kunskapsstyrningsorganisationen och SKR.

► *Utveckla formerna för att beakta patientperspektivet och stärka förankringen i primärvården i framtagandeprocessen*

Arbetsgrupperna som tar fram vårdförloppen är utformade så att det finns en bred representation av verksamhetsområden i vården, professioner och patientrepresentanter.

Mot bakgrund av att det kan vara svårt för en enskild patientrepresentant att framföra synpunkter och att representera hela patientgruppen rekommenderar vi att kunskapsstyrningsorganisationen fortsätter att stödja tillämpningen av kompletterande former för att beakta patientperspektivet, exempelvis genom fokusgrupper eller andra studier bland patienter inom sjukdomsområdet.

Det kan också finnas skäl till att redan under framtagandeprocessen stärka förankringen i primärvården. Bristen på kunskap om vad vårdförloppen kan bidra med i primärvården kan vara en bidragande orsak till den skepsis vi observerat bland flera representanter för primärvården. Forskningen ger inga tydliga besked om nyttan i primärvårdssammanhang. Som ett första steg mot ökad kunskap rekommenderar vi att vårdförloppen implementeras som en pilotstudie på ett antal vårdcentraler för att öka kunskapen och samla in erfarenheter som kan vara till nytta i framtagandet av fler vårdförlopp.

► *Inför vårdförloppen på ett sätt som möjliggör uppföljning av effekter*

Kunskapen om vilka effekter vårdförlopp har när det gäller vårdkvalitet, personcentrering, tillgänglighet och kostnadseffektivitet är mycket begränsad, i synnerhet när det gäller införande på nationell nivå. Även kunskapen om eventuella undanträngningseffekter saknas.

Vår rekommendation är att det fortsatta införandet av reformen sker på ett sådant sätt att det är möjligt att genomföra studier som kan identifiera effekter. En åtgärd för att underlätta en sådan uppföljning är att införa



vårdförloppen stegvis i olika regioner eller som försöksverksamheter i vissa regioner. På det sättet skapas jämförelseregioner, vilket möjliggör utvärderingar där utfallen i regioner som infört vårdförlopp kan jämföras med utfallet i regioner som arbetar enligt mer traditionella arbetsätt.

► *Intensifiera arbetet med att förbättra de datamässiga förutsättningarna för uppföljning*

För att det ska vara möjligt att använda vårdförloppen för professionellt lärande och för att kunna följa upp reformens effekter är det viktigt att det finns tillförlitliga datakällor som inkluderar relevanta mått och att insamlingen inte tar för stora resurser i anspråk.

Möjligheterna till uppföljning av hälso- och sjukvården är dock en bredare fråga än uppföljningen av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och vi kan därför inte lämna några mer konkreta rekommendationer på det här området. Det arbete som bedrivs för att underlätta automatisk inhämtning bör fortskrida och utformas på ett sätt som är så effektivt som möjligt. Det handlar också om att välja ut variabler och skapa förutsättningar för att kombinera data så att så den statistik som samlas in kan vara till nytta för flera olika aktörer, från statlig nivå till verksamhetsnivå.

Samtidigt är det viktigt att möjligheterna att följa upp och utvärdera införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp värnas redan i ett så tidigt skede som möjligt.

Några förändringar som vi vill framhålla som särskilt betydelsefulla på kort sikt är:

- Gör det möjligt att i Nationell patientenkät och Väntetidsdatabasen identifiera de sjukdomsgrupper som omfattas av vårdförloppen. Ett arbete för att inkludera huvuddiagnos i dessa datakällor pågår, och vi menar att det är en viktig information för att kunna följa upp hur personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp påverkar personcentrering, kontinuitet, samordning och väntetider. Det är också viktigt att det går att identifiera andra sjukdomsgrupper som kan påverkas av vårdförloppen, till exempel genom undanträngning. Indikatorer från dessa grupper bör även ingå i vårdförloppen för att säkerställa att uppföljningen omfattar alla reformens målsättningar.
- Säkerställ att de indikatorer som ingår i vårdförloppen rapporteras in av de regioner som infört vårdförloppen till aktuella datakällor.

- KPP-databasen bör på sikt utvecklas för att möjliggöra kostnads-sammanställningar som omfattar hela vårdkedjan per sjukdomsgrupp. På kort sikt rekommenderar vi att SKR tar fram kostnadsunderlag för några sjukdomsgrupper som omfattas av vårdförlopp i den mån det är möjligt. Exempelvis är det i vissa regioner möjligt att få uppgifter om kostnader i primärvården och koppla ihop dem med kostnader i den specialiserade vården.
- Eftersom det i dagsläget saknas en diagnoskod för sepsis rekommenderar vi att det snarast implementeras för att möjliggöra uppföljning av vårdförloppet för sepsis. Det är ett område som saknat nationella kunskapsstöd och det är därför särskilt intressant att belysa utvecklingen på området.

► *Tydliggör relationen mellan vårdförlopp och annan kunskapsstyrning*

För att undvika alltför många och potentiellt motstridiga styrsignaler, liksom för att undvika ineffektivt dubbelarbete anser vi att regeringen bör fortsätta att verka för att tydliggöra relationen mellan olika kunskapsstöd och de aktörer som tar fram kunskapsstöden.

I ljuset av de risker för undanträngning vid införande av standardiserade vårdförlopp som har observerats och flera av regionernas behov av stöd för prioriteringar kan det finnas ett värde i att ytterligare stärka rollen för nationella riktlinjer som ett stöd för horisontella prioriteringar.

