

Stöd på vägen

En uppföljning av satsningen på att
förbättra vården för personer
med kroniska sjukdomar



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

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

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Scandinav Bildbyrå
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri
ISBN 978-91-87213-85-4



Stöd på vägen

En uppföljning av satsningen på att förbättra vården
för personer med kroniska sjukdomar

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Ida Nyström har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektör Marianne Svensson och analyschef Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 2018-05-04

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Hans Winberg
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Karin Nylén
Vikarierande generaldirektör

Ida Nyström
Föredragande



Förord

Behovet av att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar är aktuellt och ses som en nyckelfaktor för att lösa hälso- och sjukvårdens utmaningar. År 2017 avslutades regeringens fyraåriga satsning för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. I den här rapporten presenterar vi ett kunskapsunderlag som vi hoppas ska bidra till ett lärande om satsningen och det fortsatta arbete som följer av och efter satsningen.

Arbetet har bedrivits av en projektgrupp bestående av projektledare och utredaren Ida Nyström samt analytikern Homan Amani. Flera medarbetare har bidragit i delar, bland annat utredare Carl Lundgren, Kajsa Westling och Karin Sandström samt analytiker Agnes Lindvall. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) har bistått Vårdanalys i arbetet.

Vi har många att tacka för värdefulla bidrag till den här rapporten. Ett stort tack vill vi rikta till alla tjänstemän, vårdcentralchefer, forskare, myndighetsrepresentanter samt patient- och professionsföreträdare som tagit sig tid att intervjuas. Vi vill också rikta ett tack till Mattias Örnerhiem och Mattias Elg vid Linköpings universitet för vägledning och kvalitetssäkring. Slutligen vill vi även tacka Eskil Degsell, Marie Steen och Mårten Jansson från vårt patient- och brukarråd, Eva Nilsson Bågenholm, tidigare nationell äldresamordnare vid Socialdepartementet, samt Anna Nergårdh och Louise Andersson, utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Ni har alla bidragit med värdefulla synpunkter i arbetet med rapporten.

Stockholm i juni 2018

Karin Nylén

Vikarierande generaldirektör



Sammanfattning

Regeringens satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar har pågått under 2014–2017 och skulle omfatta 450 miljoner kronor. I den nationella strategin som ligger till grund för satsningen lyfts tre områden som särskilt angelägna att utveckla för dessa personer: kunskapsbaserad vård, patientcentrerad vård och prevention. Målen med satsningen var att främja utvecklingen inom de områdena.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har haft i uppdrag av regeringen att följa upp och analysera hur insatserna i satsningen har genomförts. I uppdraget har det ingått att följa upp samverkan mellan berörda aktörer i satsningen och vad den bidragit till i genomförandet av insatserna. Det har också ingått att analysera framgångsfaktorer i arbetet med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar och hur insatserna fortsatt kan tas omhand inom landstingen för att de, på lång sikt, ska kunna bidra till en bättre vård.

Vi har använt flera metoder för att följa upp satsningen: intervjuer, enkäter, dokumentanalys och en litteraturstudie. Intervjuerna med personer inom satsningen har varit en central källa i vår uppföljning – vi har intervjuat både aktörer som genomfört insatser och de målgrupper som insatserna riktar sig till. Vi har genomfört cirka 50 intervjuer och under dem har cirka 100 personer bidragit med sina kunskaper och erfarenheter.

SLUTSATSER: SATSNINGEN HAR VARIT ANGELÄGEN MEN UTVECKLINGSARBETET BEHÖVER FORTSÄTTA OCH BREDDAS

Vår sammantagna bedömning är att satsningen utgår från väl kända behov för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Av



satsningens tre utvecklingsområden har i huvudsak kunskapsbaserad vård varit i fokus. Viktiga steg har tagits för att stärka kunskapsstyrningen, men utvecklingsarbetet behöver fortsätta och breddas.

► *SKL och landstingen, Socialstyrelsen samt professions- och patientorganisationer har varit centrala aktörer i satsningen*

Satsningen har varit bred sett till antalet aktörer som deltagit: 63 aktörer har fått medel från satsningen som skulle omfatta totalt 450 miljoner kronor. Mellan åren 2014 och 2017 fördelades 477 miljoner kronor för insatserna inom satsningen. De totala kostnaderna för satsningen blev 425 miljoner kronor med hänsyn tagen till återbetalningar på 52 miljoner kronor. I förhållande till medlens storlek har några aktörer varit mer centrala än andra. De är i fallande ordning SKL tillsammans med regioner och landsting (cirka 50 procent av fördelade medel, 224 mkr), Socialstyrelsen (cirka 25 procent, 113 mkr), samt professions- (13 procent, 63 mkr) och patientorganisationer (5 procent, 24 mkr).

► *Insatsernas fokus har legat på att stödja primärvården till en kunskapsbaserad vård*

Totalt genomfördes omkring 350 insatser i satsningen. En del insatser har varit av systembyggande karaktär och utvecklats över tid, medan andra har utgjort mer tidsavgränsade punktinsatser. Fokus har legat på att stödja primärvården till en kunskapsbaserad vård.

SKL och landstingen har arbetat gemensamt med ett antal utvecklingsområden med syfte att förbättra förutsättningarna för kunskapsstyrning. Bland annat har de utvecklat nya strukturer för att kunskapsstöd ska kunna tas fram och tillgängliggöras av landstingen gemensamt. De har också arbetat med insatser för att förbättra möjligheten till uppföljning inom primärvården och främja patientcentrerade arbetssätt i primärvården.

Socialstyrelsens insatser har främst varit kopplade till arbetet med nationella riktlinjer. De har tagit fram nya nationella riktlinjer för fler kroniska sjukdomar och på olika sätt arbetat med att tillgängliggöra och anpassa riktlinjerna för olika målgrupper, inklusive patienter. De har också haft i uppdrag att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Patient- och professionsorganisationernas insatser har främst resulterat i utbildningar, föreläsningar, kunskapsstöd och information med koppling till satsningens utvecklingsområden.

► *Satsningen utgår från väl kända behov*

Vår sammantagna bedömning är att satsningens utvecklingsområden, och flera av de centrala insatser som har genomförts för att främja dem, utgår från kända behov.

Av satsningens tre utvecklingsområden har främst kunskapsbaserad vård varit i fokus. Viktiga steg har tagits för att stärka kunskapsstyrningen – satsningen har bidragit till nya strukturer och system för att kunskapsstöd ska kunna tas fram och tillgängliggöras. Det finns också stöd i forskningen för att insatserna i satsningen som kopplar till att förbättra kunskapsstyrningen är framgångsrika.

Satsningen har, som vi bedömer det, troligen gynnats av att regeringen tog in olika aktörers perspektiv i planeringen och utformningen av den, att en gemensam strategi låg till grund för arbetet samt att SKL och landstingen fokuserade på ett antal gemensamma insatsområden. Satsningen har samtidigt gett utrymme för en lokal variation där landstingen själva prioriterat utvecklingsarbetet och insatserna efter lokala behov, vilket vi ser som positivt.

► *Majoriteten av insatserna har skett i samverkan vilket har bidragit till ett större genomslag*

Majoriteten av alla insatser i satsningen har genomförts i samverkan mellan aktörer på olika nivåer inom hälso- och sjukvården vilket har bidragit till insatsernas resultat och spridning.

Insatserna har i sig bidragit till utvecklade förutsättningar för samverkan, till exempel genom nationella programråd där syftet har varit att öka samverkan i kunskapsstyrning inom och mellan nationell, regional och lokal nivå. Landstingen har även genom satsningen använt stödjande funktioner som underlättar samverkan, alltså personer som stödjer arbetet med kunskapsstyrning och förbättringsarbete på lokal nivå hos vårdverksamheterna. Det har även funnits en tydlig medverkan och samverkan från professionernas sida i satsningen – både i initieringen och genomförandet av insatserna.

► *Kommunerna har inte haft en central roll i satsningen*

Även om samverkan har varit bred har den inte skett med, eller mellan, alla aktörer som arbetar kring personer med kroniska sjukdomar. Kommunerna har inte fått medel från satsningen på samma sätt som till exempel landstingen. Satsningen har inte heller styrt mot att öka samverkan mellan landsting och kommuner. Kommunerna har i låg



utsträckning varit delaktiga i satsningen eller en målgrupp för de insatser som har genomförts. De står för en väsentlig del av vården och omsorgen för personer med kroniska sjukdomar. För att förbättra den vården och omsorgen är det centralt dels att fortsätta utveckla förutsättningarna för kommuner att bedriva en personcentrerad och kunskapsbaserad vård genom till exempel fortbildning för personal eller förbättrade möjligheter till systematisk uppföljning, dels att samverka mellan kommuner och landsting utvecklas.

Många personer med kroniska sjukdomar har flera olika vårdkontakter och kontakter med aktörer utanför vården i form av exempelvis omsorgsinsatser från kommunen. Det är därför centralt att landsting och andra huvudmän tillsammans säkerställer ett helhetsansvar för personer med kroniska sjukdomar, och att olika vårdgivare samordnar sig med aktörer som den kommunala omsorgen, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan. Det samordnade stödet måste göras med personens hela situation, nätverk och behov som utgångspunkt, inte endast utifrån personens diagnoser.

Även landstingen och patientorganisationerna har samverkat i lägre grad. Generellt har patientorganisationernas insatser varit mer fristående i jämförelse med landstingens och professionens insatser.

Inte heller näringsliv eller entreprenörer har varit centrala aktörer i satsningen.

► *Patienters kunskaper har inte systematiskt tagits tillvara i satsningen*

Även om strategin angav patientcentrerad vård som ett centralt utvecklingsområde har satsningen inte fått ett systematiskt genomslag i de frågorna. Flera initiativ och projekt har genomförts för att få en mer patientcentrerad vård men insatserna är färre till antalet och spridda inom enstaka landsting eller verksamheter. Huvuddelen av de centrala insatserna riktar sig till professionen för att de ska kunna erbjuda en mer jämlik och kunskapsbaserad vård. Patientorganisationernas insatser har i högre grad än övriga aktörers riktats *direkt* till patienter för att stärka dem, till exempel till ökad egenvård eller prevention.

Vi ser att olika aktörer ofta haft patientmedverkan i sitt arbete och patientrepresentanter lyfter generellt att deras deltagande efterfrågas allt mer. Men det är fortsatt oklart hur delaktigheten sker, och vad den syftar till att bidra med. Arbetet handlar fortfarande mycket om att utveckla hälso- och sjukvården *för* patienter, inte *med* dem.

► *Patientcentrering är inte en fullt ut integrerad del av kunskapsstyrningen*

Patientcentrering är inte en fullt ut integrerad del av kunskapsstyrningen som varit i fokus för satsningen. Det är inte tydligt hur kunskapsstyrningen tar tillvara och integrerar patienters kunskap i vården. Många centrala insatser i satsningen bygger dessutom på en traditionell indelning utifrån diagnoser och det finns en utmaning i att generera bättre kunskap som förbättrar vården för personer med samsjuklighet.

► *För tidigt att dra slutsatser om satsningens långsiktiga effekter*

Det är för tidigt att dra slutsatser om de långsiktiga effekterna av insatserna som har genomförts inom ramen för satsningen. Flera av de centrala insatserna är fortfarande i en etableringsfas och många insatser bygger vidare på redan tidigare påbörjade arbeten. Det pågår också flera parallella initiativ för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar, till exempel den nationella cancerstrategin. Sammantaget är det därför svårt att isolera satsningens bidrag. Samtidigt finns det exempel på effekter som skulle kunna kopplas till insatser i satsningen.

Det vi kan se är att majoriteten av aktörerna har genomfört de insatser de planerat eller haft i uppdrag att genomföra och därigenom uppnått sina insatsspecifika mål. Insatserna har resulterat i en mängd nya kunskapsunderlag, verktyg, system, utbildningar och utvecklingsarbeten. Samtidigt kvarstår ett omfattande arbete för att den breda nyttan med insatserna ska förverkligas.

I våra intervjuer ser vi även vissa attitydförändringar i vården när det gäller behovet att främja patientcentrering och prevention. Ett annat exempel är att vårdcentralchefer i offentlig regi anser att stödet från landstingen har blivit något bättre, kopplat till satsningens utvecklingsområden. Chefer för vårdcentraler i privat regi anser i lägre utsträckning att det har skett en förbättring.

► *Satsningen har bidragit till en förändrad styrning av vården*

En tidig effekt vi ser av satsningen är att den har bidragit till en förändrad kunskapsstyrning i vården. Under 2018 har landsting och regioner, med stöd av SKL, börjat etablera ett gemensamt system för kunskapsstyrning med grund i erfarenheter från satsningen. Systemet baserar sig bland annat på de insatser som SKL och landstingen gemensamt genomfört.

► *Satsningen förväntas inte på kort sikt ge genomgripande förändringar för personer med kroniska sjukdomar*

Samtidigt som satsningen i flera delar har fungerat väl pekar forskningen på att det på kort sikt inte kan förväntas några genomgripande förändringar för personer med kroniska sjukdomar. De flesta insatserna inom ramen för satsningen har lett till kunskapsunderlag och stödsystem, men ännu inte flyttat in i den kliniska vardagen eller i stort påverkat och förändrat hur vården genomförs. En slutsats är även att satsningen har varit traditionell i den meningen att den i stor utsträckning byggt på tidigare arbeten och redan etablerade aktörer. Kopplingen till digitala verktyg, nya arbetssätt eller förändrade roller och ansvar i klinisk verksamhet har till exempel varit svag.

► *Förutsättningarna för långsiktighet är relativt goda men det krävs fortsatt utveckling och stödstrukturer*

Sammantaget ser vi att satsningens förutsättningar för långsiktighet är relativt goda – majoriteten av insatserna som har initierats kommer att fortsätta på ett eller annat sätt. Landstingen har ställt sig bakom en gemensam finansiering och arbetsfördelning av centrala delar i satsningen inom ramen för det nya gemensamma systemet för kunskapsstyrning. Men samtidigt varierar och saknas ofta stöd- och mottagarorganisationer i landstingen som fortsatt kan ta tillvara och utveckla insatserna inom satsningen, vilket kan påverka möjligheterna att ge effekt. För att de insatser som utvecklats ska få en långsiktig effekt ser vi att det kommer att behövas ett fortsatt och utvecklat verksamhetsnära stöd.

Många utvecklingsinitiativ och insatser inom satsningen har varit riktade till primärvården. De verksamhetsrepresentanter vi intervjuat är ofta positiva till verktygen och stöden som utvecklats i satsningen. Samtidigt anser många verksamheter att de saknar de mer centrala förutsättningarna för att kunna bidra till en bättre vård för personer med kroniska sjukdomar, till exempel avsatt tid, personal, avgränsat uppdrag eller stöd i prioritering. Även patientrepresentanter lyfter att de behöver stöd för att bättre kunna delta i och bidra till det fortsatta förbättringsarbetet – både som enskilda individer och som företrädare för ett kollektiv.

Ytterligare en förutsättning för att insatserna på sikt ska bidra till en bättre vård för personer med kroniska sjukdomar är att arbetet kopplas till konkreta mål som patienter varit med och definierat, och att effekterna för patienterna sedan följs upp. Möjligheten till uppföljning har stärkts genom

satsningens insatser men patientperspektivet i uppföljningsarbetet har inte stärkts på samma sätt. Till exempel saknas i hög grad uppföljningsmöjligheter utifrån patientrapporterad data samt uppföljning av insatser som syftar till att direkt stärka patienter – såsom egenvård.

REKOMMENDATIONER FÖR DET FORTSATTAR BETET

Arbetet med att förbättra vården och omsorgen för personer med kroniska sjukdomar behöver fortsätta och vara i fokus hos både regeringen och landstingen. Satsningen har i många delar potential att utveckla vården på ett positivt sätt och viktiga steg har tagits för att stärka kunskapsstyrningen. Men det krävs ett fortsatt och bredare utvecklingsarbete för att främja en mer patientcentrerad vård för personer med kroniska sjukdomar och prevention för att begränsa förekomsten av kroniska sjukdomar och stärka livskvaliteten för dem som lever med sjukdomarna. En förutsättning är att patienterna är delaktiga i utvecklingsarbetet och att alla nivåer tar tillvara deras perspektiv, kunskap och erfarenheter. Med grund i vår uppföljning av satsningen ger vi följande rekommendationer till landstingen och regeringen i deras fortsatta utvecklingsarbete.

Rekommendationer till landstingen

- *Landstingen bör se till att utvecklingsinitiativen "flyttar in" i den kliniska vardagen*

De flesta insatserna inom ramen för satsningen har lett till kunskapsunderlag och stödsystem. Vad som nu behöver ske är en förflyttning av insatserna till den kliniska vardagen. Hur kan initiativen som realiserats i de omkringliggande systemen komma till nytta i vårdens vardag och för patienters egenvård? Sett till satsningens insatser tror vi att landstingen behöver ta tillvara det som gjorts och fokusera mer på att skapa möjligheter för vården att testa och utvärdera mer oprövade lösningar tillsammans med patienterna. Detta för att utveckla vårdprofessionens dagliga uppgifter och roller i mötet med och i förhållande till patienterna. Även det nära ledarskapet i primärvården är centralt för att insatserna ska komma till nytta i vårdens vardag i mötet med patienterna. Därför behövs även insatser som bidrar till att stödja detta nära ledarskap – insatser som syftar till att skapa utrymme för chefer att vara närvarande i verksamheterna och efterfråga, besluta och följa upp utvecklingsinsatser utifrån patienternas behov.



► *Landstingen bör tydliggöra och utveckla patientperspektivet i kunskapsstyrningen*

Kunskapsstyrningen behöver utvecklas och tydliggöras, främst sett till hur den tar tillvara och integrerar patienternas kunskap i vården. En förutsättning för att stärka patientperspektivet är att patienterna är delaktiga – både som individer och som kollektiv. De kan påverka hur de lever med sin sjukdom och själva bidra till sin vård och hälsa. Deras kunskaper kan även bidra till att utveckla hälso- och sjukvården på olika nivåer. Landstingen och dess verksamheter bör fortsatt ta reda på vad patienter och patientorganisationer själva kan och vill bidra med i utvecklingen av vården, och stödja dem i det arbetet.

Såväl befolkningen i allmänhet som patienter och deras närstående skulle i större utsträckning kunna stärkas genom att få möjlighet till ökat inflytande, samt bli mer delaktiga och medskapande. Det behövs fler insatser riktade *direkt* till dem för att bland annat stärka dem i prevention eller egenvård, till exempel med hjälp av digital teknik. Landstingen bör även låta patienter ta del av vårdens kunskapsstöd – pålästa personer kan vara med och driva mot en högre kvalitet av sin vård och behandling. Att fortsätta att utveckla uppföljningen och kunskapsunderlag kring samsjuklighet är ytterligare ett utvecklingsområde.

Stödstrukturerna som utvecklas av landstingen i samverkan med varandra bör även beakta samverkan kring innovationsfrågor och patient-medverkan. Samverkan med kommunerna behöver också tydliggöras och utvecklas i kunskapsstyrningen.

► *Landstingen bör säkerställa uppföljning av insatsernas effekter för personer med kroniska sjukdomar*

Vi ser att landstingen behöver ta tillvara de insatser och strukturer för samverkan som vuxit fram i satsningen. Arbetet behöver även brytas ned i konkreta mål som patienter varit med och definierat – dels vad som ska uppnås, dels hur effekterna av arbetet ska följas upp för att bidra till lärande. Här behövs även en fortsatt utveckling av mål och mått som är relevanta för patienterna, till exempel patientrapporterad data, och utvecklade förutsättningar för systemuppföljning över organisationsgränserna.

► *Landstingen bör säkerställa att verksamheterna får fortsatt stöd och förutsättningar att använda verktygen som tagits fram*

De primärvårdsrepresentanter vi intervjuat är ofta positiva till verktygen och stöden som utvecklats i satsningen. Sådana insatser kan bidra till att stärka primärvårdens utvecklingskraft och förbättra förutsättningar för lärande. Samtidigt anser många verksamheter i primärvården att de inte har tillräckliga förutsättningar för att dra nytta av de verktyg och stöd som utvecklas och därigenom kunna bidra till en bättre vård för personer med kronisk sjukdom. Som Vårdanalys tidigare rekommenderat bör primärvårdens uppdrag och funktion i hälso- och sjukvården tydliggöras och landstingen bör säkerställa att primärvården har tillräckliga resurser i förhållande till sitt uppdrag. Landstingen behöver säkerställa ett fortsatt och nära stöd för utvecklings- och förbättringsarbete ute i verksamheterna efter deras behov. Verksamheterna behöver också förutsättningar som fortbildning, kompetensförsörjning samt tid och stöd till prioriteringar. Landstingen bör tydliggöra vem som ansvarar för stödet och hur verksamheterna kan få det.

Rekommendationer till regeringen

► *Regeringen bör säkra en nationell uppföljning av det fortsatta arbetet kring kunskapsstyrningen*

Det system för kunskapsstyrning som utvecklats under satsningen kan delvis förändra rollerna mellan myndigheterna och landstingen i kunskapsstyrningen. Regeringen bör säkra att kunskapsunderlagen och rekommendationerna som alltmer tas fram av landstingen i samverkan också följs upp utifrån användning och bidrag eller effekter. Regeringen bör även följa upp att de prioriteringar och fokusområden som landstingen gemensamt satsar på inte riskerar en ojämlig hälso- och sjukvård utifrån patientgrupper och personers olika behov, och att det finns en god överensstämmelse mellan underlagen som tas fram av myndigheterna och landstingen. Ur ett patient-, brukar- och invånarperspektiv bör regeringen följa upp hur kunskapssystemet bidrar till en mer personcentrerad vård.





Innehåll

1	Inledning.....	25
1.1	Vårdanalys har regeringens uppdrag att följa upp satsningen.....	25
1.2	Rapportens disposition	26
2	En satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar	29
2.1	Om strategin som ligger till grund för satsningen.....	29
2.2	Genomförandet av den nationella strategin och satsningen	32
2.3	Satsningen kompletterar och bygger vidare på andra satsningar	33
3	Så här har vi genomfört uppföljningen	37
3.1	Analysramverk och metod	37
4	Utgångsläge.....	45
4.1	Både utmaningar och möjligheter i vården för personer med kroniska sjukdomar.....	45
5	Medel har fördelats till ett flertal aktörer inom satsningen	53
5.1	Kriterier för utbetalda medel skiljer sig mellan åren	53
5.2	Några centrala aktörer inom satsningen sett till utbetalda medel.....	54
5.3	Aktörernas insatser har haft fokus på kunskapsbaserad vård.....	57
6	Socialstyrelsen – insatser med fokus på nationella riktlinjer	61
6.1	Socialstyrelsen har arbetat med två huvudsakliga insatsområden.....	61
6.2	Ett flertal insatser med koppling till nationella riktlinjer	63



6.3	Fortsatt stöd till införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	70
7	Insatser av övriga nationella aktörer	81
7.1	Livsmedelsverket – fokus på stöd om kostråd och matvanor.....	81
7.2	Nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård	85
7.3	SBU – tre insatser med fokus på kunskapsbaserad vård.....	88
8	SKL och landsting – insatser med fokus på kunskapsstyrning	93
8.1	Utgångspunkt i årliga överenskommelser med regeringen	94
8.2	Medlen användes för att arbeta med insatsområden i överenskommelsen	95
8.3	Effektivare kunskapsspridning genom arbete med programråd: Nationella programråd	96
8.4	Utveckla former för att långsiktigt samordna landstingens kunskapsstöd: Nationell kliniskt kunskapsstöd	106
8.5	Främja uppföljning inom primärvården: PrimärvårdsKvalitet	118
8.6	Främja patientcentrerade arbetssätt i primärvården: Flippen	127
8.7	Främja ledarskap mot förbättrade patientresultat: Att leda för bästa möjliga vård	137
8.8	Vårdcentralchefer i offentlig regi anser att stödet från landstingen har blivit något bättre.....	140
9	Insatser av patient- och professionsorganisationer	147
9.1	Tre typer av statsbidrag med olika kriterier	148
9.2	Insatsernas fokus har varit utbildning och kunskapsstöd	150
9.3	Slutsatser ur ett långsiktighets- och patientperspektiv	154
10	Sammantagen analys.....	161
10.1	Majoriteten av insatserna har skett i samverkan – det har bidragit till större genomslag	161
10.2	Patienters kunskaper har inte systematiskt tagits tillvara i satsningen.....	165
10.3	Vi kan se vissa tidiga effekter	168
10.4	Förutsättningar för långsiktighet.....	172

11 Sammantagen bedömning och rekommendationer	179
11.1 Satsningen har varit angelägen men utvecklingsarbetet behöver fortsätta och breddas.....	179
11.2 Rekommendationer för det fortsatta arbetet	183
12 Referenser	189
Bilagor	203
Bilaga 1 – Våra arbetsmetoder	203
Bilaga 2 – Organisationer som beviljats statsbidrag	217





Inledning

År 2017 avslutades regeringens fyraåriga satsning för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Nästan halva befolkningen har en kronisk sjukdom. Vissa personer har minde besvär till följd av sin sjukdom medan för andra påverkas den dagliga livsföringen genom hela livet. Regeringens grundläggande motiv bakom satsningen var att många av dagens kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas (Socialdepartementet 2014b). En förbättrad sjukvård för personer med dessa sjukdomar ansågs därför vara viktig för patientens välbefinnande.

Satsningen skulle utgå från tre förbättringsområden som regeringen såg som särskilt angelägna att utveckla: patientcentrerad vård, kunskapsbaserad vård samt prevention och tidig uppmärksamhet. Inom respektive område ville regeringen se en utveckling där personer med kroniska sjukdomar är mer delaktiga i vård och prevention. Satsningen skulle omfatta totalt 450 miljoner kronor.

De centrala aktörerna i satsningen var SKL, regioner och landsting, Socialstyrelsen samt patient- och professionsorganisationer. Totalt 63 aktörer ansvarade för insatserna i satsningen och omkring 350 insatser genomfördes.

1.1 VÅRDANALYS HAR REGERINGENS UPPDRAG ATT FÖLJA UPP SATSNINGEN

I november 2016 fick Vårdanalys regeringens uppdrag att följa upp och analysera hur insatserna inom ramen för regeringens satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar 2014 till 2017 har genomförts (Socialdepartementet 2016b).



Vi ska enligt uppdraget:

- följa upp och analysera hur insatserna har genomförts
- följa upp samverkan mellan berörda aktörer i satsningen och hur denna samverkan bidragit till genomförandet av insatserna
- analysera framgångsfaktorer i arbetet med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar och analysera hur insatserna fortsatt kan tas omhand inom landstingen för att de, på lång sikt, ska kunna bidra till en bättre vård för dessa personer
- särskilt granska insatserna utifrån ett patient- och medborgarperspektiv
- göra en samlad bedömning av insatserna utifrån vår analys.

För att svara på frågorna i uppdraget har vi utgått från ett programteoretiskt ramverk. Syftet med det har varit att på ett systematiskt sätt beskriva utgångspunkten för satsningen, olika aktörers roller, hur satsningen har genomförts och vilka resultat som satsningen har åstadkommit. Genomgående har implementeringsforskning varit vägledande i vårt arbete. Vi har använt ett flertal metoder i uppföljningen: intervjuer, enkäter, dokumentanalys och en litteraturstudie. Våra intervjuer med nyckelpersoner inom satsningen har varit en central källa. Se vidare hur vi har genomfört uppföljningen i kapitel 3 och i bilaga 1.

1.2 RAPPORTENS DISPOSITION

I kapitel två beskriver vi bakgrunden till satsningen, i vilket sammanhang den genomförts och hur den utformats. I kapitel tre beskriver vi hur vi har genomfört vår uppföljning.

I kapitel fyra tar vi ett avstamp i utgångsläget i vården för personer med kroniska sjukdomar, där vi kortfattat beskriver centrala utmaningar och möjligheter.

I kapitel fem beskriver vi tonvikten i satsningen och hur medel har fördelats till olika aktörer 2014–2017. I kapitel sex till nio beskriver och analyserar vi insatsområdena och insatserna med utgångspunkt från olika aktörer.

I kapitel tio gör vi en sammantagen analys kopplad till frågeställningarna i vårt uppdrag. Slutligen lämnar vi i kapitel elva en samlad bedömning av satsningen och rekommendationer om vad landsting och regeringen kan göra för att stärka långsiktigheten och patientperspektivet i det fortsatta arbete som följer av och efter satsningen.



En satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

I september 2013 aviserade regeringen en fyraårig satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar (Regeringen 2013). Satsningen skulle pågå mellan 2014 och 2017 och omfatta totalt 450 miljoner kronor: 50 miljoner kronor avsattes för 2014, 100 miljoner kronor för 2015, och 150 miljoner kronor för 2016 respektive 2017 (Regeringen 2013). Arbetet skulle inledas med att ta fram en nationell strategi som pekade ut riktningen för satsningen:

” Regeringen vill förbättra vården för personer med långvarig eller kronisk sjukdom. Regeringen avser därför att ta fram en strategi som ska visa inriktningen på hur vården kan utvecklas för att bli mer effektiv, i högre grad involvera patienterna och öka deras tillgång till information. Strategin syftar även till att främja en mer ändamålsenlig organisering av vården...”

(Regeringen 2013)

2.1 OM STRATEGIN SOM LIGGER TILL GRUND FÖR SATSNINGEN

Den nationella strategin som ligger till grund för satsningen beslutades av regeringen i januari 2014 (Socialdepartementet 2014c). Flera aktörer medverkade i att ta fram strategin, som representanter för patienter och professioner inom hälso- och sjukvården, landsting och myndigheter. I strategin beskrivs satsningens syfte, vision och förbättringsområden.

Syftet var att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige. Satsningens vision formulerades som *Med fokus*



på kroniska sjukdomar – bästa möjliga hälsa och en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård (Socialdepartementet 2014b).

2.1.1 I strategin beskrivs varför regeringen beslutade om satsningen

De grundläggande motiven bakom satsningen var flera. Till exempel beskriver regeringen att forskning och erfarenheter visar att många kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas. En förbättrad sjukvård för personer med kroniska sjukdomar ansågs därför vara viktig för patientens välbefinnande (Socialdepartementet 2014b).

Ett annat motiv var att en bättre vård är viktig för samhällsekonomin: ”När fler personer lever allt längre med kroniska sjukdomar får det stora ekonomiska konsekvenser både för den enskilde och för samhället. Vården av personer med kroniska sjukdomar står för en stor del av sjukvårdskostnaderna. Dessa personer är också i högre grad långtidssjukskrivna och står utanför arbetsmarknaden” (Socialdepartementet 2014b). Enligt regeringen är det därför av stor strategisk betydelse att vården förbättras. Det leder till en i alla delar mer långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Genom strategin betonar också regeringen att en bättre vård förutsätter ökade möjligheter för patienterna att vara delaktiga i sin vård. Enligt regeringen förutsätter det att de förebyggande insatserna prioriteras mer. Dessutom lyfts behovet av ett mer fokuserat och systematiskt arbete för att öka de nationella riktlinjernas genomslag (Socialdepartementet 2014b).

2.1.2 Strategin lyfter att tre områden är särskilt angelägna att utveckla

Strategin lyfter fram tre förbättringsområden som särskilt angelägna att utveckla: patientcentrerad vård, kunskapsbaserad vård samt prevention och tidig uppmärksamhet. Inom respektive område ville regeringen se en utveckling som innebär att personer med kroniska sjukdomar är mer delaktiga i vård och prevention.

Strategin utgår från en bred definition av kronisk sjukdom (se 3.1.4) och nämner vanligt förekommande kroniska sjukdomar. Utöver det är det inte tydligt om olika perspektiv, till exempel barnperspektivet, särskilt ska uppmärksammas i de utvecklingsområden eller insatser som lyfts.

En uttalad avsikt med satsningen var att särskilt betona och utgå ifrån den nära hälso- och sjukvården (primärvård, närsjukvård) i de identifierade utvecklingsområdena och för de insatser som har genomförts (Socialstyrelsen 2018a). Figur 1 sammanfattar strategins identifierade utvecklingsområden och exempel på insatser som behöver genomföras för att förbättra respektive område.

Figur 1. Nationella strategin – identifierade utvecklingsområden och insatser.

Patientcentrerad vård	▶ Främja information till patienter och anhöriga om medverkan och delaktighet ▶ Främja kunskapen om bemötande och delaktighet i hälso- och sjukvård ▶ Främja utvecklingen av tekniker för patienter att styra sin egen vård ▶ Främja samverkan mellan vårdenheter och vårdnivåer
Kunskapsbaserad vård	▶ Anpassa riktlinjerna till förutsättningarna i vården ▶ Främja tillämpningen av nationella riktlinjer ▶ Initiera nya riktlinjer ▶ Främja kunskapsutbyte mellan landsting ▶ Främja lärande och förbättring inom hälso- och sjukvården ▶ Främja kunskap om ledarskapets betydelse
Prevention och tidig uppmärksamhet	▶ Utvecklingen av ett hälsofrämjande förhållningssätt i hela hälso- och sjukvården ▶ Tillämpningen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ▶ Kunskapsutvecklingen om prevention och tidig uppmärksamhet ▶ Kunskap om preventivt arbete och tidigt uppmärksamhet hos patienter och anhöriga

Källa: Socialdepartementet 2014b.

Satsningen ligger i linje med andra internationella initiativ

I våra intervjuer framkommer att internationella arbeten om att stärka vården för personer med kroniska sjukdomar har bidragit till satsningens utformning.

Internationella arbeten inom till exempel Världshälsoorganisationen (WHO) och Förenta Nationerna (FN) ligger i linje med de utvecklingsområden som lyfts i strategin. Prevention och patientcentrering ses som viktiga utvecklingsområden internationellt, och även kunskapsbaserad vård ses som ett angeläget område att utveckla.

WHO har bland annat tagit fram en global handlingsplan för prevention och kontroll av kroniska sjukdomar (WHO 2013). I den lyfts olika utvecklingsområden och politiska alternativ för medlemsländerna att hantera för att undvika ”bördan av kroniska sjukdomar”. Bland annat lyfts behovet av att satsa på prevention och tidig upptäckt, kvalitetssäkring och system för ständiga förbättringar för prevention och behandling av kroniska sjukdomar, inklusive användningen av evidensbaserade riktlinjer med fokus på primärvården. Man lyfter även behovet av att stärka patienter så att de själva får verktyg och information för tidig upptäckt och att bättre kunna hantera sin sjukdom.

I FN:s Agenda 2030 är ett mål att minska antalet personer som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt att främja psykisk hälsa och välbefinnande i befolkningen. Målen ska nås genom både förebyggande insatser och behandling (Regeringskansliet 2015).

2.2 GENOMFÖRANDET AV DEN NATIONELLA STRATEGIN OCH SATSNINGEN

Hösten 2013 utsåg regeringen en nationell samordnare för satsningen som skulle hålla ihop arbetet med den nationella strategin. Som ett led i genomförandet skulle strategin kompletteras med årliga handlingsplaner för att initiera insatser inom ramen för satsningen respektive år (Socialdepartementet 2014b).

En så kallad högnivågrupp med företrädare för patienter, professioner inom hälso- och sjukvården, landsting och myndigheter såg över behovet av insatser och vägledde regeringen i arbetet med den handlingsplan som togs fram 2014 (Socialdepartementet 2014a). I högnivågruppen ingick företrädare för Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Folkhälsomyndigheten, Handikappförbunden (nuvarande Funktionsrätt Sverige), Sveriges Läkarförbund, Svensk förening för allmänmedicin och Vårdförbundet samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och representanter från Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket (Percan 2013, Socialdepartementet 2014b).

I handlingsplanen för 2014 beskriver regeringen hur de avser att uppnå de mål som angetts i den nationella strategin genom specifika insatser inom de tre delområdena. Ett särskilt fokus låg på området kunskapsbaserad vård och insatser riktade mot primärvården.

Enligt handlingsplanen skulle insatserna lägga grunden för det fortsatta arbetet 2015 till 2017 (Socialdepartementet 2014a). Vår uppföljning visar att så även blivit fallet – de centrala insatser som bland annat Socialstyrelsen, SKL och SBU genomfört under satsningen initierades i handlingsplanen (se kapitel 6–9).

Utöver handlingsplanens initierade insatser beviljade regeringen ytterligare ansökningar från olika aktörer om att genomföra insatser inom satsningen. I våra intervjuer framkommer att det var den nationella samordnaren och högnivågruppen som tog ställning till insatserna som initierades under 2014 med utgångspunkt från strategin.

Efter 2014 togs det inte fram någon ytterligare handlingsplan. Däremot har staten mellan 2014 och 2017 slutit årliga överenskommelser med SKL med

fokus på olika insatsområden som SKL och landstingen skulle genomföra. Staten har även gett statliga myndigheter i uppdrag att genomföra specifika insatser inom ramen för satsningen.

SKL har också under åren 2015–2017, enligt överenskommelserna med staten, fördelat utvecklingsmedel till regioner och landsting. Socialstyrelsen har under samma år hanterat två särskilda statsbidrag kopplade till satsningen. På så sätt har flera olika aktörer fått del av medel inom satsningen. Insatserna har främst genomförts av statliga myndigheter, SKL, regioner och landsting samt av professions- och patientorganisationer.

2.3 SATSNINGEN KOMPLETTERAR OCH BYGGER VIDARE PÅ ANDRA SATSNINGAR

Satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar är både ett komplement till och en fortsättning på andra satsningar, strategier och insatser som regeringen initierat (Socialdepartementet 2014b). Under satsningens genomförande har det funnits flera andra pågående och avslutade statliga initiativ som ska bidra till att förbättra vården och den medicinska rehabiliteringen samt minska sjukfrånvaron för personer med kroniska sjukdomar. Exempel på dem finns i tabellen nedan.

Tabell 1. Exempel på andra initiativ med koppling till kroniska sjukdomar.

Andra initiativ med koppling till kroniska sjukdomar	År	Medel (mkr)
Överenskommelse om kortare väntetider i cancervården	2015–2018	1 813
Strategin för en god och mer jämlik vård	2012–2016	Ej specificerat*
Satsningen på de mest sjuka äldre	2011–2014	4 300
PRIO psykisk ohälsa	2015–2015	3 434
Statliga psykiatrisatser forts.	2016–2018	3 144
En nationell läkemedelsstrategi	2011–	Ej specificerat**
En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess	2017–2018	2 880

Källa: Hämtat från regeringens och SKLs webbsidor.

Not: * I Strategin beskrivs flera insatser av myndigheter, landsting och även andra strategier, till exempel Nationella kvalitetsregistersatsningen. ** I Strategin beskrivs flera insatser av myndigheter, landsting, exempelvis uppdrag till TLV om Värdering av behandlingseffekt i klinisk vardag.

Att satsningen kan ses som ett komplement till och en fortsättning på tidigare insatser blir tydligt genom de överenskommelser som har slutits mellan staten och SKL. Bara under 2017 fanns det till exempel tio olika överenskommelser inom vård och omsorg mellan SKL och staten, varav överenskommelsen



som innehöll insatser för bättre vård till personer med kroniska sjukdomar utgjorde en (SKL 2017f).

Den första överenskommelsen som slöts mellan staten och SKL 2014 inom satsningen byggde även vidare på tidigare arbeten och överenskommelser. Redan i överenskommelsen mellan staten och SKL för 2011 framkom att SKL skulle påbörja ett arbete med att beskriva och ta fram genomförandeplaner för hur strukturerna för förbättring, innovation, forskning, öppna jämförelser och andra aspekter av kunskapsstyrningen kunde tydliggöras, utvecklas och organiseras (Socialdepartementet 2011a).

Även de uppdrag som Socialstyrelsen har haft inom ramen för satsningen pekar på att det handlar om att utveckla pågående arbeten. Till exempel har Socialstyrelsen haft uppdraget att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder – ett arbete de påbörjade i samband med utformningen av och publiceringen av riktlinjerna år 2011 (Socialdepartementet 2011b). Samtidigt har Socialstyrelsen genom satsningen fått mer specifika uppdrag med syfte att bland annat öka genomslaget för nationella riktlinjer.



Så här har vi genomfört uppföljningen

3.1 ANALYSRAMVERK OCH METOD

I vår uppföljning av satsningen har vi utgått från ett programteoretiskt ramverk (se figur 2), vilket även avspeglas i den här rapportens struktur. Med utgångspunkt i ramverket syftar rapporten till att skapa en helhetsförståelse för satsningen och fånga såväl utgångsläget – i vilket sammanhang satsningen sker – som genomförandet, inklusive olika aktörers roller och förutsättningar samt insatsspecifika förhållanden. På så sätt vill vi ge en ökad förståelse för sambandet mellan insatserna, målen och (de förväntade) effekterna.

Vi har analyserat framgångsfaktorer med fokus på hur insatserna fortsatt kan tas om hand inom landstingen och hur patientperspektivet kan utvecklas.

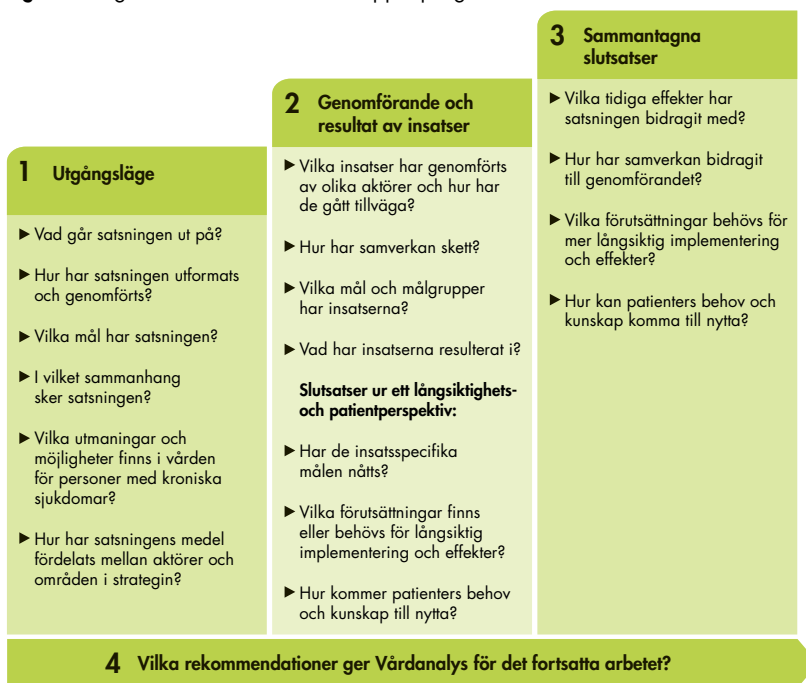
Vi har använt oss av ett flertal metoder i uppföljningen (se figur 3): intervjuer, enkäter, dokumentanalyser och en litteraturstudie. Implementeringsforskning har varit vägledande i vårt arbete. Kända frågeställningar för att utvärdera satsningens relativa fördelar är till exempel varför insatsen har genomförts, om den grundar sig på kända behov, hur och av vilka aktörer den har genomförts, med hur stora medel samt hur målgruppen ser på resultatet.

Intervjuerna med personer inom satsningen har varit en central källa i vår uppföljning – vi har intervjuat både aktörer som genomfört insatser och de målgrupper som insatserna riktar sig till, inklusive professions- och patientrepresentanter. Vi har även genomfört fallstudier i sex landsting där vi intervjuat tjänstemän och verksamhetschefer i primärvården. Syftet med intervjuerna har varit att få kunskap om hur de har arbetat med och ser på centrala insatser inom satsningen. Vi har genomfört cirka 50 intervjuer och under dem har cirka 100 personer bidragit med sina kunskaper och erfarenheter.



Så här har vi genomfört uppföljningen

Figur 2. Programteoretiskt ramverk för uppföljningen.



Figur 3. Så här har vi genomfört uppföljningen.



Vi har också gjort en dokumentanalys av ansökningar och återrapporteringar för samtliga genomförda insatser. Dessutom har vi kompletterat datainsamlingen med enkäter ställda till landstingen och till professions- och patientorganisationer som har genomfört insatser.

I slutet av 2017 skickade vi en enkät till samtliga verksamhetschefer för vårdcentraler. Enkäten innehöll tre frågor om hur de anser att stödet från landstingen har utvecklats det senaste året sett till de tre utvecklingsområdena i satsningen.

Forskare på Linköpings universitet har genomfört en litteraturstudie om implementering i sjukvården med fokus på de tre utvecklingsområdena i satsningen. Underlaget från den litteraturstudien har varit vägledande i vårt arbete.

I bilaga 1 ger vi en utförligare beskrivning av våra arbetsmetoder och hur vi har gått till väga.

3.1.1 Patient- och medborgarperspektivet i vår uppföljning

I vår analys av satsningen och insatserna har vi haft ett särskilt fokus på patientperspektivet. I våra intervjuer och enkäter har vi till exempel ställt frågor om patienters delaktighet i genomförandet av insatserna samt om och hur insatserna syftar till att stärka patienter – direkt eller indirekt. Vi har även intervjuat patientföreträdare. Vidare har ledamöter från vårt patient- och brukarråd bidragit med värdefulla perspektiv i delar av vår uppföljning. Vi lyfter även i relevanta delar in resultat från tidigare rapporter som har studerat patienters erfarenheter av hälso- och sjukvården.