Hur förhållandet mellan den statliga nivån och kunskapsstyrningsorganisationen ska se ut när det gäller de kliniska kunskapsstöden behöver också klargöras. Mot bakgrund av de risker som kan finnas när det gäller att omfördela ansvaret från statlig nivå till kunskapsstyrningsorganisationen, är det viktigt att ett sådant tydliggörande vilar på en noggrann analys och övervägande av för- och nackdelar.





Referenser

- Ahlzén, R., Engman, K. J., Metsini, A., Olsson, L., Sjødahl, R. och E. Theodorsson (2020). *Standardiserade vårdförlopp vid misstanke om cancer*. HTA-rapport 2020:33. Örebro: Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro.
- Allen, D. (2009). From boundary concept to boundary object: The practice and politics of care pathway development. *Social Science & Medicine*. Nr. 69, s. 354–361.
- Allen, D., Gillen, E. och Rixson, L. (2009). The Effectiveness of Integrated Care Pathways for Adults and Children in Health Care Settings: A Systematic Review. *JBI library of systematic reviews*. Vol. 7, nr. 3, s. 80–129.
- Andersson, V. m.fl. (2018) *Patientkontrakt. Slutrapport januari 2018*. Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner. <https://skr.se/skr/halsa/sjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/patientkontrakt.28918.html>. [Hämtat 2021-09-31]
- Anell, A. (2020). *Vården är värd en bättre styrning*. Stockholm: SNS Förlag.
- Ansmann, L., och Pfaff, H. (2018). Providers and Patients Caught Between Standardization and Individualization: Individualized Standardization as a Solution. Comment on "(Re) Making the Procrustean Bed? Standardization and Customization as Competing Logics in Healthcare". *International journal of health policy and management*, 7(4), 349–352.
- Askari, M. m.fl. (2020) Perceived effectiveness of clinical pathway software: A before-after study in the Netherlands. *International Journal of Medical Informatics*. Nr. 135.
- Avila, H., Deglum T. R., Eide, M. A. och L. U. Vaage (2016) *Evaluerer av pakkeforløp med vekt på arbeidsprosesser og organisering*. Oslo: OIU og Oslouniversitetssjukhus.

- Bach Larsen, M., Pilegaard Hansen, R., Gilså Hansen, D., Olesen, F. och P. Vedsted (2013). Secondary care intervals before and after the introduction of urgent referral guidelines for suspected cancer in Denmark: a comparative before-after study. *BMC Health Services Research*. Vol. 13, nr. 348.
- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E.J., Cheater, F., Flottorp, S., Robertson, N., Wensing, M., Fiander, M., Eccles, M.P., Godycki-Cwirko, M., van Lieshout, J., Jäger, C. (2015). Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Barbieri, A., Vanhaecht, K., van Herck, P., Sermeus, W., Faggiano, F., Marchisio, S. och M. Panella (2009). Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis *BMC Medicine*. Vol. 7, nr. 32.
- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J. E., Carroll, S., & Bitz, J. (2012). Large-system transformation in health care: a realist review. *The Milbank quarterly*, 90(3), 421–456.
- Bilsted Probst, J., Butt Hussain, Z. och O. Andersen (2012). Cancer patient pathways in Denmark as a joint effort between bureaucrats, health professionals and politicians—A national Danish project. *Health Policy*. Nr. 105, s. 65–70.
- Bower, K. A. (2009). Clinical pathways: 12 lessons learned over 25 years of experience. *International Journal of Care Pathways*. Nr. 13, s.78–81.
- Brommels, M. (2006). Implementering är den kliniska forskningens största utmaning. *Läkartidningen*. Nr. 30.
- Brooks, R. (2015). 28 Years of the EuroQol Group: An Overview. *EuroQol Working paper series 15003*.
- Buvarp Dyrop, H., Safwat, A., Vedsted, P., Maretty-Nielsen, K., Hauge Hansen, B., Holmberg Jørgensen, P., Baad-Hansen T., Bünger C. och J. Keller (2013) Cancer Patient Pathways shortens waiting times and accelerates the diagnostic process of suspected sarcoma patients in Denmark. *Health Policy*. Nr. 113, s. 110–117.
- Campbell, H. m.fl. (1998) Integrated care pathways. *BMJ: British Medical Journal*. Vol. 316, nr. 7125, s. 133–137.
- Cant, P. J. och Yu, D. S. (2000). Impact of the '2 week wait' directive for suspected cancer on service provision in a symptomatic breast clinic. *British Journal of Surgery*. Vol. 87, nr. 8, s. 1082–1086.
- Cejudo, G.M. och Michel, C.L. (2017). Addressing fragmented government action: coordination, coherence, and integration. *Policy Sciences: Integrating Knowledge and Practice to Advance Human Dignity*, p. 1.
- Chandra, A. och D. Staiger (2020). Identifying Sources of Inefficiency in Healthcare. *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 135, nr. 2, s. 785–843.

- Chawla, A., Westrich, K., Matter, S., Kalten, A. och R. Dubois (2016). Care Pathways in US Healthcare Settings: Current Successes and Limitations, and Future Challenges. *The American Journal of Managed Care*, Vol. 22, No. 1, s. 53–62.
- Chen, S., Awan, S., Rajji, T., Abdool, P., George, T. P., Collins, A. och S. A. Kidd (2015). Integrated Care Pathways for Schizophrenia: A Scoping Review. *Adm Policy Ment Health*. Nr. 43, s. 760–767.
- Damschroder, L., Aron, C., Keith, R., Kirsh, S. Alexander, J. och Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* 2009, 4:50.
- Danske Regioner (2007). *Danske Regioners syvpunktsplan på kræftområdet. Notat*. Köpenhamn: Danske Regioner.
- Danske Regioner (2009a). *Status for pakkeforløb på kræftområdet april 2009*. Köpenhamn: Danske Regioner.
- Danske Regioner (2009b). *Status for pakkeforløb på kræftområdet oktober 2009*. Köpenhamn: Danske Regioner.
- Danske Regioner (2011). *Kvalitet i psykiatrien – ny dagsorden for diagnostik og behandling*. Köpenhamn: Danske Regioner.
- Danske Regioner (2016). *Opsamling fra konferencen ”Kvalitet i psykiatrien og pakkeforløb”*. 07-07-2016. Sag nr. 15/2456. Köpenhamn: Danske Regioner.
- Danske Regioner (2017). *Pakkeforløb for angst*. Köpenhamn: Danske Regioner <https://www.regioner.dk/media/11317/pakkeforloeb-for-angst.pdf>. [Hämtat 2021-09-30]
- Danske Regioner (2018). *Registrering af psykiatriske pakkeforløb. Notat*. Köpenhamn: Danske Regioner.
- Danske Regioner (2020). *Analyse af psykiatriområdet*. Köpenhamn: Danske Regioner.
- Delilovic, S., Hasson, H., Åhström, M. och von Knorring M. (2019). Implementing standardized cancer patient pathways (CPPs) – a qualitative study exploring the perspectives of health care professionals. *BMC Health Services Research* Vol. 19, nr.1.
- Deneckere, S., Euwema, M., van Herck, P., Lodewijckx, C., Panella, M., Sermeus, W. och K. Vanhaecht (2012). Care pathways lead to better teamwork: Results of a systematic review. *Social Science & Medicine*. Vol. 75, nr. 2, s. 264–268.
- Deneckere, S., Euwema, M., van Herck, P., Lodewijckx, C., Panella, M., Sermeus, W. och K. Vanhaecht (2013). Better Interprofessional Teamwork, Higher Level of Organized Care, and Lower Risk of Burnout in Acute Health Care Teams Using Care Pathways: A Cluster Randomized. *Medical Care*. Vol. 51, Nr. 1, s. 99–107.

- Duiveman, T. och A. Bonner (2012). Negotiating: Experiences of community nurses when contracting with clients, *Contemporary Nurse*. Vol. 41, nr. 1, s. 120–125.
- European Pathway Association (2020). *Care Pathways*. <https://e-p-a.org/care-pathways/> [Hämtat 2020-09-15].
- Evans-Lacko, S., Jarret, M., McCrone, P. och G. Thornicroft (2010). Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. *BMC Health Services Research*. Vol 10, nr. 182.
- Fischer, F., Lange, K., Klose, K., Greiner, W., Kraemer, A. (2016). Barriers and Strategies in Guideline Implementation—A Scoping Review. *Healthcare*. 2016;4(3):36.
- Francke, A.L., Smit, M.C., de Veer, A.J., Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8:38.
- Glasgow, R.E., Goldstein, M.G., Ockene, J.K. och Pronk, N.P. (2004). Translating what we have learned into practice: Principles and hypotheses for interventions addressing multiple behaviors in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*. vol. 27, no. 2, pp. 88–101.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82: 581-629.
- Grimshaw, J.M., Eccles, M.P., Lavis, J.N. m.fl. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science* 7, 50.
- Grol, G. och J. Grimshaw (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change patients' care. *The Lancet*. Vol. 362, nr. 9391, s. 1225–30.
- Hasson, H och von Thiele Schwartz, U. (2017). *Användbar evidens – om följsamhet och anpassningar*. Stockholm. Natur och kultur.
- Healthcare Improvement Scotland (utan datum). *Integrated care pathways for mental health. Policy context*. https://www.icptoolkit.org/adult_and_older_pathways/about_icps/policy_context.aspx [Hämtat 2021-06-22].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *Regjeringen foreslår standardiserte pakkeforløp for kreftbehandling*. Pressmeddelande. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Regjeringen-foreslar-standardiserte-pakkeforlop-for-kreftbehandling/id759730/> [Hämtat 2021-09-02].
- Helsedirektoratet (utan datum). *Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp*. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=pakkeforlop> [Hämtat 2021-09-02].

- Helsedirektoratet (2015). *Implementering av pakkeforløp for kreft. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016a). *Pakkeforløp – status og resultater*. Presentation. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2016b). *Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforlopene-for-kreft> [Hämtat 2021-09-02].
- Helsedirektoratet (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020*.
- Helsedirektoratet (2020a). *Dette gjør Helsedirektoratet* <https://www.helse-direktoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet> [Hämtat 21-06-29].
- Helsedirektoratet (2020b). *Hjerneslag. Pakkeforløp*. <https://www.helse-direktoratet.no/pakkeforlop/hjerneslag> [Hämtat 21-09-01].
- Helsedirektoratet (2020c). *Psykiske lidelser – voksne. Pakkeforløp*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne> [Hämtat 2021-09-02].
- Helsedirektoratet (2020d). *Rusbehandling (TSB)*. <https://www.helse-direktoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb> [Hämtat 2021-09-02].
- Helsedirektorektoratet (2021). *Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp*. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=pakkeforlop> [Hämtat 2021-02-01].
- Helsetilsynet (2021). *Oppgaver og organisering – Statens helsetilsyn* <https://www.helsetilsynet.no/om-oss/oppgaver-organisering-statens-helsetilsyn/> [Hämtat 21-06-29].
- Huang, D., Song, X., Tian, J., Cui, Q. och K. Yang (2015). Effects of clinical pathways in stroke management: A meta-analysis. *Neurology Asia*. Vol. 20, nr.3, s.335–342.
- Hunter, D., McCulloch, A. W., Barry, M. M. (2008). *A Review of Scotland's National Programme for Improving Mental Health and Wellbeing 2003–2006*. NHS Health Scotland.
- Håland, E. och L. Melby (2021). Coding for quality? Accountability work in standardised cancer patient pathways (CPPs). *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*.
- Irvine, L., KingSheena Lowrie, R., McEwan, A. (2011). *A Sense of Belonging, A joint strategy for improving the mental health and wellbeing of Lothian's population 2011-2016*. NHS Lothian.
- Jensen, K. H. och P. J. Maina (2015). Cancer pathways are associated with improved long-term survival. *Danish medical journal*. Vol. 62, nr. 2.