Medborgarperspektivet handlar om att studera om och hur de insatser som har genomförts kan bidra till en mer effektiv vård och resursanvändning, bland annat sett till effekterna av en utvecklad samverkan mellan landstingen. Uppföljningen i sig bidrar även till en ökad insyn i hur statliga medel används vilket kan ses som positivt ur ett demokrati- och medborgarperspektiv.

3.1.2 Kvalitetssäkring

De berörda myndigheterna och SKL har faktagranskat relevanta delar av rapporten, och de personer vi har intervjuat har fått möjlighet att faktagranska och komplettera anteckningarna från intervjuerna.

Ett antal externa experter (se bilaga 1) har läst utkast på och bidragit med synpunkter i arbetet med rapporten. Vi har även löpande informerat och fått inspel från vårt patient- och brukarråd.



3.1.3 Avgränsningar och närliggande arbete

I satsningen har sammantaget omkring 350 insatser genomförts. Därför presenterar vi resultat, analys och slutsatser på en aggregerad nivå som vi kallar insatsområden. Ett insatsområde kan till exempel vara insatser inom ramen för Nationella programråd, Flippen eller insatser som genomförts av professions- och patientorganisationer med grund i statsbidrag. Nationella programråd har till exempel genomfört ett sjuttiofem insatser inom satsningen och patient- och professionsorganisationer har genomfört omkring 150 insatser.

Två centrala insatser har vi analyserat mer ingående eftersom de stod för en relativt stor andel av satsningens totala medel: PrimärvårdsKvalitet och Nationellt kliniskt kunskapsstöd (se kapitel 8.4 respektive 8.5).

Det ingick inte i vårt uppdrag att utvärdera de långsiktiga effekterna av satsningen. Vår bedömning är även att det är för tidigt att dra slutsatser om det. Flera av de centrala insatserna är fortfarande i en etableringsfas och många insatser bygger vidare på redan tidigare påbörjade arbeten. Det pågår dessutom flera parallella initiativ för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar, till exempel den nationella cancerstrategin. Sammantaget innebär det att det är svårt att isolera satsningens bidrag, men vi ger ändå några exempel på tidiga effekter som kan vara resultatet av satsningen.

Vi beskriver också vilka förutsättningar som landstingen har eller behöver för att fortsatt ta om hand det arbete som inletts inom satsningen och hur patientperspektivet ytterligare kan stärkas.

3.1.4 Begrepp som används i satsningen och rapporten

I satsningen används ett flertal olika begrepp som inte har några vedertagna definitioner och därför kan tolkas på olika sätt. Vi använder begreppen som de har använts i satsningen och är samtidigt medvetna om att det finns olika syn på dem. En problematisering av begreppen ryms inte i denna rapport.

Kronisk sjukdom

Vad som betraktas som *kronisk sjukdom* varierar. I strategin för satsningen används en bred definition för kroniska sjukdomar: "... sådana sjukdomar som en person har under sin livstid eller under mycket lång tid..." (Socialdepartementet 2014b).

De besvär som sjukdomarna eller tillstånden orsakar kan vara allt från relativt lindriga till mycket svåra. Patientrepresentanter lyfter att ordet "kronisk" är statiskt och kan uppfattas som att sjukdomen inte går

att påverka, vilket ofta inte stämmer. Till exempel kan olika insatser och livsstilsförändringar påverka sjukdomsförloppet och förbättra livskvaliteten hos personer med kroniska sjukdomar (Riksförbundet HjärtLung 2017).

Kunskapsstyrning

Flera insatser inom satsningen syftar till att förbättra *kunskapsstyrningen*. SKL, som har varit en central aktör i satsningen, definierar kunskapsstyrning i enlighet med den definition som togs fram av kunskapsstödsutredningen (SOU 2017:48). Enligt den innebär kunskapsstyrning ”... att utveckla, sprida och använda bästa kunskap. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys, stöd till verksamhetsutveckling och ledarskapet. Kunskapsstyrning bidrar till att utveckla ett lärande system.”

Patientcentrerad vård

En närmare definition av begreppet *patientcentrerad vård* saknas. I strategin beskrivs begreppet med grund i en tidigare rapport från Vårdanalys (Vårdanalys 2012): ”Patientcentrerad vård är ett begrepp där patientens delaktighet står i centrum... Möjligheten till delaktighet och självbestämmande för patienterna är också ett viktigt generellt mål inom svensk hälso- och sjukvårdspolitik. I en patientcentrerad vård är patienters individuella behov vägledande i utformningen av vården. Vården utgår från en helhetssyn på patienten som beaktar bland annat sociala, emotionella och medicinska aspekter. Det innebär att patienterna har tillgång till den information de behöver för att aktivt kunna medverka i både förebyggande insatser och behandling. Vården bör också samordnas mellan vårdenheter och vårdnivåer för att säkerställa god kontinuitet i patientens vård. En avgörande faktor för patientcentrerad vård är att personer med kroniska sjukdomar och deras närstående är delaktiga och erbjuds att medverka i den” (Socialdepartementet 2014b).

Ibland används också det mer eller mindre synonyma begreppet *personcentrering*, men vi har valt begreppet *patientcentrerad vård* eftersom det är det begrepp som använts i satsningen.

Vi använder benämningen landsting

Både regioner, landsting och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvård i Sverige. I rapporten har vi i delar använt begreppet *landsting* för både regioner och landsting.





Utgångsläge

Vårdanalys har tidigare i olika rapporter analyserat utvecklingen i hälso- och sjukvården. Den sammantagna bilden från rapporterna är att det finns flera centrala utmaningar och möjligheter när det gäller att skapa en mer effektiv och patientcentrerad vård och omsorg – inte minst för personer med kroniska sjukdomar.

Utmaningarna påverkar ofta personer med kroniska sjukdomar mer än befolkningen i stort. Personer med kroniska sjukdomar får mycket vård – en vård som påverkar en stor del av livet för dem som berörs. För personer med kroniska sjukdomar kan en starkare ställning i vården vara särskilt viktig, till exempel genom bättre kommunikation, information, kontinuitet och samordning.

Som utgångspunkt för vår uppföljning av satsningen har vi valt att i det här kapitlet summera ett antal centrala utmaningar och möjligheter som finns i vården för personer med kroniska sjukdomar.

Vi har utgått från både aktuella rapporter och information från patient-representanter som vi haft kontakt med i vår uppföljning. Utöver det har vi också tagit hjälp av experter från vårt patient- och brukarråd.

4.1 BÅDE UTMANINGAR OCH MÖJLIGHETER I VÅRDEN FÖR PERSONER MED KRONISKA SJUKDOMAR

Det finns flera centrala utmaningar och möjligheter för att skapa en mer effektiv och patientcentrerad vård och omsorg – inte minst för personer med kroniska sjukdomar (se figur 4). För dem är det särskilt viktigt hur väl vården fungerar i dessa avseenden (Sex patientorganisationer i samverkan 2018).

Figur 4. Centrala utmaningar och möjligheter i vården för personer med kroniska sjukdomar.

Källa: Vårdanalys 2014, Socialstyrelsen 2015g, Vårdanalys 2015a, Vårdanalys 2016a, Persson m.fl. 2017, Vårdanalys 2017b, Vårdanalys 2017a, Sex patientorganisationer i samverkan 2018, Socialstyrelsen 2018a, samt synpunkter från ledamöter i vårt patient- och brukarråd och intervjuer.

Stor och ökad förekomst av kroniska sjukdomar

Nästan halva befolkningen har en kronisk sjukdom och en fjärdedel av befolkningen har två eller fler (Vårdanalys 2014). Med en allt äldre befolkning kommer fler att drabbas av kroniska sjukdomar och fler kommer att leva allt längre med kronisk sjukdom. Vissa personer har mindre besvär till följd av sin sjukdom, medan andra påverkas i sin dagliga livsföring genom hela livet. Personer med kronisk sjukdom står för 80–85 procent av sjukvårdskostnaderna (Vårdanalys 2014). Det är en stor del av all vård och den påverkar en betydelsefull del av livet för dem som berörs.

Synen på hur hälsa skapas för personer med kroniska sjukdomar behöver samtidigt breddas. Det sker delvis inom landstingen genom hälso- och sjukvårdens insatser, men i ännu högre grad i det som sker utanför – ”i

livet” – av patienter och närstående själva genom förändrade levnadsvanor, egenvård och stödinsatser från närstående, kommun, arbetsgivare med flera. Nästan var femte svensk vårdar, hjälper eller stödjer till exempel regelbundet en närstående som är långvarigt fysiskt eller psykiskt sjuk, är äldre eller har en funktionsnedsättning. Det kan handla om personlig omsorg eller tillsyn, att ge känslomässigt stöd eller hjälp med medicinering. Det kan också handla om hjälp i kontakten med myndigheter och vårdpersonal och samordning av de kontakterna (Nationellt kompetenscentrum anhöriga 2018). En patientrepresentant vi haft kontakt med uttryckte att den första frågan som dök upp när hen visste att hen har en kronisk sjukdom var: ”Var får jag bäst vård och vad kan jag göra själv?” Hen betonade även att beskedet om en kronisk sjukdom också kan höja motivationen till att vara mer delaktig i sin hälsa.

Patientcentrering

Patienter upplever att de i liten utsträckning är involverade i den vård de får från sjukvården, och att patientcentreringen är otillräcklig på flera områden (till exempel Vårdanalys 2017b, Sex patientorganisationer i samverkan 2018). Förbättringar som tas upp i figur 4, till exempel delaktighet, samordning, kontinuitet och tillgänglighet, skulle höja kvaliteten för patienter och troligen bidra till att öka effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet.

Många patienter har kunskap och drivkraft att förbättra vården. Men de patientrepresentanter vi har haft kontakt med lyfter att många upplever sig som aktiva i ett icke-effektivt system. Deras kunskap är en resurs som inte används på bästa sätt. En hälso- och sjukvård som ser hela människan och där patienter efter sina behov och möjligheter ges utrymme och stöd att vara med och utforma vården kan bidra till att göra vården bättre – för dem själva och för andra. Det finns möjligheter i att använda patienters erfarenhetsbaserade kunskap kring sin sjukdom i vårdmötet. Patienten är expert på just sin kropp och själ. Deras kunskaper kan även bidra till att på olika nivåer utveckla hälso- och sjukvården.

Förebyggande insatser

Det heter hälso- och sjukvård, men fokus ligger oftast på det sjuka trots att en stor andel kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas. Världshälsoorganisationen, WHO, beräknar till exempel att ungefär 75 procent av alla insjuknanden i hjärt- och kärlsjukdomar och ungefär 30 procent av alla dödsfall i cancer hade kunnat förhindras med rätt förebyggande insatser (Vårdanalys 2016a). Patientrepresentanter vi haft kontakt med lyfter även att vanliga följsjukdomar vid kronisk sjukdom



ofta är kända och därför i högre grad skulle kunna förebyggas. Men vården av kronisk sjukdom är inte tillräckligt proaktiv, varken när det gäller att förebygga följsjukdomar eller att förebygga försämring och behov av akutvård (Vårdanalys 2014, Socialstyrelsen 2018a).

Patientrepresentanter lyfter att de ofta själva har möjligheten att generera hälsa i relation till sin sjukdom om de får rätt stödinsatser, men att detta stöd saknas i stor utsträckning. Undersökningar visar också att stöd vid utskrivning från sjukhus många gånger saknas – endast hälften av befolkningen som är 65 år och äldre och som varit inlagda på sjukhus har fått skriftlig information om vad de ska göra och vilka symtom som de ska hålla uppsikt över när de kommer hem (Vårdanalys 2017b).

Det är vanligare med ohälsosamma levnadsvanor i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar, men dessa grupper verkar i lägre grad delta i och påverkas av hälso- och sjukvårdens förebyggande insatser (Vårdanalys 2016a). Här behövs ett mer jämlikt förebyggande arbete där vårdens stödinsatser fokuseras till dem med störst behov.

Hälso- och sjukvårdens organisation och helhetssyn

Hälso- och sjukvården är uppbyggd för att möta och hantera akuta sjukdomstillstånd och episodiska insatser för specifika diagnoser, och tonvikten ligger allt mer på specialisering (Socialstyrelsen 2015g). Det finns därför en bristande helhetssyn i vården där ett alltför ensidigt fokus på diagnoser och organ och individuella insatser för att behandla dem riskerar att till exempel samsjuklighet inte uppmärksammas eller behandlas på ett ändamålsenligt sätt. En annan risk är att vården inte ser personens alla behov, som inte bara är medicinska utan även psykologiska och sociala (Persson m.fl. 2017).

Primärvården skulle kunna ha goda förutsättningar att se till personers hela vårdbehov med styrkan i en specialiserad generalistkompetens. Samtidigt saknas ofta tid och personalresurser samt samverkan med specialistvård för att kunna ta en sådan roll (Vårdanalys 2017a).

Flera aktörer behöver samverka – både inom och utanför vården. För personer som lever med en eller flera kroniska sjukdomar är det vanligt med kontakter med såväl primärvård som öppen specialistvård och akutvård under ett år (Vårdanalys 2014). Det ställer stora krav på vårdens aktörer att dela information och att samverka. Kvaliteten i vart och ett av mötena beror på hur samverkan fungerar. Men hur många möten det blir och vad som kommer ut av dem beror också på vad som händer däremellan. Den person som är väl

utbildad i sin sjukdom, och som har de nödvändiga verktygen för att ta hand om sig, kommer sannolikt att ha färre och bättre möten med vården.

Det finns en utmaning med att nå ut med och öka kunskapen i vården om *hur patientens kunskap integreras i vården*, som patientrepresentanter vi haft kontakt med uttryckt det. Det kan till exempel handla om att lyssna på personens egna erfarenheter kring sin sjukdom eller behandling.

Att stärka patientens ställning i vården ska inte ses som en ”kostnad” utan som en del av lösningen på vårdens utmaningar (Vårdanalys 2017b).





Medel har fördelats till ett flertal aktörer inom satsningen

Sammantaget har 63 aktörer fått medel från satsningen. I förhållande till medlens storlek har några aktörer varit mer centrala än andra. De är i fallande ordning SKL tillsammans med regioner och landsting, Socialstyrelsen, samt professions- och patientorganisationer. De flesta insatser har haft sitt huvudsakliga fokus på kunskapsbaserad vård.

Vi har gjort en kartläggning av satsningens medel. Utifrån den beskriver vi i det här kapitlet hur medlen fördelats mellan aktörer och mellan åren. Metoden och källorna för kartläggningen beskriver vi mer utförligt i bilaga 1.

5.1 KRITERIER FÖR UTBETALDA MEDEL SKILJER SIG MELLAN ÅREN

Inom satsningen har olika aktörer ansvarat för fördelningen av satsningens medel. År 2014, som var satsningens första år, fördelade Socialdepartementet ut samtliga medel till aktörerna i satsningen – inte bara till myndigheter och SKL utan även till patient- och professionsorganisationer samt landsting och övriga (se bilaga 2). I våra intervjuer framkommer att det var den nationella samordnaren och högnivågruppen som tog ställning till insatserna som initierades under 2014 med utgångspunkt från strategin. Inga andra kriterier för statsbidragen uttrycktes för medlens fördelning år 2014.

Från och med 2015 ändrades hanteringen av medel till professions- och patientorganisationer samt regioner och landsting. Socialdepartementet gav då i uppdrag till Socialstyrelsen respektive SKL att fördela statsbidragen.

Socialdepartementet gav genom regleringsbrev och särskilda uppdrag medel till Socialstyrelsen för att de dels skulle arbeta med en antal centrala



insatser, dels hantera fördelningen av statsbidrag till relevanta organisationer. Statsbidragen fördelades främst till patient- och professionsorganisationer.

Socialstyrelsen beviljade medel genom två olika statsbidrag. I ett av dem beviljades medel för att främja arbetet med sjukdomsförebyggande metoder. Det fördelades till professionsorganisationer som under tidigare satsning hade fått statsbidrag av Socialstyrelsen för att stödja implementeringen av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder (Socialdepartementet 2015f, Socialdepartementet 2015e, Socialdepartementet 2017b). Det andra var bredare och riktades till relevanta organisationer för att främja en bättre vård vid kroniska sjukdomar. Bidraget kunde sökas av organisationer som företräder professionen eller patienter. Ansökningarna bedömdes i konkurrens utifrån de tillgängliga medlen.

Socialdepartementet har under satsningens samtliga år träffat överenskommelser med SKL. Genom dem har staten finansierat ett antal centrala insatser som SKL samordnade. Dessutom har staten från 2015 och framåt finansierat utvecklingsmedel som SKL fördelade ut till landstingen och regionerna. År 2015 fördelade SKL utvecklingsmedlen (10 miljoner kronor) till de sex sjukvårdsregionerna. Medlen fördelades då lika mellan sjukvårdsregionerna. År 2016 och 2017 fördelade SKL i stället utvecklingsmedlen (48 respektive 53 miljoner kronor) till landstingen efter befolkningsstorlek. Insatserna som genomfördes av landstingen genom utvecklingsmedlen skulle koppla till de insatsområden som framgick av överenskommelserna mellan staten och SKL. Landstingen fick själva utifrån behov välja områden i överenskommelsen som de ville satsa på. Kriterierna för och fördelningen av satsningens statsbidrag och utvecklingsmedel beskriver vi mer utförligt i kapitel åtta och nio.

5.2 NÅGRA CENTRALA AKTÖRER INOM SATSNINGEN SETT TILL UTBETALDA MEDEL

Satsningen skulle omfatta 450 miljoner kronor. Mellan åren 2014 och 2017 fördelades 477 miljoner kronor för insatser inom satsningen, alltså cirka 6 procent högre än den ursprungliga intentionen. De totala kostnaderna för satsningen blev 425 miljoner kronor med hänsyn tagen till återbetalningar på 52 miljoner kronor. Återbetalningarna berodde bland annat på att det tog tid för satsningens aktörer att starta upp och bemanna insatserna som skulle utföras.

Sammantaget har 63 aktörer fått medel från satsningen. I förhållande till medlens storlek har några aktörer varit mer centrala än andra. De är i fallande

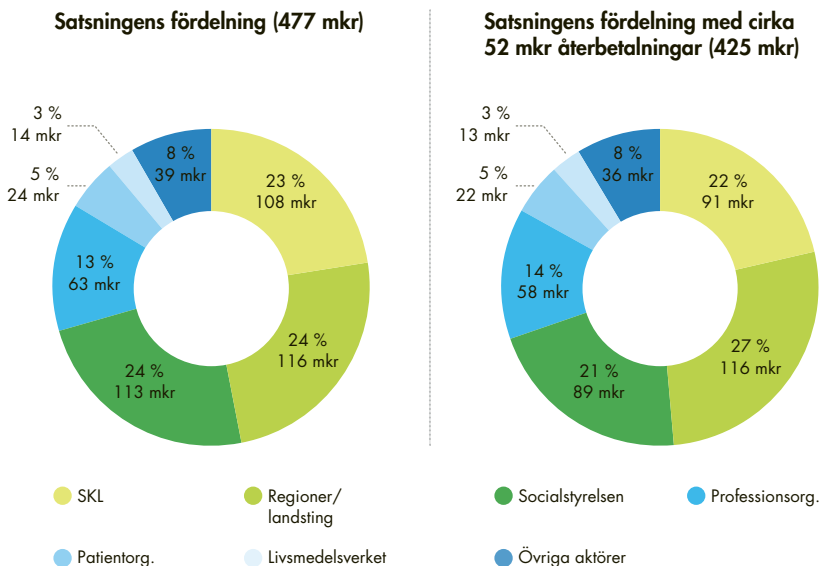
ordning SKL tillsammans med regioner och landsting, Socialstyrelsen, samt professions- och patientorganisationer.

Medlen som tilldelades SKL och landstingen utgör tillsammans närmare hälften av samtliga medel fördelade inom satsningen. Medlen till Socialstyrelsen utgör cirka en fjärdedel och medlen till patient- och professionsorganisationer samt övriga aktörer utgör den resterande fjärdedelen av satsningen medel.

I figur 5 redovisar vi hur fördelningen av medel har sett ut per aktör för satsningens samtliga år. Det vänstra diagrammet visar den ursprungliga fördelningen och det högra diagrammet visar fördelningen med hänsyn till de återbetalningar som skett. Landstingen har inte återbetalat medel vilket beror på att de, till skillnad från övriga aktörer, inte haft något krav att återbetala eventuella medel som inte förbrukats.

Kommunerna är exempel på aktörer som inte blev centrala i satsningen. De tilldelades inga medel direkt från satsningen.

Figur 5. Fördelning av medel i satsningen mellan 2014 och 2017, per aktör.



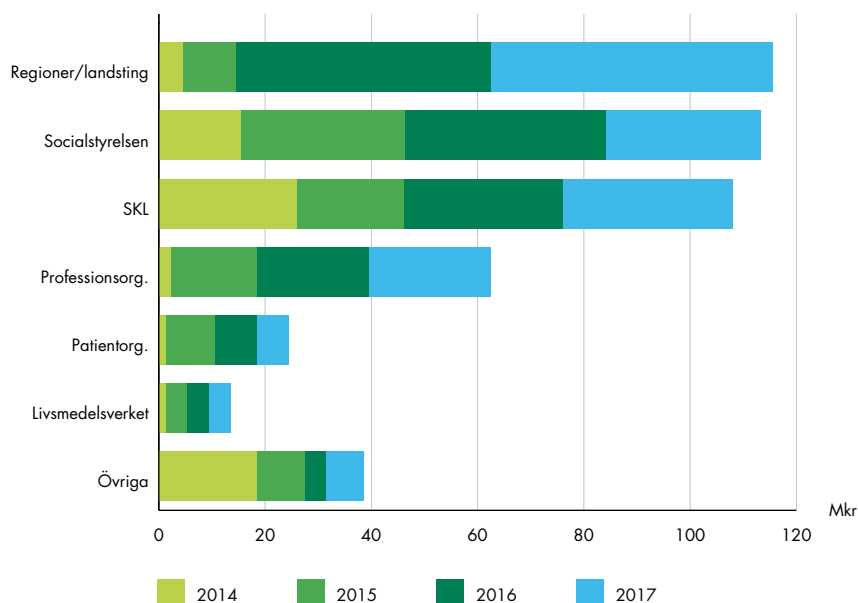
Källa: Vårdanalys beräkning av grunddata från Socialdepartementet, Socialstyrelsen och SKL.

Not: Övriga aktörer avser nio organisationer som inte kan kategoriseras till någon av de andra kategorierna – exempel är Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård och Karolinska Institutet. Även SBU och Vårdanalys uppföljning av satsningen har vi kategoriserat till övriga aktörer. Medel för Socialstyrelsen och SKL avser centrala medel som de inte behövt fördela vidare.

Medel har fördelats till ett flertal aktörer inom satsningen

I figur 6 framgår fördelningen av satsningens medel per aktör och år. Av bilden framkommer att satsningen omfattade cirka 70 miljoner kronor 2014, 100 miljoner kronor 2015, och omkring 150 miljoner kronor 2016 respektive 2017. Under satsningens två sista år har mest medel inom satsningen gått till utvecklingsarbeten inom regioner och landsting.

Figur 6. Fördelning av medel per aktör och år.



Källa: Vårdanalys bearbetning av uppgifter om medel från uppdragsbeskrivningar och regleringsbrev, beviljade insatser och statsbidrag.

Not: Övriga aktörer avser nio organisationer som inte kan kategoriseras till någon av de andra kategorierna – exempel är Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård och Karolinska Institutet. Även SBU och Vårdanalys uppföljning av satsningen har vi kategoriserat till övriga aktörer. Medel för Socialstyrelsen och SKL avser centrala medel som de inte behövt fördela vidare.

5.3 AKTÖRERNAS INSATSER HAR HAFT FOKUS PÅ KUNSKAPSBASERAD VÅRD

Insatserna inom ramen för satsningen har huvudsakligen haft fokus på utvecklingsområdet kunskapsbaserad vård. Det är vår samlade bedömning efter att vi granskat samtliga dokument för aktörernas insatser samt efter våra intervjuer med aktörer i satsningen.

SKL och landstingens arbete har resulterat i ett antal övergripande insatser, främst kopplade till kunskapsstyrning och kunskapsbaserad vård. Socialstyrelsens insatser har också haft huvudfokus på kunskapsbaserad vård. Deras insatser har i stor utsträckning varit kopplade till deras arbete med nationella riktlinjer. Även 17 patientorganisationer, 13 professionsorganisationer och fem övriga organisationer har genom statsbidrag genomfört insatser. Även de har främst haft fokus på kunskapsbaserad vård.

Det finns också insatsområden i satsningen som har haft huvudsaklig fokus på patientcentrerad vård samt på prevention och tidig uppmärksamhet. Men de är både färre till antalet och har haft mindre medel i satsningen.

I figur 7 illustrerar vi vilket av strategins utvecklingsområden som aktörernas insatser huvudsakligen respektive delvis eller indirekt fokuserat på. En grund för bedömningen har varit hur fördelningen av aktörernas medel har sett ut samt vad insatserna i huvudsak syftat till att åstadkomma. Figuren ger också en översikt av de insatsområden som vi valt att beskriva och analysera närmare i kapitel 6–9.



Medel har fördelats till ett flertal aktörer inom satsningen

Figur 7. Insatserna och medel relaterat till utvecklingsområden i strategin.

Aktörer och insatsområden					
	Kunskapsbaserad vård	Patientcentrerad vård	Prevention och tidigt uppmärksamhet	Medel i satsningen avrundat till närmsta miljon kronor	Andel medel i satsningen
Socialstyrelsen – arbete med nationella riktlinjer	🔧	🔧	🔧	77 mkr	16 %
Socialstyrelsen – stöd till implementering av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	🔧	🔧	🔧	19 mkr	4 %
Socialstyrelsen – Övriga insatser (t.ex. lägesrapporter)	🔧	🔧	🔧	18 mkr	4 %
Livsmedelsverket	🔧	🔧	🔧	14 mkr	3 %
Nätverket HFS*	🔧	🔧	🔧	10 mkr	2 %
SBU	🔧	🔧	🔧	5 mkr	1 %
SKL och landstingen – Effektivare Kunskapsspridning genom arbete med programråd	🔧	🔧	🔧	31 mkr	7 %
SKL och landstingen – Utveckla former för att långsiktigt samordna landstingens kunskapsstöd	🔧	🔧	🔧	43 mkr	9 %
SKL och landstingen – Främja uppföljning inom primärvården	🔧	🔧	🔧	51 mkr	11 %
SKL och landstingen – Främja patientcentrerade arbetssätt i primärvården	🔧	🔧	🔧	44 mkr	9 %
SKL och landstingen – Främja ledarskap mot förbättrade patientresultat	🔧	🔧	🔧	7 mkr	2 %
SKL och landstingen – Övriga insatser (ej fördelade medel, kopplar till ovanstående insatsområden för SKL och landstingen)	🔧	🔧	🔧	43 mkr	9 %
Patient- och professionsorganisationer – statsbidrag Socialdepartementet	🔧	🔧	🔧	38 mkr	8 %
Patient- och professionsorganisationer – statsbidrag Socialstyrelsen, Bättre vård vid kroniska sjukdomar	🔧	🔧	🔧	50 mkr	10 %
Professionsorganisationer – Statsbidrag Socialstyrelsen, stöd till implementering av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	🔧	🔧	🔧	30 mkr	6 %

Källa: Vårdanalys bearbetning av uppgifter om fördelade medel och insatser.

Not: *Nätverket HFS har fått sina medel genom statsbidrag från Socialdepartementet och Socialstyrelsen.



Socialstyrelsen – insatser med fokus på nationella riktlinjer

Socialstyrelsen har varit en central aktör i satsningen. Deras insatser har främst varit kopplade till arbetet med nationella riktlinjer och utvecklingsområdet kunskapsbaserad vård. För deras insatser tilldelades 113 miljoner kronor (24 procent av satsningens fördelade medel). Uppdragen har initierats genom både specifika och breda uppdrag från regeringen.

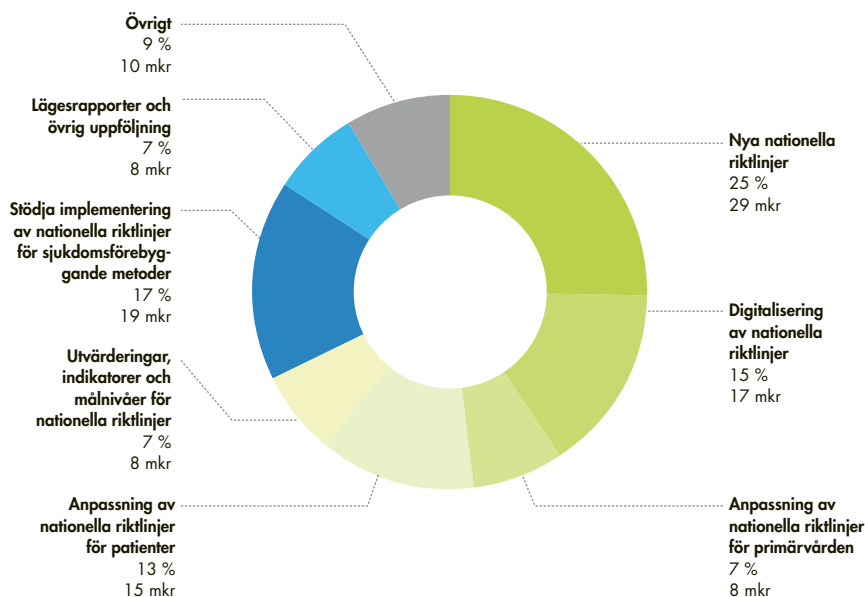
I det här kapitlet beskriver och analyserar vi centrala insatser som Socialstyrelsen har genomfört inom satsningen under perioden 2014–2017.

6.1 SOCIALSTYRELSEN HAR ARBETAT MED TVÅ HUVUDSAKLIGA INSATSOMRÅDEN

Figuren på nästa sida visar hur de cirka 113 miljoner kronor som gått till insatser genomförda av Socialstyrelsen har fördelats på ett antal områden.

De insatser Socialstyrelsen har genomfört har främst varit kopplade till arbetet med nationella riktlinjer (två tredjedelar av samtliga medel), och de har också arbetat med att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (17 procent av samtliga medel).

Figur 8. Fördelning av Socialstyrelsens centrala medel.



Källa: Socialstyrelsens uppgifter om fördelade medel och insatser.

Not: Av samtliga 113 miljoner kronor som Socialstyrelsen tilldelades för sina insatser under satsningens samtliga år, återbetalade de totalt cirka 25 miljoner kronor (22 procent). För satsningens första år, 2014, återbetalades en större andel – cirka 40 procent – av de tilldelade medlen. Enligt en representant på Socialstyrelsen berodde det främst på att det tog tid att starta upp och bemanna insatserna.

Socialstyrelsen har tagit fram nya nationella riktlinjer, arbetat med att tillgängliggöra riktlinjerna i digitala format samt anpassat riktlinjer till olika målgrupper. Omkring 85 procent av Socialstyrelsens medel, det vill säga omkring 96 miljoner kronor, avser insatser med koppling till nationella riktlinjer.

Ett specifikt uppdrag har varit att Socialstyrelsen har arbetat med att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. De har även tagit fram årliga lägesrapporter inom satsningen för att på olika sätt beskriva utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar.

Övriga insatser avser bland annat ett uppdrag om att stödja sjukvården i att implementera ett sedan tidigare framtaget utbildningspaket om bemötande och omhändertagande i vården. Socialstyrelsen har även kompletterat det tidigare materialet med inspirationsfilmer för reflektion och diskussion på arbetsplatserna.

I avsnitten nedan beskriver och analyserar vi två centrala insatsområden som har genomförts av Socialstyrelsen under satsningen, dels kopplat till arbetet med nationella riktlinjer, dels kopplat till arbetet med att stödja det sjukdomsförebyggande arbetet i hälso- och sjukvården.

6.2 ETT FLERTAL INSATSER MED KOPPLING TILL NATIONELLA RIKTLINJER

Socialstyrelsen har arbetat med ett flertal insatser kopplade till nationella riktlinjer. Bland annat har de tagit fram riktlinjer för flera kroniska sjukdomar, fortsatt att utveckla målnivåer och på flera sätt anpassat riktlinjerna till olika målgrupper.

6.2.1 Utveckling av nya nationella riktlinjer

Bakgrund – behov av kunskapsstöd för kroniska sjukdomar

Socialstyrelsen fick inom satsningen dels ett uppdrag att utarbeta riktlinjer för vården av multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom, dels ett uppdrag att undersöka behovet och utveckla nationella riktlinjer eller andra former av kunskapsstöd för flera kroniska sjukdomar. Det senare uppdraget skulle genomföras som en förstudie med syfte att identifiera områden där behovet av kunskapsstöd var som störst, i samråd med företrädare för professions- och patientorganisationer samt SKL (Socialdepartementet 2014a, Socialdepartementet 2015a, Socialstyrelsen 2015c). För insatserna avsattes sammanlagt cirka 29 miljoner kronor under satsningen samtliga år 2014–2017.

Förstudie med kriterier för val av områden

Socialstyrelsens förstudie omfattade tre kroniska sjukdomar: endometrios, epilepsi och psoriasis. Dessa områden valdes utifrån en förfrågan riktad till sjukvårdshuvudmän och professionsföreningar om behov av nationellt kunskapsstöd från statliga myndigheter, samt utifrån andra externa kontakter myndigheten haft med bland annat patientorganisationer (Socialstyrelsen 2015a).

Socialstyrelsen tog med utgångspunkt från tidigare arbete fram ett reviderat förslag till kriterier för val av områden för nationella riktlinjer. De tillämpades för de tre områden som valts ut. I arbetet med förstudien var det första gången dessa prövades i praktisk tillämpning av Socialstyrelsen (se box 1).



Box 1. Kriterier som tillämpats vid val av nya kunskapsunderlag.

1. behov av rekommendationer på styr- och ledningsnivå för frågor som rör prioritering och resursfördelning
2. omotiverade skillnader i praxis eller resultat
3. stor potential till förbättring i resultat, resursanvändning eller jämlikhet i hälsa
4. svåra sjukdomar och tillstånd (som om de inte behandlas eller åtgärdas leder till nedsatt funktionsförmåga, sämre livskvalitet eller förtida död)
5. berör många eller drabbar svaga och utsatta grupper
6. medför stora kostnader för samhället.

(Socialstyrelsen 2015a)

Resultat av insatsen – nya riktlinjer för alla tre kroniska sjukdomar som ingick i förstudien

Socialstyrelsen lyfte i en intervju att de inte kunde väga de olika kriterierna mot varandra i tyngd eller meningsfullhet – eller genom kriterierna i förstudien bedöma om någon diagnos var mer eller mindre prioriterad. I förstudien framkom att alla tre sjukdomsområden uppfyllde de reviderade kriterierna för nationella riktlinjer (Socialstyrelsen 2015a). Arbetet med att ta fram riktlinjer inom psoriasis och epilepsi finansierades därefter med grund i satsningen, medan riktlinjerna för endometrios finansierades med andra medel. Remissversionerna för dessa tre riktlinjer publicerades våren 2018. Nationella riktlinjer för multipel skleros och Parkinsons sjukdom har arbetats fram enligt uppdraget och dessa finns publicerade i slutlig version.

Arbetet med de nya riktlinjerna har utförts i enighet med de processer myndigheten har för arbetet, inklusive framtagande av indikatorer (Socialstyrelsen 2017a).

6.2.2 Målnivåer som underlag för uppföljning och utvärdering

Bakgrund – målnivåer ska ange riktning

Socialstyrelsen har sedan 2011 arbetat med att ta fram målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer (Socialdepartementet 2011c, Socialdepartementet 2013). Detta arbete har fortsatt genom medel från satsningen. För insatsen avsatte Socialstyrelsen 470 000 kronor år 2014 och utarbetandet av målnivåer har även ingått som del i att ta fram nya nationella riktlinjer.

Socialstyrelsen fastställer målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer som hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör sträva efter i behandlingen

av personer med kroniska eller långvariga sjukdomar. Målnivåerna kan användas för styrning och ledning samt vid uppföljning och utvärdering på nationell och lokal nivå, även i kliniskt arbete. I Socialstyrelsens utvärderingar av följsamheten till nationella riktlinjer följer de bland annat upp hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten presterar och ligger till i förhållande till målnivåerna (se box 2).

Box 2. Om målnivåer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

En målnivå anger hur stor andel av en viss patientgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd, exempelvis en läkemedelsbehandling. Målnivåer gäller övergripande för en hel patientgrupp och bör inte förväxlas med behandlingsmål för den enskilda patientens hälsa, till exempel BMI eller blodtryck (Socialstyrelsen 2018c).

Socialstyrelsens modell för att ta fram målnivåer innehåller flera olika steg. Den inledande fasen handlar om att välja och utveckla indikatorer. Då samlas uppgifter in från berörda register och tillsammans med en expertgrupp tas förslag på målnivåer fram. Därefter ger sakkunniga från berörda professioner, patientorganisationer och huvudmän synpunkter på förslagen. Förslagen går också ut på remiss till landstingen och i relevanta fall till kommunerna innan de slutligen fastställs. Målnivåerna ses sedan över regelbundet och justeras vid behov.

(Socialstyrelsen 2015c)

Resultat av insats – fler områden med utarbetade målnivåer

Socialstyrelsen tog fram målnivåer för ett flertal riktlinjer inom ramen för satsningen: rörelseorganens sjukdomar, multipel skleros och Parkinsons sjukdom, diabetes samt stroke och hjärtsjukvård (Socialstyrelsen 2014, Socialstyrelsen 2015c, Socialstyrelsen 2015b, Socialstyrelsen 2016b).

Förutsättningarna för målnivåer kopplade till indikatorerna för de nationella riktlinjerna för endometrios, epilepsi och psoriasis kommer att utredas under 2019 (Socialstyrelsen 2018c).

Socialstyrelsen har utvärderat hälso- och sjukvården utifrån de målnivåer som fastställdes för indikatorer inom nationella riktlinjerna för multipel skleros och Parkinsons sjukdom, hjärtsjukvård och diabetes. Utvärderingarna visar en stor variation i resultaten mellan landstingen och att endast ett fåtal landsting lever upp till målnivåerna (Socialstyrelsen 2015e, Socialstyrelsen 2015d, Socialstyrelsen 2016c).



6.2.3 Anpassade nationella riktlinjer för primärvården samt patienter och anhöriga

Bakgrund – behov av att anpassa nationella riktlinjer för olika målgrupper

Socialstyrelsen fick i uppdrag att anpassa nationella riktlinjer för olika kroniska sjukdomar till förutsättningarna i primärvården samt berörda patientgrupper och deras anhöriga. I uppdraget att anpassa riktlinjerna till primärvården angavs att frågor som rör patienter med samsjuklighet särskilt skulle hanteras (Socialdepartementet 2014e, Socialdepartementet 2014f).

Under satsningen avsatte Socialstyrelsen 8,2 miljoner kronor för att anpassa riktlinjerna till primärvården, och 14,6 miljoner kronor för att anpassa dem till patienter och anhöriga.

Arbetet utgick från en förstudie och en målgruppsanalys

För att ta reda på mer om målgruppernas behov genomförde Socialstyrelsen en förstudie där de på olika sätt involverade företrädare för hälso- och sjukvården, huvudmän, professions- och patientorganisationer samt 1177 Vårdguiden (Socialstyrelsen 2016d).

En slutsats från förstudien var att för personalen i primärvården behöver rekommendationerna i de nationella riktlinjerna integreras i ett mer heltäckande kunskapsstöd. En annan slutsats var att riktlinjerna behöver kompletteras med rekommendationer som beskriver fler hälsotillstånd och åtgärder och den informationen behöver hämtas från andra kunskapskällor. Socialstyrelsen inledde därför ett samarbete med SKL och landstingen i deras pågående arbete med att ta fram ett nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården (se kap 8.4) (Socialstyrelsen 2016d):

” Genom att det tas fram ett nationellt kunskapsstöd som alla landsting och regioner är delaktiga i finns en naturlig mottagare för Socialstyrelsen att samverka med för att föra ut rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

(Socialstyrelsen 2016d)

När det kommer till att målgruppsanpassa riktlinjerna till patienter och anhöriga var en slutsats från förstudien att informationen bör publiceras på webbplatsen 1177.se så att patienten eller anhöriga inte behöver leta på flera ställen. Det framkom att patienter och anhöriga i dag ges bra information framförallt på 1177.se, men att det inte är tydligt vilka behandlingsalternativ som finns och vilka åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderar respektive avråder ifrån vid olika hälsotillstånd (Socialstyrelsen 2016d).

Resultat av insatsen

Anpassning av nationella riktlinjer för primärvården

Socialstyrelsen har tagit fram primärvårdsanpassade texter för ett tiotal nationella riktlinjer – texter som har använts av SKL i arbetet med Nationellt kliniskt kunskapsstöd, NKK (se kapitel 8.4). Projektgruppen för NKK samt företrädare för professions- och patientorganisationer har lämnat synpunkter på de anpassade texterna vilket har väglett Socialstyrelsen i arbetet. Socialstyrelsen har även gått igenom texter i NKK för att se de är förenliga med de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen 2016d, Socialstyrelsen 2017a).

Patientversioner av riktlinjerna via 1177.se

Socialstyrelsen har påbörjat arbetet med att ta fram patientversioner av riktlinjerna som nås via 1177.se. Socialstyrelsen har stämt av texterna med företrädare för patient- och professionsorganisationer.

Webbplats och texter har tillgänglighetstestats och bedömningen var att de i huvudsak var tillgängliga för den aktuella målgruppen. Socialstyrelsen menade också att de flesta förslagen till förbättringar från testerna har tagits om hand och ger ett bra stöd i det fortsatta arbetet med webbanpassning av texterna (Socialstyrelsen 2017a).

Besökare på 1177.se kan nu läsa övergripande information om en viss diagnos och genom en länk nå Socialstyrelsens patientversioner, som en fördjupning till texterna på 1177.se.

Under 2017 publicerade Socialstyrelsen texter för 18 diagnoser och under 2018 kommer de att fortsätta arbetet med målet att publicera texter för resterande diagnoser i de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen uppger att besöken på sidorna för de olika texterna har varierat. Exempelvis hade graviditetsdiabetes 3 700 besök och diabetes typ 2 hade 29 000 besök under december 2017 (Socialstyrelsen 2018b).

6.2.4 Nationella riktlinjer i nya digitala format

Bakgrund – tillgängliggöra riktlinjer i digitala format

Socialstyrelsen fick i uppdrag att innehållsmässigt strukturera nationella riktlinjer och tillhörande indikatorer så att de kunde tillgängliggöras i digitala format. I uppdraget ingick att göra en analys av hur nationella riktlinjer bäst skulle kunna tillgängliggöras för mottagaren, till exempel i form av öppna data (Socialdepartementet 2014h).

Syftet var att öka tillgängligheten till rätt information vid rätt tillfälle för personer som arbetar i vården och omsorgen, genom att möjliggöra att nationella



riktlinjer kan integreras med olika system. Arbetet syftade även till att skapa en ökad användning av riktlinjerna som en del i olika e-tjänster. I maj 2018 fanns inga användare för indikatorernas tekniska gränssnitt, så kallade API:er. Enligt Socialstyrelsen är planen att de ska göra nödvändiga ändringar i riktlinjernas och indikatorernas informationsmodeller, implementera ett verktyg för innehållshantering och därefter satsa på marknadsföring.

Digitaliseringen sågs bland annat som ett stöd i det fortsatta arbetet med kliniska kunskapsstöd för primärvården. Ett av målen med arbetet var att NKK och andra kunskapsstöd skulle kunna använda nationella riktlinjer och indikatorer i en "maskin-till-maskin-överföring" utan manuell bearbetning först (Socialstyrelsen 2017b). För insatsen avsatte Socialstyrelsen cirka 17,5 miljoner kronor under satsningen.

Resultat av insatsen

Lösningar för att möjliggöra integrering

Socialstyrelsen har utvecklat öppna API:er (tekniska gränssnitt) för nationella riktlinjer och indikatorer för att öka möjligheterna till integrering. Men det krävs att vården och omsorgen i dialog med Socialstyrelsen utvecklar sina system så att de kan hämta data från Socialstyrelsens API:er. I arbetet har Socialstyrelsen även utvecklat en informationsstruktur för nationella riktlinjer respektive indikatorer – en förutsättning för att kunna erbjuda strukturerade API:er. I samband med att eventuella användare utvecklar sina system kan en anpassning även behöva göras av Socialstyrelsen. Informationsstrukturen utgår i delar från Socialstyrelsens nationella informationsstruktur (NI). Myndigheten har också tagit fram en metadatamodell och en implementationsguide för metadatamärkning av kunskapsstöd, och använt det nationella fackspråket för till exempel diagnos- och åtgärdsregistrering för att beskriva innehållet i riktlinjerna. Även en informationsspecifikation för användningen av fackspråket, metadatamodellen och informationsstrukturen har tagits fram (Socialstyrelsen 2017b, Socialstyrelsen 2018b).