- Jensen, H. och P. Vedsted (2017) Exploration of the possible effect on survival of lead-time associated with implementation of cancer patient pathways among symptomatic first-time cancer patients in Denmark. *Cancer Epidemiology*. Nr. 49, s. 195–201.
- Kardakis, T., Richter-Sundberg, L., Nyström, M. E. och R Garvare (2011). Utveckling och implementering av kliniska riktlinjer för hälso- och sjukvården – En litteraturöversikt. *Public Health Report Series* 2011:1. Umeå universitet, Umeå.
- KCE (2018). Use of Patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy. KCE-report 303. Belgian Health Care Knowledge Centre, Bryssel.
- Kent, P. och Y. Chalmers (2006) A decade on: has the use of integrated care pathways made a difference in Lanarkshire? *Journal of Nursing Management*, Nr.14, s.508–520.
- Kinsman, L., James, E., Ham, J. (2004). An Interdisciplinary, Evidence-Based Process of Clinical Pathway Implementation Increases Pathway Usage. *Lippincott's Case Management*. Vol. 9, No. 4, 184–196.
- Lugtenberg, M., Zegers-Van Schaick, J.M., Westert, G.P., and Burgers, J.S. (2021). Why Don't Physicians Adhere to Guideline Recommendations in Practice? An Analysis of Barriers among Dutch General Practitioners. *Implementation Science* 4 (1).
- Melby, L. och Håland, E. (2021). When time matters: a qualitative study on hospital staff's strategies for meeting the target times in cancer patient pathways. *BMC Health Services Research*. Vol. 21, nr. 210.
- Melby, L., Brattheim, B., Das, A., Gilstad, H., Gjørund, G., Håland, E., Sand, K. Solbjør, M. (2021). *Pakkeforløp for kreft: erfaringer blant helsepersonell og pasienter. Sluttrapport fra den forskningsbaserte evalueringen av pakkeforløp for kreft*. SINTEF 2021: 00278.
- The Ministry of Health (2017). *Healthcare in Denmark – An Overview*. Healthcare-english-V16-dec.ashx-3.pdf (healthcaredenmark.dk). [Hämtat 21-09-30].
- NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS) (2007). *Standards for integrated care pathways for mental health*. <http://www.healthcareimprovementscotland.org/his/idoc.ashx?docid=072bb37c-ea1c-4578-86fe-eea4f9b84d90&version=-1>. [Hämtat 21-09-30].
- NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS) (2011). *Integrated Care Pathways for Child and Adolescent Mental Health Services. Final Standards*. <http://www.healthcareimprovementscotland.org/idoc.ashx?docid=1ff79055-a85f-456a-aea0-ee47ab963fco&version=-1>. [Hämtat 2021-06-10].

- Nilsson, E. (2014). Patientrapporterade utfallsmått (PROM) i kvalitetsregister för långvariga sjukdomstillstånd. Rapport till Socialstyrelsen.
- Næss och Håland (2021). Between diagnostic precision and rapid decision making: Using institutional ethnography to explore diagnostic work in the context of Cancer Patient Pathways in Norway. *Sociology of Health & Illness*. 2021;43:476–492.
- Orlandi (1987). Promoting Health and Preventing Disease in Health Care Settings: An Analysis of Barriers'. *Preventive Medicine*. 16, 119–130.
- Panella, M., Marchisio, S., F, DI Stanislao (2003). Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality in Health Care* 2003; Volume 15, Number 6: pp. 509–521.
- Payne, R., Anderson, E., Arnold, R., Duensing, L., Gilson, A., Green, C., Haywood, C., Passik, S, Rich, B., Robin, L., Shuler, N. och M. Christopher (2010). A Rose by Any Other Name: Pain Contracts/Agreements. *The American Journal of Bioethics*. Vol. 10, nr. 11, s. 5–12.
- Plishka, C., Rotter, T., Penz, E. D., Hansia, M. R., Fraser, S-K. A., Marciniuk, D. D. (2019). Effects of Clinical Pathways for COPD on Patient, Professional, and Systems Outcomes: A Systematic Review. *Chest journal* Vol. 156, nr. 5.
- Prior, M., Guerin, M. and Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. *Journal of evaluation in clinical practice*, 14(5), 888–897.
- PROM-nätverket (2017). Översikt av PROM och PREM inom de nationella kvalitetsregistren 2017.
- Prætorius, T. (2014). Improving care coordination using organisational routines. Care pathways as a coordination mechanism. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 30 No. 1, 2016 pp. 85–108.
- Rechel, B., Wright, S., Barlow, J., McKee, M. (2010). Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows. *Bulletin of the World Health Organization* 2010;88:632–636.
- Rees, G. m.fl. (2004). Joint Working in Community Mental Health Teams: Implementation of an Integrated Care Pathway. *Health & Social Care in the Community*. Vol. 12, nr. 6, s. 527–36.
- Region Sjælland (2008). *Indberetningsskema vedr. implementering af pakkeforløb på kræftområdet*.
- Regionala cancercentrum i samverkan (2020). *Styrdokument: Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*. Version 2.0 2020-03-25.

- Regionala cancercentrum i samverkan (2021). *Standardiserat vårdförlopp maligna lymfom och kronisk lymfatisk leukemi*. 2021-08-31 Version: 3.1. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/aggressiva-b-cellslymfom/vardforlopp/>. [Hämtat 21-09-30].
- Richter-Sundberg, L., Kardakis, T., Weinehall, L., Garvare, R. och M. Nyström (2015). Addressing implementation challenges during guideline development – a case study of Swedish national guidelines for methods of preventing disease. *BMC Health Services Research*. Vol. 15, nr. 19.
- Riksrevisionen (2017). Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet. RiR 2017:3. Stockholm: Riksrevisionen.
- Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Willis, J., Snow, P. och J. Kugler (2012). The Effects of Clinical Pathways on Professional Practice, Patient Outcomes, Length of Stay, and Hospital Costs: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *Evaluation & the Health Professions* 35(1) 3–27.
- Rotter, T., Baatenburg de Jong, R., Evans Lacko, S., Ronellenfitsch U. och L. Kinsman (2019). Clinical pathways as quality strategy i Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. och W. Quentin (eds.) *Improving healthcare quality in Europe*. WHO, OECD och European Observatory on Health Systems and Policies.
- Rösstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. och A. Grimsmo (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. Vol. 13, nr. 121.
- Salloch, S. (2017). ‘Who’s afraid of EBM? Medical professionalism from the perspective of evidence-based medicine’, *Medicine, Health Care & Philosophy*, 20(1), pp. 61–66.
- Scottish Executive (2006). *Delivering for mental health*, Edinburgh: Scottish Executive. <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/strategy-plan/2006/12/delivering-mental-health/documents/0042281-pdf/0042281-pdf/govscot%3Adocument/0042281.pdf>. [Hämtat 2021-09-30]
- Seckler, E., Regauer, V., Rotter, T. (2020). Barriers to and facilitators of the implementation of multi-disciplinary care pathways in primary care: a systematic review. *BMC Family Practice* (2020) 21:113.
- Seys, D., Bruyneel, L., Deneckere, S., Kul, S., Van der Veken, L., van Welm, R. (2017). Better organized care via care pathways: A multicenter study. *PLoS ONE*. Vol.12, nr.7.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SKR/SKL (2017). *Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning*.

- SKR (2020). *Uppföljning av vårdförlopp – förslag till inriktning för fortsatt arbete*.
- SKR (2021a). *Patientkontrakt*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/patientkontrakt.28918.html> [Hämtat 2021-04-20].
- SKR (2021b). *Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Verksamhetsrapport överenskommelsen 2020*. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner.
- SKR (2021c). *Nationellt system för kunskapsstyrning*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/systemforkunskapsstyrning.48276.html>. [Hämtat 21-09-30].
- Smeds, M. och Poksinska, B. B. (2018). The effect of cancer care pathways on waiting times, Smeds och Poksinska, *International Journal of Quality and Service Sciences*, Vol. 11 No. 2, 2019, s 204–216.
- Smeds, M. (2019). *Managing care pathways for patients with complex care needs*. Licentiate Thesis No. 1839, Linköping Studies in Science and Technology.
- Smith-Merry, J. (2008). Improving mental health and wellbeing in Scotland. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, Volume 7, Issue 3.
- Socialdepartementet och SKL (2015). *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*.
- Socialdepartementet och SKL (2019). *Standardiserade vårdförlopp – Jämlik och effektiv vård med god kvalitet. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*.
- Socialdepartementet och SKR (2020a). *Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialdepartementet och SKR (2020b). *Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialdepartementet och SKR (2021). *God och nära vård 2021: En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialstyrelsen (2016a). *Handbok för utveckling av effektivitetsindikatorer. För god vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016b). *Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017). *Standardiserade vårdförlopp i cancervården. Lägesrapport 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2019a). *Väntetider, patientperspektiv och strävan mot en jämlik cancervård. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården, Slutrapport del 1*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019b). *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården, Slutrapport del 2*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020). *Öppna jämförelser 2020. Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2017:48 *Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (2017). Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2020:36 *Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning (2020). Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sperre Saunes, I., Karanikolos, M., Sagan, A. (2020). *Norway: Health system review*. *Health systems in Transition*, 22(1): i–163.
- Steel, D., Cylus, J. (2012). *United Kingdom (Scotland): Health system review*. *Health Systems in Transition*, 14(9): 1–150.
- Store norske leksikon (2021). *Statsforvalter og fylkeskommune*. <https://snl.no/fylke>. [Hämtat 21-09-30]
- Styrelsen for Patientsikkerhed. *Om os*. <https://stps.dk/da/om-os/> [Hämtat 21-06-29].
- Sundell, K., Beelmann, A., Hasson, H., von Thiele Schwarz, U. (2016). *Novel Programs, International Adoptions, or Contextual Adaptations? Meta-Analytical Results From German and Swedish Intervention Research*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(6), 784–796.
- Sundhedsdatastyrelsen (utan datum.). *Monitorering af udredningsretten i psykiatrien*. https://www.esundhed.dk/Emner/Patienter-og-sygehuse/udredningsret_i_psykiatrien [Hämtat 2021-06-22].
- Sundhedsdatastyrelsen (2021). *Om Sundhedsdatastyrelsen*. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/om-os/> [Hämtat 21-06-29].
- Sundheds- og ældreministeriet (2019). *SUU alm. Del – svar på spm. 17 om antal personer, der har modtaget et pakkeforløb i psykiatrien for hhv. diagnosen skizofreni, depression og angst, fordelt på år 2013–2018, fra sundheds- og ældreministere*.