Socialstyrelsen har under satsningen samverkat med SKL i deras arbete med NKK, bland annat kring hur gränssnittet mellan nationella riktlinjer och NKK ska utformas för att möjliggöra att nationella riktlinjer överförs maskin-till-maskin (Socialstyrelsen 2017b). Enligt projektledare för NKK under mars 2018 var detta ännu inte möjligt.

Under 2017 har Socialstyrelsen även via API:er tillgängliggjort nationella riktlinjer för stroke, demens, depression och ångest, schizofreni samt ohälsosamma levnadsvanor. Man planerar även att tillgängliggöra alla

nationella riktlinjer och tillhörande indikatorer, vilket sker i takt med att riktlinjerna uppdateras (Socialstyrelsen 2018b).

6.2.5 Slutsatser ur ett långsiktighets- och patientperspektiv

I det här kapitlet redogör vi för våra sammantagna slutsatser för Socialstyrelsens insatser med koppling till nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har i stor utsträckning genomfört uppdragen de har haft för detta område.

I uppdraget att anpassa riktlinjerna till primärvården skulle frågor som rör patienter med samsjuklighet särskilt hanteras men Socialstyrelsen har inte genomfört någon specifik insats kopplat till detta område. De påpekar i en rapport (Socialstyrelsen 2015f) att detta är något att ha i åtanke när riktlinjerna ska implementeras i verksamheterna: ”De nationella riktlinjerna bygger på vetenskapliga studier där man i regel har inkluderat patienter utan samsjuklighet... frågan om samsjuklighet behöver hanteras av vårdgivarna när rekommendationerna i de nationella riktlinjerna ska omarbetas till kliniska kunskapsstöd och beslutsstöd som integreras i journalsystemen och när de ska implementeras i verksamheterna” (Socialstyrelsen 2015f).

Vårdanalys har i tidigare uppdrag följt upp nationella riktlinjers inverkan på vården och konstaterat att det är en lång väg från riktlinjer till patientnytta. Vårdpersonalen och patienterna behöver olika typer av stöd för att riktlinjerna ska komma till nytta (Vårdanalys 2015a). Flera av de insatser Socialstyrelsen har arbetat med inom ramen för satsningen syftar just till att öka stödet och genomslaget för de nationella riktlinjerna.

Även landstingen behöver arbeta med olika insatser för att få effekt av de nationella riktlinjerna. Bland annat behövs stödstrukturer och processer för att ta vidare, implementera och följa upp nationella riktlinjer i vårdens vardag (Vårdanalys 2015a). SKL och landstingens insatser genomförda inom ramen för satsningen syftar till att förbättra denna typ av områden (se kapitel 8).

Socialstyrelsen har stärkt patientperspektivet i arbetet med nationella riktlinjer

Socialstyrelsen har under senare år utvecklat olika sätt att stärka patientperspektivet inom myndigheten. En slutsats är att de har involverat patientföreträdare i riktlinjearbetet i högre utsträckning än tidigare.

Socialstyrelsens samverkan med patienter i riktlinjearbetet görs i dag på olika sätt. Bland annat deltar patientrepresentanter vid kartläggning av behov av riktlinjer och urval av frågeställningar. Patienter deltar även



under prioriteringsarbetet då företrädare från patientorganisationer ingår i prioriteringsgruppen för respektive riktlinje. Socialstyrelsen har också informationsmöten med patient- och brukarorganisationer inför att riktlinjerna skickas ut på remiss. Utöver detta är det ett öppet remissförfarande där det är möjligt för alla intressenter att lämna synpunkter (Socialstyrelsen 2017c).

Patientrepresentanter vi haft kontakt med berättar att samarbetet med Socialstyrelsen har utvecklats positivt och att det är centralt att behålla möjligheten till att komma med synpunkter genom öppet remissförfarande. De är även positiva till de insatser Socialstyrelsen har genomfört, till exempel att ta fram nya riktlinjer eller patientversioner av riktlinjerna.

Socialstyrelsen började involvera patientrepresentanter i prioriteringsgrupper inom nationella riktlinjer 2014. En prioriteringsgrupp består av experter som arbetar med att rangordna rekommendationerna i de nationella riktlinjerna utifrån olika kriterier. I det nya arbetssättet representerades patienterna av personer från patient- eller närståendeorganisationer som verkar inom de områden som respektive riktlinje omfattar. En tidig uppföljning (se box 3) av patientmedverkan i riktlinjerna genomfördes 2016 av forskare vid Linköpings universitet (Krevers 2017).

Box 3. Om uppföljningen av patientinvolvering i Nationella riktlinjer.

Uppföljningen utgick från erfarenheter från de första två riktlinjer där prioriteringsgruppernas arbete var avslutade. Syftet med studien var att undersöka nyckelpersoners erfarenheter av att involvera patienter i prioriteringsgrupper och vad det arbetssättet hade medfört för dem och för gruppens arbete.

Sammantaget visade studien att det finns positiva erfarenheter av patientinvolvering i riktlinjearbetet - att involvering av patienter breddar basen till ett gemensamt lärande då olika perspektiv möts. Viktiga komponenter var positiva attityder till patientinvolvering i ledningen och i arbetsgrupperna, att deltagarna lyssnade på och mötte varandra med respekt samt att det fanns en tydlighet i introduktionen och i arbetsprocessen som helhet. Patientinvolvering kunde även uppfattas bidra till riktlinjearbetets legitimitet.

(Krevers 2017)

6.3 FORTSATT STÖD TILL INFÖRANDET AV NATIONELLA RIKTLINJER FÖR SJUKDOMSFÖREBYGGANDE METODER

Socialstyrelsen har arbetat med olika insatser för att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – en fortsättning på det uppdrag de har haft sedan 2011. Bland annat har de under

satsningen arbetat med att ta fram och sprida olika typer av stödmaterial, webbutbildningar, filmer, broschyrer och rapporter.

6.3.1 Bakgrund – ett pågående uppdrag sedan 2011

Hösten 2011 publicerades Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen 2011). Riktlinjerna handlar om metoder för att förebygga tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

För att underlätta införandet av riktlinjerna gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att stödja det sjukdomsförebyggande arbetet i hälso- och sjukvården (Socialdepartementet 2011b, Socialstyrelsen 2013). Uppdraget fortsatte genom satsningen (Socialdepartementet 2015e, Socialdepartementet 2015f). Socialstyrelsen säger själva i en intervju att en anledning till att de fått det här specifika uppdraget är att dessa riktlinjer inte har en lika tydlig mottagare i hälso- och sjukvården som de andra riktlinjerna.

För insatsen avsatte Socialstyrelsen 18,6 miljoner kronor av sina tilldelade medel i satsningen. Utöver det beviljade Socialstyrelsen under samma period 2,9 miljoner kronor i statsbidrag till professionsorganisationer för att de skulle delta i Socialstyrelsens arbete inom området (se kapitel 9).

Genomförda stödinsatser identifierades med målgrupper

Socialstyrelsen genomförde tillsammans med sjukvårdsregioner sju regionala konferenser under 2015. Vid konferenserna medverkade företrädare för landsting och regioner, professionernas organisationer, Sveriges kommuner och landsting och Nätverket för hälsofrämjande sjukvård. Syftet med konferenserna var att inspirera till fortsatta insatser för att stärka arbetet med sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen 2016a). Socialstyrelsens fortsatta stödinsatser hade sin utgångspunkt i bland annat dessa konferenser (Socialstyrelsen 2017c).

Livsmedelsverket har varit en central samverkanspart som genomfört insatser inom området tillsammans med Socialstyrelsen. Samarbete har även skett med SKL, till exempel i arbetet med systemet PrimärvårdsKvalitet som nu inkluderar indikatorer om insatser för att påverka levnadsvanor (se kapitel 8.5).



6.3.2 Resultatet av insatsen – olika typer av stödmaterial har tagits fram

Sammantaget har Socialstyrelsen arbetat med att ta fram och sprida olika typer av stödmaterial, webbutbildningar, filmer, broschyrer, rapporter, och inspiration. Materialet, som utgår från rekommendationerna i riktlinjerna, ska fungera som ett stöd i det sjukdomsförebyggande arbetet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen lägger fortlöpande ut information på sin webbplats med länkar till stöd- och informationsmaterial. Nedan beskriver vi ett par av de centrala insatser som har genomförts.

Webbutbildning om bra matvanor

Socialstyrelsen har i samverkan med Livsmedelverket tagit fram webb-utbildningen *Samtal och råd om bra matvanor* som riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsen 2017c). Enligt en representant på Socialstyrelsen var bakgrunden till webbutbildningen bland annat att landstingen bedömde att det skulle bli svårt att implementera rekommendationerna om bra matvanor, eftersom landstingen saknade tillräckligt med personal med kompetens inom området. Under hösten 2014 publicerades en första version av webbutbildningen på Socialstyrelsens och Livsmedelsverkets webbplatser (Socialstyrelsen 2017c). Den har även uppdaterats och omarbetats under satsningen – bland annat har de senaste kostråden från Livsmedelsverket lagts till (Socialstyrelsen 2016a).

Box 4. Om webbutbildningen och vilka som gått den.

Webbutbildningen är indelad i tre delar:

- kostråd och kunskap om sambandet mellan mat och hälsa
- kunskap om vilka patienter som bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal
- kunskap om samtalet – en teoretisk grund för den som ska genomföra ett kvalificerat rådgivande samtal.

Användarna kan själva välja att genomföra hela eller delar ur utbildningen som svarar mot den enskildes och verksamhetens behov (Socialstyrelsen 2017c).

Mellan mars 2016 och september 2017 genomförde 500 personer utbildningen. Mellan den 1 mars 2016 och den 10 februari 2017, då cirka 340 personer genomförde utbildningen, var 79 sjuksköterskor, 26 dietister, 26 undersköterskor, 17 läkare och 16 omvårdnadspersonal. "Annan" personal var den vanligaste kategorin som fylldes i som yrke – det är oklart vilka befattningar dessa personer hade. Utbildningen får enligt Socialstyrelsen bra omdömen av deltagarna: cirka 75 procent svarar 5 eller 6 på en sexgradig skala.

Pilotprojekt för utvecklad samverkan mellan landsting och kommuner

Socialstyrelsen har under satsningen även arbetat med stöd till den kommunala hälso- och sjukvården kring arbetet med levnadsvanor.

En kartläggning genomfördes under 2014 genom intervjuer med medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR). Kartläggningen visade att den kommunala hälso- och sjukvården endast i liten utsträckning hade börjat implementera de nationella riktlinjerna. Det framgick också att det inte fanns en etablerad samverkan mellan landsting och kommuner när det gäller arbetet med levnadsvanor. Socialstyrelsen lyfter också att det är otydligt vem som har ansvaret för att erbjuda stödinsatser för förändrade levnadsvanor. Socialstyrelsen har därför i samarbete med Region Kronoberg och Lessebo kommun tagit fram ett stödmaterial med en inspirationsskrift och en processmodell som bygger på vårdprocessen i Nationell informationsstruktur. Beslutspunkterna mellan landsting och kommuner kan kopplas till vårdprocessen där det tydliggörs vem som ansvarar för vad i de förebyggande insatserna under patientens vårdkedja (Socialstyrelsen 2016a).

Ytterligare exempel på genomförda stödinsatser

Socialstyrelsen har även arbetat med stöd till informationshantering och uppföljning för att underlätta för hälso- och sjukvården att anpassa journalsystemen till de nationella riktlinjerna för levnadsvanor.

Forskare vid Linköpings universitet har på uppdrag av Socialstyrelsen kartlagt och analyserat införandet av riktlinjerna. I rapporten lyfter de viktiga framgångsfaktorer för genomslag (Elg m.fl. 2016).

Socialstyrelsen har även genomfört en enkätundersökning om attityder hos patienter. I enkäten ställdes frågor om hur, när och till vem i hälso- och sjukvården som individen vill lämna information om sina levnadsvanor gällande tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor. En majoritet av patienterna svarade att de ville lämna sina uppgifter muntligt i samband med besök hos läkare eller sjuksköterskor (Socialstyrelsen 2016e).

6.3.3 Slutsatser ur ett långsiktighets- och patientperspektiv

Socialstyrelsen har genomfört uppdragen de har haft för att stödja det sjukdomsförebyggande arbetet i hälso- och sjukvården. Nedan sammanfattar vi centrala slutsatser från Socialstyrelsens arbete.



Arbetet med levnadsvanor har blivit mer etablerat

Sett till tidiga effekter har arbetet med levnadsvanor blivit mer etablerat i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens uppföljningar visar att stödet från primärvården till patienter med ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet har ökat de senaste åren. Stödet till patienter som röker eller har riskbruk för alkohol har planat ut på en relativt låg nivå i förhållande till behoven. Socialstyrelsen konstaterar även att arbetet med att förbättra levnadsvanor ligger på en fortsatt låg nivå sett till hur många som skulle kunna ha nytta av stöd för att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor, samt att det är stora skillnader i stöd mellan olika landsting (Socialstyrelsen 2017d, Socialstyrelsen 2018b).

Professionsmedverkan har bidragit till ökad legitimitet

Socialstyrelsen säger att möjligheten att arbeta tillsammans med professionsorganisationerna har varit central. På så sätt når de en större bredd av hälso- och sjukvårdspersonal med kunskap och det stärker även legitimiteten i arbetet.

” Det förebyggande arbetet har handlat mycket om att ändra attityder... att professionsföreningar har varit med och lyft detta gör en stor skillnad – att de synliggör dessa frågor.”

(Intervju Socialstyrelsen)

Socialstyrelsens och professionsföreningarnas arbete för att stödja implementeringen kommer att fortsätta även kommande år genom statliga medel (Socialdepartementet 2017c).

Det saknas ett helhetsperspektiv för det preventiva arbetet

Det finns fortfarande flera utmaningar i arbetet med att förbättra det sjukdomsförebyggande arbetet – utmaningar som kräver både intensivare och andra typer av insatser än vad som hittills varit fallet.

Vårdanalys har till exempel i en tidigare rapport visat att det behövs tydligare jämlikhetsfokus i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Kommissionen för jämlik hälsa lyfter i sitt slutbetänkande att det behövs insatser inom många olika sektorer för att främja en jämlik hälsa. De trycker bland annat på betydelsen av mer jämlika uppväxtvillkor, kunskaper, arbete och försörjning.

” Ojämligheten i hälsa börjar således inte med levnadsvanorna, och kan inte lösas enbart i hälso- och sjukvården. Men det är viktigt att se att det omvända också gäller; utan att arbeta med levnadsvanor och en mer jämlik hälso- och sjukvård kommer vi inte att nå en jämlik hälsa.”

(SOU 2017:47)

Det saknas också mål och rutiner för det förebyggande arbetet inom primärvården, och personalen behöver kompetensutveckling (Vårdanalys 2016a). Att grundutbildningen i klinisk nutrition är mycket begränsad i vårdutbildningar är ytterligare en utmaning som lyfts i sammanhanget, där Socialstyrelsens webbutbildning ses som otillräcklig (Akner 2018).

De vårdcentralchefer vi har intervjuat har haft en relativt låg kännedom om det stödmaterial som finns hos till exempel Socialstyrelsen, men de som känner till materialet uppskattar det. Men flera verksamhetschefer säger samtidigt att det inte spelar någon roll om deras personal går på utbildningar för att förbättra sina kunskaper – om förebyggande insatser inte tydligt prioriteras i styrning och avtal så kommer kunskapen ändå inte att tillämpas. I sammanhanget kan nämnas ett citat från en översiktsstudie som handlar om implementeringen av nationella riktlinjer:

” ...den samlade kunskapen visar övertygande att informations- och utbildningsinsatser...bara i blygsam utsträckning påverkar tillämpning av och följsamhet mot riktlinjer. Genomslag förutsätter att resurser och stöd måste tillkomma och incitament för förändring skapas.”

(Brommels m.fl. 2012)

I våra intervjuer med främst vårdcentralchefer framkommer flera saker som behövs för att öka det preventiva arbetet i primärvården. Flera aktuella rapporter lyfter även förutsättningar som kan behövas för att skapa ett mer förebyggande hälso- och sjukvårdssystem. I urval kan nämnas:

Verksamhetschefer ser ett behov av att tydliggöra och resurssätta arbetet. Till exempel behöver uppdraget till primärvården tydliggöras och resurssättas av huvudmännen och ledningen kommunicera att arbetet med levnadsvanor är viktigt. När vårdgivare har begränsade resurser kan de även behöva stöd i att prioritera vilka befolknings- eller patientgrupper som i första hand bör få insatser.



Forskningen pekar på vikten av att skapa stödsystem för patientmötet. Arbetet behöver drivas av aktiva aktörer i alla delar av vårdssystemet. Landstingen kan se över hur regionala vårdprogram kan stödja, eller hur journalsystem som stödjer analyser av insatser och effekter av de sjukdomsförebyggande metoderna kan utvecklas (Elg m.fl. 2016).

Forskningen lyfter behovet av att utveckla alternativ för att bättre nyttja patienters egna resurser. Det finns en outnyttjad potential i att använda patienters egna resurser och en möjlighet att utveckla modeller för mer aktiva patienter:

” Deras egen strävan efter hälsa kan bidra till mer aktivt arbete med lösningar där patienter medskapar de sjukdomsförebyggande aktiviteterna. Man skulle kunna designa och utveckla digitala lösningar som kan hjälpa vissa patientgrupper att hantera sina egna problem.”
(Elg m.fl. 2016)

Socialstyrelsen lyfter vikten av alternativ till digitala lösningar.

I Socialstyrelsens enkätundersökning om hur patienter vill lämna uppgifter om levnadsvanor framkom att en majoritet ville lämna muntlig information i samband med besök i hälso- och sjukvården, vilket nyanserar bilden:

” ...det finns anledning för sjukvården att ta hänsyn till att många i dagsläget är negativa till att använda digitala lösningar och att det i högre utsträckning gäller äldre och personer med låg utbildning... en för snabb övergång till digitala lösningar kan bidra till en ökad ojämlikhet i hälsan om man inte skapar bra alternativ...”
(Socialstyrelsen 2016e)

Utvecklade förutsättningar för samverkan ses som centralt. Enligt Socialstyrelsen riskerar patienter i kommunal hälso- och sjukvård i större utsträckning än andra patienter att inte få stöd i att ändra ohälsosamma levnadsvanor. Det beror bland annat på brist på samverkan mellan vårdnivåer (Socialstyrelsen 2018b).

Socialstyrelsens sista lägesrapport inom ramen för satsningen syftar särskilt till att lyfta betydelsen av förebyggande hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2018a). I rapporten står det att primär- och närvård skulle behöva medverka mer i ett befolkningsinriktat arbete, till exempel i form av

olika lokala samverkansprojekt, men att det förutsätter att man utvecklar modeller för att ersätta vårdcentralerna för ett befolkningsinriktat arbete. I rapporten lyfts också riktade hälsosamtal som en strategi i att arbeta med primärprevention. Ett antal förslag ges till huvudmän i hur de kan stärka det hälsofrämjande och sjukdomsbyggande perspektivet, till exempel att:

- sätta mål och använda indikatorer för uppföljning av arbetet på politisk nivå och förvaltningsnivå för att synliggöra utvecklingen och som underlag för beslut om åtgärder
- prioritera ett nationellt sammanhållet stöd för såväl det primär- som sekundärpreventiva arbetet
- öka intensiteten i det förebyggande arbetet både inom hälso- och sjukvården och inom andra verksamheter genom att sprida och tillämpa metoder utvecklade inom kunskapsfälten beteendevetenskap, socialpsykologi och beteendekonomi
- förbättra de ekonomiska förutsättningarna för hälso- och sjukvården att samverka med skola, socialtjänst med flera (Socialstyrelsen 2018a).





Insatser av övriga nationella aktörer

Flera nationella aktörer, utöver Socialstyrelsen och SKL, har genomfört insatser i satsningen.

I det här kapitlet beskriver och analyserar vi insatser som Livsmedelsverket, SBU och Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) har genomfört. Livsmedelsverkets och HFS:s insatser har i huvudsak fokuserat på prevention och tidig uppmärksamhet medan SBU:s insatser har fokuserat på kunskapsbaserad vård. För dessa aktörer har insatserna främst resulterat i kunskapsstöd och utbildningar.

7.1 LIVSMEDELSVERKET – FOKUS PÅ STÖD OM KOSTRÅD OCH MATVANOR

Livsmedelsverket fick inom ramen för satsningen två uppdrag och tilldelades sammanlagt cirka 14 miljoner kronor. De återbetalade sammanlagt cirka en miljon kronor för hela fyraårsperioden. Det ena uppdraget var en fortsättning på regeringens initiativ *Forum för hälsofrämjande* (Socialdepartementet 2014g). Uppdraget handlade främst om nätverketsarbete och hade en mindre finansiering i satsningen. Därför kommer uppdraget inte att beskrivas i det här kapitlet. Det andra uppdraget handlade om att stödja vårdens arbete med att genomföra informationsinsatser om hälsosamma matvanor för att förebygga kroniska sjukdomar vilket vi beskriver nedan.

7.1.1 Bakgrund – informationsinsatser om hälsosamma matvanor

Livsmedelsverket fick inom ramen för satsningen ett uppdrag med syfte att bidra till mer hälsosamma matvanor hos allmänheten för att på sikt



kunna förebygga kroniska sjukdomar. Livsmedelsverket lyfter att WHO:s beräkningar visar att dåliga matvanor är den största risken för ohälsa i Sverige (Livsmedelsverket 2018). För uppdraget beviljades Livsmedelsverket 12,3 miljoner kronor mellan 2015 till 2017.

Uppdraget rymde flera insatser. De handlade om att Livsmedelsverket skulle sprida information om hälsosamma matvanor till yrkesgrupper inom främst primär- och närsjukvård för att via hälso- och sjukvården nå ut till allmänheten. Livsmedelsverket skulle också anpassa information om kostråd till olika målgrupper i samhället och fortsätta genomföra insatser för att stärka *Nyckelhålet* som ett verktyg att förebygga kroniska sjukdomar (Socialdepartementet 2015c, Socialdepartementet 2015d, Näringsdepartementet 2016). I intervju med representanter för Livsmedelsverket framkom att deras insatser haft fokus på befolkningsinriktade insatser till allmänheten och inte patienter i behov av sjukdomsspecifik kostbehandling.

För att få en grund för sitt arbete med insatserna genomförde Livsmedelsverket 2016 en enkätundersökning riktad till läkare, sjuksköterskor och chefer i primärvården. Den visade att de upplevde det som viktigt att primärvården arbetar med rådgivning kring matvanor. Livsmedelsverket lyfter att primärvården har en viktig roll i att motverka dåliga matvanor och att en förutsättning är att hälso- och sjukvårdspersonalen i primärvården har tillräckligt med kunskap på området (Livsmedelsverket 2018).

7.1.2 Resultatet av insatserna

Information till yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården

Livsmedelsverket arbetade med flera aktiviteter kopplat till uppdraget. Till exempel startades ett nationellt nätverk för bra matvanor med representanter från bland annat landstingen. De vidareutvecklade tillsammans med Socialstyrelsen en webbutbildning för hälso- och sjukvårdens personal (se kapitel 6.3). Livsmedelsverket medverkade även i utvecklingen av en annan webbaserad kurs *Sundkurs*, tillsammans med Karolinska institutet och Hjärt-Lungfonden. Denna utbildning handlade om livsstilsfrågor riktad till både profession och patienter (Livsmedelsverket 2016, Livsmedelsverket 2017). Livsmedelsverket arrangerade även möten med dietister i primärvården för att stärka dem som kunskapsbärare kring bra matvanor i primärvården. Yrkesgruppen är enligt Livsmedelsverket även viktiga vidareförmedlare för Livsmedelsverkets arbete.

Budskapsplattform för att nå primär- och närsjukvård

En insats som Livsmedelsverket genomförde var att ta fram en budskapsplattform för sitt arbete: *Prata mat, rädda liv*. Syftet var att stärka myndighetens kommunikation med hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården. På sin webbsida publicerade Livsmedelsverket forskningsstudier, fakta och argument där vikten av bra matvanor framhävdes. Besöken på webbsidan ökade mellan år 2016 och 2017 från cirka 3 000 till cirka 12 000 (Livsmedelsverket 2017, Livsmedelsverket 2018).

Kostregistrering genom Matvanekollen och information för att nå patienter

Livsmedelsverket har under satsningen genomfört utvecklingsinsatser kopplade till *Matvanekollen* – ett digitalt verktyg som Livsmedelsverket sedan 2011 har på sin webbsida för att personer genom kostregistrering ska få koll på sina matvanor. Enligt Livsmedelsverket vänder sig verktyget till allmänheten men skulle kunna användas mer av hälso- och sjukvårdspersonal i mötet med patienter utan behov av sjukdomsspecifik kostbehandling. Livsmedelsverket menar att verktyget kan utgöra ett stöd, som ett första steg i patienters förändringsprocess av matvanor och för att identifiera patienter med ohälsosamma matvanor. En ny lansering av *Matvanekollen* planeras för 2018 och Livsmedelsverket planerar även att ge särskild handledning till vårdpersonal för att använda verktyget (Livsmedelsverket 2017, Livsmedelsverket 2018).

Genom tidigare uppdrag utanför satsningen hade Livsmedelsverket arbetat fram kunskapsunderlag i broschyr- och faktabladsform om matvanor och kostråd. De var framtagna i dialog med läkare och sjuksköterskor och skulle utgöra ett stöd inför samtal om bra matvanor med patienter. Livsmedelsverket har även inom satsningen anpassat broschyrerna och faktabladen, bland annat genom att översätta kostråd till engelska och lättläst svenska för att nå fler målgrupper. De har även tagit fram vykortslänkande informationsblad med sammanfattningar av kostråden, för att använda direkt i patientmötet (Livsmedelsverket 2014, Livsmedelsverket 2016). Under satsningen gjorde Livsmedelsverket ett brevutskick med dessa broschyrer till samtliga 1 200 vårdcentraler i landet. Både nedladdningar och sålda faktablad och broschyrer har ökat mellan 2016 och 2017 (Livsmedelsverket 2018).



7.1.3 Slutsatser ur ett långsiktighets- och patientperspektiv

Livsmedelsverket har uppnått sina insatsspecifika mål eftersom de utfört de uppdrag de fått.

Hälso- och sjukvårdspersonal var en ny målgrupp för Livsmedelsverket

Livsmedelsverket lyfte under vår intervju att hälso- och sjukvårdspersonal var en ny målgrupp för dem. De menade att samarbetet med Socialstyrelsen har fungerat väl och att Socialstyrelsen varit en ingång för Livsmedelsverket att nå hälso- och sjukvårdspersonal. De lyfter också att dietisterna är viktiga som förmedlare av Livsmedelsverkets råd och som kunskapsbärare inom hälso- och sjukvården (Livsmedelsverket 2018).

Långsiktig nytta kräver mer än utbildning och information

Livsmedelsverket lyfter att deras insatser har bidragit till att matvanornas betydelse för hälsan har blivit mer känd i vården. Samtidigt kvarstår flera utmaningar för landstingen för att bidra till att förbättra dåliga matvanor. Livsmedelsverket beskriver flera: bland annat att professionen inte har tillräcklig kunskap om nutrition och hur matvanor påverkar hälsan. De lyfter även att det finns tidsbrist för att arbeta med matvanor för hälso- och sjukvårdspersonal, vilket leder till att samtal om matvanor nedprioriteras (Livsmedelsverket 2017, Livsmedelsverket 2018).

Livsmedelsverkets beskrivning av utmaningar styrks av forskningen som menar att det krävs ett större helhetsperspektiv för preventivt arbete, utöver utbildning och information. Det behövs bland annat ett tydligt uttalat uppdrag och resurssättning för vården att arbeta med preventiva insatser (läs mer om detta i kapitel 6.3).

Få vårdcentralchefer vi intervjuade kände till Livsmedelsverkets kunskapsunderlag. Men de vårdcentralchefer som hade kännedom tyckte att dessa varit värdefulla och använts i mötet med patienter. Livsmedelsverkets egna uppföljningar har visat på liknande resultat samt att det finns ett gott förtroende för Livsmedelsverkets kostråd bland hälso- och sjukvårdspersonal (Livsmedelsverket 2017, Livsmedelsverket 2018).

Livsmedelsverket upplever under satsningen sista år att frågor om matvanor, börjar bli en mer självklar del i det sjukdomsförebyggande arbetet i primärvården. Samtidigt är landstingen bara i startgroparna med arbetet för bra matvanor. Därför tror Livsmedelsverket att behovet av stöd till landstingen sannolikt kommer att öka under de närmsta åren (Livsmedelsverket 2018).

7.2 NÄTVERKET FÖR HÄLSOFRÄMJANDE HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

7.2.1 Bakgrund – en nätverksorganisation för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Det svenska nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) är en nätverksorganisation som etablerades 1996, och är en del av ett internationellt nätverk initierat av WHO. De arbetar för att utveckla kunskap, kompetens och rutiner för en mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård. HFS:s grundverksamhet finansieras genom medlemsavgifter men har sedan ett tiotal år även finansierats med olika statliga medel – så som i denna satsning. HFS beviljades sammanlagt 9,7 miljoner kronor under satsningens samtliga år, dels genom medel från Socialdepartementet, dels genom statsbidrag från Socialstyrelsen 2015–2017. Sammantaget utgör det cirka 2 procent av samtliga medel i satsningen.

Ett nätverk av nätverk

HFS-nätverket omfattar i dag alla 21 landsting och regioner och styrs av ett presidium med ledande tjänstemän i respektive organisation. Den löpande verksamheten i nätverket sköts av ett sekretariat som leds av en nationell koordinator. I medlemsorganisationerna fungerar processledarna som lokala koordinatörer för det sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetet inom sjukhuset eller vårdorganisationen. HFS beskriver sin organisation som ett nätverk av nätverk inom hälso- och sjukvården. Nätverket arbetar bland annat praktiskt genom att organisera temagrupper (i dag 11 grupper) som bedriver utvecklingsarbete inom olika områden, till exempel personcentrerad vård, matvanor, alkoholprevention, fysisk aktivitet, tobaksprevention, riktade hälsosamtal, arbetsmiljö, psykisk hälsa, hälsofrämjande primärvård samt uppdrag och uppföljning. Deltagarna i dessa grupper består av representanter från såväl tjänstemannanivå på utvecklingsavdelningar eller ledningsstaber till utförarnivå på sjukhus, vårdcentraler eller andra vårdenheter. HFS har under satsningen arbetat nära, och haft gemensamma aktiviteter med Socialstyrelsen, SKL och professionsorganisationer. Enligt HFS har det ofta varit samma personer i SKL:s och Socialstyrelsens olika nätverk som de som ingår i HFS, såsom det nationella programrådet för levnadsvanor (se kapitel 8.3). Samtidigt lyfter representanter för HFS-nätverket att de är mer av ett ”bottom-up-nätverk” med bredare representation från hälso- och sjukvårdens verksamheter. Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC) har varit en annan nära samarbetspartner under satsningen.



7.2.2 Resultatet av insatserna

HFS-nätverkets arbete har i hög grad handlat om att bidra med inspiration och erfarenhetsutbyte om prevention och personcentrerad vård till sina medlemmar. De utförde ett femtontal insatser inom ramen för satsningen som till stor del handlade om att ta fram, samordna och sprida information och verktyg – främst kopplat till levnadsvanor, men även andra områden, som personcentrerad vård. Se exempel på insatser i box 5.

Box 5. Exempel på insatser genomförda av HFS.

- Framtagande och spridning av två informations- och inspirationsbroschyrer: *Personcentrerad vård* och *Att förebygga kroniska sjukdomar genom goda levnadsvanor*. De primära målgrupperna för skriften är chefer och medarbetare i hälso- och sjukvården.
- Framtagande och spridning av kunskap och verktyg med syfte att främja hälsolitteracitet (människors förmåga att förvärva, förstå och tillämpa hälsorelaterad information).
- Analys av skillnader i landstingens styrincitament för preventiva insatser i primärvården – som uppdragstexter, uppföljning och ersättning. Syftet var att sprida kunskap om hur de kan påverka en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, och en slutsats att de måste ses som en del av en helhet där faktorer som kultur, kunskap, resurser, dialog och stödstrukturer, påverkar arbetet.
- I samarbete med GPCC tagit fram och spridit en applikation med ett spel om personcentrerad vård. Syftet med spelet är att få vårdpersonal att reflektera kring vad personcentrerad vård innebär samt pröva att arbeta personcentrerat, och beskrivs av HFS som ett pedagogiskt sätt att lära sig mer om personcentrerad vård med hjälp av spelets mekanismer (gamification).
- I samarbete med Uppsala universitet utvecklat *Hälsokalkylatorn* – en applikation där landsting kan beräkna förväntad sjukdomsincidens och samhällskostnader (respektive besparingar) beroende på befolkningens utveckling av levnadsvanor. Applikationen är tänkt att utgöra ett stöd vid beslutsfattande, genom att visa på vinsterna av förbättrade levnadsvanor där sjukvården har möjlighet att påverka.

7.2.3 Slutsatser ur ett långsiktighets- och patientperspektiv

HFS har genomfört de insatser de haft i uppdrag eller beviljats statsbidrag att genomföra, såsom att ta fram informations- eller kunskapsunderlag och att bidra med erfarenhetsutbyte. En förutsättning för att underlaget ska komma till nytta är att det sprids och används. Det saknas uppgifter över faktisk användning av verktygen. Men en indikation på spridning är till exempel att det, enligt HFS, i mars 2018 hade gjorts cirka 2 700 nedladdningar av applikationen om personcentrerad vård, och att besöksstatistiken till Hälsokalkylatorn ligger runt 2 000 besök per år.

Mer övergripande finns det flera utmaningar för landstingen för att nå en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård (läs mer under kapitel 6.3). HFS skriver att en mer personcentrerad och hälsofrämjande hälso- och sjukvård ligger nära varandra – att tillämpa ett hälsofrämjande förhållningssätt innebär att stärka patientens tilltro till sin egen förmåga och dra nytta av personens egna resurser (HFS 2015b).

” Grunden [för att införa personcentrering] är att fråga patienten vad hen tycker är viktigt och tillämpa ett hälsofrämjande förhållningssätt där patienten får möjlighet att utgöra en kompetent och delaktig resurs.”

HFS skriver även att det krävs genomgripande förändringar av attityder och arbetssätt för att preventivt arbete ska bli en självklar del av hälso- och sjukvården – olika aktörer och professioner behöver då inse värdet av prevention (HFS 2015a). En representant från HFS lyfte i en intervju vikten av ”storytelling” och att professionen tydligt ser tidiga effekter av det hälsofrämjande arbete de gör:

” Jämför med kariesbekämpning och arbetet med ökad användning av fluortandkräm och flourentanten – vi såg direkt en nedgång.”

” ...insatser kring rökstopp – här kan professionen se direkta effekter [rökstopp inför operation minskar risk för komplikationer] vilket är bra – det blir konkret.”

Målgrupperna för HFS:s insatser har främst varit tjänstemän och personal i hälso- och sjukvården – medlemmar som utgör dess organisation. En representant för nätverket nämnde i vår intervju att de ska se över hur de kan öka samverkan med patienter. I genomförandet av insatserna har HFS för vissa insatser haft patientdelaktighet, exempelvis i utvecklingen av broschyren *Personcentrerad vård* samt applikationen med spelet om personcentrerad vård.



7.3 SBU – TRE INSATSER MED FOKUS PÅ KUNSKAPSBASERAD VÅRD

SBU har fått i uppdrag av regeringen att utföra tre insatser inom satsningen och tilldelades cirka 5 miljoner kronor för att genomföra dem.

Ett av uppdragen handlade om att utvärdera metoder och kartlägga förutsättningar för att öka kroniskt sjuka patienters delaktighet i hälso- och sjukvården (Socialdepartementet 2015b). SBU tilldelades cirka 1,5 miljoner kronor för uppdraget. SBU menade att det var ett brett uppdrag som kan ses utifrån olika nivåer: organisations- eller systemnivå, verksamhetsnivå och individnivå. En svårighet i sammanhanget är enligt SBU att det saknas direkta utfallsmått för patientdelaktighet. Efter en förstudie och i samråd med sakkunniga och brukare lade SBU fokus på delaktighet på individnivå inom ramen för tre perspektiv: personcentrerad vård, metoder för delat beslutsfattande och metoder för stöd till egenvård. Insatsen resulterade i en sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder på området (SBU 2017a) (i box 6 framgår SBU:s sammantagna slutsatser från utvärderingen).

Rapporten har under år 2017 spridits till patientorganisationer samt varit underlag för presentation och diskussion i möten med yrkesföreningar. Som en direkt följd av det har SBU fått förslag från Swedish Medtech tillsammans med Vårdförbundet och Njurförbundet att genomföra en systematisk kartläggning av kunskapsläget inom området egenvård.

Box 6. Resultat från studier om delaktighet på individnivå.

SBU:s litteraturgenomgång visar att det finns ett måttligt till starkt vetenskapligt underlag som stödjer att ett personcentrerat arbetssätt och beslutsstöd som är riktade till långvarigt sjuka patienter har positiva effekter på utfallsmått som är relaterade till delaktighet.

Det finns ett begränsat till måttligt vetenskapligt underlag för att insatser för stöd till egenvård ger varaktiga positiva effekter på utfallsmått som är relaterade till delaktighet hos personer med långvariga sjukdomar och tillstånd. De aktuella utvärderingarna har gjorts med blandade patientgrupper med olika sjukdomar och tillstånd. Detta skulle kunna vara en orsak till att resultaten ofta skiljer sig.

Det hälsoekonomiska underlaget i översikterna är hittills för begränsat för att göra en bedömning av hur hälso- och sjukvårdens resursåtgång påverkas eller av metodernas kostnadseffektivitet.

(SBU 2017a)

Ett annat av uppdragen handlade om att utvärdera det vetenskapliga stödet för behandlingsmetoder vid icke-specifik smärta – metoder som kan förebygga att smärtan blir långvarig. SBU tilldelades cirka 3,3 miljoner

kronor för uppdraget. En övergripande slutsats från SBU var att det saknas studier som visar vilka icke-farmakologiska insatser som bäst bryter den onda cirkeln vid akut rygg- och nacksmärta – kunskap som hälso- och sjukvården behöver för att hjälpa patienterna effektivt (Socialdepartementet 2014d, SBU 2016).

SBU berättar att de genom uppdraget kunde visa vilken typ av studier på området som patienter skulle ha nytta av och vilka kunskapsluckor som forskningen behöver täppa till. De lyfter även att slutsatserna har spridits bland annat till berörda forskare och forskningsfinansiärer så att användbar kunskap om patientnytta kan tas fram.

Det tredje uppdraget som SBU fick handlade om att ta fram kunskapsunderlag riktat till patienter och anhöriga med syfte att bland annat öka deras kritiska tänkande och aktiva deltagande i beslut om behandlingar. Detta beskriver vi närmare nedan.

7.3.1 Ett uppdrag för att stärka ett aktivt deltagande i beslut om behandling

Bakgrund – insatsen bygger på en uppskattad brittisk motsvarighet

SBU fick i uppdrag att utveckla en webbplats med evidensbaserad information om behandling och forskning riktad till patienter med kroniska sjukdomar och deras närstående. En sådan webbplats baserad på en bok (Testing Treatments) fanns på engelska och kallades *Testing Treatments interactive* (TTi) (Socialdepartementet 2014i).

Uppdraget till SBU innebar att utveckla en svensk motsvarighet till TTi. Ett syfte med insatsen var att stödja patienternas och de anhörigas kritiska tänkande och aktiva deltagande i beslut om behandlingar. Ett annat syfte var att öka deras intresse och kunskap för klinisk forskning (Socialdepartementet 2014i). Den brittiska förlagan hade väckt intresse bland både allmänhet och de som arbetade i vården (SBU 2014).

Resultat av insatsen – TTi som svensk version

Titeln på den svenska motsvarigheten till TTi blev *Bättre behandling*. Boken och webbplatsen <http://se.testingtreatments.org> riktar sig till patienter, vårdpersonal och andra intresserade.

Bättre behandling kan enligt SBU (SBU 2018) utgöra ett stöd för bättre samtal mellan patienter, närstående och sjukvårdspersonal genom att ta upp frågor som: Hur kan forskning visa om en viss behandlingsmetod är bättre än en annan? Vilka forskningsresultat kan man lita på? Varför räcker det sällan



med en studie? Hur kan jag själv som patient bidra till en bra och angelägen forskning?

SBU har spridit innehållet i *Bättre behandling* på en mängd olika sätt. För att nå målgruppen har ambitionen varit att gå via andra aktörer och kanaler än de SBU själva förfogar över. Bland annat har materialet spridits till samtliga sjukhusbibliotek i Sverige, patient- och professionsorganisationer, samt hälso- och vetenskapsjournalister. En introducerande text och länk till *Bättre behandling* nås via 1177 Vårdguiden. Olika samarbeten har även skett med professionsföreträdare som bland annat har använt informationen som studiematerial för hälso- och sjukvårdspersonal (SBU 2018).

Slutsatser ur ett långsiktighets- och patientperspektiv

SBU har uppnått det insatsspecifika målet genom att ta fram *Bättre behandling*. En förutsättning för att insatsen ska komma till nytta är att materialet används.

Vi har inte särskilt undersökt hur eller av vem *Bättre behandling* använts. Enligt SBU (SBU 2018) har den svenska webbplatsen haft cirka 14 000 sidvisningar sedan den lades upp i februari 2015. Boken *Bättre behandling* har tryckts i 5 500 exemplar, bland annat har den skickats ut till eller köpts in av sammantaget 57 större patient- och anhängarföreningar i Sverige. Enligt SBU har både patient- och professionsorganisationer visat ett stort intresse för *Bättre behandling* – något som också bekräftas i intervjuer vi haft med patientföreträdare. Intrycket bland dem är att de generellt sett är positiva till insatsen.



SKL och landsting – insatser med fokus på kunskapsstyrning

SKL:s och landstingens arbete i satsningen har fokuserat på ett antal övergripande insatser, främst kopplade till kunskapsstyrning. Arbetet har utgått från de uppdrag SKL har haft, formulerade i överenskommelser med regeringen 2014–2017.

Parallellt med att SKL drivit olika projekt inom ramen för överenskommelserna, har de haft i uppdrag att fördela utvecklingsmedel till sjukvårdsregioner 2015 och landsting 2016–2017. Syftet med utvecklingsmedlen har varit att ge lokala förutsättningar att genomföra insatser som ligger i linje med de områden som ingått i överenskommelserna, för att skapa förutsättningar för att insatserna leder till bättre resultat för patienterna (SKL 2016c, SKL 2017d).

SKL hade i början av satsningen fokus på att inventera olika behov hos huvudmännen och verksamheterna sett till kunskapsstyrning. Därefter har de drivit och utvecklat ett antal projekt med syfte att möta dessa behov. Under satsningens senare år har fokus legat på införande av de stöd och utvecklingsprojekt som tagits fram, samt att arbeta med att skapa lösningar för att långsiktigt förvalta och finansiera de insatser som ingår i överenskommelsen.

I avsnitten nedan beskriver och analyserar vi arbetet som genomförts av SKL samt regioner och landsting för ett antal centrala insatsområden. Sett till medel utgör dessa nästan halva satsningen.

8.1 UTGÅNGSPUNKT I ÅRLIGA ÖVERENSKOMMELSER MED REGERINGEN

Regeringen slöt överenskommelser med SKL under satsningens samtliga år, 2014–2017. Överenskommelsen år 2014 bestod av två insatsområden:

- fortsatt utveckling av landstingens strukturer för kunskapsstyrning
- stärkt arbete med programråd.

Under 2014 genomförde SKL, utöver de uppdrag som specificerades i överenskommelsen, ett antal nationella utvecklingsinsatser. De finansierades med 12 miljoner kronor av regeringen, separat från överenskommelsen men med koppling till de insatsområden som fanns med i överenskommelserna för 2014–2017 (SKL 2015c). Under åren 2015–2017 bestod de överenskommelser som regeringen ingick med SKL av följande fem insatsområden:

- effektivare kunskapsspridning genom arbete med programråd (Nationella programråd)
- utveckla former för att långsiktigt samordna landstingens kunskapsstöd (Nationell kliniskt kunskapsstöd)
- främja uppföljning inom primärvården (PrimärvårdsKvalitet)
- främja ledarskap mot förbättrade patientresultat (Att leda för bästa möjliga vård)
- främja nya patientcentrerade arbetssätt inom primärvården (Flippen).

Landstingen har efter lokala behov arbetat med dessa insatsområden genom utvecklingsmedel från SKL 2015–2017. År 2015 fördelade SKL 10 miljoner kronor i utvecklingsmedel till samtliga sjukvårdsregioner (cirka 1,7 mkr vardera). År 2016 och 2017 fördelade SKL 48 miljoner kronor, respektive 53 miljoner kronor till samtliga landsting efter befolkningsstorlek.

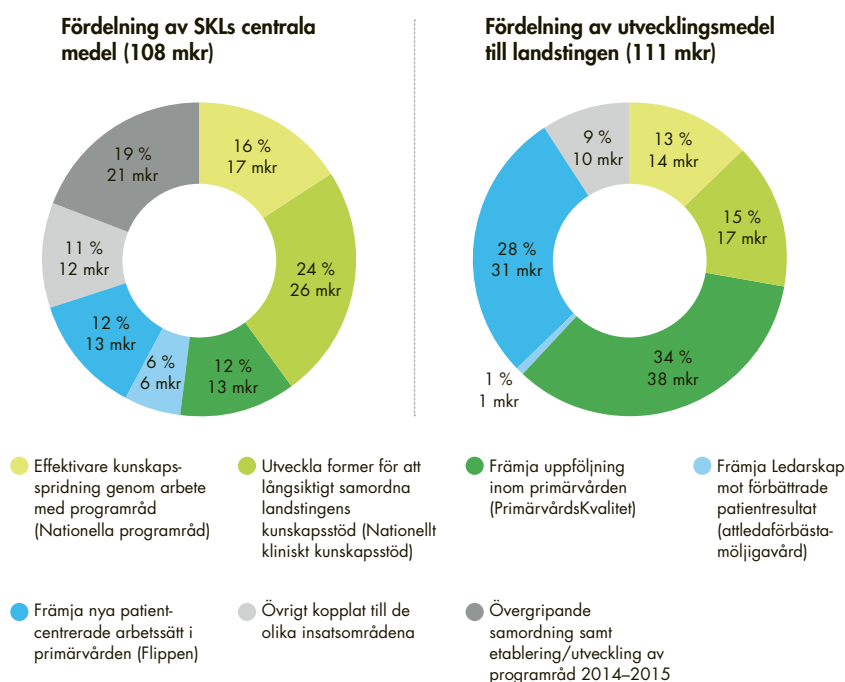
Vidare har SKL och landstingen bland annat varit inspirerade av *Intermountain Healthcare* i de insatser de genomfört kopplade till kunskapsstyrning. *Intermountain Healthcare* är en icke-vinstdrivande organisation och ett integrerat hälso- och sjukvårdssystem i delstaten Utah i USA, vilket innebär att man är både försäkringsorganisation och samlad vårdgivare inom primärvård och sjukhus. SKL framhåller att organisationen har lyckats leverera god vård till låg kostnad. Det har enligt SKL varit möjligt eftersom investeringar systematiskt gjorts i både it-infrastruktur och i organisation samt inte minst i avancerad utbildning i management och förbättringsmetoder. Processperspektivet har legat som central organisatorisk idé (SKL 2014).

8.2 MEDLEN ANVÄNDES FÖR ATT ARBETA MED INSATSONMRÅDEN I ÖVERENSKOMMELSEN

De medel som tilldelades SKL och landstingen användes till att arbeta med insatsområden i överenskommelsen. Det insatsområde som de tillsammans använde mest medel till var *Främja uppföljning inom primärvården*. Men även andra insatsområden, såsom *Främja nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården*, *Effektivare kunskapsspridning genom arbete med programråd* och arbete med att *samordna landstingens kunskapsstöd* har varit stora sett till fördelade medel. Dessa fyra insatsområden står för omkring 10 procent vardera av satsningens totala medel.

SKL har årligen redovisat sin medelsförbrukning inom satsningen till regeringen, men det har inte ställts krav på att de ska specificera redovisningen per insatsområde. Närmare 30 procent av medlen som tilldelats SKL har därför inte redovisats på ett specifikt insatsområde. Men dessa medel avser enligt SKL området kunskapsstyrning samt etablering eller utveckling av *nationella programråd*. Fördelningen av SKL:s och landstingens utvecklingsmedel framgår av figur 9.

Figur 9. Fördelning av SKLs och landstingens medel inom satsningen.



Källa: Vårdanalys beräkningar på grunddata från SKL.

Not: SKL återbetalade totalt cirka 17 miljoner kronor av totalt 108 miljoner kronor under satsningens samliga år. Det fanns inte krav på landstingen att återbetala utvecklingsmedel.

8.3 EFFEKTIVARE KUNSKAPSSPRIDNING GENOM ARBETE MED PROGRAMRÅD: NATIONELLA PROGRAMRÅD

Ett centralt insatsområde i satsningen har handlat om att SKL tillsammans med landsting och regioner utvecklat och etablerat nationella programråd (NPR) som utgör en del i strukturen för och arbetet med kunskapsstyrning. Uppskattningsvis 10 procent av satsningens medel relaterar till detta insatsområde.

8.3.1 Bakgrund – en samverkansstruktur för kunskapsstyrning

Initiativet att utveckla en samordnad kunskapsstyrning har pågått under en längre tid. Den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) etablerades till exempel år 2008 som ett gemensamt forum för myndigheter, SKL, sjukvårdsregioner och vårdens professioner på nationell nivå med syfte att bidra till en nationell samordning. Motsvarande gruppering finns på socialtjänstsidan och kallas NSK-s. Inom NSK samlar sig myndigheterna i en egen samordningsgrupp (MSG), medan regionerna samlar sig i gruppen NSK-region (Vårdanalys 2015a).

De NPR som har utvecklats genom satsningen ska bidra till en ökad samverkan inom och mellan lokal, regional och nationell nivå. Råden ska fungera som ett komplement till befintliga processer och insatser i den gemensamma kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård. Inom ramen för den nationella cancerstrategin har liknande strukturer byggts upp, med bland annat regionala cancercentrum (Riksrevisionen 2017). Inspirationen till programråden kommer bland annat från Intermountain Health Care i USA, som byggt upp rådsgrupper under många år (Olson 2015).

Tillkomsten av NSK, NSK-region och NPR är resultatet av flera samverkande faktorer och drivkrafter. Bland dem kan nämnas kraven på en mer jämlik vård och det faktum att nationella riktlinjer har ett varierande genomslag samt att vårdkvaliteten i landet varierar (Olson 2015). De nationella riktlinjerna behöver även omvandlas till mer konkreta stöd och vårdprogram för att bli användbara för hälso- och sjukvårdspersonalen – det har hittills varit ett arbete för regionala och lokala medicinska grupper som ofta saknat resurser för det. Tanken har därför varit att det arbetet ska göras gemensamt på nationell nivå av programråd (Olson 2015).

Syftet med programråden är en mer kunskapsbaserad, jämlik och effektiv vård

Programråden ska bidra till en mer kunskapsbaserad och jämlik hälso- och sjukvård, ett effektivare resursutnyttjande, ett förbättrat samarbete och en bättre samordning av kunskapsspridningen lokalt, regionalt och nationellt (Socialdepartementet 2017a). Råden syftar till att fler patienter ska få tillgång till bästa möjliga vård oavsett var i landet de bor. Genom att sprida goda exempel, samarbeta kring gemensamma kunskapsunderlag, följa kvalitetsutvecklingen och ta initiativ till att förbättra vården är tanken att landstingens resurser ska nyttjas mer effektivt. Majoriteten av de programråd som startats har fokus på kroniska diagnoser eller prevention.

Uppdrag och insatser med utgångspunkt från bland annat Socialstyrelsens nationella riktlinjer

I programrådets uppdrag ingår att identifiera och analysera nationellt viktiga förbättringsområden för hälso- och sjukvården och föreslå insatser som bedöms kunna utveckla området. Samverkan ska ske nationellt för att ta fram, sprida och tillämpa kunskapsstöd i vården, bland annat utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Socialdepartementet 2016a, Socialdepartementet 2017d). Programråden kan också få specifika uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektörerna eller NSK-region inom sitt kompetensområde och vara dialogpartner till dessa (Olson 2015).

Programrådet för diabetes har fungerat som en föregångare för ytterligare NPR

Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket har beslutat om nya programråd och godkänt den årliga budgeten för verksamheten (Olson 2015). År 2012 etablerades det första NPR inom diabetesområdet. Under 2013 fortsatte utvecklingsarbetet inom NPR Diabetes med insatser utifrån förbättringsområdena som redan hade identifierats (Socialdepartementet 2012).

Under 2014 fortsatte utvecklingen av arbetet inom NPR Diabetes och under slutet av 2014 etablerades ytterligare två NPR för stroke samt astma och kol (SKL 2015d). Under 2015 initierades NPR för ytterligare fyra områden – primärvård, levnadsvanearbete, internetbaserad vård och behandling samt adhd. Utöver det beslutade NSK-region även att Strama och Biobankrådet skulle ingå i programrådsstrukturen (SKL 2016e). I början av 2018 fanns det tio nationella programråd (se tabell nedan).



Tabell 2. Programråd i början av år 2018.

Nationellt programråd	Bildades
Diabetes	2012
Astma/kol	2014
Stroke	2014
Levnadsvanor	2015
Adhd	2015
Biobanker/biobanksfrågor	2015 (bygger på Nationellt biobanksråd som inrättades 2005)
Internetbaserat stöd och behandling	2015
Primärvård	2015
Antibiotikaförebyggande arbete (Strama)	Strama inklusive lokala Strama-grupper bildades år 1995–1996*
Depression och ångest	Framgår ej – förberedelser för etableringen påbörjades 2015

Källa: SKLs webbplats om nationella programråd (hämtat feb 2018).

Not: Stramanätverket bildades formellt 2011 som en frivillig sammanslutning av alla landstings Stramagrupper som arbetar med antibiotikaförebyggande arbete.

Det finns några skillnader i programrådets inriktning, där en del råd är mer diagnosspecifika och en del utgör en kompetensgrupp eller råd för mer övergripande frågor. NPR Primärvårds uppdrag är till exempel att ha en samordnande roll och vara en stödfunktion för de diagnosspecifika NPR samt för utvecklingsprojekten i primärvården som SKL samordnar, till exempel PrimärvårdsKvalitet och Nationellt kliniskt kunskapsstöd.

Huvudmännen i NSK samverkar i NSK-region för sjukvårdsregionerna och i NSK-socialtjänst för kommuner och län. Tillsammans utgör de en beredningsgrupp för de nationella programråden för psykisk hälsa. NSK-region är ledningsgrupp för de övriga nationella programråden, eftersom endast ledamöter från sjukvårdsregionerna sitter med i dem (SKL 2018c). Det är också NSK-region som nominerar och beslutar om ledamöter och ordförande till respektive programråd. NSK-region rapporterar även till hälso- och sjukvårdsdirektörerna som löpande följer upp programrådets arbete (SOU 2017:48).

Ledamöterna i programråden ska bidra till en ökad samverkan

Varje NPR har både en ordförande som leder arbetet och en processledare som stöd. Ledamöterna och experterna i råden ska vara interprofessionella och representera hela vårdkedjan. Råden har även ledamöter som företräder kvalitetsregister och patienter. I NPR Diabetes, Stroke, Astma och kol, Primärvård samt i Biobanksrådet ingår patientföreträdare som ordinarie ledamöter. Det är vanligast att företrädarna kommer från en patientorganisation med koppling till det område rådet representerar. För

särskilda frågor och insatser som initieras inom råden bildas arbetsgrupper efter behov. En stödfunktion finns på SKL. Här finns bland annat processledare, metodstöd och stöd för kommunikation och administration.

Varje sjukvårdsregion utser minst en ledamot till respektive NPR. Ledamöterna utgör en länk till den egna regionens arbete med kunskapsstyrning för att försäkra förankring och dialog och för att ta tillvara resultat av arbetet på bästa sätt. De deltar ofta i sjukvårdsregionala och lokala råd och används som en viktig länk för det nationella programrådets arbete.

Kommunerna har inte på samma sätt som sjukvårdsregionerna representation i NPR. I NPR Diabetes ingår en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som ordinarie ledamot. Råden har för olika insatser involverat representanter från den kommunala hälso- och sjukvården, bland annat MAS. Respektive landsting och sjukvårdsregion förväntas även samplanera med kommunerna och tanken är att det lokalt ska byggas upp strukturer som kan möta den nationella programrådsstrukturen (SOU 2017:48, Olson 2015, SKL 2018c).

Uppskattningsvis tio procent av satsningens medel rör insatser kopplade till programråd

Utvecklingen och etableringen av nationella programråd, tillsammans med insatser som genomförts av dem, utgör omkring 10 procent av samtliga medel inom satsningen. Sammantaget har cirka 17 miljoner kronor av centrala medel från SKL kunnat kopplas till arbetet med NPR år 2016–2017. För ett specifikt projekt med att utveckla den nationella strokekampanjen tilldelades 5 miljoner kronor under år 2014. Kampanjen skulle inkluderas i programrådsarbetet. Ytterligare cirka 21 miljoner kronor som SKL har förfogat över rör i stor utsträckning utvecklingen av NPR och insatser som är kopplade till dem, se figur 9.

Landstingen och regionerna har även använt utvecklingsmedel från satsningen för att på olika sätt delta i de nationella programråden och för att utveckla de lokala strukturerna med programråd. Grovt uppskattat är det 14 miljoner kronor av utvecklingsmedlen som rör insatser relaterade till detta.

8.3.2 Resultat av insatsen

Programråden har genomfört ett sjuttiototal insatser med fokus på kunskapsbaserad vård

NPR har kommit olika långt i sitt arbete beroende på hur länge de har varit etablerade. De har arbetat enligt de uppdrag vi beskriver i kapitel 8.3.1.



Insatsernas övergripande fokus har varit kunskapsbaserad vård och den primära målgruppen har varit professionen. Insatser och kunskapsunderlag som riktar sig till kommuner eller patienter är mindre vanliga.

Programråden har tagit fram en mängd kunskapsstöd och rapporter. En utgångspunkt i de prioriterade områdena har varit de rekommendationer som ges i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. I box 7 beskriver vi insatserna som genomförts av de NPR som har kommit längre i arbetet, med fokus på de som utgör mer diagnosspecifika programråden inriktade på kroniska sjukdomar.

Det finns även exempel på projekt som NPR har genomfört tillsammans. Ett av dem är *Trianglerevision*, som har genomförts inom NPR Stroke, Diabetes, samt Astma och kol (se box 8).

Box 7. Exempel på insatser genomförda av NPR.

Programrådet för diabetes är ett av de råd som har arbetat med flest insatser och även inriktat sig på bredare målgrupper – en del av deras insatser har också riktats till kommuner och patienter. De har bland annat identifierat framgångsfaktorer för diabetesvården utifrån en jämförande studie av diabetesvården i primärvård (SKL 2013). De har även tagit fram nationella kunskapsunderlag i form av behandlingsstrategier och vårdprogram för diabetes typ 2, diabetes typ 1, barn och unga med diabetes typ 1 och äldre med diabetes. Ett kulturanpassat utbildningsmaterial på arabiska till patienter, en webbutbildning kring äldre med diabetes till kommunal omsorgspersonal, ett grupputbildningsmaterial för personer med typ 2-diabetes, liksom ett stöd vid upphandling av CGM (kontinuerlig glukosmätning) och insulinpump.

Programrådet för astma och kol har tagit fram kunskapsstöd till patienter och profession som arbetar med astma och kol. Bland annat har de tagit fram filmer till professionen med instruktioner som underlättar en korrekt och förbättrad diagnostik av astma och kol, till exempel hur en spirometriundersökning (lungfunktionsprov) genomförs korrekt.

Ett annat exempel är en skriftlig behandlingsplan, *Min behandlingsplan*, som riktar sig till personal och patienter vid kol. Den är baserad på evidens och beprövad erfarenhet från klinisk verksamhet över hela landet och innehåller bland annat råd till patienten, checklista för läkemedel och vaccinationer, patientens läkemedelslista, plats för personliga mål och patientens egna anteckningar.

Programrådet för stroke har bland annat tagit fram beslutsstöd för personal i akutvården vid utredning och behandling av patienter, framför allt inom den akuta strokevården. Rådet har även tagit fram beslutsstöd och rutiner för utredning, tester samt hanteringen av anmälningsskyldighet och vapeninnehav efter stroke eller TIA (Körkort efter stroke/TIA).

Arbetet med den nationella strokekampanjen bedrevs under 2014 med medel från satsningen. Kampanjen startade under hösten 2011 som ett initiativ från Sveriges landsting och regioner. Syftet var att rädda fler människor till ett bättre liv genom att bidra till att människor känner igen symtomen på stroke och larmar direkt (SKL 2015a).

Programrådet för levnadsvanor har bland annat fokuserat på att skapa kunskap kring hur personer med ohälsosamma levnadsvanor uppmärksammas i primärvården och identifierat goda exempel för hur hälso- och sjukvården kan arbeta med levnadsvanor.

Box 8. Triangelrevision för en lärandestyrd kunskapsutveckling.

Triangelrevision syftar till att skapa en lärandestyrd kunskapsutveckling genom att verksamheter utvärderar varandra. Det är ett sätt att kvalitetssäkra mottagningar i landet genom att ta fram kriterier för kvalitetssäkring eller certifiering.

SKL har tillsammans med NPR för astma och kol, diabetes samt stroke utvecklat triangelrevision inom satsningen. Med de Nationella riktlinjerna för astma och kol, diabetes respektive stroke som grund har åtta kriterier för god specialiserad vård definierats.

Verksamheten får innan revisionen besvara ett elektroniskt frågeformulär med frågor som utgår från de åtta kriterierna. Svaren ligger till grund för revisionsteamets förberedelser inför revisionsbesöket. Vid revisionen intervjuas först ledning, sedan representanter för teamet. Dagen avslutas med att styrkor och förbättringsområden återkopplas till intervjuade.

I stället för att ett "externt" revisionsteam utvärderar verksamheten utbildas medarbetare att genomföra triangelrevision på en annan enhet. Att professioner utvärderar varandra ökar möjligheten till dialog, reflektion och gemensamt lärande. Båda verksamheterna får på så sätt redskap för att utveckla ökad kunskap och egenkontroll så att ny kunskap bättre tillämpas.

(Västra Götalandsregionen 2018)

Landsting och regioner har utvecklat sina kunskapsorganisationer genom utvecklingsmedel

De sjukvårdsregionala och lokala programråden är lite olika organiserade och har utvecklats olika långt. Utvecklingsarbetet med regionala eller lokala programråd under satsningen har varierat mellan landstingen.

En del sjukvårdsregioner har valt att inrätta programråd som matchar de nationella programråden. Även landsting och regioner har gjort det på lokal nivå. En del landsting har valt att inrätta egna strukturer, till exempel kunskapscentrum och samordnande programgrupper.

Uppsala–Örebro sjukvårdsregion beslutade till exempel att inrätta regionala programråd för astma och kol samt stroke och Strama, och Västerbottens läns landsting beslutade att införa råd för stroke och demens utöver de redan pågående lokala råden de har för astma och kol, diabetes, osteoporos samt rådet för våld i nära relationer.

Flera landsting har inrättat samordnande och stödjande strukturer. Sydöstra sjukvårdsregionen har till exempel inrättat en regional medicinsk programgrupp för primärvårdsområdet med syfte att skapa en långsiktig struktur för lärande, samordning och uppföljning. Sjukvårdsregionen Uppsala–Örebro har gett specialistrådet för allmänmedicin en specialroll för samordning. Landstinget i Värmland har bildat ett kunskapscentrum för att



stödja utvecklingen inom programråden och Region Skåne har inrättat ett kunskapscenter för levnadsvanor.

Stockholms läns landsting (SLL) genomförde ett pilotprojekt i samarbete med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Akademiskt primärvårdcentrum för att verka för en bättre vård för personer med astma, allergi och kol. Arbetet samordnades med NPR Astma och kol.

En del av de mindre landstingen valde att ansluta till de större landstingens arbete. Till exempel valde Gotland att följa SLL:s struktur och rutiner för arbetet med nationella riktlinjer och regionala vårdprogram.

En del landsting och regioner (till exempel Region Jämtland Härjedalen, Landstinget i Kalmar län) har påbörjat förberedelsearbete, inläsning, och kartläggning för effektivare kunskapsspridning.

Patientrepresentationen i de regionala och lokala råden varierar

I våra intervjuer framkommer en variation mellan landsting och regioner i frågan om deras lokala råd har patientrepresentation. Region Uppsala har patient- eller närståenderepresentation i sina tio lokala programråd, och även region Örebro län är ett exempel på landsting vars lokala råd inkluderar patientrepresentanter. Det är vanligast att representanterna kommer från en berörd patientförening, såsom Neuroförbundet eller Diabetesförbundet.

8.3.3 Slutsatser ur ett långsiktighets- och patientperspektiv

Insatsspecifika projektmål är uppnådda på en övergripande nivå

Insatsområdet med programråd har uppnått insatsmålen sett till att flera råd har utvecklats och etablerats på nationell och lokal nivå. Det har lett till en ökad samverkan mellan och inom hälso- och sjukvårdens olika nivåer.

Socialstyrelsen anger till exempel i intervjuer att programråden har utgjort en framgångsfaktor i deras arbete med att nå ut med sina nationella riktlinjer. Ett exempel på när samverkan har fungerat som bäst inom och mellan nivåer är NPR Strama. Strama har haft en struktur med lokala Stramaråd i varje landsting. Ledamöterna i dessa råd fångar upp behoven lokalt och kan även sprida information från NPR Strama lokalt. Även Regionala Cancercentrum i samverkan, RCC-strukturen, nämns på liknande sätt i våra intervjuer. Både Strama och RCC har samtidigt haft mer omfattande medel till sitt förfogande. Intervjuade landstingsföreträdare tar också upp NPR Diabetes som har mer utbyggda sjukvårdsregionala och lokala råd. Det framkommer även att flera andra råd utvecklas i samma riktning, till exempel Astma och kol samt Stroke.

Oklar användning och nytta av underlagen som NPR tagit fram

Råden har haft relativt omfattande aktiviteter och publicerat en mängd kunskaps- och beslutsmaterial. Vi har inte uppgifter över hur mycket kunskapsunderlagen används eller vad de har bidragit till, och för många insatser är det för tidigt att undersöka det.

Det finns samtidigt tecken på effekter som skulle kunna kopplas till rådens arbete. Ett exempel relaterar till NPR Diabetes, ett av de råd som funnits längst. Här har rådet följt upp införandet av behandlingsriktlinjer kring för högt HbA_{1c}, där statistik från Nationella Diabetesregistret visar att landsting har förbättrat sina medicinska resultat (tydligast resultat ses för patienter med typ 1 diabetes). En framgångsfaktor är enligt SKL att rådets ledamöter arbetar genom sina regionala och lokala kunskapsstrukturer för att stödja behandlingsrekommendationerna och vårdprogrammen (SKL 2016e). Ett annat exempel är att den nationella strokekampanjen har bidragit till att personer med symtom på stroke söker vård tidigare, vilket möjliggör en tidigare behandling för att återställa blodflödet till hjärnan (SKL 2015a, Riksstroke 2017).

När det kommer till användning kan nämnas att rekommendationerna och kunskapsunderlagen som tas fram i NPR inte är en garanti för att alla landsting kommer att arbeta i enlighet med dem. I en debattartikel i Dagens Medicin (Nathanson m.fl. 2018) lyfts till exempel att en kontinuerlig glukosmätning inte förskrivs enligt den kriterielista som NPR Diabetes tagit fram, och att ett flertal landsting planerar att göra egna kriterielistor för indikation gällande kontinuerlig glukosmätning.

Programråden integreras i en ny struktur för kunskapsstyrning

Under 2017 ställde sig samtliga landsting och regioner bakom SKL:s styrelses rekommendation om att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning (SKL 2017e), se box 21 i kapitel 10. Förslaget har sin utgångspunkt i olika samverkansstrukturer som landsting och regioner utvecklat de senaste åren, till exempel NPR och RCC i samverkan, som ska bli en del av den nya strukturen.

I rekommendationen framkommer att landstingen och regionerna långsiktigt ska säkra en regional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen. I och med beslutet står landstingen för en långsiktig finansiering av den verksamhet och de funktioner de vill samordna med stöd av SKL. I beslutet ingår bland annat en finansiering av NPR. Landstingen står utöver det för sina egna kostnader för kunskapsstyrningsorganisationer regionalt och lokalt (SKL 2017e).



Landstingen har beslutat om fortsatt utveckling av lokala kunskapsorganisationer

För att säkra långsiktigheten är en slutsats att det fortsatta programrådsarbetet behöver inriktas mer på huvudmännens kunskapsorganisation och arbetssätt. För att insatserna som genomförs av NPR ska utgå från lokala behov och komma till nytta där behövs en lokal organisation vilket ofta saknas i dag. Samtliga landsting har därför beslutat att de ska utveckla sina lokala organisationer i enlighet med rekommendationen från SKL (SKL 2017e).

”... utmaningarna ligger i den lokala och regionala förankringen, där såg det olika ut. Även om alla sitter på utsedda mandat från sin region infann sig känslan av att det inte alltid var en integrerad del av arbetet på hemmaplan.”

(Intervju patientledamot i ett NPR)

I utvecklingsarbetet utgår landstingen från de grupperingar och resurser de har i dag. En konsekvens av NPR:s arbete är att de regionala och lokala kunskapsgrupperna i mindre utsträckning behöver ta fram egna behandlingsriktlinjer (Olson 2015). Det borde frigöra resurser på sikt.

Landstingens befintliga kunskapsorganisationer ser samtidigt olika ut och arbetet kommer därför sannolikt att ske på olika sätt och i olika takt. För flera landsting är utmaningen att hitta personella resurser för att kunna delta i arbetet.

”... utmaningar är att engagera personal från verksamheterna i primärvården. Det beror inte på ointresse utan på att tiden inte räcker till för att delta i grupper och utvecklingsprojekt.”

(Intervju tjänsteman från landsting)

Utifrån våra intervjuer, utredningen Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48), samt olika aktörers remissvar på denna, ser vi att det finns ett flertal områden som landstingen behöver ta hänsyn till när de utvecklar sina lokala kunskapsorganisationer, inklusive programråd eller motsvarande. Bland annat lyfts behovet av att utveckla och tydliggöra följande:

- Att och *hur* patientinvolvering sker, vad det syftar till och ska bidra med.
- Hur samverkan mellan landstingen och kommunerna ska utvecklas enligt de olika huvudmännens behov och förutsättningar – kommunernas

kunskapsorganisationer är till exempel inte organiserade efter diagnos-områden.

- Hur Läke-medelskommittéerna ska integreras med initiativ som programråd.
- Hur kunskapsstyrningen ska integreras med andra styrlogiker, till exempel budget- och beslutsprocesser kopplat till landstingens finansierings- och prioriteringsuppdrag. Ny kunskap och nya medicinska teknologier kan få organisatoriska och ekonomiska konsekvenser. Det behövs en ökad transparens i prioriteringarna, där de centrala utgångspunkterna inom hälso- och sjukvården ges av den etiska plattformens tre principer (prop. 1996/97:60).
- Hur landstingens it-resurser ska involveras i programrådets arbete – till exempel för att skapa bättre förutsättningar för att de kunskapsstöd som tas fram lättare kan användas av patienter och profession.
- Vad som ska uppnås och hur det ska följas upp – de nationella programråden har under satsningen inte haft specifika mål för sitt arbete. Samtidigt har Socialstyrelsens nationella riktlinjer ofta utgjort en grund för kunskapsunderlagen som tagits fram, och även uppföljningen har då relaterat till dem. Hur programråd regionalt och lokalt arbetar med mål och uppföljning varierar.

Patientrepresentationen i råden upplevs som positivt men finns inte alltid på lokal nivå

Genom att involvera patientrepresentanter i patientråds- och kunskapsstödarbetet kan perspektiv som är viktiga för patienter lyftas – inte minst i frågan om vad som är viktigt för personer med samsjuklighet.

De nationella programråden har haft patientrepresentanter. I intervjuer med dem framkommer att de uppfattar möjligheten till delaktighet som positiv.

” ... vi har varit där för att ge perspektiv från patienter och man har tidigt sett vikten av att vi är med... vi är inte 'stolvärmare'...”

” ... ser det som positivt att representanter för funktionshinderrörelsen att kunna lyfta fram dessa [funktionshinderrörelsens] perspektiv. Har kunnat påverka vad som finns med på agendan...”

” ... tycker jag har varit väldigt delaktig. De såg mig som en tillgång -vad bra att det kan vara så. Vi har så mycket kunskap som kan vi dela till varandra – ett ömsesidigt utbyte. Nu kan jag se och driva frågor för en mer jämlik vård...”

(Intervju patientledamöter i NPR)



I vår uppföljning framkommer att det saknas patientrepresentation i de regionala och lokala råden i landstingen, där patientrepresentanterna ser ett särskilt behov av att delta.

För att patientinvolveringen ska fungera väl behövs, enligt de patientrepresentanter vi haft kontakt med, även ett tydliggörande kring vilka förväntningar som finns på delaktigheten och vad den ska syfta till. Att en patientrepresentant deltar är inte en garanti för att insatserna som råden arbetar med blir patientcentrerade. Flera aktörer, både landstings- och patientrepresentanter, lyfter att det är svårt att få en tillräckligt bred representation i råden. Att involvera egneverfarna patienter (patienter med egen erfarenhet av en viss sjukdom) betraktar flera aktörer som centralt. Samtidigt är det viktigt att råden arbetar utifrån en kunskapsbas om vad som är viktigt för alla *olika* patienter. Patientrepresentanter berättar också att det behövs förutsättningar genom till exempel utbildning och tid för inläsning. Ersättning för tiden som läggs i arbetet lyfts också, trots att en del representanter vi intervjuat själva arbetat på ideell basis. Ersättningen kan vara särskilt viktig för möjligheten att involvera yngre patienter som är mitt i arbetslivet och som behöver ersättning för inkomstbortfall.

8.4 UTVECKLA FORMER FÖR ATT LÅNGSIKTIGT SAMORDNA LANDSTINGENS KUNSKAPSTÖD: NATIONELL KLINISKT KUNSKAPSTÖD

En central insats inom satsningen är att SKL tillsammans med landsting utvecklar ett gemensamt nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK) för primärvården. Kunskapsstödet ska samla nationella rekommendationer för utredning, behandling och uppföljning samt lokala riktlinjer på ett och samma ställe. Cirka 9 procent av samtliga medel inom satsningen avser aktiviteter relaterade till NKK.

8.4.1 Bakgrund – behov av kunskapsstöd anpassat till primärvården

SKL beskriver i en rapport bakgrunden till att NKK genomförs:

” Flera landsting arbetar enskilt med att ta fram diagnos- och behandlingsrekommendationer som fungerar som ett kliniskt stöd i vården. Arbetet sker främst genom professionella grupperingar i respektive landsting och är ett omfattande arbete. Landstingen har kommit olika långt med detta, vilket ger en varierad grad av användbarhet. Vissa verksamheter inom hälso- och sjukvården använder även kommersiella källor som stöd för denna typ av information.”

(SKL 2015b)

I en kartläggning som ligger till grund för NKK beskrivs att det finns ett stort behov av kunskapsstöd i mötet med patienten. Det lyfts även att mängden kunskap ökar och det är allt svårare att hålla sig uppdaterad med den senaste kunskapen, samt att befintliga kunskapsstöd ofta uppfattas ha svårhanterbara format, ibland motstridiga budskap och innehåll som inte alltid är anpassade till primärvården (Health Navigator 2015).

Det finns flera skäl till att de som arbetar inom primärvården inte upplever att kunskapsstöden är anpassade till dem. Flera verksamhetschefer inom primärvården och tjänstemän i landstingen lyfter dels att många tillstånd inte finns i landstingens egna kunskapsunderlag, dels att det saknas underlag för hur professionen praktiskt ska hantera vissa frågor. Det kan till exempel handla om när och till vem vårdpersonal ska remittera eller om information om lokala läkemedelsval. Tjänstemännen lyfter även att det är resurskrävande att ta fram och underhålla kunskapsstöden i varje sjukvårdsregion eller landsting.

Bygger på goda erfarenheter av lokala lösningar

En utgångspunkt för arbetet med NKK har varit redan utvecklade och uppskattade lokala system i Stockholm (VISS), och Jönköping (FAKTA). Dessa innehåller många kunskapsunderlag som riktas till primärvården (SKL 2016b). Erfarenheterna och nyttan med dem har även i våra intervjuer med verksamhetschefer i primärvården visat sig vara goda. Allmänläkare i andra landsting har även uttalat önskemål om att få tillgång till sådana kunskapsstöd (Landstinget Sörmland 2017).

Projektet har haft tre faser under satsningen

NKK har sin utgångspunkt i den kartläggning som genomfördes 2014 (Health Navigator 2015). Året efter genomfördes en förstudie om kunskapsstöd i primärvården som utmynnade i ett förslag till ett nationellt system för diagnos- och behandlingsrekommendationer (SKL 2015b). Projektets tredje fas pågick under 2016–2017. Då var syftet att utveckla förstudiens förslag om ett nationellt system (SKL 2015b).

Målet med NKK är en mer kunskapsbaserad och jämlik vård

Ett specifikt insatsmål för arbetet med NKK har varit en struktur och en modell för det gemensamma kunskapsstödet – det ska finnas en förvaltningsorganisation och en långsiktig gemensam finansiering från landsting och regioner från och med 2018 (SKL 2015b, SKL 2017c).



Det mer övergripande målet är att NKK ska främja en god och jämlik vård i hela Sverige och fungera som ett kliniskt stöd i det patientnära vardagsarbetet. Patienter ska få bästa möjliga vård utifrån bästa tillgängliga kunskap. ”Som patient ska jag veta att vårdpersonalen utgår från samma kunskapsstöd oavsett vilken hälso- eller vårdcentral som jag har valt.” (SKL 2015b, SKL och Inera 2017).

NKK har haft en bred samverkan med nationella aktörer

SKL har varit projektansvariga och projektet har genomförts i samverkan med en mängd aktörer, bland annat sjukvårdsregionerna genom den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK), nationella programråd, regionala cancercentrum samt Socialstyrelsen och andra myndigheter. Projektets referensgrupp består av representanter för landets sex sjukvårdsregioner. NSK-region och Nationellt programråd primärvård har varit de aktörer som projektet har haft kontakt med i första hand (SKL och Inera 2017).

Projektet har även samverkat med PrimärvårdsKvalitet, 1177 Vårdguiden, 1177 Rådgivningsstöd, Vårdhandboken, Rikshandboken i barnhälsovård och Inera. (SKL 2018d). Nära samarbete har även skett med Svensk förening för allmänmedicin.

Samverkan med Socialstyrelsen i två angränsade uppdrag

Socialstyrelsen har under projekttiden haft två angränsande uppdrag. Dels att anpassa nationella riktlinjer till primärvård, dels att presentera riktlinjerna i digitala format. Samarbetet kring att anpassa de nationella riktlinjerna till primärvården har skett genom att Socialstyrelsen har bistått med primärvårdsanpassade texter från de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen har även deltagit i en granskningsprocess, genom att de har lämnat synpunkter till projektgruppen för NKK, i syfte att innehållet i kunskapsdokumenten ska stämma överens med Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Samarbete har också skett mellan NKK och Socialstyrelsens uppdrag att presentera nationella riktlinjer i digitala format. Här har SKL och Socialstyrelsen haft ett kunskapsutbyte och följt varandras arbete, men arbetat med skilda lösningar och informationsstrukturer.

Medel – omkring nio procent av satsningens medel rör nationellt kliniskt kunskapsstöd

Sett till medel är NKK ett av de största projekten inom satsningen – cirka 9 procent av samtliga medel inom satsningen avser aktiviteter relaterade till NKK.

Sammantaget har cirka 26 miljoner kronor från satsningen gått till systemets utveckling 2015–2017, centralt från SKL. Landsting och regioner har även använt utvecklingsmedel från satsningen för att på olika sätt utveckla den långsiktiga samordningen av landstingens kunskapsstöd. Uppskattningsvis rör cirka 16 miljoner kronor av utvecklingsmedlen insatser som är relaterade till det.

År 2017 beviljades SFAM 300 000 kronor i statsbidrag från Socialstyrelsen för att stödja arbetet. De finansierade bland annat den första nationella konferensen om NKK med detta syfte.

8.4.2 Resultatet av insatsen

Nationellt kliniskt kunskapsstöd utgörs av en gemensam kunskapsorganisation, en teknisk infrastruktur för att kunna lagra och tillgängliggöra kunskapsstöd för vårdens medarbetare och ett kunskapsinnehåll som produceras och uppdateras av den gemensamma kunskapsorganisationen med stöd av en nationell stödfunktion (SKL och Inera 2017).

Under 2017 skrev samtliga landsting under en avsiktsförklaring för det fortsatta arbetet med NKK. Avsiktsförklaringen inkluderade en gemensam finansiering av landstingen från och med 2018 (SKL och Inera 2017). NKK ingår även som en del i landstingens nya system för kunskapsstyrning (SKL 2017e).

Så tas kunskapsstödet fram – ämnesgrupper med representation från primärvård och organspecialistvård utgör en kärna

Kunskapsstödet ska tas fram, utvecklas och förvaltas av så kallade ämnesgrupper. De sex sjukvårdsregionerna har, på uppdrag av NSK-region, solidariskt tilldelats ansvar för tre till fem ämnesgrupper vardera (totalt 25) (tabell 3). De utser själva ämnesgruppernas deltagare (SKL 2017c).



Tabell 3. Fördelning av ansvar för ämnesgrupper inom NKK.

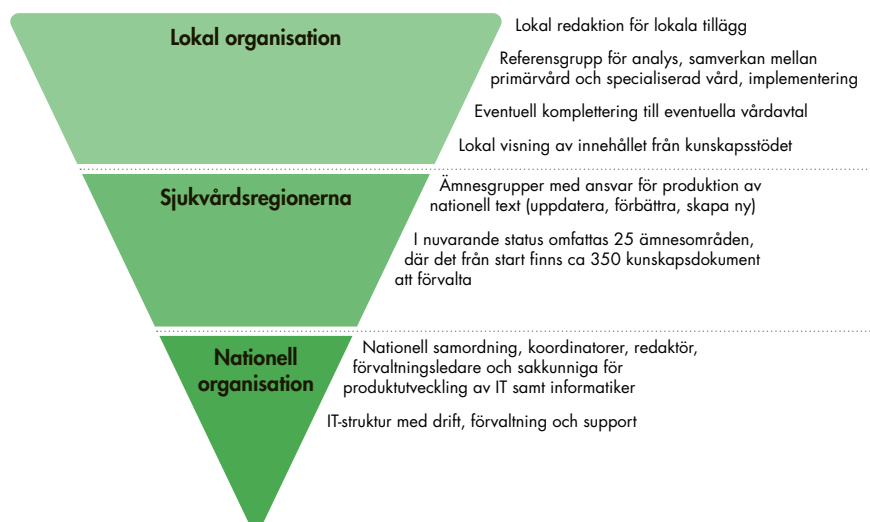
Sjukvårdsregion	Ämnesgrupper	
Norra	Infektioner och smittskydd	Öron, näsa och hals
Uppsala - Örebro	Andningsvägar	Arbets- och miljömedicin
	Allergi och överkänslighet	Habilitering
	Akuta tillstånd	Äldres hälsa
Stockholm - Gotland	Hjärta och kärl	Reumatologi
	Blod och koagulation	Hud och kön
Sydöstra	Endokrina sjukdomar	Levnadsvanor
	Palliativ vård	
Västra Götaland	Kvinnohälsa	Mage och tarm
	Rörelseorgan	Cancer (ej diagnosspecifierad)
	Psykisk hälsa inklusive barn och ungdom	
Södra	Barn- och ungdomshälsa	Mäns hälsa
	Nervsystem och smärta	Ögon
	Njurar och urogenitala organ	

Källa: SKL 2018d.

Varje ämnesgrupp har en specialist i allmänmedicin som ordförande. Grupperna ska även ha representation från organspecialistvård och medicinska specialister inom de ämnesområden som de ansvarar för. Specialister inom omvårdnad, rehabilitering, psykosocial verksamhet och läkemedel kopplas in i arbetet efter behov. Externa experter kan engageras och ämnesgrupperna ansvarar även för patientmedverkan inom sitt område. På SKL:s webbsida (SKL 2018d) framgår att ämnesgrupperna ska ta fram och utveckla kunskapsdokument i samverkan med nationella programområden, nationella expert- och kompetensgrupper samt med patientföreträdare.

Lokala tillägg och anpassningar

Varje landsting ansvarar för att komplettera kunskapsstödet med lokala tillägg och anpassningar så att det stämmer överens med lokala rutiner, till exempel remissriktlinjer, vårdnivåer eller läkemedelsval. Det ska göras via en mottagarorganisation på landstingsnivå som får det yttersta ansvaret för lokal samverkan. För arbetet med lokala tillägg och anpassningar ska företrädare för den lokala primärvården engageras.

Figur 10. Ansvar för kunskapsstödet i olika nivåer.

Källa: SKL och Inera 2017.

Innehållet för kunskapsstödet utgår från en mall

De texter som ingår i kunskapsstödet ska vara kortfattade, aktuella och praktiskt inriktade så att de kan fungera som ett kliniskt stöd i det patientnära vardagsarbetet. Underlaget ska utgå från en mall med ett antal fasta rubriker.

Tabell 4. Mall för innehåll och struktur för kunskapsstödet som tas fram.

Rubrik	Exempel på innehåll
Ämnesområde	Det område som berörs, t.ex. psykisk hälsa – oro och ångest
Vårdnivå och samverkan	Information om ansvarsfördelning och remisshantering
Bakgrund	Orsaks- och riskfaktorer samt samsjuklighet
Utredning	Anamnes, status, undersökning, differentialdiagnos
Behandling	Prevention, egenvård, läkemedel, omvårdnad, arbetsterapi, rehabilitering
Remissrutiner	Krav på information om remissen och till vem remissen ställs
Sjukskrivning	Länkar till försäkringsmedicinskt beslutsstöd vid Socialstyrelsen
Komplikationer	Komplikationer som kan uppstå vid sjukdom eller symtom
Klinisk uppföljning	Behov av årliga kontroller och vad som bör ingå vid klinisk uppföljning
Kvalitetsuppföljning	Länkar till olika källor, såsom nationella kvalitetsregister, PrimärvårdsKvalitet eller Vården i siffror
Patientinformation	Länkar till patientinformation på 1177.se
Relaterad information	Länk till Socialstyrelsens nationella riktlinjer
Om dokumentet	Ansvarig och kontaktperson för innehållet, datum för när det är godkänt och publicerat

Källa: beta.nationelltklinisktkunskapsstod.se

För att NKK ska bli användbart snabbare har projektet haft som utgångspunkt att återanvända befintliga kunskapsdokument (cirka 350 stycken) från landstingen med de mest omfattande kunskapsstöden: Region Jönköping, Stockholms läns landsting och Region Skåne. Målet är att texterna ska uppdateras när det kommer nya riktlinjer, medicinska rön eller senast vartannat år.

Teknisk infrastruktur som möjliggör lokala tillägg

Den tekniska infrastrukturen utgörs av en lösning som möjliggör att information kan hämtas från en nationell databas och presenteras i vilket lokalt system som helst via öppna data. Den är byggd för att kunna innehålla alltmer strukturerad data på ett sätt som kan integreras i andra system, exempelvis direkt i landstingens egna vårddokumentationssystem.

Tanken är att landstingen presenterar texterna på sina egna webbplatser, men projektet har även tagit fram en nationell visningsyta för landsting som önskat det. En testversion av kunskapsstödet finns på beta.nationelltklinisktkunskapsstod.se och enligt en representant på SKL arbetar de för att kunna publicera NKK i skarpt läge till hösten 2018.

Infrastrukturen är tänkt att fungera för alla vårdområden men med primärvården som första tillämpningsområde. Ett parallellt projekt inom barnmedicin har påbörjats (inte inom samma satsning) för att testa användbarheten även inom den specialiserade vården (SKL och Inera 2017).

Box 9. Exempel på möjlig nytta och användning av kunskapsstödet.

Målgruppen för kunskapsstödet är i första hand de verksamma inom primärvården. På SKL:s webbplats står det att det nationella kunskapsstödet ska:

- bidra till att medarbetare har förutsättningar att ge god, säker och jämlik vård i hela landet
- garantera ett kunskapsinnehåll som är multiprofessionellt och multidisciplinärt samt aktuellt, tillgängligt, överskådligt och sökbart
- innehålla länkar till fördjupad kunskap och kvalitetssäkrad patientinformation
- stimulera samverkan mellan vårdnivåer på lokal nivå samt utveckling av landstingens kunskapsorganisationer
- ge möjlighet att samordna och effektivisera landstingens produktion av kunskapsdokument
- kunna integreras med landstingens egna it-system samt skapa möjligheter att utveckla framtida beslutsstöd.

(SKL 2018d)

Ett användningsområde som lyfts i vår uppföljning är även att kunskapsstödet kan bli ett viktigt underlag för lärande mellan landsting och regioner i utvecklingen mot en nära vård, till exempel genom att analysera hur uppdragen mellan primär- och sekundärvården formuleras i de lokala tilläggen, eller för att stödja och analysera behov av resursfördelning.

Landsting och regioner har påbörjat arbetet med NKK genom utvecklingsmedel

Ämnesgrupperna (se tabell 3) utsågs i maj 2017 och har sedan dess påbörjat arbetet med att förvalta, bedöma och uppdatera texterna. Deras första uppdrag är att se över de cirka 350 befintliga nationella kunskapsdokumenten.