- Sundhedsministeriet (2020). *Arbejdet med en 10-års plan for psykiatrien skudt i gang*. <https://sum.dk/nyheder/2020/juni/arbejdet-med-en-10-aars-plan-for-psykiatrien-skudt-i-gang> [Hämtat 2021-06-22].
- Sundhedsstyrelsen (2017). Sammenhæng og samarbejde i fokus på hjerteområdet. 10 FEB 2017 Sundhedsstyrelsen [Hämtat 2021-05-10].
- Sundhedsstyrelsen (2018a). *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom*.
- Sundhedsstyrelsen (2018b). *Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser – Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling*. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.
- Sveriges regioner i samverkan (2020a). *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)*.
- Sveriges regioner i samverkan (2020b). *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Höftledsartros – primärvård*.
- Sveriges regioner i samverkan (2020c). *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Schizofreni – förstagsångsinsjuknande*.
- Sveriges regioner i samverkan (2021). *Programområden och samverkansgrupper*. <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrninghalsoochsjukvard/programomradenochsamverkansgrupper.44275.html> [Hämtat 2021-02-16].
- Task Force for Kræftområdet (2008). *Akut handling og klar besked: Generelle rammer for indførelse af pakkeforløb for kræftpatienter*. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.
- Timmermans, S. och Kolker, E. S. (2004). Evidence-Based Medicine and the Reconfiguration of Medical Knowledge. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 45, Extra Issue: Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics (2004), 177-193. American Sociological Association.
- Vanhaecht, K., Panella, M., van Zelm, R. och W. Sermeus (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways* 2010; 14: 117–123.
- Vanhaecht, K., Ovretveit, J., Elliott, M. J., Sermeus, W., Ellershaw, J. och M. Panella (2012). Have We Drawn the Wrong Conclusions About the Value of Care Pathways? Is a Cochrane Review Appropriate? *Evaluation & the Health Professions* 35(1) 28–42.
- Wannheden, C. (2014). Evidence-Based Decision Support in HIV/TB Care: Designing Treatment, Monitoring, and Assessment Support for Care Providers. Stockholm: Karolinska institutet.
- Vedsted, P. och F. Olesen (2015). A differentiated approach to referrals from general practice to support early cancer diagnosis – the Danish three-legged strategy. *British Journal of Cancer*. Nr. 112, s.65–69.

- Wensing, M. och Elwyn, G. (2003). Improving The Quality Of Health Care: Methods For Incorporating Patients' Views In Health Care. *BMJ: British Medical Journal*, vol. 326, no. 7394, pp. 877–879.
- Vinge, S., Elkjær Rahbæk, A., Albæk, J. och Martedal, A. (2012). *Erfaringer med kræftpakker. Fra intentioner til implementering i praksis*. Köpenhamn: Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (VIVE).
- Vinge, S. och Lærke Witzke, C. (2012). *Pakkeforløb på hjerteområdet. En analyse af de organisatoriske konsekvenser for kardiologiske afdelinger og almen praksis*. Köpenhamn: Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (VIVE).
- Vinge, S. (2017). *Pakkeforløb for kræft. En organisatorisk analyse af behovet for revision*. Köpenhamn: Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA).
- Volk, M. m.fl. (2012). Contracts with patients in clinical practice. *The Lancet*. Vol 379, 2012.
- von Thiele Schwarz, U., Aarons, G. A., Hasson, H. (2019). The Value Equation: Three complementary propositions for reconciling fidelity and adaptation in evidence-based practice implementation. *BMC Health Services Research*. 19:868.
- Vrå Andersen, K. (2017). Regeringen skrotter hjertepakker: For mange er blevet undersøgt uden grund, *TV2*, 26 feb. 2017. <https://nyheder.tv2.dk/samfund/2017-02-06-regeringen-skrotter-hjertepakker-for-mange-er-blevet-undersoegt-uden-grund> [Hämtat 20-06-30].
- Vård- och omsorgsanalys (2018). Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård, Rapport 2018:8. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2019). Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Rapport 2019:2. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2020). Styra mot horisonten. Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar. Rapport 2020:7. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2021). *Analysplan 2021*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Zander, K. (2002). Integrated care pathways: eleven international trends. *Journal of Integrated Care Pathways*, (2002) 6, 101–107.
- Zangari, M E. och Duffy, P. (1980). Contracting with Patients in Day-to-Day Practice. *The American Journal of Nursing*. Vol. 80, nr. 3, s. 451–455.

- Ådnes, M., Kaspersen, S.L., Melby, L., Lassemo, E. (2020) Pakkeforløp for psykisk helse og rus – fagfolks erfaringer første året. SINTEF.
- Ådnes, M., Raak Høiseth, J., Magnussen, M., Thaulow, K., Kaspersen och S.L. (2021). Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. Rapport 2. SINTEF.



BILAGA 1 – INTERVJUPERSONER

Ordförande i Nationell arbetsgrupp (NAG)

Cecilia Carlens, NAG Reumatoid artrit

Gunilla Limbäck Svensson, NAG Höftledsartros

Lars Rosengren, NAG Stroke och TIA

Louise Kimby, NAG Schizofreni

Mona Palmqvist och Caroline Stridsman, NAG KOL

Ulf Hedin, NAG Kritisk benischemi

Patientföreträdare

Barbro Hejdenberg Ronsten, Riksförbundet social och mental hälsa

Jenny Malmgren, Alzheimer Sverige, NAG Kognitiv svikt

Kjell Holm, Stroke-Riksförbundet, NAG Stroke och TIA

Lena Ringstedt, Afasiföreningen, NAG Stroke och TIA

Lotta Larsson, Svenska Downföreningen, NAG Kognitiv svikt

Peter Edfelt, Riksförbundet HjärtLung, NAG KOL

Ritva Elg, Reumatikerförbundet, NAG Höftledsartros

Tommy Olsson, Reumatikerförbundet, NAG Reumatoid artrit

Åsa Höij, Schizofreniförbundet och Riksförbundet social och mental hälsa,
NAG Schizofreni

Professionsföreträdare

Inger Torpenberg och Sandra Månsson, Svensk sjuksköterskeförening
Jonas Holm, Sjukhusläkarna
Karin Pukk Härenstam, Svenska läkaresällskapet
Michael Marmefelt, Distriktssköterskeföreningen

Primärvårdsföreträdare

Christer Rosenberg, NAG Kognitiv svikt
Ove Oksvold, NAG Höftledsartros
Panteha Hatefi, Svensk förening för allmänmedicin
Susanna Althini, NAG Osteoporos

Regionala processledare/samordnare

Frida Holm Johansson, Kronoberg
Leni Lagerqvist, Kalmar
Marie Schill, Stockholm
Monica Käll Guldbland, Västra Götaland
Per Söderberg, Dalarna
Terese Nyberg, Västernorrland
Marie Norlén, Jämtland-Härjedalen
Ylva Nilsgård, Örebro

Sjukvårdsregionala samordnare

Christer Lindbladh, Södra sjukvårdsregionen
Lena Burström, Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
Peder Welin, Västra sjukvårdsregionen
Susanne Yngvesson Strid, Sydöstra sjukvårdsregionen

BILAGA 2 – INTERVJUGUIDE

Framtagande

- Har alla parter som ska ingå i framtagandeprocessen medverkat i framtagandet?
- Upplever ni att ni saknat någon kompetens eller perspektiv?
- Vilka områden har ni varit överens om och inte? Hur har eventuella motsättningar hanterats?
- Vilken roll har de olika representanterna (patient, primärvård, kommun, omvårdnad, specialistläkare) haft i arbetet? Var det några särskilda områden där respektive perspektiv var särskilt relevant?
- Utgår vårdförloppet från hur vården skulle se ut under optimala förutsättningar, eller har det anpassats efter vad som är genomförbart i dag?
- Vilka faktorer har skapat behov av anpassningar?
- Hur uppfattar du att vårdförloppen förhåller sig till horisontella prioriteringar efter behov?
- Hur har ni hanterat risken för undanträngning?

Innehåll och utformning

- Vilka mål har vårdförloppet främst siktat in sig på (kvalitet, personcentrering, tillgänglighet, jämlikhet, effektivitet)?
- Varför har man siktat in sig på just dessa mål? Är de stora utmaningar för just detta sjukdomsområde? Finns det andra utmaningar som vårdförloppet inte hanterar?
- På vilket sätt kan vårdförloppen bidra till att lösa dessa utmaningar utöver de kunskapsunderlag som redan finns?
- Hur har ni hanterat frågan om träffsäkerhet (att inte fånga upp för många eller för få patienter)?
- Hur styrande är vårdförloppen? Det vill säga vilket utrymme lämnas för regionala anpassningar?
- Ställs krav på regionerna att exempelvis ha vissa funktioner? Vad är upp till regionerna att besluta om själva?
- Vilka avvägningar har gjorts mellan standardisering och att lämna utrymme för professionella bedömningar?
- Vad i vårdförloppet ska bidra till ökad personcentrering jämfört med i dag, som bättre kontinuitet, samordning och delaktighet? Hur är patientkontraktet tänkt att användas?

- Innebär vårdförloppet att det blir tydligare vem som har huvudansvaret för att koordinera samverkan och stötta patienten?
- Hur förhåller sig vårdförloppet till annan kunskapsstyrning, t.ex. nationella riktlinjer?
- Vilken kunskap är det vårdförloppen bidrar med utöver de kunskapsstöd som redan finns?

Uppföljning

- Hur har indikatorer valts ut?
- Speglas samtliga mål i indikatorerna som valts ut för uppföljning?
- Hur ska personcentrering följas upp?
- Vilka tekniska lösningar eller andra hinder ser du behov av när det gäller registrering och uppföljning?

INTERVJUGUIDE PROFESSIONSORGANISATIONER

Framtagningsprocessen

- Har ditt förbund deltagit i framtagningsprocessen för vårdförloppen? Om ja: På vilket sätt?
- Är det någon punkt eller aspekt i vårdförloppen som är särskilt viktig ur ert perspektiv?
- Hur uppfattar du att man förhållit sig till annan kunskapsstyrning och professionella normer när man tagit fram vårdförloppen?
- Hur väl uppfattar du att man förankrat vårdförloppen inom professionen?
- Hur uppfattar du att man har hanterat remissvaren? Har man tagit tillvara på ert förbunds synpunkter?
- Hur ser stödet för vårdförloppen ut hos era medlemmar?

Innehåll

- Vad tycker du/din organisation är bidraget och nyttan med vårdförloppen?
- Ser du/ni några risker?
- Är det ett bra val att använda just vårdförlopp för att föra ut kunskap, öka jämlikheten och främja personcentrering? Svarar vårdförloppen mot de problem som finns? Om nej: Finns det någon annan åtgärd som hade varit lämpligare?
- Tror du att vårdförloppen kommer att få genomslag?