Landsting och regioner har använt utvecklingsmedel från satsningen för insatser som relaterar till NKK. Till exempel har de finansierat ämnesgruppernas arbete, förberett lokala redaktioner för de nationellt framtagna rekommendationerna, utrett formerna för en samlad webbsida som ska kunna hantera data från NKK samt riktlinjer kring vårdprogram och läkemedelsinformation. Insatserna har även rört arbete som på sikt kan användas för de lokala tilläggen, till exempel rutiner och information kring vad som gäller för vårdnivåer och remisshantering.

Fyra pilotlandsting har testat arbetsprocessen enligt modellen

Landstinget i Kalmar län, Region Skåne, Landstinget Sörmland och Västerbottens läns landsting testade arbetsprocessen och it-stödet för att lägga till lokala tillägg i NKK under 2017. I våra intervjuer framkommer att pilotlandstingen har kommit längre i arbetet än övriga landsting. Enligt projektledare på SKL finns möjlighet att pilotlandstingen med sin erfarenhet kan stödja andra landsting i deras motsvarande arbete.

Kliniskt kunskapsstöd för fler delar av vården

Ett antal landsting har även genomfört insatser för att kunskapsstöden ska kunna inkludera fler delar av vården. Region Jönköpings län har till exempel arbetat med att utveckla Fakta inom den specialiserade vården. Även SLL har arbetat med att bygga ut stödet för andra specialiteter och även sedan flera år tillbaka utvecklat webbplatsen Psykiatristöd (psykiatristod.se) som fungerar som ett stöd inom vuxenpsykiatri och beroendevården i Stockholms län.



8.4.3 Slutsatser ur ett långsiktighets- och patientperspektiv

Insatsmålen är uppnådda och förutsättningar finns för ett långsiktigt gemensamt utvecklingsarbete

Projektet har uppnått insatsmålen med en utvecklad modell, en etablerad förvaltningsorganisation och en långsiktig gemensam finansiering från landsting och regioner från och med 2018.

Bred användning och nytta lokalt kommer att ta tid

I flera av våra intervjuer lyfts risken att det kan ta lång tid till dess NKK kommer till nytta. På konferensen om NKK i december 2017 var erfarenheterna från ämnesgrupperna att det var ett mer tidskrävande arbete än de hade räknat med. Till exempel tog det tid att få till gemensamma möten med alla som skulle ingå i den lokala ämnesgruppen: "Det tog tre månader att få till ett gemensamt möte." Till det kommer att underlaget som tas fram av ämnesgruppen ska passera flera olika instanser för remissrunda och kvalitetssäkring.

” Vi räknar med att det kommer att ta en eller två eller flera nationella och lokala genomarbetningar av alla dessa kunskapsdokument och riktlinjer, innan vi ser hur de kommer att användas i det lokala arbetet på vårdcentralen och hur de i framtiden kommer att kunna arbetas in i mer 'intelligenta' journalsystem, journalsystem som nu står och stampar på tröskeln."

(Allmänläkarkonsult Skåne 2017)

En grund att bygga vidare på i det fortsatta utvecklingsarbetet

Flera som vi intervjuat lyfter att NKK utgör en utgångspunkt för ett fortsatt utvecklingsarbete, till exempel för att ta större hänsyn till personer med samsjuklighet eller för att inkludera fler områden och målgrupper. Det kan till exempel göras genom att samordna NKK med de kunskapsunderlag som läkemedelskommittéerna tar fram. Även kommunerna nämns som en målgrupp som kunskapsstödet skulle kunna utvecklas mer mot, eller att göra kunskapsstödet mer multiprofessionellt:

” I dag är Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård huvudsakligen skrivet för läkare i primärvård. Behovet finns givetvis även för övriga professioner och arbetet med att göra kunskapsstödet multiprofessionellt bör intensifieras."

(Allmänläkarkonsult Skåne 2017)

I våra intervjuer lyfts också att ett gemensamt kunskapsunderlag genom NKK lägger grunden för annat utvecklingsarbete:

”... du kommer inte förbi att bygga strukturen som finns i NKK, först behövs kunskapen. Nu har vi byggstenarna och utvecklar detta gemensamt nationellt. Det är grunden för annat utvecklingsarbete – som att koppla kunskapsstöden till artificiell intelligens och beslutsstöd i framtiden.”

(Intervju SKL)

Innehållet är ännu inte utformat så att det kan integreras som beslutsstöd i journaler

Innehållet i NKK är ännu inte utformat så att det kan integreras som beslutsstöd i journaler. För att nå dit krävs ett fortsatt omfattande samverkans- och utvecklingsarbete.

Som jämförelse har Socialstyrelsen i sitt arbete med att digitalisera de nationella riktlinjerna utgått från den gemensamma informationsstrukturen för vård och omsorg. En enhetlig användning av begrepp och termer möjliggör det som kallas *interoperabilitet* – alltså när system, organisationer eller verksamhetsprocesser kan fungera tillsammans och kommunicera med varandra på ett regelmässigt sätt. Landstingen däremot använder till exempel olika terminologi för samma saker, vilket har lyfts som en utmaning av ämnesgrupperna. Vilka begrepp som ska användas för de nationella texterna upplevs inte som tydligt.

Det har varit en medveten prioritering från SKL att få NKK på plats först och det pågår en förstudie under 2018 som ska utreda krav och behov för en vidareutveckling av NKKs it-struktur. En fördel för framtida standardiseringsarbete som lyfts i intervjuer är att kunskapsstödet tas fram i en kortfattad form.

Kommersiella kunskapsstöd kommer troligen att användas som ett komplement till NKK

Som nämnts i flera utredningar (SOU 2017:48, Health Navigator 2015) används flera olika källor för kunskapsstöd i vården, däribland kommersiella kunskapsstöd. Drygt 85 procent av läkare på vårdcentraler använder svenska privata nätbaserade stöd i sitt kliniska arbete, till exempel Medibas eller Internetmedicin (SOU 2017:48).

Medibas har flera likheter med NKK. Dels riktar det sig till professionen inom primärvården, dels tar det hänsyn till svenska förhållanden. Men ett



par centrala skillnader mellan Medibas och NKK är att Medibas finansieras genom abonnemangsavgifter, medan användarna kommer att ha fri tillgång till NKK. Medibas innefattar även betydligt fler kunskapsunderlag (diagnoser, symtom och tillstånd) och mer patientinformation. Dessutom har Medibas djupare information och en snabbare process för att ta in ny forskning, och kan till exempel referera till två olika studier med olika budskap. De kunskapsunderlag och rekommendationer som ges i NKK är färre, men de är å andra sidan framtagna och kvalitetssäkrade i en större nationell konsensus – något som enligt våra intervjuer underlättar implementeringen.

Styrkan med NKK som lyfts i våra intervjuer är även att strukturen i NKK ser likadan ut, att kunskapen ska tas fram och förvaltas gemensamt oavsett vilket system informationen presenteras i, samt att det är tydligt varifrån informationen kommer. De vi intervjuat lyfter också att det kan vara en fördel med mer konsensus kring de kunskapsunderlag som eventuella framtida beslutsstöd ska baseras på.

Svårt att bedöma totala driftskostnader från 2018

I avsiktsförklaringen beräknas den årliga kostnaden för de nationella delarna av NKK (nationell redaktion, it-struktur och webbplats), för 2018 och framåt, till maximalt 13,8 miljoner kronor (SKL och Inera 2017). Ämnesgrupperna och de lokala mottagarorganisationerna ingår inte i beräkningen.

Budgeten per ämnesgrupp har tidigare uppskattats till cirka 100 000 kronor årligen, vilket blir en total omkostnad på cirka 2,5 miljoner kronor årligen (SKL 2015b). Det finns i nuläget inga uppgifter om kostnaden för lokal redaktionell verksamhet – den kommer att vara beroende av utformningen inom respektive landsting och region. Samverkan kan även komma att ske mellan landsting inom respektive sjukvårdsregion för att optimera det lokala redaktionella arbetet.

Behov av fortsatt arbete för att NKK ska komma till nytta

För att NKK ska komma till nytta på lokal nivå i landstingen behövs främst en lokal organisation för arbetet med lokala tillägg. Informationen behöver också göras tillgänglig för verksamheterna utifrån deras behov, antingen via lokala webbplatser eller genom den nationella webbsidan (beta.nationelltklinisktkunskapsstod.se) samt i vårdokumentationssystemen om det är önskvärt och möjligt.

En utmaning är att landstingens stödstrukturer och rutiner för kunskapsstöd ser olika ut. Flera landsting kommer att behöva en resursförstärkning, åtminstone på kortare sikt, för att kunna ta emot alla kunskapsstöd som tillgängliggörs.

Erfarenheter pekar på att NKK kan bli självimplementerande

I våra intervjuer med primärvårdschefer i de landsting som utgör föregångarna till NKK – Stockholm, Jönköping och Skåne – framkommer att de lokala systemen utgör ett viktigt stöd för dem. De lyfter även att eftersom stödet har tagits fram utifrån behoven underifrån, av och för primärvårdsläkare, stärker det möjligheterna till implementering. Stöden används i princip dagligen, även som en viktig del i introduktionen för nyanställda. Det här indikerar att även NKK, rätt använt, kan bli ”självimplementerande”.

Patientmedverkan i NKK har hittills varit låg

Ämnesgrupperna som tillsattes under 2017 hade i början av 2018 ännu inte påbörjat arbetet tillsammans med patientföreträdare, trots att det ingår i deras uppdrag. Enligt projektledare på SKL ska det ses som ett utvecklingsarbete då ämnesgrupperna fortfarande är under uppbyggnad.

NKK kan bli användbart för att öka patientdelaktigheten

Trots att kunskapsstödet inte i första hand ska användas av patienter, skulle det kunna bidra till en ökad delaktighet för patienter och anhöriga. Under våra intervjuer har till exempel nämnts att kunskapsstödet kan användas som underlag för diskussioner mellan patienten och vårdpersonalen inför val av utredning och behandling. Det kan även användas av patienter som söker en fördjupad kunskap på egen hand eftersom kunskapsstödet kommer att vara tillgängligt via en öppen webbsida. Tillgången till kvalitetssäkrad patientinformation kan också leda till att vårdpersonalen blir bättre på att hänvisa patienter till den.

Samsjuklighet – avvägningar och beslut ska göras med patienten

Patienter har i hög och ökande utsträckning flera diagnoser vilket försvårar tillämpningen av riktlinjer och kunskapsstöd.

I mallen för kunskapsstödet som tas fram i NKK finns det en särskild rubrik som rör samsjuklighet, och ämnesgrupperna uppmanas att ta upp kunskap om samsjuklighet där det är relevant. Samtidigt är det inte realistiskt att ta fram riktlinjer för alla olika kombinationer av diagnoser, utan avvägningar och beslut om insatser och behandling måste ske utifrån erfarenheter, behov och önsknings hos varje enskild individ och vad de vill uppnå med behandlingen. Det var även ett centralt skäl till att utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (SOU 2017:48) bedömde att nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte obligatoriska eller bindande.



” Ett centralt skäl som talar emot obligatoriska riktlinjer är det faktum att patienten inte är standardiserbar. Riktlinjer skrivs på gruppnivå medan alla bedömningar måste ske utifrån den enskilda individen. Många patienter har flera sjukdomar, medan riktlinjer ofta är diagnosspecifika. Multisjuklighet omöjliggör i princip krav på följsamhet till riktlinjer för varje enskilt tillstånd.”

(SOU 2017:48)

8.5 FRÄMJA UPPFÖLJNING INOM PRIMÄRVÅRDEN: PRIMÄRVÅRDSKVALITET

En central insats inom satsningen har varit att ta fram ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården – PrimärvårdsKvalitet (PvK). PvK ska ge stöd för vårdcentralerna att följa upp och förbättra sitt arbete. Sett till medel är PvK en av de största insatserna inom satsningen – cirka 10 procent av medlen inom satsningen är kopplade till utvecklingen och införandet av PvK.

8.5.1 Bakgrund – primärvården behöver bättre möjligheter till uppföljning

Ett långt utvecklingsarbete ligger bakom PvK

Det finns varken något hälsodataregister eller ett specifikt heltäckande kvalitetsregister för primärvården. De flesta kvalitetsregister följer den övriga specialiserade vården, men ett par register, däribland Nationella Diabetesregistret och Luftvägsregistren, används inom primärvården. Primärvården känner endast i begränsad utsträckning till vilka vårdinsatser patienter fått och vilka medicinska resultat som nåtts, på samlad nivå (Health Navigator 2015).

Genom åren har flera olika utvecklingsarbeten gjorts för ett datadrivet förbättringsarbete inom primärvården, däribland utvecklingen av PvK. Till exempel har indikatorerna i PvK sitt ursprung i Svensk förening för allmänmedicins kvalitets- och patientssäkerhetsråds (SFAM-Q) arbete med indikatorer, som har utvecklats sedan 1991. Arbetet med PvK startade mer konkret 2012 när beslutsgruppen för kvalitetsregister avsatte medel för att utforma verktyg för uppföljning och utveckling av primärvården (SOU 2017:53).

Målet är att PrimärvårdsKvalitet ska bidra till en bättre vård

De specifika insatsmålen för PvK har bland annat varit att utveckla systemet, inklusive nationella indikatorer samt hantering och återkoppling av data. De

mer övergripande målen är kopplade både till anslutning och användning av systemet. För 2017 var målet att 70 procent av vårdcentralerna, både de privata och landstingsdrivna, skulle använda uppföljningen och att data används i det lokala förbättringsarbetet för att gå från data till hälsa (SKL 2018e).

Professionsdrivet projekt – om genomförande och samverkan

Arbetet med PvK har samordnats av SKL som hösten 2015 övertog ansvaret med NPR Primärvård som övergripande projektansvariga. Två allmänläkare anställdes för att driva arbetet (SKL 2016) och NPR Primärvård har fungerat som en kompetensgrupp och bollplank för projektgruppen.

Flera professionsorganisationer (allmänläkare genom Svensk förening för allmänmedicin, Distriktssköterskeföreningen, Fysioterapeuterna, Svensk sjuksköterskeförening och Sveriges Arbetsterapeuter) har bidragit genom att revidera och vidareutveckla indikatorer med hjälp av statsbidrag från Socialstyrelsen. År 2017 beviljades professionsorganisationerna 400 000 kronor i statsbidrag av Socialstyrelsen för arbetet som skulle bedrivas multiprofessionellt och återspegla olika professioner inom primärvården (Socialstyrelsen 2017). Även andra professioner har involverats, till exempel psykolog, och från 2018 deltar även Sveriges Psykologförbund i arbetet. En representant från PvK har även samverkat med Socialstyrelsen i utvecklingen av indikatorer till de nationella riktlinjerna för levnadsvanor och TIA/stroke.

Insatser inom satsningen har på olika sätt samarbetat med varandra. Projekt inom Flippen har till exempel använt sig av data från PvK, och i NKK ingår länkar till indikatorerna. En representant från PvK menar att ämnesgrupperna som bildats inom NKK blir en värdefull referens i samband med framtida indikatorutveckling och uppdatering.

En nationell valideringsgrupp med personer från landstingen och centrala it-leverantörer etablerades under 2016. Syftet var att stödja utvecklingen och implementeringen av PvK, samt att ge landstingen möjlighet att utbyta erfarenheter och information om arbetet (Socialdepartementet 2017a, Socialdepartementet 2017d).

Omkring 10 procent av medlen är kopplade till PvK

Sett till medel är PvK är en av de största insatserna inom satsningen – cirka 10 procent av medlen inom satsningen är kopplade till utvecklingen och införandet av PvK. Sammantaget har cirka 13,4 miljoner kronor från satsningen gått till systemets utveckling: 13 miljoner kronor centralt från SKL under 2015–2017 och 400 000 kronor i statsbidrag till professionsorganisationer



från Socialstyrelsen. Landsting och regioner har även använt delar av utvecklingsmedel från satsningen – cirka 30 miljoner kronor – dels för att planera för hur PvK ska införas, dels till dess införande och användning. Ytterligare cirka 8 miljoner kronor av landstingens utvecklingsmedel gick till andra insatser med syfte att främja uppföljning inom primärvården.

Genom att ansluta sig till PvK åtar sig landstingen att rapportera, återkoppla och använda systemet. Varje landsting, region och privat aktör bestämmer själv hur de utformar sina arbetsformer och it-lösningar. Huvudmännen kan till exempel hämta data ur befintliga databaser, koppla direkt från sitt journalsystem eller anlita något av de företag som kan hämta ut uppgifter ur journaler och andra källor (SKL 2018e).

Innan satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar gick cirka 14 miljoner kronor centralt från satsningen på nationella kvalitetsregister till systemets utveckling (Vårdanalys 2017c). Den årliga utvecklingskostnaden för PvK ligger på ungefär samma nivå som kostnaden för ett välutvecklat nationellt kvalitetsregister (Vårdanalys 2017c).

8.5.2 Resultatet av insatsen

PvK består av flera delar. En del av systemet är de cirka 150 nationella indikatorer som är utformade utifrån en nationell standard för strukturerad journaldokumentation. Standarden möjliggör att data kan hämtas, och indikatorer beräknas, automatiskt utifrån befintliga källor, till exempel journaldata, läkemedelsdata eller andra patientadministrativa system.

Systemet innehåller även en kravspecifikation för lokal återkoppling och en nationell funktion (Vården i siffror) som ska ta emot aggregerade data och återföra referensvärden till den enskilda vårdcentralen.

Om indikatorerna i PrimärvårdsKvalitet

Det finns cirka 150 indikatorer inom 20 områden (se tabell 5). Indikatorerna baseras på tillgänglig evidens och utgår till exempel från Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Stramas (Samverkan mot antibiotikaresistens) riktlinjer, samt redan existerande kvalitetsregister (Elmroth och Arvidsson 2016). Indikatorerna ska även vara möjliga att mäta på ett relativt enkelt sätt. Det finns inga målnivåer för indikatorerna i PvK (utom någon enstaka infektionsindikator där Strama satt målvärden) utan varje verksamhet får sätta sina egna.

Uppföljningen utgår från en vårdcentralens listade patienter. Indikatorerna utgörs av dels prevalens- och processindikatorer (till exempel andel listade patienter med en viss diagnos, eller om återbesök har skett eller inte), dels

mer specifika medicinska processindikatorer som är kopplade till olika diagnosområden. Det finns även mer övergripande indikatorer som rör till exempel samsjuklighet, levnadsvanor och kontinuitet.

Flera olika felkällor kan påverka indikatorernas kvalitet och relevans, till exempel om ett visst begrepp inte finns angivet i journalen på ett sökbart sätt, om diagnossättning eller åtgärds-koder (KVÅ) inte registreras, eller om inte samtliga läkemedel kommer med i datauttagen. Möjligheten att följa upp samverkan i vården påverkas bland annat av att patienten kan ha haft kontakt med enheter som inte delar journalen och vars uppgifter därför inte visas i PvK, eller där man bedömt att det finns juridiska hinder att samköra data från olika vårdgivare (cirka 40 procent av Sveriges vårdcentraler drivs i privat regi).

Tabell 5. Indikatorområden samt exempel på vad som mäts.

Diagnosspecifika indikatorer	Exempel på vad som mäts
Kranskärslsjukdom	Andel patienter med diagnos kranskärslsjukdom som varit på återbesök hos läkare, sjuksköterska eller annan vårdpersonal
TIA/Stroke	Andel patienter med diagnos TIA, ischemisk stroke eller intracerebral blödning som saknar dokumenterat blodtrycksvärde
Hjärtsvikt	Andel patienter med diagnos hjärtsvikt som förskrivits/ordinerats betablockare
Bensår	Andel av listad befolkning som fått diagnos bensår någon gång de senaste 18 månaderna
Demens	Andel patienter med demens som förskrivits läkemedel som kan påverka kognitionen
KOL	Återbesök för patienter med KOL och underhållsbehandling, LM förskrivna/ordinerade
Astma	Återbesök för patienter med astma och underhållsbehandling
Diabetes	HbA1c vid diabetes
Förmaksflimmer	Antikoagulantabehandling vid förmaksflimmer
Artros	Andel av patienter med artros i höft och knä som deltagit i artrosskola eller motsvarande (handledd träning)
Depression, Ångest	Andel patienter med nydiagnostiserad ångest som fått KBT
Infektioner	Andel luftvägsinfektionsdiagnoser som antibiotikabehandlas
Övergripande indikatorer	Exempel på vad som mäts
Kontinuitet	Index som mäter interpersonell kontinuitet till läkare på vårdcentralen
Samsjuklighet	Andel patienter med 2 eller fler kroniska sjukdomar
Levnadsvanor – fysisk aktivitet och rökning	Andel patienter med kronisk sjukdom som är dagligrökare och som fått rådgivning för rökavvänjning
Samverkan	Andel patienter som har en samordnad individuell plan (SIP), samt patient med kronisk sjukdom som återkommer till sjukvården/inte "tappas bort" mellan sjukhus och primärvård
Äldre och läkemedel	Andel patienter ≥75 år som förskrivits och/eller ordinerats läkemedel som bör undvikas av äldre om inte särskilda skäl föreligger.
Rehab	Andel patienter som fått en individanpassad rehabiliteringsplan upprättad tillsammans med patient

Källa: Indikatorlista (inklusive nya mått 2017) samt kvalitetsindikatorkatalog för PvK: kvalitetsindikatorkatalog.se/public (hämtad 2018-01-22).

Box 10. Exempel på när PvK kan användas.

- För att kartlägga förbättringsområden och som mätetal vid förbättringsarbete samt för att följa resultat för vårdcentralen och mäta effekten av olika typer av åtgärder.
- För att följa hur verksamheten förhåller sig till nationella riktlinjer, till exempel antibiotikaförskrivning vid pneumoni (i enlighet med Stramas riktlinjer), behandling med antikoagulantia för patienter med förmaksflimmer, eller psykologisk behandling med KBT vid nydiagnostiserad ångest (i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer).
- För att föra dialog kring kvalitet och fortbildning: till exempel i dialog med läkemedelskommittérepresentant eller landstingens "beställarenheter".
- För att utföra vetenskapliga arbeten (ST-läkare med flera).

Om landstingen eller verksamheterna har en applikation som möjliggör uppföljning på individnivå kan andra användningsområden vara

- att hitta patienter med behov av vårdåtgärder - personalen kan till exempel se vilka patienter som inte fått en viss rekommenderad behandling och följa upp anledningen.
- att identifiera patienter som har samsjuklighet och därför sannolikt större behov av individuellt omhändertagande och behandling.

Källa: Vårdanalys intervjuer

Landsting har påbörjat insatser med hjälp av utvecklingsmedel

PvK sjösattes 2016 och då anslöt sig de första vårdcentralerna. Sedan dess har anslutningstakten varit hög. Vid slutet av 2016 var 20 procent av landets vårdcentraler anslutna, i oktober 2017 var 40 procent det och i december 2017 cirka 50 procent. Totalt finns det cirka 1 200 vårdcentraler i landet.

Landsting och regioner har även använt utvecklingsmedel från satsningen för insatser som relaterar till PvK. Till exempel har medlen använts för att

- planera för eller skapa it-lösningar som krävs för att tillgängliggöra indikatorer från PvK på enhetsnivå, till exempel webbaserade portaler och rapportverktyg
- utveckla möjligheten att få ut aggregerade data för en sammanställning via tjänstekontrakt till den nationella tjänsteplattformen och vidare till Vård i siffror
- stödja vårdgivare att validera data och se att de stämmer, till exempel genom jämförande stickprov från journalgranskning
- utbilda i förbättringskunskap eller coacha för förbättringar med stöd av kvalitetsindikatorer
- stötta vårdgivare med analyser med grund i data.

Med andra ord har landstingen på olika sätt arbetat med planering, införande och användning av PvK, bland annat genom att stödja vårdgivare i att få tillgång till data och uppföljning. Flera landsting har valt att arbeta med ett urval av indikatorer, eftersom de saknat möjlighet att automatiskt hämta och sammanställa samtliga. Det lyfts som ett resurskrävande arbete i våra intervjuer.

Landstingen har även arbetat med andra insatser kopplade till uppföljning med hjälp av utvecklingsmedel

Landstingen har även använt utvecklingsmedel för insatser relaterade till uppföljning som inte är direkt kopplade till PvK, till exempel:

- att skapa möjligheter för direktöverföring av data från journal till kvalitetsregister, såsom i Uppsala–Örebro sjukvårdsregion
- att få till en mer strukturerad vårddokumentation, såsom inom diabetes, astma, kol och strokeområde för Region Örebro län
- att genomföra fördjupad uppföljning inom olika områden, såsom i SLL med syfte att bättre förstå förekomsten av övervikt och fetma, eller psykisk ohälsa i primärvården i SLL – det sistnämnda som en del i arbetet med att etablera ett regionalt programområde/resurscentrum för psykisk hälsa
- att koppla till förbättringsarbeten, där ett antal landsting ersätter vårdgivare för att lokalt arbeta med kvalitets- och förbättringsarbeten kopplat till data – SLL har till exempel använt medel för att stödja genomförandet och utvärderingen av de förbättringsarbeten som genomfördes inom primärvården under 2016
- att som i Uppsala, i samarbetet med PvK, genomföra insatser för att stödja de lokala programrådets arbete med uppföljning. En utgångspunkt har varit indikatorer som valts ut av de lokala programråden med syfte att mäta utfall, vilket innefattar ytterligare indikatorer som inte finns med i PvK.

8.5.3 Slutsatser ur ett långsiktighets- och patientperspektiv

Insatsspecifika mål är i stort uppnådda

Projektet har i stort uppnått sina specifika insatsmål eftersom PvK ger utvecklade möjligheter för uppföljning inom primärvården. Det finns en mängd indikatorer framtagna med hjälp av professionsförträdare – indikatorer som även standardiserats och definierats för strukturerad journaldokumentation. Det finns ett system för att hantera och återkoppla data nationellt och lokalt men det kvarstår arbete för att denna tjänst ska



komma i drift. Enligt projektledare på SKL är förhoppningen att tjänsten ska komma i gång hösten 2018.

Framgångsfaktorerna för arbetet har enligt projektledaren på SKL varit att det fanns en bred professionsförankring, att efterfrågan från mottagarna var stor, att medel från satsningen fanns vid rätt tillfälle, att en nationell it-struktur fanns på plats och att indikatorerna som togs fram upplevs som bra.

Målet för 2017, att ”70 procent av vårdcentralerna, både de privata och landstingsdrivna, skulle använda uppföljningen och att data skulle användas i det lokala förbättringsarbetet för att gå från data till hälsa” (SKL 2018e), är inte uppfyllt.

Hög anslutningstakt men oklar användning

Även om anslutningstakten har varit hög är det oklart i vilken omfattning verksamheter med tillgång till PvK har använt sig av den i det lokala förbättringsarbetet. En webbenkät genomfördes av projektledare och ST-läkare på SKL 2017 för att undersöka användares upplevelse och erfarenheter av PvK. Undersökningen fick en låg svarsfrekvens, delvis på grund av metoden för att nå användarna. I oktober 2017 hade 26 användare svarat på hela eller delar av webbenkäten. Jämförelsevis hade cirka 590 vårdcentraler tillgång till systemet vid samma tidpunkt.

När vi under hösten 2017 intervjuade vårdcentralchefer var det enstaka som nämnde att de använt data från PvK i sitt förbättringsarbete trots att fler hade tillgång till det.

Fortsatta insatser behövs för att PvK ska komma till praktisk nytta

Vårdcentralerna behöver arbeta med olika insatser för att PvK ska komma till nytta och bidra till förbättringsarbeten. Det bygger på ett brett engagemang hos många och det finns även ett behov av stöd från landstingen. Faktorer som påverkar nyttan enligt våra intervjuer är bland annat:

- att indikatorer från PvK inklusive referensvärden från Vården i siffror tillgängliggörs på enhetsnivå
- att indata är korrekt – här behövs en parallell utveckling av till exempel diagnosättning, termer och begrepp
- att tid och resurser finns för reflektion och idéutveckling i verksamheterna
- att det finns arenor för dialog och lärande
- att det finns stöd från ledning som prioriterar och uppmuntrar arbetet
- att verksamheter får analysstöd, inklusive sammanställning och återkoppling av resultat
- att professionell kunskap kompletteras med förbättringskunskap.

I våra intervjuer med vårdcentralchefer handlar utmaningarna de beskriver ofta om att få stöd i just sådana insatser, där förutsättningarna för stöd ser olika ut i olika landsting. En verksamhetschef sade till exempel att de gav upp arbetet med PvK eftersom deras data var för missvisande för att användas som grund till förbättringsarbete. Hen menade att insatserna som krävs att få korrekt indata kostar för mycket, och att det var otydligt om det är verksamheten eller huvudmannen som ska stå för den kostnaden.

När data hämtas automatiskt är kvaliteten på utdata beroende av strukturerad indata

En fördel med PvK är att det med rätt it- förutsättningar finns möjlighet till automatisk hantering av data. Den manuella hanteringen av data, som fortfarande är vanlig för enskilda kvalitetsregister i vården, skapar många problem (Vårdanalys 2017c). Eftersom PvK bygger på automatisk hantering av data innebär det samtidigt att kvaliteten på utdata är beroende av vilka uppgifter som registreras och hur de registreras i grunden.

Svårt att lokalt följa resultat i förhållande till Socialstyrelsens målnivåer för nationella riktlinjer

Som framgått anges inga målnivåer för indikatorerna i PvK, utan varje verksamhet sätter sina egna mål. Målnivåerna som Socialstyrelsen har utarbetat för indikatorer i nationella riktlinjer finns inte angivna i PvK. Tanken är i stället att verksamheter ska kunna jämföra sina resultat mot nationella genomsnittsvärden i PvK.

Fortsatt behov av uppföljningssystem som möjliggör systemanalyser

PvK möjliggör främst en förbättrad uppföljning på lokal nivå för verksamheter i primärvården. Det finns fortsatta brister när det gäller möjligheten att analysera vården ur ett systemperspektiv vilket inte var ett specifikt syfte att förbättra genom PvK.

PvK utgår från patienter som är listade vid vårdcentraler samt påverkas av de uppdrag som vårdcentralerna har. I våra intervjuer lyfts att många patienter som skrivs ut från sjukhus inte kommer till primärvården och att uppföljningen av deras vård därför inte kommer med i PvK. Ett exempel är rehabilitering efter en stroke, där PvK inte möjliggör uppföljning av vården som ges vid specifika rehabiliteringsenheter. För ett par indikatorer i PvK som rör till exempel samverkan, lyckas landstingen med ett sammanhållet journalsystem bättre med att följa dem.

Generellt finns det fortsatta brister när det gäller möjligheten att analysera vården ur ett systemperspektiv – till exempel att följa patienters sökmönster



över hela vården. Det saknas fortsatt grundläggande uppgifter och nationell statistik om primärvården vilket innebär att det inte är möjligt att undersöka vårdkonsumtionen i primärvården på individnivå.

Det saknas patientrapporterad data och indikatorer med syfte att direkt stärka patienter

Tidigare utredningar har visat att arbetet med bättre uppföljning inom primärvården bör ha som mål att utifrån patientens perspektiv identifiera de indikatorer som behövs för att mäta kvaliteten, och att verksamheter med stöd av den typen av mätningar genomför förbättringsarbeten (SKL 2016d).

I dagsläget finns ingen patientrapporterad data (PROM/PREM) i PvK. Det kan delvis förklaras av att PvK inte samlar in nya uppgifter utan bygger på befintliga källor. Enligt projektledare på SKL följer de *QRC Stockholm* (ett kvalitetsregistercentrum) i deras så kallade PROMISE-arbete, som syftar till att möjliggöra insamlande av data på patientrapporterade utfallsmått (se box 11).

Box 11. Patientrapporterade uppgifter genom PROMIS.

PROMIS är ett itbanksystem (frågebanker) för hälso- och sjukvården som initierades av National Institute of Health i USA. Syftet var att erbjuda moderna, nationella patientrapporterade mått som kan användas för flertalet patientgrupper. Att hämta frågor ur en sådan bank kan vara ett sätt att ge patienter frågeformulär som är individuellt och dynamiskt utformade, tar kortare tid att besvara och samtidigt ger mycket hög mätprecision (Vårdanalys 2017c). I framtiden kan det innebära att PvK får möjlighet att hämta data från journaler som innehåller denna typ av information.

PvK inkluderar inte heller, med undantag från andelen patienter som har genomgått "artrosskola", indikatorer över insatser som syftar till att *direkt* stärka patienter, som stöd till egenvård eller patientutbildning. Patientutbildning vid astma eller kol är till exempel rekommenderat i Socialstyrelsens nationella riktlinjer: "Patientutbildning i kombination med stöd till egenvård förbättrar patientens hälsotillstånd jämfört med sedvanlig vård". Den indikatorn – andelen patienter som genomgått en strukturerad patientutbildning – är inte med i PvK men finns med i Luftvägsregistret.

En annan utmaning som kommit fram i våra intervjuer är möjligheten att mäta kontinuitet för team, vilket med tiden blivit ett vanligare inslag i vården och där PvK i nuläget mäter kontinuitet till läkare.

Patienter har inte tillgång till information från PvK

I nuläget har patienter inte tillgång till resultat från PvK, varken i aggregerad form eller för data på individnivå. På sikt kan aggregerad data för vårdcentralerna komma att visas öppet på Vården i siffror. Det finns en viss oro för det – i våra intervjuer med professionen lyfts att det krävs stor kunskap för att tolka utfallen på rätt sätt.

” Eftersom det inledningsvis kommer att finnas många felkällor kommer databasen i PvK till att börja med enbart att användas för att beräkna och återkoppla referensvärden till de rapporterade landstingen och vårdcentralerna. I dialog mellan berörda parter kommer man sedan successivt att bestämma vilka uppgifter som är tillräckligt validerade för att visas öppet”... eftersom det finns flera felkällor ska indikatorerna inte användas som ’betygssättning’ eller grund för ekonomisk ersättning...”

(SKL 2018e)

Enligt projektledare på SKL är systemet inte heller utvecklat för eller direkt användbart i patientmötet, till exempel genom att vårdpersonalen och patienten tillsammans analyserar utvecklingen i data eller resultat kopplat till patientens behandling.

Fortsatt utveckling och långsiktig planering sker under 2018 med bidrag från staten

Staten fortsätter att finansiera SKL för utvecklingen av PvK med 3 miljoner kronor år 2018. I uppdraget står det att indikatorer för digital vård behöver fortsätta utvecklas och att SKL under 2018 ska redovisa en plan för hur arbetet ska förvaltas och finansieras långsiktigt (Socialdepartementet 2017d).

8.6 FRÄMJA PATIENTCENTRERADE ARBETSSÄTT I PRIMÄRVÅRDEN: FLIPPEN

SKL har initierat Flippen i primärvården – ett utvecklingsprojekt i insatsområdet med att främja nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården. SKL:s och landstingens insatser på området att främja patientcentrerade arbetssätt i primärvården utgör cirka 10 procent av satsningens totala medel.



8.6.1 Bakgrund – behov av att främja en patientcentrerad vård

Målet är att främja utvecklingen av personcentrerade arbetssätt

Det övergripande målet för Flippen har varit att bidra till utvecklingen av en hälso- och sjukvård som utgår från patientens behov samt är tillgänglig, säker, effektiv och av god kvalitet. Genom Flippen vill man främja utvecklingen av innovativa, personcentrerade arbetssätt (SKL 2018a).

Box 12. Om begreppet flipping healthcare.

Namnet Flippen kommer från begreppet *flipping healthcare*. Grundidén är att i högre grad än tidigare vända på perspektivet inom hälso- och sjukvården och utgå från patienternas och medborgarnas behov när man utformar verksamheten snarare än att försöka möta patientens behov med den verksamhet man redan har. Att vända på perspektiven innebär även att utgå från vad patienten kan och vill göra själv med vården som stöd och komplement.

(SKL 2018a)

SKL har varit drivande i arbetet och sju primärvårdsenheter har utgjort nationella representanter

Arbetet med Flippen har pågått 2015–2017. Projektet har drivits och samordnats av SKL. Projektgruppen har haft i uppdrag att samordna projektet med sjukvårdsregionerna och vara ett initialt stöd till de sju primärvårdsenheter som regionerna valt ut som nationella representanter i Flippen. Vissa landsting satsade under projektet parallellt på utvecklingsstöd till fler primärvårdsenheter lokalt i sina landsting. Andra landsting lät de ingående utvalda driva arbetet mer på egen hand. SKL:s projektgrupp har även arbetat med stöd till fortsatt spridning och implementering i de olika landstingen.

Följeforskare med koppling till bland annat Linköpings universitet och Stiftelsen Svensk Industridesign (SVID) har engagerats för att följa de nationella initiativen inom Flippen i delar (SKL 2018a). Projektet har även haft samverkan med övriga projekt inom SKL, som PrimärvårdsKvalitet, NPR Primärvård, och Uppdrag Psykisk Hälsa.

SKL:s och landstingens insatser på området utgör cirka tio procent av satsningens totala medel

Sammantaget har cirka 13 miljoner kronor från satsningen gått centralt från SKL till arbetet med Flippen.

Landsting och regioner har använt cirka 31 miljoner kronor av sina utvecklingsmedel i satsningen för insatser som syftar till att främja patientcentrerade arbetssätt i primärvården. Omkring 30–40 procent av pengarna gick till insatser som var mer direkt kopplade till Flippen, medan resten gick till egeninitierade projekt på området.

Utöver utvecklingsmedel beviljades ett par landsting medel från Socialdepartementet 2014 för projekt med koppling till området. Sörmland och Värmland beviljades 4 miljoner kronor för att bedriva ett designprojekt i samverkan kallat *Kroniskt engagerad* med syftet att utveckla vården tillsammans med patienterna. Region Skåne beviljades 510 000 kronor för att genomföra en förstudie om e-hälsolösningar för patienter med kol.

8.6.2 Resultat av insatsen

De centrala delarna i det nationella arbetet med Flippen har varit (SKL 2018a):

- en undersökning av behov och beteenden hos personer i möte med vården för att bättre förstå individers behov (se box 13)
- ett antal primärvårdsenheters arbete i hela landet (se box 14)
- kunskapsspridning, till exempel genom nätverksarbete, nationella workshops och konferenser samt utveckling av digitala kommunikationsytor
- olika kommunikationsytor har prövats som grupper på Facebook, eller en app samt webbplatsform för att dela goda exempel. De sistnämnda visade sig dock svårt att förvalta och lades ned då det inte motsvarade de behov som fanns
- utvecklingsarbete för ett anpassat stöd till vårdcentralers verksamhetsutveckling i ett antal landsting.



Box 13. Behovssegmentering för att möta olika individers behov.

Flippens behovssegmentering: "att göra olika är att bidra till en jämlik vård"

SKL skriver att en bärande princip i projektet Flippen har varit att bli bättre på att systematiskt förstå invånares behov för att kunna designa personcentrerade arbetssätt, tjänster och verksamheter.

Vården har traditionellt sett utgått ifrån de sjukvårdsbehov som patienter har utifrån exempelvis diagnos, ålder, funktion, komplexitetsgrad eller vilken verksamhet i sjukvården som patienten besöker. Samtidigt lyfter SKL att det är välkänt i vården att vi människor har en rad personliga egenskaper, behov, drivkrafter och beteenden som spelar stor roll för hur värdet skapas i mötet med vården. Utifrån det synsättet finns enligt SKL få verktyg eller strukturerade arbetssätt som underlättar personcentrering (SKL 2018a).

Med inspiration från andra branscher inom tjänstesektorn har SKL tillsammans med en forskargrupp därför gjort en undersökning av svenska befolkningen i två omgångar. Syftet har varit att undersöka om det finns olika grupper som har liknande behov, drivkrafter och uppvisar liknande beteenden i sitt möte med vården. Undersökningen har fått namnet *Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården*. De fyra tydliga behovsgrupper som kunnat identifieras har fått sina namn efter vad som kännetecknar dem: *Självständiga och engagerade, Oroliga och engagerade, Traditionella och obrydda* samt *Oroliga och sårbara* (SKL 2018a).

Behovssegmenteringen är i nuläget ett diskussionsunderlag för verksamheter som vill konstruera flera olika vägar och arbetssätt innan, under och efter vårdmötet. SKL skriver att det är viktigt att betona att det inte handlar om att vården i förväg eller i det kliniska mötet ska dela in människor i fack. Snarare handlar det om att kunna erbjuda patienter ökade individuella valmöjligheter för att tillgodose samma behov på flera olika sätt.

(SKL 2018a)

Box 14. Primärvårdsenheters arbete inom Flippen.

Utöver de 7 "nationella representanterna" har ett 15-tal primärvårdsenheter genomfört olika projekt inom Flippen – projekt som beskrivs i slutrapporten för Flippen (SKL 2018a). Av dem var 20 vårdcentraler i egen regi och två vårdcentraler i privat regi.

Arbetena har varierat men från de totalt 22 verksamheternas olika projekt kan några fokusområden nämnas som har förekommit på fler än en vårdcentral:

- *Olika metoder för att fånga invånare och patienters behov*, till exempel genom idélådor, intervjuer med invånare på byn, eller genom "vaccinationsmingel" där personal från vårdcentralen ställer frågor till patienterna om vad som är viktigt för dem när de besöker vårdcentralen. Att använda uppföljning och statistik för att ta reda på mer om patienters behov har varit ett annat sätt.
- *En förbättrad tillgänglighet*, till exempel genom webbtider, ändrad bemanning och ändrat schema, strukturerad drop in-mottagning där patienten fyller i digitalt hälsoformulär inför besök, nya rutiner för årliga behovsbaserade kontroller av diabetespatienter, sms-påminnelser, digitala besök eller digital vårdplanering.
- *En ny eller utvecklad samverkan över organisations- eller professionsgränser*, till exempel med kommunen, hemsjukvården, intresseföreningar, lokalsamhället, företag, Försäkringskassan, eller Arbetsförmedlingen.

forts.

Box 14, forts. Primärvårdsenheters arbete inom Flippen.

- *En förbättrad hälsa och förbättrade levnadsvanor*, till exempel genom särskilt utbildade hälsoguidar som sprider kunskap i sina närområden, informationsträffar på asylboenden samt gruppverksamhet eller medicinsk yoga på vårdcentralen.
- *En utvecklad primärvårdspsykiatri*, till exempel en stegvis vårdmodell för KBT, eller direkttillgång till psykosociala resurser som nätbaserad KBT.

Box 15. Behov av anpassat stöd till vårdcentralers utvecklingsarbete.

Ett exempel på arbetet med att stödja landstingen i uppbyggandet av stödstrukturer för vårdgivare är ett samarbete mellan en projektgrupp på Hälsovalsenheten i Örebro och Landstinget Sörmland. Där har man med stöd av SKL utvecklat en behovsindelningsmodell även för vårdcentraler. Representerar från Landstinget Sörmland och SKL intervjuade verksamhetschefer både på utvalda vårdcentraler i Region Örebro län och på utvalda vårdcentraler i andra landsting.

I intervjuerna framkommer olika behov av stöd beroende på vilket läge vårdcentralerna befinner sig i. I ett mer utmanande läge beskrivs bland annat behovet av introduktionsprogram, handledning, databaspaket, stöd att analysera data för att bättre förstå verksamheten samt externt stöd med coaching. För verksamheter som kommit längre i sin utveckling uttrycks bland annat behov av varsamhet med tilläggsuppdrag, stöd till spridning av resultat, koppling till forskning samt hjälp med utvärdering för att bättre kunna beskriva de förbättringar som gjorts och vägleda inför fortsatt arbete. Den enskilt viktigaste framgångsfaktorn för de vårdcentraler som haft en positiv utveckling har varit det personliga ledarskapet.

(SKL 2018a)

Landsting har utvecklat stöd och spridningsaktiviteter

Samtliga landsting och regioner har med hjälp av utvecklingsmedel genomfört olika insatser kopplade till att främja patientcentrerade arbetssätt i primärvården.

Bland annat har ett flertal landsting arbetat med spridningsaktiviteter. Sydöstra sjukvårdsregionen har till exempel skapat ett nätverk för att tillvarata, bidra och stödja innovationerna som växer fram i samband med Flippen. Regelbundna telefonmöten och workshops genomförs där de deltagande vårdcentralerna inom sjukvårdsregionen rapporterar sina arbeten till varandra.

Ett antal landsting har utvecklat olika typer av stödfunktioner gentemot vårdcentralerna. I Jönköping har till exempel ett antal vårdcentraler som anmält sig till ett "fellownätverk" fått möjlighet till samverkande stöd från regionens informations- och kommunikationsavdelning, Folkhälsosektion samt stöd- och utvecklingscentrumet Kultorum. I region Skåne har de arbetat



med att förse ett antal vårdcentraler med ett baspaket av data, där de bland annat använt personer från Epidemiologiskt registercentrum, ERC, att delta i arbetet för att stödja i analys- och kvalitetssäkringen av data.

Egeninitierade projekt i landstingen

Landstingen har också genomfört olika egeninitierade projekt med koppling till insatsområdet.

Ett vanligt område har varit planering, utveckling eller införande av e-hälsotjänster och vård på distans. Till exempel har pilotprojektet *Vård på distans* påbörjats i Kalmar. Blekinge och Skåne planerar att erbjuda läkarstöd på distans och samverkar i det. Region Norrbotten beskriver att de planerar att sprida arbetssätt utifrån sina erfarenheter från Övertorneå HC, som deltagit i Flippen med att utveckla införande av distansvård. Västra Götalandsregionen arbetar för att skapa förutsättningar för vårdcentralerna i Västra Götaland att erbjuda digitala vårdtjänster till personer med kronisk sjukdom. I Uppsala–Örebro sjukvårdsregion har sjukvårdsstyrelsen beslutat att ta fram en plan för vårdbesök via video som kompletterar vårdutbudet och vårdkedjorna. I box 16 och 17 beskrivs ytterligare exempel på egeninitierade arbeten kopplade till insatsområdet att utveckla personcentrerade arbetssätt i primärvården.

Box 16. Exempel på egeninitierade projekt i landstingen inom insatsområdet personcentrerade arbetssätt i primärvården.

- Gotland har genomfört ett projekt kring egenmonitorering av hjärtsviktspatienter via läsplatta (Optilogg).
- Stockholm har genomfört insatser inom ramen för Vårdelyftet Primärvård i Stockholms läns sjukvårdsområde. Det är ett verksamhetsdrivet utvecklingsarbete med syftet att utveckla vårdprocesser utifrån specifika patientbehovsgrupper, framför allt kroniska sjukdomar och tillstånd. I Stockholm har även materialet från Flippens behovssegmentering lyfts in i satsningar som e-hälsalyftet och vårdelyftet.
- Landstinget Blekinge har tagit beslut om att vidareutveckla och intensifiera arbetet med personcentrerad vård. Under 2016 har landstingets ledningsgrupp och förvaltningarnas ledningsgrupper deltagit på fyra heldagsseminarier anordnade av GPCC vid Göteborgs Universitet.
- Västra Götalandsregionen har upprättat en samordnande funktion för en stor satsning på mobil närvård som utgår från Skaraborgsmodellen. Modellen bygger på att kommunen står för basverksamheten och dygnet runt-funktionen samt arbetar tätt tillsammans med specialistteam och hemsjukvårdsläkare. Målet är att öka tillgången till hembesök av läkare för att de mest sjuka äldre ska få en personcentrerad, trygg och samordnad primär- och specialistvård som präglas av en helhetssyn.
- Region Jönköping har integrerat insatser genomförda i satsningen med sitt övergripande strategiarbete *Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård* (Region Jönköpings län 2017) (se box 17).

Box 17. Hälsocafé i region Jönköpings län.

Region Jönköping har integrerat insatserna i satsningen med sitt övergripande strategiarbete *Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård* (Region Jönköpings län 2017). Ett flertal olika initiativ och projekt för att främja nya patientcenterade arbetssätt pågår, med fokus på att primärvården ska vara basen. Tanken är att länets primärvård ska kunna nyttja utbudet som till stora delar består av digitala invånartjänster och samhällsaktiviteter. I delprojektet *Meny till invånarna* etableras ett samlat stöd som ska underlätta för invånarna att hantera sin egen hälsa – huvudsakligen är det webbplatsen 1177.se som utgör regionens samlade meny. Ett utvecklingsområde som ingår i strategiarbetet är *Hälsocafé*, där projekt som ingått i satsningen utgör delar av de erbjudanden som ges.

Hälsocafé är ett samlingsbegrepp för olika mötesplatser av och för personer med egen erfarenhet av sjukdom eller av att vara närstående. Exempel på mötesplatser är *lärcaféer*, där deltagarna tillsammans planerar innehållet i träffarna utifrån sina olika behov av kunskap, *självhjälpsgrupper*, som startar så snart 5–8 personer anmält intresse av att samlas kring ett tema med stöd av en "igångsättare", och Hjärtats hus, för personer med cancer och närstående (Region Jönköpings län 2017). Enligt en företrädare för *Hjärtats hus* startade verksamheten i liten skala 2016. Sedan 2018 drivs verksamheten med hjälp av medel från Arvsfonden för att under en treårsperiod utveckla och sprida verksamheten som sedan planeras att tas över i regionen.

Ett mål med verksamheten är enligt en företrädare för Hälsocafé att fler personer ska få en högre tilltro till sin egen förmåga att hantera vardagen med fokus på hälsa och välmående. Regionen hoppas på detta sätt stimulera till egenvård och egenansvar.

Verksamheten vid Hälsocafé drivs i bred samverkan med såväl patient- och professionsföreträdare, som i stor utsträckning arbetar volontärt. Region Jönköpings län bidrar via Qulturum med lokal och projektledare. Man har även samarbetat med patientorganisationer, till exempel Riksförbundet HjärtLung som genomfört projekt med hjälp av statsbidrag från Socialstyrelsen inom ramen för satsningen. Deras projekt har utgjorts av regelbundna träffar i lärcaféer. De har även utbildat hälsocoacher, där en av coacherna är engagerad i hälsocaféverksamheten.

8.6.3 Slutsatser ur ett långsiktighets- och patientperspektiv

De insatsspecifika projektmålen är delvis uppnådda

Flippen har uppnått sina övergripande mål såsom att bidra till utvecklingen av en hälso- och sjukvård som utgår från patientens behov. Det framkommer av de projekt som har genomförts på olika vårdcentraler. Även landstingens egeninitierade projekt har på olika sätt främjat patientcenterade arbetssätt inom primärvården.

Vi har däremot svårt att bedöma innovationsgraden i projekten – den behöver sättas i sitt sammanhang. Förändras tjänsten i grunden när vi börjar arbeta på nya sätt eller är det enbart mindre förändringar jämfört med tidigare arbetssätt (Örnerheim och Elg 2018)? I de flesta fall bedömer vi ändå att projekten utgör olika typer av utvecklings- eller förbättringsarbeten.



Svårigheten för projekten att gå från förbättringsarbete till innovation lyfts i en extern analys som gjorts av Flippen (Sirona Health Solutions 2017).

Flippen har delvis bidragit till ändrade attityder

Att få en ökad patientcentrering handlar mycket om att ändra attityder, något flera personer vi har intervjuat lyfter att Flippen har bidragit till. Grundtanken med Flippen och behovssegmenteringen upplevs som intressant och positivt av en majoritet av de aktörer vi har intervjuat. I intervjuer framkommer att tanken kring behovssegmenteringen har stärkt deltagande verksamheter i sina arbeten att utgå från patienternas behov.

Inte klart hur projekten kommer att tas vidare i landstingen

Flippen beskrivs av SKL som ett utforskande och kunskapsspridande projekt, vilket till stor del stämmer. Ett antal projekt har följts upp och kunnat påvisa positiva effekter för både patienter och personal. Samtidigt är det delvis oklart hur projekten kommer att tas vidare i landstingen.

Flippen har bidragit till en mängd utvecklingsarbeten och förändringar i tankesätt, men det är tydligt att spridningen inte sker av sig själv. Majoriteten av verksamhetscheferna vi har intervjuat, vars verksamheter inte har utgjort ”Flippen-vårdcentraler”, känner inte till arbetet mer än att de har hört talas om att det har pågått. De upplever sig inte heller påverkade av arbetet.

När vi i en enkät frågat landstingen om de har en plan för det fortsatta arbetet med Flippen är det en tredjedel som svarat att de inte har det. Jämförelsevis var det en högre andel som hade en plan för fortsatt arbete med NKK och Pvk.

SKL skriver att de bland annat kommer att använda erfarenheterna från Flippen som en del i sitt fortsatta arbete med nära vård. Det är relevant eftersom flera projekt har handlat om att testa nya typer av arbetssätt eller tjänster på vårdcentraler, ofta med syfte att stärka sättet vårdens levereras på.

Forskningen pekar på att ansatser som bygger småskaliga utvecklingsinitiativ, vilket har varit fallet i Flippen, ofta har mekanismer för lärande inbyggda i själva logiken. De som har hittat strategier som minimerar effekterna av misstag och gör det lättare att lyckas har ofta börjat med att i begränsad omfattning testa hur idéer kan anpassas till ett lokalt sammanhang. Forskningen lyfter också att det ofta finns större sannolikhet till mer lärande i småskaliga initiativ än i radikala stora omvälvande processer (Örnerheim och Elg 2018).

Projektgruppen i Flippen har tillsammans med kontaktpersonerna i landstingen och regionerna kommit fram till ett antal sammanfattande

slutsatser från arbetet som landstingen kan ta med sig i det fortsatta arbetet (SKL 2018a). Slutsatserna stärks i våra intervjuer med landstings- och verksamhetsrepresentanter, samt av tidigare projekt av Vårdanalys:

- Det är framgångsrikt att systematiskt bli bättre på att förstå invånarnas behov och vårdcentraler behöver ett "baspaket" för dataunderlag och stöd i analys.
- Primärvården behöver stödfunktioner i innovations- och utvecklingsarbete – att gå från traditionellt förbättringsarbete till innovationer kräver ett mer utvecklat stöd än det som finns i dag.
- Primärvården behöver stöd att lätt och snabbt kunna pröva och införa modern teknik: ett it-stöd som ligger närmare verksamheterna, fångar och summerar behov samt stödjer en utveckling kring dem. En sådan funktion finns i låg utsträckning i dag.
- Ett gott ledarskap på alla nivåer i organisationen är en av de absolut viktigaste framgångsfaktorerna.
- Den befintliga samverkan behöver utvecklas, och nya aktörskonstellationer för samverkan behövs. Nätverk behöver utnyttjas i högre grad för att bli bättre på att dela kunskap med varandra.
- Ersättningsmodeller som gynnar utvecklingsarbete behöver utvecklas.

Utöver de här slutsatserna ser vi ett antal ytterligare områden som är viktiga för landstingen att ha med sig i sitt fortsatta utvecklingsarbete.

Förbättringsarbete för patienter men inte med dem

Ett flertal lovande projekt har genomförts av både landsting och primärvårdsverksamheter. Samtidigt har projekten inte alltid tagit med sig patienterna i förbättringsarbetet hela vägen.

Ett av det vanligaste utvecklingsarbetena inom Flippen har varit att på olika sätt ta reda på mer om invånares och patienters behov. Landstingen och verksamheterna behöver gå från att identifiera patienters behov till att även låta patienter prioritera bland förbättringsområden och själva bidra i utvecklingsarbetet – så kallad *co-produktion* eller *co-design*. Tidigare erfarenheter visar att det är centralt att involvera patienter och närstående även i det arbetet (Svenska förbundet för kvalitet 2018).

Region Jönköping län är ett exempel på en region som har haft ett mer aktivt patientdeltagande i planeringen och genomförandet av olika projekt. Här har till exempel patienter själva tagit initiativ i den hälsocaféverksamhet som bedrivs.



I sammanhanget kan nämnas att både Region Jönköping och Landstinget Dalarna har startat något de kallar för "levande bibliotek", där eggenerfarna patienter eller anhöriga som utgör "böckerna". Personer kan anmäla sitt intresse att delta och på så sätt medverka i olika utvecklings- och förbättrings-arbeten.

Ett annat exempel på landsting som har verksamheter som bidrar till co-design eller co-produktion är Värmland. De har bland annat *ExperioLab* – en del av landstinget som involverar personal, patienter och närstående för att tillsammans utforma vårdtjänster. Resultat från projektet *Kroniskt Engagerad* finns bland annat på ExperioLabs webbsida. De har också *Brukarorienterade innovationsgrupper i Primärvård* (BRINN-projektet), där ett flertal patienter deltagit i ett innovationsprojekt tillsammans med personal från Landstinget i Värmland och Centrum för tjänsteforskning på Karlstads Universitet. Exempelen från Värmland har även finansierats genom medel från Vinnova.

Företrädare för ExperioLab i Värmland beskriver i en intervju att arbetet som skedde inom projektet "Kroniskt engagerad" och finansierades genom satsningen har varit en viktig pusselbit i för att öka samverkan mellan landstingen kring stödorganisationer som arbetar med utvecklingsarbete, forskning och innovation samt användarinvolvering och tjänstedesign. Det finns flera verksamheter som arbetar med liknande områden som ExperioLab runt om i landet, såsom innovationsplattformar eller utvecklings- eller innovationsenheter. Dessa verksamheter har genom ExperioLab etablerat en samverkan för att lära av varandra, utveckla kunskap och gemensamma projekt. Samverkan koordineras av Landstinget i Värmland och sker med stöd av ett "Letter of Intent" från deltagande landsting och regioner. De mer långsiktiga formerna för samverkan finns inte på plats ännu och det är inte tydligt om eller hur dessa organisationer ska kopplas ihop med landstingens nya system för kunskapsstyrning.

Samtliga vårdcentraler har inte fått stöd från landstingen

Vårdcentralerna som varit involverade i arbetet med Flippen, och som har fått ett särskilt stöd från landstingen, har utgjort en liten del av samtliga 1 200 vårdcentraler. De har övervägande varit i offentlig drift. Samtliga vårdcentraler behöver anpassat stöd.

” Vi har inte haft privata vårdcentraler med i [Flippen-]arbetet. En intressefråga från vårdcentralerna kanske, men också ett tecken på att vi kunde varit bättre på att skapa intresse för arbetet.”

(Landstingstjänsteman)

8.7 FRÄMJA LEDARSKAP MOT FÖRBÄTTRADE PATIENTRESULTAT: ATT LEDA FÖR BÄSTA MÖJLIGA VÅRD

SKL har tagit fram en utbildningsresurs i förbättringsarbete för ledningsgrupper i hälso- och sjukvården: www.attledaforbastamojligavard.se. Landstingen hade även möjlighet att använda utvecklingsmedel till insatsområdet Främja ledarskap mot förbättrade patientresultat, där stöd till verksamheter att använda resursen var en möjlighet, men sammantaget har en marginell del av satsningens medel gått till det specifika området.

8.7.1 Bakgrund

Ett uppdrag från NSK-region

Uppdraget kom från NSK-region som var med och fastställde syfte och ramar för resursen (SKL 2017a). Enligt en intervju hade de fått inspiration till insatsen från Intermountain Healthcare i USA. Intermountain har under mer än 25 år arbetat med ledarskapsutveckling som styr mot kvalitet och resultat (Vårdanalys 2017e).

En projektledare med lång erfarenhet av bland annat chefsutbildningar anställdes på SKL för att ta fram utbildningen. Olika experter och forskare på området kvalitetsutveckling, samt personer med erfarenheter av att stödja ledningsgrupper, deltog i arbetet (SKL 2017a).

Behov av teambaserat förbättringsarbete i ledningsgrupper

Syftet med utbildningen är underlätta för ledningsgrupper att arbeta med förbättringsarbete och att stödja landstingen i ledningsarbete för kunskapsstyrning (SKL 2017a). Tidigare erfarenheter har visat på liten nytta med utbildningsinsatser för enskilda chefer frikopplat från verksamheten – något som ligger i linje med Vårdanalys rapport om ledarskap (Vårdanalys 2017e).

Ledningsgrupper har fått stöd i att testa och utvärdera resursen

Ett tiotal ledningsgrupper har fått särskilt stöd från SKL för att testa och utvärdera utbildningen. Lärdomarna från utvärderingen har använts i den fortsatta utvecklingen och spridningen av materialet. SKL erbjuder motsvarande stöd till ledningsgrupper i primärvården i slutet av 2017.

En marginell del av satsningens medel har gått till detta område

Sammantaget har cirka 6 miljoner kronor från satsningen fördelats till att utveckla och sprida *Att leda för bästa möjliga vård* centralt från SKL.



Landsting och regioner har använt mindre än en halv procent av sina utvecklingsmedel från satsningen för att på olika sätt implementera resursen. Totalt gick cirka 1,5 miljoner kronor av landstingens utvecklingsmedel till området Främja ledarskap mot förbättrade patientresultat varav omkring 300 000 kronor avsåg olika typer av stöd till ledningsgrupper att använda resursen *Att leda för bästa möjliga vård*.

8.7.2 Resultat av insatsen

Breddutbildning med grundläggande information

Att leda för bästa möjliga vård är en breddutbildning som främst syftar till att skapa en gemensam bild i ledningsgruppen av vilket förbättringsarbete som behövs, vad som ska göras av vem, och hur det ska följas upp, sett till förbättringsarbete. Faktainnehållet ska i första hand fungera som en gemensam utgångspunkt för mer specifika, strategiska diskussioner kring ämnet i ledningsgruppen.

Box 18. Om *Att leda för bästa möjliga vård*.

Resursen består, utöver en introduktionsfilm, av en självskattningsdel och en kunskapsresursdel. I självskattningsdelen får användarna kartlägga sina gemensamma prioriteringar som utgångspunkt inför arbetet med förbättringar.

Kunskapsresursdelen är en grundläggande guide och består av 14 moduler (ämnesområden) som berör olika aspekter av att leda förbättringsarbete. Den kan användas efter ledningsgruppernas egna behov. Faktainnehållet i varje modul presenteras i en animerad film som beskriver olika viktiga delar. Det kan till exempel handla om vikten av att formulera ett tydligt syfte och mål, hur ett förbättringsteam kan sättas ihop, eller vikten av kontinuerlig mätning och uppföljning. Till varje modul finns även dokumentationsmaterial med frågor till ledningsgruppen, hänvisningar till olika verktyg och webbsidor, samt litteratur för fördjupning.

(SKL 2017b)

Landsting har delvis stöttat användningen av resursen

Sju landsting nämner att de på något sätt har stöttat användningen av *Att leda för bästa möjliga vård*. En del har till exempel erbjudit ledningsgrupper externa processtödjare för att underlätta arbetet och testa resursen. Andra har erbjudit verktyget som ett komplement till lokala ledarskapsutbildningar.

Utöver att stödja användningen av *Att leda för bästa möjliga vård* har landstingen använt utvecklingsmedel för att arbeta med lokala initiativ och

ledarskapsutbildningar, eller för att stödja andra verktyg. Till exempel har Norrbottens läns landsting genomfört ett lokalt ledarskapsprogram inom patient- och flödesorientering för samtliga chefer inom närsjukvården. Region Skåne har valt att använda sig av SKL:s verktyg *genombrott.nu* – ett förbättringsprogram har startats där team från både kommunal och regional verksamhet har deltagit.

8.7.3 Slutsatser ur ett långsiktighets- och patientperspektiv

Det insatsspecifika projekt målet är uppnått

Insatsmålet är uppnått i och med att resursen är utvecklad och kan användas av ledningsgrupper i hälso- och sjukvården.

En framgångsfaktor är processledare som stödjer användandet

Det finns inga samlade uppgifter över hur många ledningsgrupper som har använt resursen. Landstingen ansvarar själva för att implementera den (SKL 2017a) och ett antal av dem har aktivt arbetat för att stödja användandet. Samtidigt är resursen gratis och kräver ingen inloggning, vilket innebär att verksamheter själva kan ta initiativ till att använda den. En indikation på intresset för resursen kan vara att en filmtrailer om den har visats omkring 50 000 gånger (SKL 2016a). En annan indikation är besöksstatistik som visar att själva resursen besökts av 3 000–4 000 personer mellan maj 2015 och februari 2018. Att intresset har varit stort säger samtidigt inte så mycket om den praktiska användningen eller nyttan av resursen. Testutvärderingen visade till exempel att resursen uppskattades, men att processledarstöd lyftes fram som en viktig del för att resursen skulle bli användbar på ett bra sätt (SKL 2017a).

Ledningsgrupper behöver stöd i att involvera patienter

Resursen har delvis ett fokus på kliniskt förbättringsarbete. Den lyfter vikten av att nyttan för patienter ska vara tydliggjord och att det är centralt att involvera patienter eller anhöriga i förbättringsteamerna. Däremot finns ingen fördjupning i hur de kan involveras. Flera rapporter pekar på att det här området skulle kunna utvecklas (Vårdanalys 2016b, SLL 2017a), och i våra intervjuer framkommer att det fortsatt är ovanligt att vårdens verksamheter involverar patienter i förbättringsarbete.



8.8 VÅRDcentralchefer i offentlig regi anser att stödet från landstingen har blivit något bättre

Insatserna i satsningen har i hög utsträckning syftat till att förbättra förutsättningarna i primärvården sett till de tre utvecklingsområdena i satsningen. Inte minst gäller de insatser som genomförts av SKL och landstingen. En utmaning som ofta lyfts är att olika initiativ och satsningar har en tendens att inte nå aktörer på lokal nivå i verksamheterna. För att få en uppfattning om hur primärvården anser att stödet till dem har utvecklats det senaste året har vi därför frågat samtliga vårdcentralchefer om det. En enkät genomfördes i årsskiftet 2017/2018. År 2017 var även det år då mest utvecklingsmedel tilldelades landstingen. Totalt kontaktades 1 557 vårdcentralchefer och svarsfrekvensen blev 51 procent (läs mer i bilaga 1). I enkäten ställdes följande tre frågor: För det senaste året – hur anser du att landstinget har utvecklat stödet till din vårdcentral för att ni bättre ska kunna...

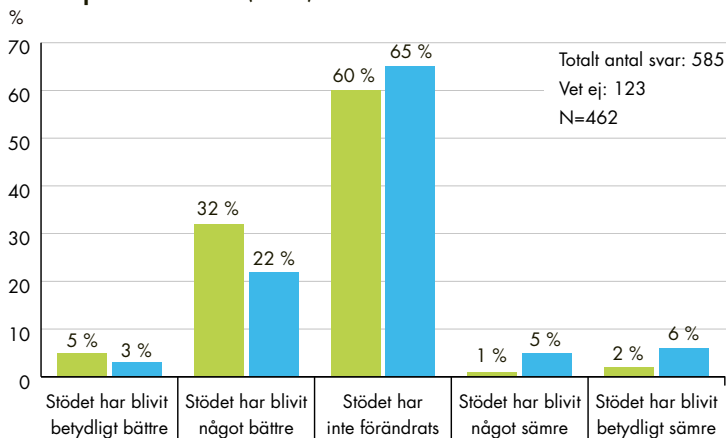
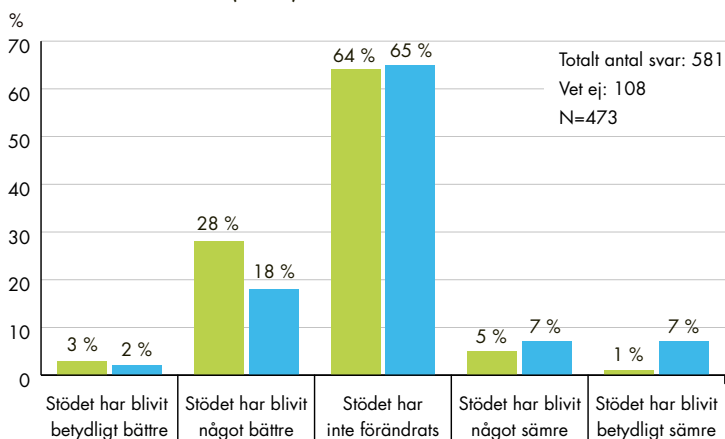
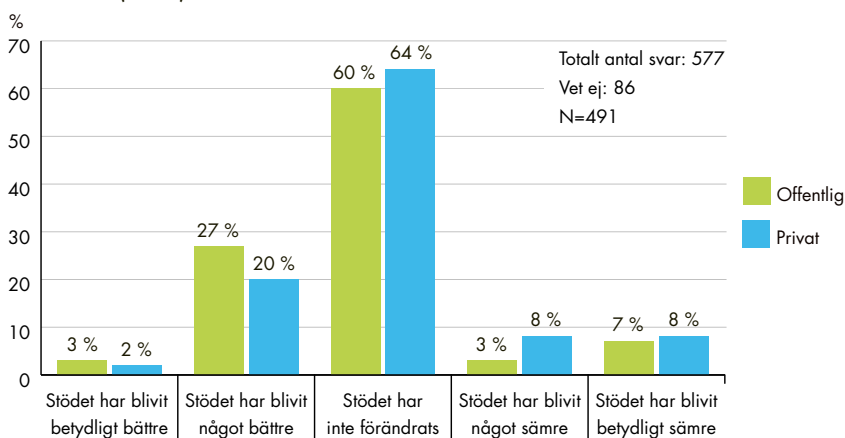
1. ...tillhandahålla en kunskapsbaserad vård för patienter med kroniska sjukdomar?
2. ...tillhandahålla en patientcentrerad vård för patienter med kroniska sjukdomar?
3. ...arbeta med prevention och sjukdomsförebyggande metoder?

En majoritet av vårdcentralcheferna anser att stödet har varit oförändrat det senaste året. Bryter vi ner svaren ser vi dock att chefer för vårdcentraler i offentlig regi anser att stödet har blivit något bättre, medan chefer för vårdcentraler i privat drift i lägre utsträckning anser att det skett en förbättring. Dessa skillnader är även statistiskt signifikanta.

Utifrån de signifikanstester vi har genomfört kan vi inte säga att utvecklingen i stödet sett till de tre områdena skiljer sig mellan varandra – de följer i stort samma svarsmönster. Vi kan inte heller påvisa skillnader i svaren baserat på vårdcentralernas storlek.

Samtidigt som vi inte fokuserat på landstingsjämförelser i vår analys, pekar resultaten på att stödet för de olika områdena har utvecklats mer positivt i ett antal landsting. För följande landsting har fler än hälften av de chefer som svarat ansett att stödet har blivit betydligt eller något bättre:

- Kunskapsbaserad: Sörmland, Gotland, Uppsala och Östergötland
- Patientcentrerad: Uppsala, Dalarna och Gotland
- Prevention: Norrbotten, Dalarna och Gotland

Figur 11. Vårdcentralchefers syn på hur landstingens stöd har utvecklats.**Kunskapsbaserad vård (N=462)****Patientcentrerad vård (N=473)****Prevention (N=491)**

Källa: Vårdanalys enkät till samtliga verksamhetschefer. Not: vet ej exkluderade.

Verksamhetschefernas tankar om stödet från landstingen

Cheferna som besvarade enkäten hade även möjlighet att utveckla sina svar i fritext, och 130 chefer valde att skriva sammantaget 250 fritextsvar. En analys av dessa visar på ett antal återkommande teman.

För de chefer som anser att stödet har utvecklats positivt är det ett antal som nämner insatser i satsningen, såsom PvK eller kunskapsunderlag som tagits fram. Ett annat exempel är att villkor i förfrågningsunderlag bättre stödjer arbetet.

” IT-stöd i form av PrimärvårdsKvalitet ger bra möjligheter till uppföljning och tidig upptäckt.”

” PrimärvårdsKvalitet och andra verktyg kan bli en bättre hjälp till att följa upp och utveckla efter lokala förutsättningar ... det blir det som är lätt att mäta som kommer med. Mer komplexa saker, d.v.s. det man kanske behöver mer hjälp med är svårare att samla kunskap och uppföljning kring centralt...”

” ... för vissa sjukdomar har kunskapsstöd och utbildningar som t.ex. spirometrilyftet stor betydelse, och vi har haft en kurs för alla medarbetare om patientfokuserad konsultation genom APC som jag tror på. Men individanpassning är komplext och som sagt svårt att säkra att de svagaste patienterna t ex med kognitiv svikt eller svår psykiatrisk sjukdom inte blir undanträngda av dem som kräver mer...”

” Stödet har blivit något bättre då förfrågningsunderlaget premierar denna patientgrupp lite mer.”

Att chefer för vårdcentraler i privat drift inte upplever samma utveckling i stöd som de i offentlig exemplifieras av följande citat:

” Försämrade konkurrensneutralitet då landstingets egna enheter får del av extra resurser kopplat till dessa utvecklingsområden.”

” Capio har arbetat fram olika modeller för hur vi ska skall arbeta mot diabetes, astma/KOL. Det stödet har inte kommit från landstinget.”

Som Vårdanalys nyligen belyst kunde vi på en nationell nivå se att primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens samlade resurser 2011–2015 minskade, trots ambitioner att stärka primärvården (Vårdanalys 2017a). Samma rapport visar att det är svårt att beskriva och bedöma bemannings-situationen i primärvården men befintlig data visar att kompetensförsörjningen är en utmaning. En senare undersökning i Region Skåne visar på ansträngda arbetsvillkor i primärvården (Anell 2018). Behovet av mer resurser till primärvården (ekonomiska eller personella) samt behovet av ett avgränsat uppdrag eller stöd med prioriteringar, är också ett tema som framkom av verksamhetschefernas kommentarer i vår enkät – särskilt i förhållande till förebyggande arbete. Det är något som följande citat illustrerar:

” Vi behöver inte stöd. Vi behöver pengar till personer som skall göra jobbet de beställer. Hur kan man beställa vårdsamordning utan att skicka med nya pengar???”

” När resurserna inte räcker till måste vi prioritera efter det medicinska tillståndet. Preventivt arbete blir därför låg prioriterat...”

” Det är så pressat schema i PV att vi inte hinner med att hantera det preventiva vårdarbetet med bra resultat.”

” Vi har för stora svårigheter att rekrytera både rätt kompetens och antal personer idag...”

” Landstingen borde arbeta med att stödja behovsprincipen och att tillgänglighet inte bara är på patientens villkor utan en medicinsk bedömning och att man kan vara mer aktiv i kampanjer om egenvård och när ska man egentligen söka vård.”

Ett annat tema som framkommer handlar om att landstingen kan bli bättre på att tillgängliggöra utbildningar som erbjuds, samt skapa bättre förutsättningar för fortbildning. Till exempel genom att erbjuda utbildningar digitalt över videolänk, eller att information om planerade utbildningar läggas ut samlat och i god tid. Det är flera som lyfter att utbildningarna som erbjuds från landstingen är bra.



” Det är dock väldigt svårt att hinna skicka medarbetare på interna utbildningar då inbjudningarna kommer väldigt sent. Skulle önska en årsplanering för utbildningarna så att man lättare kan fördela arbetet men även se så att utbildningsinsatsen blir fördelad mellan medarbetarna.”

” ... väldig skillnad sedan vi använder oss mer av videokommunikation. Då kan även vi som bor långt ifrån städerna vara med även på en timmars föreläsningar.”

Ytterligare exempel på behovet av utvecklat stöd som cheferna lyfter är att landstingen borde stödja verksamheterna i att få tillgång till hjälpmedel så som automatiserade frågeformulär och anamnesupptagning (AI), eller att utveckla stödfunktioner nära dem som jobbar i verksamheten med patienterna.



Insatser av patient- och professionsorganisationer

Inom ramen för satsningen beviljade Socialdepartementet och Socialstyrelsen patient- och professionsorganisationer statsbidrag. Sammantaget utgjorde statsbidragen cirka 118 miljoner kronor – drygt 20 procent av satsningen.

Åren 2014–2016 fördelade Socialdepartementet statsbidrag till organisationerna och mellan 2015 och 2017 gav departementet i uppdrag till Socialstyrelsen att bevilja statsbidrag till relevanta organisationer. Flera organisationer som fick statsbidrag av Socialdepartementet beviljades det även fortsatt av Socialstyrelsen.

Insatserna som patient- och professionsorganisationerna genomfört har främst resulterat i utbildningar, föreläsningar, kunskapsstöd och information. En majoritet av organisationerna uppger att deras insatser kommer att fortsätta även efter satsningen.

I det här kapitlet analyserar vi insatser som genomförts av 35 organisationer vi inte belyst i tidigare kapitel: 17 patientorganisationer, 13 professionsorganisationer och 5 övriga organisationer. De genomförde sammantaget omkring 110 insatser för cirka 104 miljoner kronor.

En dokumentgranskning, en webbenkät till organisationerna och intervjuer med tio organisationer utgör grunden för resultatet. Läs mer utförligt om metoder och källor i bilaga 1.

9.1 TRE TYPER AV STATSBI DRAG MED OL IKA KRITERIER

9.1.1 Socialdepartementet beviljade statsbidrag i starten av satsningen

Socialdepartementet beviljade 2014 statsbidrag till patient-, professions- och övriga organisationer. Vissa organisationer fick även fortsatt statsbidrag av Socialdepartementet 2015 och 2016. Totalt fördelade departementet cirka 38 miljoner kronor till dessa i satsningen. I våra intervjuer framkommer att det var den nationella samordnaren och högnivågruppen som tog ställning till insatserna som initierades utifrån strategin och genom den handlingsplan de tog fram 2014. Socialdepartementet tog emot ansökningar från organisationerna och beviljade därefter statsbidrag. Ett krav var att organisationerna skulle redovisa insatserna den 31 mars året efter det år statsbidragen beviljades. Vid samma tidpunkt skulle kvarvarande medel återbetalas till Kammarkollegiet.

9.1.2 Socialstyrelsen beviljade statsbidrag för främjande av sjukdomsförebyggande metoder och bättre vård vid kroniska sjukdomar

Socialstyrelsen fick i uppdrag av regeringen att åren 2015–2017 fördela statsbidrag till professionsorganisationer för att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Cirka 30 miljoner kronor beviljades genom detta statsbidrag.

Under samma period fick Socialstyrelsen även i uppdrag att fördela statsbidrag till patient- och professionsorganisationer för insatser som främjade bättre vård vid kroniska sjukdomar. Cirka 50 miljoner kronor beviljades genom detta statsbidrag.

För båda statsbidragen ställde Socialstyrelsen krav på att medlen skulle användas senast den 31 december samma år som de beviljades. Kvarvarande medel skulle återbetalas till Socialstyrelsen. Kravet var också att organisationerna skulle redovisa sina insatser till Socialstyrelsen.

Statsbidrag för att främja arbetet med sjukdomsförebyggande metoder

Socialstyrelsen valde att fördela statsbidraget till de professionsorganisationer på nationell nivå som under regeringens tidigare satsning från 2011 fått medel för att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Dessa organisationer var Dietisternas riksförbund, Fysioterapeuterna, Psykologer mot tobak, Svensk sjuksköterskeförening,

Svenska barnmorskeförbundet, Svenska läkaresällskapet och Sveriges arbetsterapeuter.

Statsbidraget kunde sökas för två ändamål. Det ena var aktiviteter som främjade arbetet med sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården. Cirka 27 av de 30 miljonerna beviljades för det ändamålet. Det andra var deltagande i Socialstyrelsens aktiviteter för att stödja implementering av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Cirka tre av de 30 miljonerna beviljades för det ändamålet.

Statsbidrag för att främja en bättre vård vid kroniska sjukdomar

Socialstyrelsen fördelade också statsbidrag till patient- och professionsorganisationer med en bredare ansats: bättre vård vid kroniska sjukdomar. Statsbidraget kopplades till de tre utvecklingsområden som pekats ut i den nationella strategin. En och samma insats kunde kopplas till flera utvecklingsområden.

Socialstyrelsen bedömde organisationernas ansökningar i konkurrens. Medlen fördelades i förhållande till hur de ansökta insatserna förväntades främja de tre utvecklingsområdena, samt genom en bedömning av allmänna förutsättningar att uppfylla regeringens intentioner med statsbidraget. Sammanlagt inkom 124 ansökningar till Socialstyrelsen. Av dessa beviljades 75 medel medan 49 avslogs. Vissa insatser beviljades medel i flera år men samtliga söktes årligen. I vissa fall beviljades endast delar av det sökta beloppet.

9.1.3 Centrala aktörer sett till medel

De tre patientorganisationer som tilldelades störst andel medel från dessa statsbidrag var Riksförbundet sällsynta diagnoser (8,5 miljoner kronor), Riksförbundet HjärtLung (3,6 miljoner kronor) och Reumatikerförbundet (2,3 miljoner kronor). Paraplyorganisationen Funktionsrätt Sverige tilldelades 4,3 miljoner kronor. De tre professionsorganisationer som tilldelades störst andel medel var Svensk förening för allmänmedicin (13,2 miljoner kronor), Svenska Läkaresällskapet (13,5 miljoner kronor) och Fysioterapeuterna (10,2 miljoner kronor).

I bilaga 2 redovisar vi samtliga organisationer och medlen de beviljades i satsningen.

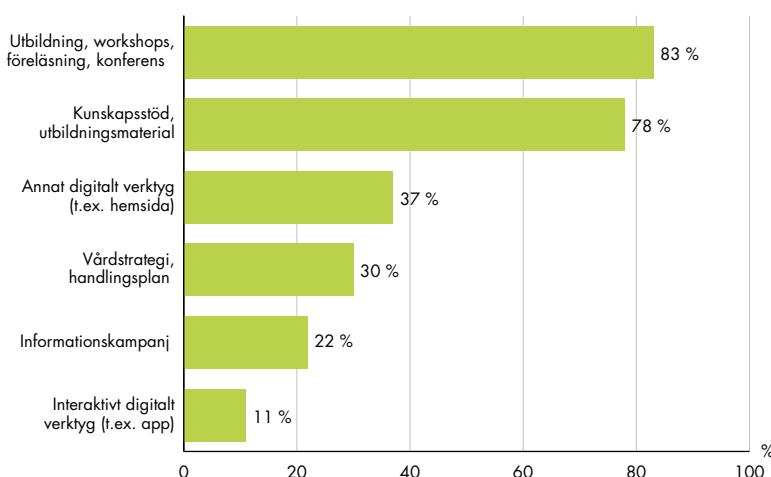


9.2 INSATSERNAS FOKUS HAR VARIT UTBILDNING OCH KUNSKAPSTÖD

9.2.1 Utbildning och kunskapsstöd var de vanligaste slutprodukterna

Av de 104 miljoner kronor som fördelades i statsbidrag gick en majoritet (61 procent) till professionsorganisationer, 23 procent till patientorganisationer och 15 procent till övriga organisationer. Insatserna har ofta kopplat till fler än ett utvecklingsområde i den nationella strategin. Både dokumentgranskningen och vår webbenkät visade att insatsernas huvudsakliga slutprodukter är utbildning och kunskapsstöd (se figur 12 nedan).

Figur 12. Insatsernas huvudsakliga slutprodukter.



Källa: Vårdanalys enkät till organisationer som genomfört insatser.

Ingen nämnvärd skillnad avseende slutprodukter förekom för de tre olika typerna av statsbidrag.

Omkring hälften av de insatser som organisationerna redovisade i webbenkäten hade beviljats medel under ett år, medan den andra hälften hade beviljats medel två eller fler år inom satsningen. Det fanns inga större skillnader mellan patient- och professionsorganisationer i antal beviljade år. Däremot var andelen insatser som beviljats medel under flera år större när det gällde medel från Socialstyrelsens statsbidrag för sjukdomsförebyggande metoder.

Insatser kan ha gjorts med andra medel innan det blev möjligt att söka statsbidrag i satsningen, och vår uppföljning visar också att ett flertal insatser byggde vidare på tidigare arbeten.

I box 19 finns exempel på insatser inom ramen för de olika statsbidragen. Exempelen har valts med utgångspunkt från de organisationer som har beviljats mest medel genom statsbidragen, samt för att visa spridningen.

Box 19. Exempel på insatser inom ramen för de olika statsbidragen.

Insatser beviljade av Socialdepartementet

Karolinska Institutet utvecklade en applikation för att digitalt kunna ge personer med Parkinsons sjukdom eller MS stöd i sin egenvård.

Riksförbundet för sällsynta diagnoser har utvecklat verktyg för att förbättra övergången från barn- till vuxensjukvård genom en tjänstedesignprocess tillsammans med unga medlemmar.

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har genomfört en mängd delprojekt för att främja tillgången till fortbildning för främst ST-läkare och specialister i allmänmedicin, och för att öka deras kunskaper om hur vården kan förbättras för patienter med kroniska sjukdomar. Till exempel har de utvecklat en utbildningsportal med möjlighet att registrera utbildningspoäng samt tagit fram utbildningsmaterial.

Ett annat exempel på insats är *Ringla* som genomfördes med stöd av Socialdepartementet och Stockholms läns landsting. Ringla är en webbsida som syftar till att sprida goda exempel och kunskap samt inspirera till förbättring inom vården. Olika aktörer har till exempel möjlighet att berätta om olika insatser som visas i korta filmer.

Exempel på insatser för att främja arbetet med sjukdomsförebyggande metoder

Medlen beviljades främst till insatser som handlade om att ta fram kunskapsstöd och sprida information. Det skedde bland annat via informationsbroschyrer, workshops, opinionsbildning och utbildning. Ett flertal aktiviteter kopplade till insatser i *Levnadsvaneprojektet* som initierades 2011 och har bedrivits i interprofessionell samverkan. En insats som bedrevs av flera professionsorganisationer, däribland Svenska Läkaresällskapet, var *Stark för kirurgi – Stark för livet*. Insatsen syftade till att öka patientsäkerheten vid operationer genom att öka kunskapen om goda levnadsvanor inom vården och hos patienter.

För ändamålet att delta i Socialstyrelsens arbete användes medlen till exempel för professionsorganisationernas deltagande i myndighetens konferenser samt vid uppdateringen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder eller webbutbildningen *Samtal och råd om bra matvanor*.

Exempel på insatser för att främja en bättre vård vid kroniska sjukdomar

Vårdförbundet genomförde insatser för att bidra till en rörelse för personcentrerad vård genom bland annat utbildning för chefer och ledare.

Riksförbundet HjärtLung har genomfört ett flertal insatser, till exempel att ta fram utbildningsmaterial för vårdpersonal att använda i kontakten med patienter. De har även utbildat hälsocoacher – en ny roll inom organisationen. Hälsocoacherna ska stötta deltagare i grupp och individuellt, för att inspirera och stärka personer med kroniska sjukdomar i egenvård och prevention.

Reumatikerförbundet har bland annat tagit fram utbildnings- och kursmaterial för att ge kroniskt sjuka och nyinsjuknade bättre insikt om sin egen sjukdomssituation med fokus på hur de själva kan ta en aktiv roll i vårdprocessen och i sin egenvård.

forts.



Box 19, forts. Exempel på insatser inom ramen för de olika statsbidragen.

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) har tillsammans med Stockholms läns landsting digitaliserat handboken FYSS (tillgängliggjort och gjort sökbar – information från FYSS-boken – på nätet) för att underlätta användningen för vårdpersonal vid rådgivning om fysisk aktivitet, i syfte att förbygga och behandla olika sjukdomstillstånd.

Dietisternas Riksförbund har bland annat tagit fram en skrift till vårdgivare kring samtal om matvanor inför kirurgi. De har även tagit fram informationsunderlag om nutritionens betydelse vid cancerprevention samt under och efter cancerbehandling. Informationen riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal, patienter, befolkning samt beslutsfattare och tjänstemän.

Fysioterapeuterna genomförde en mängd insatser. De tog bland annat fram olika typer av kunskapsstöd till både hälso- och sjukvårdspersonal och patienter, med fokus på olika patientgrupper. Det handlade till exempel om levnadsvanor, fysisk träning och andningsträning för patienter som ska genomgå bukkirurgi, fysisk aktivitet för sekundär prevention, behandling och rehabilitering i primärvården samt i den specialiserade sjukvården för personer som har multipel skleros.

9.2.2 Vårdpersonal var den främsta målgruppen

Både vår dokumentgranskning och vår webbenkät visade att de insatser som genomförts av patient- och professionsorganisationer samt av andra aktörer genom statsbidrag, i en majoritet av fallen riktade sig till vårdpersonal.

Av webbenkäten framgår att professionsorganisationerna hade vårdpersonal som slutmottagare för 89 procent av sina insatser. Vårdpersonal var också en stor målgrupp för både patientorganisationerna och de övriga organisationerna, 76 procent respektive 80 procent.

Patientorganisationerna angav i samma enkätundersökning oftare patienter eller brukare som slutmottagare för insatser, 88 procent, jämfört med professionsorganisationer, 29 procent.

9.2.3 Behovsinventeringen var oftast informell

Organisationerna som sökte statsbidrag hade möjlighet att redovisa vilka förändringsbehov de såg. Det fanns däremot inte några formella krav på att ansökningarna skulle innehålla strukturerade behovsanalyser.

Omkring en tiondel av insatserna innehöll en strukturerad behovsanalys i ansökningshandlingarna. Samtidigt uppger organisationerna att de har gjort behovsanalyser i samband med en majoritet av insatserna, 75 procent. Det framgick också av enkätsvaren att behovsanalysens omfattning varierade och att den i många fall var av ett mer informellt slag, till exempel en diskussion eller ett möte, eller att behovet var allmänt känt. Även flera intervjupersoner

beskrev en informell behovsanalys där de förklarade att behovet ”varit känt sedan länge”.

9.2.4 Patientdeltagande vanligt men otydligt hur det sker

Enligt webbenkäten deltog patienter, brukare eller närstående aktivt i planeringen eller genomförandet av drygt två tredjedelar, 68 procent, av insatserna. I de övriga insatserna angav respondenterna att det inte var relevant med patientdeltagande eller att de helt enkelt inte hade deltagit. I några intervjuer framkom att tidsbristen minskar möjligheten att ha med patienter i arbetet.