- Hur uppfattar du att vårdförloppen förhåller sig till horisontella prioriteringar efter behov? (Är de ökade resurser som vårdförloppen ibland ger upphov till motiverade utifrån behoven i patientgruppen, i förhållande till andra sjukdomsgrupper?) Hur har det perspektivet säkerställts?
- Uppfattar du att vårdförloppen begränsar eller underlättar professionella bedömningar?
- Uppfattar du att en sån här standardisering av processen kan ge bättre förutsättningar till personcentrerad på systemnivå? (Bättre förutsättningar att helheten kring patienten fungerar, att de olika delarna samverkar så att man ser hela patientens situation och patienten kommer vidare till nästa steg utan att t.ex. själv behöva driva processen.)
- Hur uppfattar du att patientkontrakt kommer att användas inom vårdförloppen? Påverkar det förutsättningarna för att kommunicera med och involvera patienten?
- Vilket/vilka mål uppfattar du är i fokus för vårdförloppen?
- Inkluderar uppföljningen de dimensioner som ni anser vara viktiga att följa upp eller är det något som saknas?
- Vi utvärderar även uppföljningen av vårdförlopp. Har du några medskick kring det? Vilka tekniska lösningar ser du behov av när det gäller registrering och uppföljning?

INTERVJUGUIDE FÖR SJUKVÅRDSREGIONALA SAMORDNARE

Sjukvårdsregionala nivån

- Vilket uppdrag har du som sjukvårdsregional samordnare?
 - Hur förhåller sig uppdraget till arbetet med kunskapsstyrning samt personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp?
 - Vilka frågor har ni behov av att samordna i arbetet med kunskapsstyrning och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp?
- Vilka strukturer för kunskapsstyrning finns på plats i er sjukvårdsregion och de regioner som ingår i sjukvårdsregionen?
 - Hur långt har ni/de kommit i arbetet?
 - Har ni/de behövt ersätta, komplettera eller bygga upp nya strukturer för kunskapsstyrning?
 - Har politiska beslut tagits om att införa personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp?

Innehåll

- Vad är din bild av målen och nyttan med vårdförloppen?
- Tycker du att de är i linje med de utmaningar som finns inom sjukvårdsregionen?

Stöd

- Vilka riktar sig insatserna för stöd i huvudsak till: regionerna, verksamheterna eller arbetsgrupperna?
- Vilka resurser eller stöd får regionerna?
- Har ni fått någon initial respons från regionerna? Uppfattas stödet som tillräckligt?

Implementering

- Hur långt bedömer du att regionerna har kommit i implementeringen av de beslutade och planerade vårdförloppen?
- Vårdförloppen är även kopplade till omställningen till god och nära vård. Görs den kopplingen i regionerna?
- Kommer den sjukvårdsregionala nivån stötta implementeringsarbetet? På vilket sätt?

Uppföljning

- Hur ska resultat följas upp och återkopplas till regioner, verksamheter och nationell nivå?
- Bedömer du att uppföljningen, så som den är planerad, är relevant för regionerna?

INTERVJUGUIDE REGIONALA PROCESSLEDARE/SAMORDNARE

Innehåll

- Vilka mål uppfattar ni är i fokus (kvalitet, personcentrering, tillgänglighet, effektivitet och jämlikhet)?
- Är innehållet i vårdförloppen relevant i regionen, dvs. siktar de in sig på relevanta mål?
- På vilket sätt kan vårdförloppen bidra till regionens hälso- och sjukvård?
- Upplever ni att kunskapsstyrningen genom vårdförlopp är sammanhållen gentemot annan styrning från nationell nivå?

- Hur förhåller sig vårdförloppen till kunskapsstyrningen i regionen, vårdprogram och liknande?
 - Så här jobbade vi i stort sett tidigare
 - Vissa förändringar
 - Stora förändringar
- Finns utrymme att göra lokala anpassningar?
- Vilka anpassningar har aktualiserats?
- Hur har ni hanterat de anspråk på mer resurser som följer av vissa vårdförlopp?
- Har ni analyserat hur vårdförloppen påverkar resursfördelning mellan patientgrupper?
- Medför införandet av vårdförloppen prioriteringar mellan patientgrupper?
- Hur kommer ni att arbeta för att motverka undanträngning?

Implementering

- Hur långt har ni kommit i arbetet med att implementera?
- Har regionen behövt ersätta, komplettera eller bygga upp helt nya strukturer?
- Vem eller vilka har det övergripande (samlade) ansvaret för att implementera vårdförlopp i regionen?
- Vad innebär ansvaret?
- Vilket stöd har regionen fått från nationell nivå?
- Hur har de ekonomiska resurserna från nationell nivå använts?
- Är stödet från nationell nivå tillräckligt?
- Om inte, vilket stöd skulle ni önska?
- Hur förs/planerar ni föra ut vårdförloppen i verksamheterna (primärvård, specialiserad vård och kommun). Vilka metoder tillämpas?
- Har ni fått någon respons från verksamheterna (positiva synpunkter eller problem som framkommit)?
- Vilka aktörer är/kommer att vara inblandade i införandeprocessen (t.ex. primärvård, kommuner, patient- och professionsorganisationer)? Hur ser deras roller ut?

Uppföljning

- På vilket sätt följs implementeringen upp inom regionen?
- Hur uppfattar du den uppföljning som ska ske nationellt – kommer den att vara användbar för regionen?
- Planeras någon uppföljning av resultat på regional nivå? I så fall, av vad?
- Kommer resultaten återkopplas till verksamheterna? I så fall, hur?

Ledas lika, ledas rätt?

Kunskapsunderlag om standardiserade vårdförlopp

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att öka genomslaget för kunskap i hälso- och sjukvården, och på så sätt öka kvaliteten och minska skillnader i vården. De har tillämpats internationellt och i den svenska cancervården, och sedan 2019 pågår ett arbete med att införa personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp i den svenska hälso- och sjukvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har på regeringens uppdrag tagit fram ett kunskapsunderlag om erfarenheter av standardiserade vårdförlopp. I rapporten redovisar vi vilka effekter de har och vad som är viktigt för ett framgångsrikt införande. Vi sammanställer också områden för en fortsatt uppföljning av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

► **vård- och omsorgsanalys**