Deltagandet var något vanligare i själva genomförandet av insatserna, 60 procent, jämfört med i planeringen av dem, 48 procent. Patientorganisationerna hade i större utsträckning patientdeltagande i sina insatser, 80 procent, jämfört med professionsorganisationerna, 46 procent. Det kan förklaras av att patientorganisationerna också i större utsträckning hade patienter som målgrupp för sina insatser.

Några organisationer menade att patienter kunde delta indirekt via professionen eller patientorganisationen: ”Eftersom vi är en patientorganisation och för patienternas talan så har vi ju den informationen och den kunskapen, så vi behöver inte ha med någon” (Patientorganisation).

I dokumentgranskningen framkommer inte patientdeltagande i lika stor utsträckning som när organisationerna själva fått svara på den frågan i webbenkäten. Här bedömer vi att patientdeltagande uttryckligen angavs för ungefär var femte insats som beviljats. Skillnaden kan delvis bero på att det saknades en uttrycklig fråga om patientdeltagande i ansökan eller återrapporteringen, och att det därför bara finns registrerat när organisationerna uppger det på eget initiativ. Men även i de fall patientdeltagande beskrivits var det oftast otydligt i vilken omfattning, hur och varför deltagandet skedde.

9.2.5 Uppföljning i olika format och något oftare bland fleråriga insatser

I webbenkäten framkom att en uppföljning av mottagarnas erfarenheter av insatserna genomförts i knappt hälften (49 procent) av fallen och var inplanerad för en fjärdedel. De resterande hade inga planer på att genomföra en sådan uppföljning.

Uppföljningarna visade sig ske i olika omfattning och genom olika metoder, allt från en intervju eller ett informellt samtal till mer omfattande enkäter.



Något fler insatser följdes upp bland dem som hade fått statsbidrag under fler än ett år – webbenkäten visade att 56 procent av de insatserna följdes upp, jämfört med 43 procent för insatser som beviljats statsbidrag i ett år. Flera organisationer efterfrågade mer tid och resurser för att möjliggöra uppföljning.

9.3 SLUTSATSER UR ETT LÅNGSIKTIGHETS- OCH PATIENTPERSPEKTIV

9.3.1 Insatserna har kompletterat varandra och de insatsspecifika målen har uppnåtts

Flera representanter för organisationerna uppgav att statsbidragen möjliggjort insatser som tidigare inte blivit av på grund av bristande resurser. Insatserna har kompletterat varandra i och med att de drivits av patient- och professionsorganisationer som i stor utsträckning haft sina medlemmar – patienter respektive vårdpersonal – som målgrupper.

Sammantaget har de insatsspecifika målen uppnåtts. Med det menar vi att insatserna i stor utsträckning presterat de slutprodukter som var tänkta. Däremot hade de mer specifika eller långsiktiga målen med insatserna oftast inte uttryckts. Det fanns heller inte krav på att organisationerna vid ansökan skulle ange mätbara mål eller hur målen var tänka att följas upp.

Från webbenkäten framgick att en majoritet (62 procent) av insatserna i satsningen kommer att fortsätta även efter att satsningen tagit slut 2017, antingen som en del i en ordinarie verksamhet eller i projektform med eller utan extern finansiering. Professionsorganisationernas sjukdomsförebyggande stödarbete kommer till exempel även fortsatt att finansieras genom statsbidrag (Socialdepartementet 2017c). Vissa insatser hade inte intentionen att bli långvariga utan avsåg mer punktinsatser, som tillfälliga utbildningsinsatser. Men flera organisationer påtalade också att det inte skulle gå att fortsätta att bedriva insatserna utan stöd.

Resultatet från webbenkäten tyder på att chansen att insatsen kommer att bli bestående är högre för mer resursstarka aktörer som arbetar inom mer etablerade verksamheter.

9.3.2 Insatser behöver tydligare mottagare – samverkan tar tid

Enligt webbenkäten innebar samtliga insatser samverkan med åtminstone någon annan aktör på nationell, regional eller lokal nivå. Var femte insats innefattade samverkan med andra aktörer på alla tre nivåer.

Andelen insatser med samverkan på respektive nivå var högre bland insatserna som fått medel under flera år. Några organisationer lyfte att samverkan kräver att man hinner inleda relationer och bygga upp nätverk, vilket tar tid. Webbenkätens resultat visade också att samverkan bidrog till en större spridning av resultatet på regional och lokal nivå, och att spridningen av insatserna underlättades när det fanns ett etablerat samarbete eller kontakter.

För flera av de insatser som patient- och professionsorganisationerna genomfört pekar resultaten på att det saknas både ett tydligt ägarskap och en mottagarorganisation i landstingen eller på nationell nivå. Flera organisationer nämner utmaningarna med att nå ut med resultatet av sina insatser så att de blir använda eller en integrerad del av vården. De stödstrukturer som krävs för en långsiktig implementering är i många fall utanför organisationens kontroll eftersom insatsen behöver implementeras inom vården eller tas vidare av en nationell myndighet för att få större spridning och genomslag.

” Det skulle vara bra om det kom lite högre uppifrån, att det fanns någon högre instans som kan säga att 'detta material rekommenderar vi att ni använder' och att det skickas ut till verksamhetschefer, sjukhusdirektörer, vad som, och att man kan lyfta det här."

” Vårdcentralernas personal kan inte delta även om de vill på grund av belastning i dagliga arbetet."

” Vi önskar också få hjälp nationellt, genom till exempel SKL, att sprida information om att materialet finns och är fritt att använda för vården."

” Vi försökte marknadsföra för personalen att sprida att vi finns men det är svårt – hur kan vi bygga ännu starkare vägar in i systemet?"

(Intervjuer och webbenkät patientorganisationer)

” Det måste finnas en legitimitet för arbetet. Det betyder att det på sikt måste finnas ett stöd från verksamhetschef som säger att det här är viktigt att arbeta med. Stödet för implementering måste finnas på flera plan: kliniker, verksamhetschef, region etcetera."

(Intervju professionsorganisation)



9.3.3 Tidsramen var det största hindret för genomförande och långsiktighet

Flera organisationer lyfte i intervjuerna och webbenkäten att tidsramarna för statsbidragen påverkade förutsättningarna för både genomförande och långsiktighet negativt. När det gällde genomförandet ansågs problemen med tidsramen vara dåliga eller mycket dåliga i nästan hälften av insatserna.

En del organisationer uppger att det varit problematiskt att tidsramarna byggt på kalenderår samtidigt som informationen om medelstilldelning kommit sent. Några organisationer uppger att de i praktiken hade omkring ett halvår på sig att genomföra en insats. Ett par nämnde att de valt att inte ansöka på nytt på grund av att tidsramen satte hinder för genomförandet.

”Eftersom besked om medel beviljats kommit när nästan en tredjedel av året redan gått och vi inte kunnat påbörja planeringen av insatsen förrän vi vetat om vi fått medel för att kunna genomföra den, har tiden varit största hindret för ett positivt resultat. Det hade varit betydligt bättre om flera år kunnat beviljas samtidigt.”

(Webbenkät patientorganisation)

9.3.4 Många uttryckte behov av en samordnande funktion

Organisationer som utfört insatser genom statsbidrag efterfrågade mer information om andra insatser i satsningen. Flera nämnde att de hade velat få en bättre bild över vilka andra aktörer som arbetade med liknande områden i satsningen – att det skulle minska risken för dubbelarbete och kunna bidra till samarbeten.

De efterfrågade en samordnande funktion, där aktörer som fått medel inom satsningen får möjlighet att träffas inför eller i samband med uppstarten av olika insatser. Vinnova nämndes som ett exempel på en aktör som har sådana aktiviteter i samband med olika utlysningar av statsbidrag.

Ringla, som vi beskrev i box 19, beviljades statsbidrag 2014 i syfte att sprida innovativa metoder för patientmedverkan. Utgångspunkten var att de skulle få finansiering under hela satsningen, men efter 2014 fick de inga ytterligare medel. Det berodde bland annat på att initiativet saknade ett aktivt ägarskap och att insatsen föll mellan stolarna när hanteringen av statsbidrag från år 2015 gick över till Socialstyrelsen. Ringla har därefter finansierat produktionskostnaderna för sin verksamhet genom olika samarbetspartners, till exempel SFAM och Fysioterapeuterna, som bland annat bidragit med att sprida information om insatserna under satsningen. Kontaktpersonerna från Ringla lyfter att de såg initiativet som en möjlig tillgång för alla projekt inom

satsningen – att det hade kunnat vara en kommunikationskanal för och om satsningen.

9.3.5 Tydligare krav hade skapat bättre förutsättningar – olika statsbidrag gynnar olika syften

Flera av de brister vi ser i genomförandet och långsiktigheten i de insatser som har genomförts påverkas av vilka krav som ställts för att få beviljade statsbidrag. Det hade till exempel varit fördelaktigt om det ställts krav på långsiktig implementering och uppföljning i ansökan, för att säkerställa att insatserna inkluderade planer för detta.

Om långsiktig implementering är ett viktigt mål med insatserna kan det vara av värde att överväga en tydligare nationell styrning och krav på involvering av beslutsfattare inom relevant organisation (till exempel landstingsorganisationer eller en nationell myndighet) för att säkerställa att det finns en mottagarorganisation för insatsen och ett långsiktigt ägande. Samtidigt skulle då organisationerna behöva en längre tidsram för insatserna och stöd för att detta ska genomföras.

Representanter från Socialstyrelsen påtalade i en intervju att de kände till problematiken med statsbidragens tidsram men inte kunde påverka den nämnvärt, bland annat för att de behöver ett regeringsbeslut på plats först.

För statsbidragen i satsningen fattade regeringen beslut i februari 2015 – då kom beslut om fördelning av medel från Socialstyrelsen i maj. Senare år fattade regeringen beslut i december – då kom beslut från Socialstyrelsen i april.

I sammanhanget kan nämnas att Socialstyrelsen har fått en förordning från riksdagen att fatta beslut för två år (rör kvinno- och tjejjourer). Men det är ovanligt – för detta krävs ett bemyndigande av riksdagen. Det är fortfarande årliga budgetar för ansökningar och återbetalning i dessa.

Box 20. Socialstyrelsen hanterar olika typer av bidrag på olika sätt.

- **Organisationsbidrag** innebär den lägsta graden av styrning. De fördelas till exempel efter antal medlemmar och omfattar ingen särskild uppföljning förutom årsredovisning – "organisationer får för att de finns".
- **Verksamhetsbidrag** är mer mål- och resultatstyrda och inkluderar bland annat årliga återrapporteringar och uppföljning från Socialstyrelsen – "organisationer får för vad de gör".
- **Förordningsreglerade bidrag** är ett sätt att hantera bidrag som ger andra typer av förutsättningar, till exempel långsiktighet.



Socialstyrelsen påpekade att om regeringen vill att ”detta ska bli en mer långvarig satsning” passar förmodligen förordningsreglerade bidrag bättre. Organisationerna kan då göra en mer långsiktig plan för arbetet.

I till exempel förordning (2011:1062) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området är en av flera förutsättningar för att tilldelas statsbidrag att organisationen har en fastställd plan, för en period om två år eller mer, som beskriver vilka aktiviteter organisationen planerar att genomföra för att lösa identifierade problem samt hur arbetet kommer att följas upp.

Samtidigt innebär förordningsreglerade statsbidrag mer detaljerade krav på redovisning med mera vilket kan vara betungande för patientorganisationer med mindre personella och ekonomiska resurser. Olika typer av statsbidrag ger olika förutsättningar och ställer olika krav. För en del organisationers insatser skulle förordningsstyrda bidrag troligen ha passat bättre, eftersom de ger starkare förutsättningar för långsiktighet.



Sammantagen analys

Satsningen har varit bred sett till antalet aktörer som deltagit: 63 aktörer har ansvarat för insatserna och totalt genomfördes omkring 350 insatser i satsningen. De centrala aktörerna i satsningen har varit SKL, regioner och landsting, Socialstyrelsen, samt patient- och professionsorganisationer. En del insatser har varit av systembyggande karaktär och utvecklats över tid. Andra har utgjort mer tidsavgränsade punktinsatser. Majoriteten av alla insatser kommer att fortsätta på ett eller annat sätt.

I det här kapitlet gör vi en sammantagen analys av de frågor vi har haft i uppdrag från regeringen att besvara. Inledningsvis beskriver vi samverkan och vad den har bidragit till, därefter satsningen ur ett patientperspektiv. Vi har inte haft i uppdrag att utvärdera de långsiktiga effekterna av satsningen men lyfter exempel på insatser som kan vara resultatet av satsningen. Avslutningsvis beskriver vi förutsättningarna för satsningens långsiktighet och hur insatserna fortsatt kan tas omhand av landstingen, för att de på sikt ska kunna bidra till en bättre vård för personer med kroniska sjukdomar.

10.1 MAJORITETEN AV INSATSERNA HAR SKETT I SAMVERKAN – DET HAR BIDRAGIT TILL STÖRRE GENOMSLAG

Majoriteten av alla insatser i satsningen har genomförts i samverkan mellan aktörer på olika nivåer inom hälso- och sjukvården, vilket har bidragit till resultatet och spridningen. Samtidigt har samverkan inte skett med eller mellan alla centrala aktörer som arbetar kring personer med kroniska sjukdomar. Generellt har patientorganisationernas insatser varit mer fristående i jämförelse med landstingens och professionens insatser.



Satsningen har inte heller styrt mot att öka samverkan mellan landsting och kommuner, vilket vi utvecklar nedan.

10.1.1 Satsningen har bidragit till en ökad samverkan mellan olika aktörer på nationell, regional och lokal nivå

Satsningen har bidragit till en ökad samverkan mellan olika aktörer på nationell, regional och lokal nivå. Flera insatser syftar även till att utveckla en sådan samverkan, vilket programråden är tydliga exempel på. Ledamöterna i råden har stärkt länkarna inom och mellan nationell, regional och delvis lokal nivå. Socialstyrelsen säger även att deras samverkan med huvudmännen har stärkts genom programrådsstrukturen.

SKL och landstingen har samverkat kring ett flertal insatser. De insatserna hade troligen fördelen att överenskommelserna tydligt fokuserade på att genomföra insatser inom ett begränsat antal områden. Att de gemensamma insatserna kommit så långt som de har hade troligen annars inte varit möjligt.

Samverkan har även skett mellan myndigheter och SKL på nationell nivå. Det har bidragit till bättre förutsättningar för insatsernas genomslag. Vi ser att denna samverkan behöver fortsätta och fördjupas. Som exempel kan nämnas samverkan mellan Socialstyrelsen och SKL i Nationellt kliniskt kunskapsstöd, för att insatsen ska kunna utgöra ett mer aktivt stöd i patientmötet genom en ökad digitalisering, utvecklade standarder och ett nationellt fackspråk.

Användning av stödjande funktioner i landstingen – en framgångsfaktor enligt forskningen

Landstingen har genom satsningen på olika sätt använt stödjande funktioner, så kallade intermediärer, som underlättar samverkan. Det kan till exempel vara personer som har stöttat i förbättringsarbeten i verksamheterna, eller ledamöter från lokala programråd som hjälpt till med att fånga upp behov av stöd från lokalt håll.

Forskningen pekar på att intermediärer kan överbrygga olika delar i vårdsystemet genom att underlätta processerna (Örnerheim och Elg 2018).

Tydlig professionsmedverkan i satsningen – också en framgångsfaktor enligt forskningen

Professionen har utgjort en aktiv aktör i satsningen. Enligt forskningen är det en framgångsfaktor – en tydlig medverkan från professionens sida ökar sannolikheten att resultaten av insatserna är efterfrågade och att de används (Örnerheim och Elg 2018).

Samtidigt som flera professioner har deltagit i satsningen har det varit ett relativt starkt läkarfokus. I våra intervjuer lyfts att involveringen av och samverkan mellan olika yrkeskategorier behöver stärkas ytterligare i det fortsatta arbetet med centrala insatser.

10.1.2 Satsningen har inte styrt mot att öka samverkan mellan alla centrala aktörer i vården kring personer med kroniska sjukdomar

Ofta behövs samverkande krafter från många håll för att ändra rådande praxis. Patienter, personal, administratörer och politiker på nationell, regional och lokal nivå bör samverka och dra åt samma håll, vilket delvis har varit möjligt i den här satsningen. Samtidigt har aktörerna inte alltid dragit åt samma håll tillsammans, utan ofta arbetat var för sig och inte samverkat fullt ut i insatserna. Alla centrala aktörer har inte heller varit med, vilket vi utvecklar nedan.

Landsting och patientorganisationer har samverkat i lägre grad

För patient- och delvis professionsorganisationernas insatser tyder våra resultat på att de skulle kunna gynnas av en tydligare mottagarorganisation eller en närmare samverkan med landstingen. Generellt har patientorganisationernas insatser varit mer fristående i jämförelse med landstingens och professionens insatser.

Vår analys av patient- och professionsorganisationernas insatser pekar på att insatser som genomförs inom ramen för mer etablerade samverkansstrukturer har en större benägenhet att bli långsiktiga. Det förutsätter upparbetade relationer. Ett landsting har till exempel integrerat insatser från satsningen i sitt övergripande strategiarbete, där även patientorganisationer har deltagit, och arbetet har lett till ett utvecklat samarbete (se box 17 om Hälsocafé i Region Jönköpings län).

Om patientorganisationer ska kunna arbeta långsiktigt och i en förstärkt samverkan med landstingen lyfter Socialstyrelsen i en intervju att så kallade förordningsreglerade statsbidrag för vissa organisationer kan vara ett alternativ, eftersom de ger bättre förutsättningar för långsiktighet (se 9.3.5).

Kommunerna har inte haft en central roll i satsningen

Även om samverkan har varit bred har den inte skett med, eller mellan, alla aktörer som arbetar kring personer med kroniska sjukdomar. Kommunerna har inte fått medel från satsningen på samma sätt som till exempel landstingen. Satsningen har inte heller styrt mot att öka samverkan mellan



landsting och kommuner. Kommunerna har i låg utsträckning varit delaktiga i satsningen eller en målgrupp för de insatser som har genomförts. De står samtidigt för en väsentlig del av vården och omsorgen för personer med kroniska sjukdomar, och ansvarar för en bredd av verksamheter som syftar till att stödja de personerna – gammal som ung. Det handlar om äldreomsorg, socialtjänst som erbjuder bland annat personlig assistans eller boendestöd, samt skola och elevhälsa. Av SCB:s hälsoräkenskaper framgår att ungefär en fjärdedel av hälso- och sjukvårdens kostnader avser hälso- och sjukvård inom kommuner, inkluderat omvårdnad (SCB 2018). Den demografiska utvecklingen med fler äldre personer talar även för att kommunernas insatser kommer att öka framöver. Därför är det centralt att dels fortsätta att utveckla förutsättningarna för kommunerna att bedriva en personcentrerad och kunskapsbaserad vård genom till exempel fortbildning för personal eller förbättrade möjligheter till systematisk uppföljning, dels att utveckla samverkan mellan kommuner och landsting i att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar.

Många personer med kroniska sjukdomar har flera olika vårdkontakter, och kontakter med olika aktörer utanför vården (Vårdanalys 2014). Det är centralt att landstingen och andra huvudmän tillsammans säkerställer ett helhetsansvar för personer med kroniska sjukdomar och att olika vårdgivare och specialiteter samordnar sig med samtliga inblandade aktörer, till exempel den kommunala omsorgen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Det samordnade stödet måste göras med personens hela situation, nätverk och behov som utgångspunkt, inte endast utifrån personens diagnoser.

10.1.3 Aktörer efterfrågade mer kommunikation om och i satsningen

En tydlig kommunikation underlättar ofta samverkan. Men i våra intervjuer framkommer att olika aktörer i satsningen inte har känt till varandras arbete, och att insatserna inte har kommunicerats på ett enkelt sätt till externa aktörer.

Flera aktörer som har fått statsbidrag genom Socialstyrelsen nämner att de hade velat få en bättre bild över vilka andra aktörer som arbetade med liknande områden – de menar att det skulle minska risken för dubbelarbete och kunna bidra till samarbeten. De efterfrågar någon typ av samordnande funktion där aktörer som fått medel inom satsningen får möjlighet att träffas gemensamt inför eller i samband med uppstarten av olika projekt. Vinnova nämns som exempel på en aktör som har sådana aktiviteter i samband med olika utlysningar.

Olika insatsområden, såsom Flippen, har prövat olika sätt att dela och sprida goda exempel inom ramen för sitt arbete. Samtidigt har det visat sig vara svårt att hitta lösningar som fungerar och tidsaspekten av att dela eller sprida kunskap lyfts som ett hinder.

10.2 PATIENTERS KUNSKAPER HAR INTE SYSTEMATISKT TAGITS TILLVARA I SATSNINGEN

Även om strategin angav patientcentrerad vård som ett centralt utvecklingsområde har satsningen inte åstadkommit ett systematiskt genomslag i de frågorna.

10.2.1 Flera insatser har genomförts för en mer patientcentrerad vård men de har varit spridda

Flera olika initiativ och projekt har genomförts för att få en mer patientcentrerad vård, men de insatserna är färre till antalet och spridda inom enstaka landsting eller verksamheter. Exempel på det är en del insatser som genomförts av vårdcentraler inom Flippen, landstingens egeninitierade insatser för att främja patientcentrerade arbetssätt i primärvården samt insatser genomförda av patientorganisationer.

Huvuddelen av de centrala insatserna riktar sig till professionen för att de ska kunna erbjuda en mer jämlik och kunskapsbaserad vård för personer med kroniska sjukdomar. Sammantaget har dessa insatser inte riktats *direkt* till patienterna för att stärka dem, till exempel till ökad egenvård eller prevention. Patientorganisationers insatser i satsningen har däremot varit mer fokuserade på att *direkt* stärka patienter. De insatserna skulle troligen få ett större genomslag om de i högre grad gjordes med stöd från och i samverkan med landstingen.

10.2.2 Patientmedverkan hos olika aktörer men formerna och syftet behöver tydliggöras

Vi ser att olika aktörer ofta haft patientmedverkan i sitt arbete och patientrepresentanter lyfter generellt att deras deltagande efterfrågas allt mer. Men det är många gånger oklart hur, och med vilka förutsättningar delaktigheten sker (till exempel om utbildning eller ersättning ges) och också vad den syftar till att bidra med.



På lokal nivå är involvering av patienter fortsatt ovanligt vid förbättrings- arbeten i vården och de stödinsatser som genomförts inom satsningen har inte tillräckligt stöttat denna utveckling. Även på systemnivå i landstingen är det ovanligt att involvera patienter i utvecklings- och förbättringsarbete. Landsting och verksamheter fokuserar mer på att identifiera patienters behov och mindre på att låta patienter delta i, prioritera bland och bidra till utvecklingsarbetet – så kallad co-produktion eller co-design.

Patienter kan påverka hälso- och sjukvårdssystemet på två sätt – som individer och som del av ett kollektiv. En dialog med patient- och funktionshinderorganisationer ger viktig kunskap i många frågor. I många fall behöver sjukvården samtidig kunskap direkt från enskilda personer, till exempel genom enkätundersökningar eller fokusgruppsintervjuer. Vi har i en tidigare rapport (Vårdanalys 2015b) belyst hur förutsättningarna för patienters kollektiva delaktighet i hälso- och sjukvårdens utformning kan stärkas. I rapporten konstaterade vi att landstingen bör utveckla tydligare strategier och rutiner för samverkan med dem, vilket stärks av vår uppföljning av satsningen. En tjänsteman vi haft kontakt med uttryckte att de behöver utveckla modeller för att ta in patienternas perspektiv i utvecklingsarbete:

” Att tänka långt när det kommer till att till exempel möjliggöra egenvård... där blir patientorganisationerna och deras representation väldigt viktiga i detta arbete. Vi behöver deras perspektiv in här. Vi är lite ovana att ta in dem i ett tidigt skede men det är inte helt lätt när vi inte har en modell för det. Gäller att hitta en modell för att ta in deras perspektiv tidigt i designbyggandet.”

(Intervju tjänsteman i ett landsting)

10.2.3 Patientcentrering är inte en fullt ut integrerad del av kunskapsstyrningen

Patientdelaktighet kan ses utifrån olika perspektiv eller nivåer: organisations- eller systemnivå, verksamhetsnivå och individnivå. Patienter och brukare har flera viktiga roller att fylla. Det handlar om medverkan i beslut om den egna vården och medverkan i hur vårdens processer kan utformas, men även medverkan i strategiska beslut och processer på systemnivå. Samma perspektiv skulle kunna användas för att förstå patientcentrering i kunskapsstyrningen.

Kunskapsstyrning innebär att utveckla, sprida och använda den bästa kunskapen. Här är det centralt att skilja mellan kunskap sett som evidens – vad säger den samlade forskningen? – och kunskap sett som evidensbaserad praxis.

En evidensbaserad praxis omfattar bästa vetenskapliga evidens, personal med kompetens att utföra arbetsuppgiften samt att ta in patientens preferens, kunskap och perspektiv i valet och utformningen av vården och behandlingen (Sackett m.fl. 2000). Oavsett hur kunskapsstyrningen arrangeras behövs angreppssätt för att på ett meningsfullt sätt utgå från patienters och brukares perspektiv i arbetet på alla nivåer i systemet. Patientrepresentanter vi intervjuat lyfter att patientperspektivet i kunskapsstyrningen behöver tydliggöras och utvecklas för att bättre ta tillvara och integrera patienters kunskap i vården. Här är det även centralt att låta barn komma till tals och främja deras delaktighet. Barn och vuxna har inte sällan olika syn på vad som är viktigt för barnen i en situation, och vad som i konsekvens med en bedömning av detta behöver göras (Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2010).

Patientcentrering är inte en fullt ut integrerad del av kunskapsstyrningen. Både forskningen och Vårdanalys samlade erfarenheter pekar på att det behövs en ökad kunskap om hur hälso- och sjukvården kan nå dit. Forskningen pekar på att det finns positiva aspekter av patientinvolvering i implementeringsprocesser på individ- och verksamhetsnivå men att det är svårare att hitta sådana på systemnivå (Örnerheim och Elg 2018).

Det behövs mer kunskap om vilka strategier som är mest effektiva när det gäller att utveckla en patientcentrerad hälso- och sjukvård rent generellt men att bryta traditionella strukturer och förändra attityder tycks vara viktigt (Örnerheim och Elg 2018). Det saknas till exempel kunskap om *hur* implementering av riktlinjer bäst görs patientcentrerat, men en förutsättning är att patienterna är delaktiga – att deras kunskap och perspektiv tas in i det arbetet.

Att öka patientdelaktigheten i kunskapsstyrningen kommer bland annat att innebära delvis nya och mer omfattande krav på patient- och brukarorganisationer, eller enskilda personer som deltar med syfte att utveckla vården för fler än sig själv. Deras förmåga och behov av förutsättningar och stöd för att kunna svara upp mot de kraven bör uppmärksammas i det här sammanhanget. Det kan handla om en större förståelse för hur sjukvårdssystemet fungerar. Det kan också handla om stöd för att bättre kunna överföra sina egna erfarenheter till förbättringsförslag och policyer i olika sammanhang och på olika nivåer av hälso- och sjukvårdssystemet.

Vi har tidigare sett att delaktighet på individnivå brister

En förutsättning för att personer ska kunna vara delaktiga och medverka i både utformningen och genomförandet av sin vård och behandling är att de själva har tillgång till information, och att de utifrån sin förmåga och önskan



kan delta aktivt och ta ett ansvar. Lika viktigt är det att vårdpersonalen lyssnar och bjuder in personen och hens anhöriga till diskussion om utformningen och genomförandet av insatserna, för att de ska kunna ta del av personens egna kunskaper, erfarenheter, behov och önskemål.

Vi har tidigare haft i uppdrag att följa upp effekterna av Patientlagen (Vårdanalys 2017b). Vi konstaterade att vården fortsatt brister i att stödja patienter i att vara delaktiga i utformningen av sin vård. I internationell jämförelse är det betydligt färre patienter i Sverige än i andra länder som till exempel anger att vårdpersonal diskuterat olika behandlingsalternativ med dem (Vårdanalys 2016c).

Kunskapsstyrningen utgår från en traditionell indelning utifrån diagnoser – en utmaning vid samsjuklighet

Många centrala insatser inom satsningen bygger på en traditionell indelning utifrån diagnoser och det finns en utmaning i att skapa bättre kunskap som förbättrar vården för personer med samsjuklighet. Nuvarande fokus på enskilda diagnoser i arbetet med kunskapsgenerering ökar risken att multisjukas behov kommer i skymundan (Vårdanalys 2014).

Att utveckla kunskapsstöd är särskilt utmanande när det gäller behandling av personer med flera samtidiga kroniska sjukdomar. Kunskap, riktlinjer och beslutsstöd för läkemedelsbehandling vid flera samtidiga sjukdomar eller samtidig behandling med flera läkemedel är särskilt viktigt för den patientgruppen. En ökad kunskapsbaserad av sjukvården kräver både mer kunskap (genom till exempel svensk och internationell forskning och uppföljning) och en ökad användning av den kunskap som redan finns, till exempel genom uppföljning och återkoppling. Inom båda de områdena finns förbättringsmöjligheter (Vårdanalys 2014).

Frågan om samsjuklighet behöver uppmärksammas när ett nationellt kunskapsstöd ska implementeras i verksamheterna. Insatserna i satsningen har inriktat sig mot att stödja och involvera primärvården. Vi har tidigare pekat på att primärvården är den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov – något som bland annat kommer att få större betydelse i takt med att fler lever med kroniska sjukdomar (Vårdanalys 2017a).

10.3 VI KAN SE VISSA TIDIGA EFFEKTER

Vår bedömning är att det är för tidigt att dra slutsatser om de långsiktiga effekterna av insatserna som har genomförts inom ramen för satsningen. Flera av de centrala insatserna är fortfarande i en etableringsfas.

Regeringen har benämnt satsningen som en utvecklingssatsning, där målet är att bidra till och stärka det utvecklingsarbete som pågår i landstingen för att utveckla en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård (Socialdepartementet 2017a). Det blir tydligt i vår uppföljning – många insatser har utvecklats över tid och kommer att fortsätta utvecklas även efter satsningen. Det pågår också flera parallella initiativ för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Därför är det sammantaget svårt att isolera satsningens bidrag.

Det vi kan se är att majoriteten av samtliga aktörer har genomfört de insatser de planerat eller haft i uppdrag att genomföra, och därigenom uppnått sina insatsspecifika mål. Insatserna har resulterat i en mängd nya kunskapsunderlag, verktyg, system, utbildningar och utvecklingsarbeten. Men även om majoriteten av de insatsspecifika målen är uppnådda, kvarstår ett omfattande arbete för att den breda nyttan med insatserna ska realiseras, där både interna och externa faktorer för insatsen påverkar nyttan både för personer med kroniska sjukdomar och för hälso- och sjukvårdspersonal.

Nedan ger vi exempel på tidiga effekter som kan vara resultatet av satsningen och de insatser som genomförts.

10.3.1 Effekter där satsningen troligtvis bidragit

Attitydförändring i vården sett till patientcentrering och prevention.

I våra intervjuer ser vi vissa attitydförändringar i vården kring behovet att främja patientcentrering och prevention. Liknande resultat lyfts i en rapport från Socialstyrelsen som intervjuat nio patientorganisationer som företräder både stora och små patientgrupper. Socialstyrelsens sammantagna bild från intervjuerna är att vården för personer med kronisk sjukdom inte har förändrats, eller bara förändrats något, de senaste fem åren, samt att det möjligen har skett en utveckling inom det medicintekniska området. Däremot upplever flera av patientföreträdarna att en attitydförändring har skett inom vården när det gäller kroniska sjukdomar. För patientcentrering framhålls att en viss attitydförändring har skett men att vården ytterligare behöver utveckla ett helhetsperspektiv och att attitydförändringen även måste omsättas i praktik. Patientföreträdare lyfter också att det pågår viktiga insatser och ett angeläget förändringsarbete (Socialstyrelsen 2018a).

Exempel på resultat och medicinska kvalitetsförbättringar i vården som aktörerna själva lyfter fram. SKL har lyft att för personer med diabetes (tydligast resultat ses för personer med typ 1 diabetes) ses förbättrade resultat i landsting eftersom andelen patienter med för höga värden av HbA1c har minskat (Nationella Diabetesregistret 2017). En



framgångsfaktor är enligt SKL att det nationella programrådets ledamöter arbetat genom sina regionala och lokala kunskapsstrukturer för att stödja behandlingsrekommendationerna och vårdprogrammen. Ett annat exempel är att den nationella strokekampanjen troligtvis har bidragit till att personer med symtom på stroke söker vård tidigare, vilket möjliggjort en förbättrad vård och tidigare behandling för att återställa blodflödet till hjärnan (Riksstroke 2017). För både diabetes- och strokevård kvarstår dock lokala och regionala skillnader.

Ett tredje exempel, som visserligen inte är ett medicinskt resultatmått, är att Socialstyrelsens årliga uppföljningar visar att stödet från primärvården till patienter med ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet, har ökat de senaste åren. Denna utveckling kan ha en koppling till satsningen men Socialstyrelsen poängterar samtidigt att stödet ligger på en relativt låg nivå i förhållande till behoven (Socialstyrelsen 2018b).

Vårdcentralchefer i offentlig regi anser att stödet från landstingen har blivit något bättre. I en enkät frågade vi samtliga vårdcentralchefer hur de anser att landstingets stöd, kopplat till satsningens utvecklingsområden, har utvecklats det senaste året för att de ska kunna erbjuda en bättre vård för personer med kronisk sjukdom. Resultatet visade att chefer för vårdcentraler i offentlig regi anser att stödet från landstingen har blivit något bättre, medan chefer för vårdcentraler i privat drift i lägre utsträckning anser att det har skett en förbättring (se kapitel 8.8).

10.3.2 Satsningen har bidragit till en förändrad styrning av vården

Ytterligare en tidig effekt vi ser av satsningen är att den har bidragit till en förändrad kunskapsstyrning i vården. Under 2018 etablerar landsting och regioner, med stöd av SKL, ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Under 2016 och 2017 tog samtliga landsting beslut om att gemensamt och långsiktigt delta i, stödja och finansiera det arbetet (se box 21).

Organisationsstrukturen i det nya systemet utgår från ett tjugotal ämnesspecifika programområden där majoriteten är sjukdomsspecifika, exempelvis infektionssjukdomar, psykisk hälsa, cancer och sällsynta sjukdomar samt samverkansgrupper för bland annat kunskapsstöd, uppföljning och analys, kvalitetsregister, läkemedel och patientsäkerhet.

Systemet baserar sig bland annat på de SKL- och landstingsgemensamma insatser som har genomförts i satsningen – de nationella programråden blir till exempel en del av det nya systemet. Organisationen av Regionala

cancercentrum i samverkan, RCC, har tjänat som inspiration för modellen. Tjänstemän på SKL och landstingsrepresentanter lyfter i intervjuer att landstingen troligen inte hade ställt sig bakom utvecklingen, om de inte hade haft möjligheten att testa att samarbeta mer genom till exempel Nationella programråd, eller i arbetet med Nationellt kliniskt kunskapsstöd och PrimärvårdsKvalitet.

Box 21. SKL:s styrelses rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning.

Beslutet om att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning innebär i korthet att landsting och regioner;

- arbetar utifrån den gemensamma visionen "Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa. Tillsammans gör vi varandra framgångsrika"
- samarbetar inom den gemensamma strukturen för kunskapsstyrning.
- anpassar sin regionala och lokala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen
- långsiktigt säkrar en regional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen
- avsätter resurser regionalt i form av att ta på sig värdskap för ett antal programområden, tillsätter ordförande och processledare för aktuella programområden samt avsätter tid för experter att delta i arbetet
- med stöd av SKL etablerar en gemensam organisations- och styrmodell för en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning
- följer och gör de förändringar som krävs regionalt och lokalt utifrån beslut från styrgruppen för strukturen i frågor som rör den nationella strukturen.

Finansieringen för samverkansdelarna inom strukturen sker genom landstingsgemensamt avsatta medel som finns beslutade, det inkluderar dels Nationellt Kliniskt kunskapsstöd samt nationella programråd. Landstingen står utöver det för sina egna kostnader för kunskapsstyrningsorganisationer regionalt och lokalt.

(SKL 2017e)

Samtidigt som vår bild är att olika aktörer sett ett behov av insatserna som har genomförts inom satsningen, råder det delvis delade meningar om landstingens nya system för kunskapsstyrning (NSPH 2017, Region Halland 2017, SBU 2017b, Svensk sjuksköterskeförening 2017, SMER 2017, Socialstyrelsen 2017e, SLL 2017b, Funktionsrätt Sverige 2017b, Vårdanalys 2017d). Ett flertal patientorganisationer har lyft att arbetet och förslaget till den kunskapsstyrningsmodellen skett utan insyn och inflytande för dem och att patientperspektivet i kunskapsstyrningen behöver stärkas (Sedvallson m.fl. 2017). Flera aktörer lyfter att de också behöver involveras i och utgöra en del av systemet – bland annat kommunerna.



Det finns behov av insyn och transparens i kunskapsstyrningsarbetet

SKL:s roll i satsningen har varit central. SKL har skapat arenor där främst landstingen arbetar mer gemensamt. Landstingsrepresentanter vi intervjuat ser att SKL fyller en viktig funktion i detta avseende – en bild som även delas av aktörer på nationell nivå, till exempel Socialstyrelsen.

Eftersom SKL som organisation inte lyder under förvaltningslagen eller regeringsformen och andra centrala lagar kan varken regeringen, andra myndigheter eller medborgarna ställa samma krav på objektivitet och transparens på SKL som på myndigheter (Riksrevisionen 2017).

Genom det nya systemet för kunskapsstyrning blir SKL:s roll än mer central. Både ur ett patient- och ett medborgarperspektiv är det viktigt med en hög legitimitet och hög transparens. I det nya systemet för kunskapsstyrning är det till exempel viktigt att det finns en transparens kring hur programområdena prioriterar sitt arbete och hur externa aktörer, som inte är en del av modellen, kan bidra med kunskap och påverka de insatser som initieras och genomförs.

10.4 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR LÅNGSIKTIGHET

En frågeställning i vårt uppdrag har varit att analysera ”hur insatserna fortsatt kan tas omhand inom landstingen för att de, på lång sikt, ska kunna bidra till en bättre vård för personer med kronisk sjukdom”. Här sammanfattar vi ett antal centrala förutsättningar för det fortsatta arbetet.

10.4.1 Majoriteten av insatserna kommer att fortsätta på ett eller annat sätt

Satsningen har lett till många olika utvecklingsarbeten, dels av systembyggande karaktär, dels enstaka projekt. Sammantaget ser vi att satsningens förutsättningar för långsiktighet är relativt goda – majoriteten av insatserna kommer att fortsätta på ett eller annat sätt, antingen som del i den ordinarie verksamheten eller i projektform med eller utan extern finansiering. Ett antal insatser får även fortsatt statlig finansiering, till exempel Primärvårds-Kvalitet (Socialdepartementet 2017d) samt professionsorganisationernas och Socialstyrelsens insatser för att stödja sjukdomsförebyggande arbete (Socialdepartementet 2017c).

Flera insatser i satsningen har i sig bidragit till bättre förutsättningar för implementering och lärande, bland annat genom gemensamma kunskapsunderlag, stöd till uppföljning och förbättringsarbete samt en

utvecklad samverkansstruktur mellan olika aktörer på olika nivåer i hälso- och sjukvården. Landstingen har även fokuserat på stödjande insatser till verksamheter i satsningen.

Det har funnits en ambition att det som SKL och landstingen har arbetat med under satsningen ska bli långsiktigt. Tidiga resultat pekar också på att det finns förutsättningar för det, eftersom landstingen tillsammans har ställt sig bakom en gemensam finansiering av och arbetsfördelning för centrala delar som ingått i satsningen.

10.4.2 Landstingen saknar ofta stöd- och mottagarorganisationer

En central förutsättning för att insatserna fortsatt ska kunna tas omhand av landstingen, för att på sikt bidra till en bättre vård för personer med kroniska sjukdomar, är att det finns stödstrukturer för att ta tillvara och fortsätta att utveckla insatserna.

Ett flertal rapporter och utredningar har belyst att det finns skillnader i landstingens utvecklingsresurser och kunskapsorganisationer (SOU 2017:48, Olson 2015, Vårdanalys 2016b, Riksrevisionen 2017, Vårdanalys 2017e). Landstingen behöver sådana stöd- och mottagarorganisationer, men de både varierar och saknas ofta, vilket även framgår av vår uppföljning. Det kan alltså påverka möjligheterna för insatsernas långsiktighet och effekt. Samtidigt ingår det för landstingen att utveckla sina kunskapsorganisationer enligt det nya systemet för kunskapsstyrning.

Verksamhets- och patientrepresentanter saknar förutsättningar att delta i förbättringsarbete

Viktiga steg har tagits för att stärka kunskapsstyrningen, men det behövs en tydligare avvägning mellan vilket kunskapsstöd som utvecklas på nationell och regional nivå och vilka aktörer som får stöd i att använda dem.

Många utvecklingsinitiativ och insatser inom satsningen har varit riktade till primärvården. För att de ska få effekt behöver många verksamheter fortsatt och utvecklat stöd till förbättringsarbete, samt resurser som tid, personal, avgränsat uppdrag eller stöd med prioritering. Som Vårdanalys nyligen belyst kunde vi till exempel på en nationell nivå se att primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens samlade resurser 2011–2015 minskade, trots ambitioner att stärka primärvården (Vårdanalys 2017a).

Även patienterna behöver förutsättningar och stöd för att bättre kunna delta i och bidra till förbättringsarbetet – både som enskilda individer och som företrädare för ett kollektiv.



Initiativ för att öka patientsamverkan varierar

Hur landstingen arbetar med patientsamverkan på olika nivåer i utvecklings- och förbättringsarbete varierar. Patientrepresentanters erfarenheter tas till exempel in på olika sätt på policynivå i bland annat lokala programråd, och det är ovanligt att verksamheter samarbetar med patienter i förbättringsarbeten. Arbetet handlar fortfarande mycket om att utveckla hälso- och sjukvården *för* patienter, inte *med* dem. Det varierar också mellan landstingen vilket stöd de ger verksamheter att arbeta med förbättringsarbete och hur de kan involvera patienter i det.

Samtidigt ser vi att det pågår ett utvecklingsarbete i landet för att öka patienters delaktighet på olika nivåer, i utvecklingen av vården. Det arbetet har främst genomförts och finansierats med andra medel än satsningens.

Ett exempel är att både Region Jönköping och Landstinget Dalarna har startat något de kallar för ”levande bibliotek”, där egnerfarna patienter eller anhöriga utgör ”böckerna”. Personer kan anmäla sitt intresse att delta och på så sätt medverka i landstingens utvecklings- och förbättringsarbeten. Även landstinget Kalmar har startat levande bibliotek och fler landsting är på gång (SKL 2018b).

Kvalitetsregistercentrum QRC i Stockholm har tagit fram en verktygslåda för att verksamheter ska kunna bli bättre på att involvera patienter. Verktygslådan innehåller flera olika metoder för att stödja verksamheter i att ta med patientperspektivet i sitt utvecklingsarbete (QRC Stockholm 2018).

Ett annat exempel är RCC som i intervjuer lyfts som ett gott exempel i hur de involverar patienter. Här engageras patientrepresentanter i beslut om cancervårdens utformning och utveckling – bland annat genom RCC:s patient- och närstående råd. De erbjuder även utbildningar för patienter och närstående med syfte att stärka dem att delta i arbetet (RCC 2018).

Ytterligare exempel på mer verksamhetsnära håll är Norra Stockholms psykiatri som har anställt egnerfarna patienter utifrån deras egna erfarenheter av psykisk ohälsa och psykiatrisk vård. De arbetar som samordnare för att öka brukares inflytande, och i vårdteamen för att ge stöd och vägledning för patienter både i öppen- och heldygnsvården (Norra Stockholms psykiatri 2018).

10.4.3 Mål och uppföljning av insatserna varierar

Ytterligare en förutsättning för att insatserna på sikt ska bidra till en bättre vård för personer med kroniska sjukdomar är att arbetet kopplas till konkreta mål och att effekterna för patientgrupperna följs upp.

Aktörerna i satsningen har inte alltid haft konkreta mål eller en plan för hur arbetet ska följas upp, relaterat till hur till exempel målgrupperna ser på insatsens resultat, om det kommer till användning eller hur de mer långsiktiga effekterna av det insatsen förväntas bidra till ska följas upp. De nationella programråden har inte haft konkreta mål kopplade till sitt arbete eller följt efterlevnaden av rekommendationerna de själva tar fram. Ett antal regionala och lokala programråd har satt upp mer konkreta mål för sitt arbete, bland annat kopplade till indikatorer i de nationella riktlinjerna.

För insatserna som genomförts av professions- och patientorganisationer har mottagarnas erfarenheter följts upp i hälften av fallen. Delvis förklaras det av att de har en kort tidsram för genomförandet av sina insatser samt att de inte alltid har tillräckliga förutsättningar för den sortens uppföljning.

Av 19 landsting som svarade på frågor i vår enkät om satsningen angav 15 att de hade definierat egna mål med insatserna. Av svaren framgår att målen ofta är kopplade till en viss insats, till exempel att införa och stödja vårdcentralernas användning av PrimärvårdsKvalitet. Flera landsting skriver även att målen kopplar till deras övergripande mål i landstingsplaner eller motsvarande och att de följs upp i samband med del- eller årsbokslut.

Möjligheten till uppföljning har stärkts men patientperspektivet behöver utvecklas

En central insats i satsningen har varit utvecklingen av PrimärvårdsKvalitet, vilket i sig har skapat bättre förutsättningar för uppföljning inom primärvården. Ett flertal indikatorer kopplar dessutom till områden som satsningen syftar till att förbättra, till exempel stödinsatser för hälsosamma levnadsvanor.

Samtidigt anser vi att det trots PrimärvårdsKvalitet krävs fortsatta insatser med att förbättra förutsättningarna för att kunna analysera vården ur ett helhets- eller systemperspektiv. Det saknas också i hög grad uppföljningsmöjligheter med grund i patientrapporterad data samt uppföljning av insatser som syftar till att direkt stärka patienter – såsom egenvård. Här bör perspektivet breddas så att patientens livskvalitet, funktionsförmåga samt upplevelse av sin sjukdom och vårdens insatser kan fångas och användas mer direkt i uppföljningen och förbättringsarbetet.





Sammantagen bedömning och rekommendationer

11.1 SATSNINGEN HAR VARIT ANGELÄGEN MEN UTVECKLINGS- ARBETET BEHÖVER FORTSÄTTA OCH BREDDAS

Vår sammantagna bedömning är att det har varit en användbar satsning som utgår från utmaningar som finns i vården för personer med kroniska sjukdomar och även utmaningarna med kunskapsstyrning. Många av de insatser som initierats inom satsningen har uppnått sina insatsmål, men sett till den nationella strategi som låg till grund för satsningen behöver utvecklingsarbetet fortsätta och breddas.

Av satsningens tre utvecklingsområden har i huvudsak kunskapsbaserad vård varit i fokus. Viktiga steg har tagits för att stärka kunskapsstyrningen, men det behövs en tydligare avvägning mellan vilket kunskapsstöd som utvecklas på nationell och regional nivå och till vilka aktörer stödet att använda dem ges. Patientperspektivet i kunskapsstyrningen behöver tydliggöras och utvecklas.

Satsningen har bidragit till en viss attitydförändring i vården sett till behovet att främja patientcentrering och prevention. Men samtidigt ser vi att patientens kunskaper inte systematiskt har tagits till vara i satsningen. Arbetet handlar fortfarande mycket om att utveckla hälso- och sjukvården *för* patienter inte *med* dem. Satsningen har också varit traditionell på så sätt att den bygger vidare på redan pågående arbeten och etablerade aktörer. De flesta insatserna i satsningen har lett till kunskapsunderlag och stödsystem, men har ännu inte i stort påverkat och förändrat hur vården genomförs. Det kan därför inte på kort sikt förväntas några genomgripande förändringar för personer med kroniska sjukdomar – kopplingen till digitala verktyg, nya arbetssätt och rollfördelningar har till exempel varit svag.



Som vi bedömer det har satsningen troligen gynnats av att regeringen tog in olika aktörers perspektiv i planeringen och utformningen, att en gemensam strategi låg till grund för arbetet och att SKL och landstingen fokuserade på ett antal gemensamma insatsområden. Satsningen har även gett utrymme för en lokal variation där landstingen själva prioriterat utvecklingsarbete och insatser efter lokala behov. Med tanke på att kommunerna inte har haft en central roll i satsningen är det viktigt att framöver involvera och samverka med dem och andra relevanta aktörer i utvecklingsarbetet med att förbättra vården och omsorgen för personer med kroniska sjukdomar. Fokus måste vara på att hjälpa hela människan med utgångspunkt i hens behov, preferenser och resurser.

11.1.1 Av satsningens tre utvecklingsområden har kunskapsbaserad vård varit i fokus

Av satsningens tre identifierade utvecklingsområden har kunskapsbaserad vård varit i fokus. Aktörernas insatser har i hög grad riktats till att stödja primärvården till en kunskapsbaserad vård. Satsningen har bidragit till nya strukturer och system för att kunskapsstöd ska kunna tas fram och komma till nytta.

Delvis ser vi vissa attitydförändringar i vården om behovet av patientcentrering och preventivt arbete. Sett till de utmaningar och möjligheter vi summerade i kapitel fyra är vår bedömning att satsningen i många delar har potential att utveckla vården på ett positivt sätt men att det krävs ett fortsatt och bredare utvecklingsarbete – dels för att främja en mer patientcentrerad vård för personer med kroniska sjukdomar, dels för att främja prevention för att begränsa förekomsten av kroniska sjukdomar och att stärka livskvaliteten för dem som lever med sjukdomarna.

11.1.2 Satsningen utgår från kända utvecklingsbehov

Sammantaget är vår bedömning att satsningen utgår från kända behov av utveckling för att vården för personer med kroniska sjukdomar ska stärkas. Det handlar om att främja patientcentrering, kunskapsbaserad vård och prevention. Många utredningar (se kapitel 4), har pekat på dessa utvecklingsbehov, och behovsbilden stärks även i våra intervjuer med olika aktörer.

När vi frågat tjänstemän som sitter centralt i landstingen om utvecklingsbehoven för de nationella utvecklingsprojekt som har ingått i överenskommelsen mellan SKL och regeringen, är det en övervägande

majoritet av de 19 landsting som besvarat enkäten som svarat att utvecklingsbehovet har varit mycket högt eller högt sett till arbetet kring Nationella programråd (18/19), PrimärvårdsKvalitet (19/19) och Nationellt kliniskt kunskapsstöd (17/19).

Landstingens mål och uppföljning av insatserna de genomfört i satsningen ingår också i hög grad i landstingens ordinarie mål och uppföljning, där insatserna är tänkta att bidra till en mer övergripande utveckling av hälso- och sjukvården.

Det finns också stöd i forskningen för att insatserna i satsningen som kopplar till att förbättra kunskapsstyrningen är framgångsrika. Kunskapsstödsutredningen skriver bland annat att de centrala insatsområdena i satsningen för en utvecklad kunskapsstyrning bygger på forskningsgrund och erfarenheter från framgångsrika modeller både nationellt och internationellt (SOU 2017:48). Det bekräftas också av vår litteraturstudie (Örnerheim och Elg 2018).

11.1.3 Satsningen förväntas inte på kort sikt ge genomgripande förändringar för personer med kroniska sjukdomar

Samtidigt som satsningen i flera delar har fungerat väl pekar forskningen på att den inte på kort sikt kan förväntas ge några genomgripande förändringar för personer med kroniska sjukdomar. De flesta insatserna i satsningen har lett till kunskapsunderlag och stödsystem, men ännu inte flyttat in i den ”kliniska vardagen” eller i stort påverkat och förändrat hur vården genomförs. En slutsats är även att satsningen har varit *traditionell* i den meningen att den i stor utsträckning byggt på tidigare arbeten och redan etablerade aktörer. Kopplingen till digitala verktyg, nya arbetssätt eller förändrade roller och ansvar i klinisk verksamhet har till exempel varit svag.

För att uppnå en mer kunskapsbaserad, effektiv och jämlik vård med fokus på personcentrering och prevention behövs ett både fortsatt och bredare fokus i arbetet. Här påverkar bland annat skillnader i strukturer och vårdutbud, resurser, organisation, ansvarsfördelning, personalkontinuitet, kompetensförsörjning, kultur, ledarskap och utvecklingskraft – i princip hela hälso- och sjukvårdssystemet. Vi ser också att landstingen fortsatt långsiktigt och systematisk måste ta sig an frågan om vad som behövs i omställningen av vården för att möta ett nytt sjukdomspanorama där allt fler personer har kroniska sjukdomar.

För att få en mer kraftfull förbättring av hälso- och sjukvårdssystemet för personer med kroniska sjukdomar krävs troligen insatser av en mer



systemförändrande karaktär. Tidigare uppföljningar har pekat på behovet av sådana insatser (Vårdanalys 2017a) och svårigheten i att genomföra den typen av förändringar (Vårdanalys 2016b, Socialstyrelsen 2017f). I Socialstyrelsens kartläggning av utvecklingskraft i hälso- och sjukvården anges till exempel att det i flera landsting är ett stort fokus på produktion och ekonomi, och att bristen på systemperspektiv är ett hinder för utveckling mot en mer sammanhållen och patientcentrerad vård- och omsorg (Socialstyrelsen 2017f).

Innovationsfrågorna är viktiga men landstingen tycks ännu inte tillräckligt inriktade på hur de ska få in det perspektivet i utvecklingen av vården. Däremot ser de behovet:

” Innovationsfrågorna är viktiga i systemet men vi har inte fångat hur vi får in detta idag. I en omvärldsbevakning har vi [SKL och landstingsrepresentanter] funderat över hur vi kan sprida och fånga upp snabbare... tanken är även att vi ska utveckla mer generiska tjänster som går att breddinföra bättre...”

(Intervju SKL)

Näringsliv eller entreprenörer har inte varit centrala aktörer i satsningen. Att insatserna generellt har resulterat i traditionella lösningar kan troligen delvis förklaras av den lägre graden av samverkan med dessa och andra aktörer, som patienter och universitet. Studier från SCB visar till exempel att sjukhus och vårdcentraler som har haft externa samarbetspartners är mer innovativa än dem som i huvudsak utför sitt utvecklingsarbete själva (SCB 2015). Om landstingen bättre ska kunna sprida och fånga upp innovativa lösningar i utvecklingen av vården är det centralt att på olika sätt involvera dessa aktörer.

11.2 REKOMMENDATIONER FÖR DET FORTSATTA ARBETET

Arbetet med att förbättra vården och omsorgen för personer med kroniska sjukdomar behöver fortsätta och vara i fokus hos både regeringen och landstingen. Satsningen har i många delar potential att utveckla vården på ett positivt sätt och viktiga steg har tagits för att stärka kunskapsstyrningen. Men det krävs ett fortsatt och bredare utvecklingsarbete för att främja en mer personcentrerad vård för personer med kroniska sjukdomar och prevention för att begränsa förekomsten av kroniska sjukdomar och för att stärka livskvaliteten för dem som lever med sjukdomarna. En förutsättning är att patienterna är delaktiga i utvecklingsarbetet och att alla nivåer tar in deras perspektiv, kunskap och erfarenheter. Med grund i vår uppföljning av satsningen ger vi följande rekommendationer till landstingen och regeringen i deras fortsatta utvecklingsarbete.

11.2.1 Rekommendationer till landstingen

► *Landstingen bör se till att utvecklingsinitiativen ”flyttar in” i den kliniska vardagen*

De flesta insatserna inom ramen för satsningen har lett till kunskapsunderlag och stödsystem. Vad som nu behöver ske är en förflyttning av insatserna till den kliniska vardagen. Hur kan initiativen som realiserats i de omkringliggande systemen komma till nytta i vårdens vardag och för patienters egenvård? Sett till satsningens insatser tror vi att landstingen behöver ta tillvara det som gjorts och fokusera mer på att skapa möjligheter för vården att testa och utvärdera mer oprövade lösningar tillsammans med patienterna. Detta för att utveckla vårdprofessionens dagliga uppgifter och roller i mötet med och i förhållande till patienterna. Även det nära ledarskapet i primärvården är centralt för att insatserna ska komma till nytta i vårdens vardag i mötet med patienterna. Därför behövs även insatser som bidrar till att stödja detta nära ledarskap – insatser som syftar till att skapa utrymme för chefer att vara närvarande i verksamheterna och efterfråga, besluta och följa upp utvecklingsinsatser utifrån patienternas behov.



► *Landstingen bör tydliggöra och utveckla patientperspektivet i kunskapsstyrningen*

Kunskapsstyrningen behöver utvecklas och tydliggöras, främst sett till hur den tar tillvara och integrerar patienternas kunskap i vården. En förutsättning för att stärka patientperspektivet är att patienterna är delaktiga – både som individer och som kollektiv. De kan påverka hur de lever med sin sjukdom och själva bidra till sin vård och hälsa. Deras kunskaper kan även bidra till att utveckla hälso- och sjukvården på olika nivåer. Landstingen och dess verksamheter bör fortsatt ta reda på vad patienter och patientorganisationer själva kan och vill bidra med i utvecklingen av vården, och stödja dem i det arbetet.

Såväl befolkningen i allmänhet som patienter och deras närstående skulle i större utsträckning kunna stärkas genom att få möjlighet till ökat inflytande samt, bli mer delaktiga och medskapande. Det behövs fler insatser riktade *direkt* till dem för att bland annat stärka dem i prevention eller egenvård, till exempel med hjälp av digital teknik. Det kopplar även till landstingens styrsystem och organisationer som behöver anpassas för att möjliggöra det.

Landstingen bör även låta patienter ta del av vårdens kunskapsstöd – pålästa personer kan driva mot en högre kvalitet av sin vård och behandling. Att fortsätta att utveckla uppföljningen och kunskapsunderlag kring samsjuklighet är ytterligare ett utvecklingsområde.

Stödstrukturerna som utvecklas av landstingen i samverkan med varandra bör även beakta samverkan kring innovationsfrågor och patient-medverkan. Samverkan med kommunerna behöver också tydliggöras och utvecklas i kunskapsstyrningen.

► *Landstingen bör säkerställa uppföljning av insatsernas effekter för personer med kroniska sjukdomar*

Vi ser att landstingen behöver ta tillvara de insatser och strukturer för samverkan som vuxit fram i satsningen. Arbetet behöver även brytas ned i konkreta mål som patienter varit med och definierat – dels vad som ska uppnås, dels hur effekterna av arbetet ska följas upp för att bidra till lärande. Här behövs även en fortsatt utveckling av mått som är relevanta för patienterna och utvecklade förutsättningar för systemuppföljning över organisationsgränserna.

► *Landstingen bör säkerställa att verksamheterna får fortsatt stöd och förutsättningar att använda verktygen som tagits fram*

De primärvårdsrepresentanter vi intervjuat är ofta positiva till verktygen och stöden som utvecklats i satsningen. Sådana insatser kan bidra till att stärka primärvårdens utvecklingskraft och förbättra förutsättningarna för lärande. Samtidigt anser många verksamheter i primärvården att de inte har tillräckliga förutsättningar för att dra nytta av de verktyg och stöd som utvecklas och därigenom kunna bidra till en bättre vård för personer med kronisk sjukdom. Som Vårdanalys tidigare rekommenderat bör primärvårdens uppdrag och funktion i hälso- och sjukvården tydliggöras och landstingen bör säkerställa att primärvården har tillräckliga resurser i förhållande till sitt uppdrag (Vårdanalys 2017a). Landstingen behöver säkerställa ett fortsatt och nära stöd för utvecklings- och förbättringsarbete ute i verksamheterna efter deras behov. Verksamheterna behöver också förutsättningar som fortbildning, kompetensförsörjning samt tid och stöd till prioriteringar. Landstingen bör tydliggöra vem som ansvarar för stödet och hur verksamheterna kan de få det.

11.2.2 Rekommendationer till regeringen

► *Regeringen bör säkra en nationell uppföljning av det fortsatta arbetet kring kunskapsstyrningen*

Det system för kunskapsstyrning som utvecklats under satsningen kan delvis förändra rollerna mellan myndigheterna och landstingen i kunskapsstyrningen. Regeringen bör säkra att kunskapsunderlagen och rekommendationerna som alltmer tas fram av landstingen i samverkan också följs upp utifrån användning och bidrag eller effekter. Regeringen bör även följa upp att de prioriteringar och fokusområden som landstingen gemensamt satsar på inte riskerar en ojämlig hälso- och sjukvård utifrån patientgruppernas olika behov, och att det finns en god överensstämmelse mellan underlagen som tas fram av myndigheterna och landstingen. Ur ett patient-, brukar- och invånarperspektiv bör regeringen följa upp hur kunskapssystemet bidrar till en mer personcentrerad vård.



Referenser

- Akner, G. 2018. Landstingens utbildningar i samtal om matvanor är otillräckliga och troligen ineffektiva. *Dagens Medicin*. <https://www.dagensmedicin.se/blogg/gunnar-akner/2018/03/13/stort-behov-av-okad-utbildning-och-traning-av-vardpersonal-inom-matnutritions-området/> [Hämtat 2018-03-19].
- Allmänläkarkonsult Skåne 2017. *Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård i Region Skåne och Södra sjukvårdsregionen 2017*. Allmänläkarkonsult Skåne (Rapport-serie 2017:5).
- Anell, A. 2018. *Utvärdering av primärvårdens organisation i egen regi*. Institutet för Ekonomisk forskning vid Lunds universitet (Skriftserie 2018:1).
- Brommels, M., Øvretveit, J., Sachs, M. A., Hansson, J. och Granström, E. 2012. *Patientperspektiv vid implementering av nationella riktlinjer*. Stockholm: MMC/Karolinska Institutet.
- Elg, M., Lindmark, J., Wiger, M. och Wihlborg, E. 2016. *Översättning av riktlinjer - Fallstudier av sjukdomsförebyggande metoders genomslag*. Linköping: Linköpings universitet. HELIX (Rapport 16:003).
- Elmroth, U. och Arvidsson, S. G. 2016. Kvalitetssystemet för primärvård klart att användas. *AllmänMedicin – Tidskrift för svensk förening för allmänmedicin*, vol. 37, nr. 1, s. 26–28.
- Funktionsrätt Sverige 2017. Remissvar: Kunskapsbaserad och jämlik vård, SOU 2017:48.
- Health Navigator 2015. *Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad? En kartläggning av primärvårdens användning av och uppfattning om evidensbaserad praktik vid kronisk sjukdom*. Stockholm: Health Navigator.

- HFS 2015a. *Att förebygga kroniska sjukdomar genom goda levnadsvanor – ett sätt att optimera hälso- och sjukvårdens insatser*. Linköping: Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
- HFS 2015b. *Personcentrerad vård*. Linköping: Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård.
- Krevers, B. 2017. *Uppföljning av patientinvolvering i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hälso- och sjukvård*. Linköping: Prioriteringscentrum vid Linköpings Universitet (PM 2017-08-17).
- Landstinget Sörmland 2017. Powerpointpresentation av distriktsläkare Saad Rammo om Nationellt kliniskt kunskapsstöd. <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/ako-skane/#85394/> [Hämtat 2018-01-19].
- Livsmedelsverket 2014. *Slutrapport av uppdraget: Stödja ett aktivt och evidensbaserat arbete för bra matvanor inom hälso- och sjukvården*.
- Livsmedelsverket 2016. *Uppdrag att främja arbetet med hälsosamma matvanor inom hälso- och sjukvården för att förebygga kroniska sjukdomar*.
- Livsmedelsverket 2017. *Slutredovisning av uppdraget: Att främja arbetet med hälsosamma matvanor inom hälso- och sjukvården för att förebygga kroniska sjukdomar*.
- Livsmedelsverket 2018. *Stöd till vården 2017. Slutrapport för regeringsuppdraget att genomföra informationsinsatser om hälsosamma matvanor för att förebygga kroniska sjukdomar*.
- Nathanson, D., Bredenberg, I., Olivecrona, A., Andersson, I.-L. och Löndahl, F. 2018. Fel och ojämnt att ta betalt för viktigt diabeteshjälpmedel. *Dagens Medicin*. <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2018/02/15/fel-och-ojamlikt-att-ta-betalt--for-viktigt-diabeteshjalpmedel/> [Hämtat 2018-02-16].
- Nationella Diabetesregistret 2017. *Årsrapport 2016*. https://www.ndr.nu/pdfs/Arssrapport_NDR_2016.pdf [Hämtat 2018-02-06].
- Nationellt kompetenscentrum anhöriga 2018. *Snabba fakta om Sveriges 1,3 miljoner anhöriga*. http://www.anhoriga.se/Global/Informationsmaterial/Snabba_fakta_folder_Nka_140623_web.pdf [Hämtat 2018-04-18].
- Norra Stockholms psykiatri 2018. *Din delaktighet*. <http://norrastockholmspsykiatri.se/trygg-och-saker-var/delaktighet/> [hämtat 2018-04-18].
- NSPH 2017. NSPHs yttrande över rapporten ”SOU 2017:48 Kunskapsbaserad och jämlik vård - Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård”, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH).

- Näringsdepartementet 2016. Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Livsmedelsverket inom utgiftsområde 23 Areella näringar, landsbygd och livsmedel (N2016/08014/SUN).
- Olson, U.-J. 2015. *Nationella programråd. Lägesavstämning och förslag kring det nationella programrådsarbetet och NSKregions roll som ledningsgrupp för arbetet*. En rapport framtagen på uppdrag av NSK-region. Stockholm: Utvecklingspartner i Stockholm AB.
- Percan, T. 2013. De blir Göran Hägglunds vägledare mot kroniska sjukdomar. *Dagens Opinion*. <http://www.dagensopinion.se/de-bli-rig%C3%B6ran-h%C3%A4gglunds-v%C3%A4gledare-mot-kroniska-sjukdomar> [Hämtat 2018-04-12].
- Persson, H.-I., Ekman, I. och Javinger, M. 2017. *Personcentrerad hälso- och sjukvård: rapport från verkligheten*. Stockholm: Liber.
- QRC Stockholm 2018. *Verktygslåda*. <http://qrstockholm.se/patientsamverkan/verktygslada/> [Hämtat 2018-03-01].
- RCC 2018. *Patientsamverkan*. <https://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/patient-och-narstaende/patientsamverkan/> [Hämtat 2018-04-18].
- Regeringen 2013. Budgetproposition 2014 Utgiftsområde 9 Hälsovård sjukvård och social omsorg, Proposition 2013/14:1.
- Regeringskansliet 2015. *Agenda 2030 för hållbar utveckling - Svensk översättning av FN:s "transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development"*.
- Region Halland 2017. Yttrande över Betänkandet Kunskapsbaserad och jämlikvård (SOU 2017:48).
- Region Jönköpings län 2017. Budget med verksamhetsplan 2018 flerårsplan 2019–2020 (RJL 2017/83).
- Riksförbundet HjärtLung 2017. *Kraften i egenvård – Lev för att leva*. <https://www.hjart-lung.se/globalassets/riksforbundet-bilder/vara-projekt/lev-for-att-leva/kraften-i-egenvard---lev-for-att-leva.pdf> [Hämtat: 2018-03-15].
- Riksrevisionen 2017. *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*. Granskningsrapport (RIR 2017:3).
- Riksstroke 2017. *Stroke och TIA – Riksstrokes årsrapport 2016*. http://www.riksstroke.org/wp-content/uploads/2017/07/Riksstroke%C3%85rsrapport2016_slutversion.pdf [Hämtat 2018-04-04].
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. och Haynes, R. B. 2000. *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. Andra upplagan. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2014. *Bättre behandling. Vilka vetenskapliga bevis behövs i vården?*

- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2016. *Preventiva insatser vid akut smärta från rygg och nacke. Effekter av fysisk träning, manuell behandling och beteendepåverkande åtgärder. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter.*
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2017a. *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet* (SBU-rapport nr 260).
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2017b. Remissvar avseende Kunskapsbaserad och jämlik vård SOU 2017:48.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 2018. PM – Svar på fråga från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys om uppföljning av Bättre behandling.
- SCB – Statistiska centralbyrån 2015. *Innovationer i sjukvården 2012–2013: En enkätundersökning av Sveriges sjukhus och vårdcentraler.* <http://www.scb.se/Grupp/Applikationer/Innovationsstatistik/Bilaga-3-Innovationer-i-sjukvard.pdf> [Hämtat 2018-02-05].
- SCB – Statistiska centralbyrån 2018. *Hälsoräkenskaper.* <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper> [Hämtat 2018-04-18].
- Sedvallson, M., Nordström, E. B., Sundsten, M., Norin, M., Persson, O., Röstellund, M., Lidbäck, L., Hedman, H., Waller, C., Heiling, K., Degsell, E. och Wallenius, E. 2017. Har svensk sjukvård glömt bort patienterna? *Dagens Samhälle.* <https://www.dagensamhalle.se/debatt/har-svensk-sjukvard-glomt-bort-patienterna-17664/> [Hämtat 2018-02-06].
- Sex patientorganisationer i samverkan 2018. *Vägen mot världsklass: Så får vi en bättre vård för personer med långvariga sjukdomar.* Samverkan kring en bättre vård för personer med långvariga sjukdomar: Astma- och Allergiförbundet, Diabetesorganisationen i Sverige, Neuroförbundet, Reumatikerförbundet, Riksförbundet Hjärtlung och Storstockholms Diabetesförening. http://www.vardivarldsklass.se/assets/pdf/180326-vagen_mot_varldsklass.pdf [Hämtat 2018-03-27].
- Sirona Health Solutions 2017. *SKL Flippen – Analys av nationellt projekt för innovativ primärvård*, PPT-rapport med slutsatser.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2013. *Framgångsfaktorer i diabetesvården: En jämförande studie av diabetesvård i primärvård.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2014. *Intermountain Healthcare – Styrning för kvalitet i ett högpresterande system.*

- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2015a. *Framgångsfaktorer i strokevården – en jämförande studie av strokesjukvård.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2015b. *Kunskapsstöd för primärvården. Förslag till nationellt system för diagnos- och behandlingsrekommendationer.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2015c. *Redovisning av nationella utvecklingsinsatser.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2015d. *Slutredovisning överenskommelse om kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården* (SKL 13/7097).
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2016a. *Att leda för bästa möjliga vård – filmtrailer.* <https://vimeo.com/127234828> [Besökt 2018-04-18].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2016b. *Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Diagnos- och behandlings-rekommendationer för primärvården:* <http://sfamportal.s3.amazonaws.com/files/583c22f81aa0610600c68457/Nationellt%20kliniskt%20kunskapsst%C3%B6d%20-%20The-rese%20Ekl%C3%B6v.pdf> [Hämtat 2018-01-19].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2016c. *PM – Medel till landstingen från överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kronisk sjukdom* (instruktioner och fördelning av medel).
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2016d. *PrimärvårdsKvalitet 2012–16*, PM om utvecklingen av PvK.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2016e. *Slutredovisning överenskommelsen om kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården 2015.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2017a. *Att leda för bästa möjliga vård – Erbjudande om medel till processledarstöd.*
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2017b. *Att leda för bästa möjliga vård. Ett grundläggande diskussions- och arbetsunderlag för ledningsgrupper i hälso- och sjukvården.* <http://attledaforbastamojligavard.se/> [Hämtat 2017-11-01].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2017c. Informationsblad om Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd, "Bästa möjliga kunskap i varje patientmöte".
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2017d. *PM – Medel till landstingen från överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kronisk sjukdom* (instruktioner och fördelning av medel).
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2017e. *Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning.*

- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2017f. *Överenskommelser mellan SKL och regeringen inom vård och omsorg*. <https://skl.se/halsasjukvard/overenskommelsermellansklochregeringen.1463.html> [Hämtat 2017-11-01].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2018a. *Flippen i primärvården – ett nationellt innovationsprojekt med och för sveriges primärvård – slutrapport*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2018b. *Personcentrerad vård i Sverige*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2018c. *Om nationella programråd inklusive deras uppdrag*. <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrning/nationellaprogramrad.1814.html> [Hämtat 2018-02-01].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2018d. *Om Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd, samt ämnesgruppernas uppdrag och ansvar*. <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardutveckling/nationelltklinisktkunskapsstod.6842.html> och <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardutveckling/nationelltklinisktkunskapsstod/sataskunskapsstodetfram.12121.html> [Hämtat 2018-01-03].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2018e. *Om PrimärvårdsKvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården*. <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardutveckling/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html> [Hämtat 2018-02-01].
- SKL och Inera 2017. *Avsiktsförklaring gällande Nationellt kliniskt kunskapsstöd* (dnr: 15/06658).
- SLL – Stockholms läns landsting 2017a. *Kvalitetsarbeten inom husläkarverksamheten i Stockholm 2016*. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting.
- SLL – Stockholms läns landsting 2017b. Yttrande över betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48).
- SMER 2017. Remissvar: Betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:10), Statens medicinsk-etiska råd.
- Socialdepartementet 2011a. Insatser för att främja en mer jämlik hälso- och vård. Överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (S2011/5879/FS). Stockholm, Socialdepartementet.
- Socialdepartementet 2011b. Regleringsbrev för budgetåret 2011 avseende anslag 1:6 (S2011/11069/FS).
- Socialdepartementet 2011c. Uppdrag (till Socialstyrelsen) om målnivåer inom cancervården samt utbetalning av medel (S2011/6077/FS).

- Socialdepartementet 2012. Överenskommelse om vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialdepartementet 2013. Uppdrag (till Socialstyrelsen) att ta fram målnivåer för vården av vissa kroniska eller långvariga sjukdomar (S2013/4015/FS).
- Socialdepartementet 2014a. *Handlingsplan 2014 – Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet 2014b. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar 2014–2017. Regeringskansliet.
- Socialdepartementet 2014c. Protokoll vid regeringssammanträde – utdrag: Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar 2014–2017.
- Socialdepartementet 2014d. Regleringsbrev för budgetåret 2014 avseende anslag 1:6.
- Socialdepartementet 2014e. Uppdrag (till Socialstyrelsen) att anpassa nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar för primärvården, S2014/393/FS.
- Socialdepartementet 2014f. Uppdrag att anpassa nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar för berörda patientgrupper (S2014/392/FS).
- Socialdepartementet 2014g. Uppdrag att genomföra en kommunikationsinsats för att stödja hälsosamma val inom regeringens initiativ Forum för hälsofrämjande och satsning på kroniska sjukdomar (S2014/4987/FS).
- Socialdepartementet 2014h. Uppdrag att strukturera nationella riktlinjer för vissa kroniska sjukdomar så att de kan tillgängliggöras i digitala format (S2014/394/FS).
- Socialdepartementet 2014i. Uppdrag att utveckla en webbplats med evidensbaserad information om behandling och forskning riktad till patienter med kroniska sjukdomar och deras närstående (S2014/2208/FS).
- Socialdepartementet 2015a. Regleringsbrev för budgetåret 2015 avseende Socialstyrelsen (S2015/07980/FS).
- Socialdepartementet 2015b. Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (S2015/08135/RS).
- Socialdepartementet 2015c. Uppdrag att främja arbetet med hälsosamma matvanor inom hälso- och sjukvården för att förebygga kroniska sjukdomar (S2015/1206/FS).
- Socialdepartementet 2015d. Uppdrag att främja arbetet med hälsosamma matvanor inom hälso- och sjukvården för att förebygga kroniska sjukdomar (S2015/08199/FS).

- Socialdepartementet 2015e. Uppdrag att genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar (S2015/1204/FS).
- Socialdepartementet 2015f. Uppdrag att genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar (S2015/07686/FS).
- Socialdepartementet 2016a. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.
- Socialdepartementet 2016b. Uppdrag att följa upp och analysera insatserna inom satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar (S2016/07320/FS).
- Socialdepartementet 2017a. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017.
- Socialdepartementet 2017b. Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Socialstyrelsen.
- Socialdepartementet 2017c. Uppdrag att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor för att förebygga kroniska sjukdomar (S2017/07515/FS delvis).
- Socialdepartementet 2017d. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018. Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m.
- Socialstyrelsen 2011. *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning.*
- Socialstyrelsen 2013. *Stöd till införandet av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – Delrapport 2013.*
- Socialstyrelsen 2014. *Målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård.*
- Socialstyrelsen 2015a. *Förstudie om behov av kunskapsstöd för kroniska sjukdomar - Endometrios, epilepsi och psoriasis.*
- Socialstyrelsen 2015b. *Målnivåer för diabetesvård.*
- Socialstyrelsen 2015c. *Målnivåer för rörelseorganens sjukdomar.*
- Socialstyrelsen 2015d. *Nationella riktlinjer – Utvärdering. Diabetesvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.*
- Socialstyrelsen 2015e. *Nationella riktlinjer – Utvärdering. Hjärtsjukvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.*
- Socialstyrelsen 2015f. *Nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar – Delrapport av anpassning till primärvårdens behov och information till patienter och anhöriga.*

- Socialstyrelsen 2015g. *Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2015*. December 2015.
- Socialstyrelsen 2016a. *Insatser för att förbättra vården för personer med kroniskasjukdomar – Stöd till införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder och statsbidrag för arbetet med kroniska sjukdomar*. Slutredovisning till regeringskansliet.
- Socialstyrelsen 2016b. *Målnivåer – vård vid MS och Parkinsons sjukdom*.
- Socialstyrelsen 2016c. *Nationella riktlinjer – Utvärdering. Vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden*.
- Socialstyrelsen 2016d. *Nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar – Slutrapport av anpassning till primärvårdens behov och information till patienter och anhöriga*.
- Socialstyrelsen 2016e. *Så här vill patienter berätta för sjukvården om sina levnadsvanor – Resultat av en befolkningsundersökning 2016*.
- Socialstyrelsen 2017a. *Delredovisning för uppdrag att genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar* (Dnr: 3.6-3097/2016).
- Socialstyrelsen 2017b. *Nationella riktlinjer i nya digitala format – slutrapport 2017*.
- Socialstyrelsen 2017c. *Powerpointpresentation – Nationella riktlinjer och kroniska sjukdomar*, Arvid Widenlou Nordmark och Karin Palm.
- Socialstyrelsen 2017d. *Primärvårdens arbete med prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor 2016*.
- Socialstyrelsen 2017e. *Socialstyrelsens yttrande över betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48)*.
- Socialstyrelsen 2017f. *Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård. Om utvecklingskraft i landsting och regioner*.
- Socialstyrelsen 2018a. *Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018*.
- Socialstyrelsen 2018b. *Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar: Stöd till genomförandet av regeringens strategi för kroniska sjukdomar – Slutrapport*.
- Socialstyrelsen 2018c. *Nationella riktlinjer – om målnivåer*: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/malnovaer> [Hämtat 2018-03-01].
- SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*.

- SOU 2017:48 Kunskapsbaserad och jämlik vård: Förutssättningar för en lärande hälso- och sjukvård.
- SOU 2017:53 God och nära vård: En gemensam färdplan och målbild.
- Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2010. *Barns och Ungas rätt i vården* (2010:3). http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2013/11/Barn_och_ungas_ratt_i_varden.pdf [Hämtat 2018-04-18]
- Svenska förbundet för kvalitet 2018. Föreläsning om att förbättra sjukvården tillsammans med patienter och innevånare. <https://www.youtube.com/watch?v=J41mlgkhHko&t=154s> [Hämtat 2018-04-18].
- Svensk sjuksköterskeförening 2017. Remissvar: Kunskapsbaserad och jämlik vård SOU 2017:48.
- WHO – Världshälsoorganisationen 2013. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2012. *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård: En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring* (rapport 2012:5).
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2014. *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom* (rapport 2014:02).
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2015a. *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system* (rapport 2015:7).
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2015b. *Sjukt engagerad: en kartläggning av patient- och funktionshinderrörelsen* (rapport 2015:4).
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016a. *Förebygga för att överbrygga. Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor* (rapport 2016:4).
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016b. *PM – Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården – ett diskussionsunderlag* (PM 2016:3).
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016c. *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* (PM 2016:5).
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017a. *En primär angelägenhet – Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum* (rapport 2017:3).

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017b. *Lag utan Genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017* (rapport 2017:2).
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017c. *Lapptäcke med otillräcklig täckning – Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister* (rapport 2017:4).
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017d. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys remissyttrande över betänkandet "Kunskapsbaserad och jämlik vård" SOU 2017:48.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017e. *Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft* (rapport 2017:7).
- Västra Götalandsregionen 2018. *Triangelrevision*. <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/utveckling--uppfoljning/utbildning/webbutbildningar/triangelrevision/> [Hämtat 2018-02-15].
- Örnerheim, M. och Elg, M. 2018. *Litteraturstudie: implementering i sjukvården – en underlagsrapport*. Linköpings Universitet.



BILAGA 1 – VÅRA ARBETSMETODER

Intervjuer och möten

Vi har utfört semistrukturerade intervjuer med tjänstemän, patient- och professionsföreträdare på nationell nivå.

Ett antal inledande möten och intervjuer genomfördes med nyckelpersoner för att få en övergripande förståelse för satsningen, samt med forskare för att få vägledning i genomförandet av vår uppföljning.

I fallstudier har vi intervjuat tjänstemän i landsting ansvariga för centrala områden i satsningen, samt vårdcentralchefer. Syftet med fallstudierna var att få en fördjupad kunskap om hur tjänstemän för landsting och chefer för vårdcentraler såg på satsningen, sina eventuella utmaningar och framgångar. Urvalet av landsting gjorde vi med grund i att vi ville ha en bred representation över landet – vi valde ut ett landsting per sjukvårdsregion. Kriteriet för tjänstemän var minst en med en central roll i landstingets kunskapsorganisation samt en med en central roll i arbetet med vårdcentraler (hälsovalschef eller motsvarande).

Vårdcentralchefer att intervjua valde vi dels ut själva, dels utifrån kontaktuppgifter vi fick från tjänstemän i landstingen baserat på kriterier vi satt upp: att personerna helst skulle vara insatta i frågorna samt att det skulle vara en blandning av vårdcentralchefer från privat och offentlig regi.

Intervjuerna genomförde vi främst under fysiska möten och ett antal över telefon. Kompletterande frågor och svar skedde även via mail. Intervjulängden var i genomsnitt en timma och varierade mellan 30 minuter och två timmar. Vi genomförde cirka 50 intervjuer och sammantaget deltog cirka 100 personer. Intervjuerna med tjänstemän genomförde vi främst genom gruppintervjuer.

Uppföljning och analys av insatser genomförda av främst patient- och professionsorganisationer genomförde vi i samarbete med Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE). IHE:s projektgrupp har bestått av Sara Olofsson pol.mag., Katarina Gralén ekon.mag., Jenny Norlin, fil.dr., Niklas Wallin Bernhardsson fil.mag., Emelie Toresson Grip fil.mag. och Katarina Steen Carlsson, docent. I tabell 1–16 framgår förteckningar över de personer vi intervjuat.

Tabell 6. Inledande intervjuer och möten med nyckelpersoner och forskare.

Namn	Organisation	Befattning
Bodil Klintberg	SLL (tidigare SKL)	F.d. samordnare för satsningen vid SKL
Roger Malin	SKL	Tidigare nationell samordnare för satsningen
Anna Nergårdh	Regeringskansliet	Särskild utredare för utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård
Mats Nilsson	Regeringskansliet	Sekreterare för Kunskapsstödsutredningen
Mats Bojestig	Region Jönköping	Hälso- och sjukvårdsdirektör och ordförande för Nationell Samverkansgrupp för Kunskapsstyrning (NSK)
Mats Brommels	Karolinska Institutet	Professor

Tabell 7. Intervjuer och möten med tjänstemän på nationell nivå.

Namn	Organisation	Befattning
Klara Granat	Socialdepartementet	Departementssekreterare
Marie Lawrence	SKL	Samordnare programråd
Sophia Björk	SKL	Handläggare
Mårten Skogman	SKL	Projektleddare Flippen
Thérese Eklöv	SKL	Projektleddare NKK
Emma Vintemon	SKL	Delprojektmedarbetare för IT-strukturer inom NKK
Staffan Ekedahl	SKL	Delprojektledare, medicinsk sakkunnig för innehåll inom NKK
Ulrika Elmroth	SKL	Projektleddare PrimärvårdsKvalitet
Stina Gäre Arvidsson	SKL	Projektleddare PrimärvårdsKvalitet
Tyra Warfvinge	SKL	Kontaktperson Att leda för bästa möjliga vård
Åsa Törnkvist	Akademiska sjukhuset Uppsala (tidigare SKL)	Tidigare projektleddare Att leda för bästa möjliga vård
Ingrid Schmidt	Socialstyrelsen	Utredare, avdelningen för utvärdering och analys
Natalia Borg	Socialstyrelsen	Avdelningschef, avdelningen för utvärdering och analys
Arvid Widenlou Nordmark	Socialstyrelsen	F.d. enhetschef, avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården

forts.

Tabell 7, forts. Intervjuer och möten med tjänstemän på nationell nivå.

Namn	Organisation	Befattning
Karin Palm	Socialstyrelsen	F.d. enhetschef, avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården
Irene Nilsson Carlsson	Socialstyrelsen	Folkhälsoråd, avdelningen för kunskapsstyrning för socialtjänsten
Frida Azadi	Socialstyrelsen	Utredare, avdelningen för behörighet och statsbidrag
Andreas Johansson	Socialstyrelsen	Utredare, avdelningen för utvärdering och analys
Stina Törnell Sandberg	Socialstyrelsen	Enhetschef, avdelningen för behörighet och statsbidrag
Inger Stevén	Livsmedelsverket	Dietist
Sara Johansson	Livsmedelsverket	Kommunikationsstrateg
Ulla Nordström	Livsmedelsverket	Avdelningschef

Tabell 8. Intervjuer och möten med professions- och övriga representanter.

Namn	Organisation	Befattning
Jörgen Månsson	Carlanderska sjukhuset och Svensk förening för allmänmedicin	Sjukhuschef och ledamot i nationellt programråd primärvård
Margareta Kristenson	HFS - Nätverket hälsofrämjande hälso- och sjukvård	Nationell koordinatör på HFS (under satsningens gång)
Jonas Fagerson	Combined	Kontaktperson Ringla
Helena Conning	Care of Conning	Kontaktperson Ringla
Anna Nager	Medibas	Chefredaktör
Kristina Larsson	Yrkesförbundet för fysisk aktivitet YFA	Projektsamordnare eFYSS
Hanna Åsberg	Svensk förening för allmänmedicin SFAM	Ordförande
Raija Lenné	Fysioterapeuterna	Projektleddare, docent
Dan Gothefors	Svenska psykiatriska föreningen	Projektleddare, överläkare
Christin Anderhov Eriksson	Dietisternas riksförbund	Projektkoordinator

Tabell 9. Intervjuer och möten med patientrepresentanter.

Namn	Organisation	Befattning
Lena Insulander	Svenska Diabetesförbundet	Ledamot i nationella programrådet för diabetes
Carina Benjaminsson	Svenska Diabetesförbundet	Intressepolitisk strateg
Lars Berge-Kleber	Afasiförbundet i Sverige	Ledamot i nationella programrådet för primärvård
Peter Edfelt	Riksförbundet HjärtLung	Ledamot i nationella programrådet för astma/KOL
Ove Puisto	Stroke-Riksförbundet	Ledamot i nationella programrådet för stroke
Annika Hässler	HSO Stockholm	Ordförande
Sara Riggare	Karolinska Institutet	Projektleddare, doktorand
Eva-Maria Dufva	Reumatikerförbundet	Intressepolitisk chef

forts.

Tabell 9, forts. Intervjuer och möten med patientrepresentanter.

Namn	Organisation	Befattning
Lotta Hakansson	Reumatikerförbundet	Förbundsordförande
Erik Sundin	Reumatikerförbundet	Projektleddare, webbandsvarig
Malin Grände	Riksförbundet Sällsynta Diagnoser	Kanslichef
Marie Ekelund	Riksförbundet Hjärtlung	Områdesansvarig utbildning och livsstil
Bertil Orrby	Astma- och allergiförbundet	Verksamhetsansvarig
Lars Winborg	HSO Jönköping	Kanslichef

Tabell 10. Deltagare på möten med Vårdanalys patient- och brukarråd.

Namn	Organisation	Roll
Angelica Frithiof	Vårdkonsult/bemötandeutbildare	F.d. ledamot i Vårdanalys patient- och brukarråd
Anna Wängmar	Patientnämnden Sörmland	F.d. ledamot i Vårdanalys patient- och brukarråd
Barbro Sjölander	Nätverket mot gynekologisk cancer	Ledamot i Vårdanalys patient- och brukarråd
Ingela Ekholm	PRO	F.d. ledamot i Vårdanalys patient- och brukarråd
Inger Forsgren	RFHL	F.d. ledamot i Vårdanalys patient- och brukarråd
Lise Lidbäck	Neuroförbundet	Ledamot i Vårdanalys patient- och brukarråd
Tove Lindahl Greve	Ung Cancer	F.d. ledamot i Vårdanalys patient- och brukarråd
Hans Andersson	Stiftelsen Cesam	Ledamot i Vårdanalys patient- och brukarråd
Eskil Degsell	Karolinska Institutet, Svenska Hjärtumörföreningen	Ledamot i Vårdanalys patient- och brukarråd
Veronika Lindberg	Psoriasisförbundet	F.d. ledamot i Vårdanalys patient- och brukarråd
Elisabeth Wallenius	Funktionsrätt Sverige .Riksförbundet Sällsynta diagnoser	Ledamot i Vårdanalys patient- och brukarråd

Tabell 11. Intervjuer under fallstudie – Stockholms läns landsting.

Namn	Organisation	Befattning
Johannes Blom	Stockholm läns landsting	Enhetschef Vårdgivarstöd, medicinsk rådgivare
Björn Wettermark	Stockholm läns landsting	Avdelningschef, Utvecklingsavdelningen
Marina Skarbøvik	Stockholm läns landsting	Samordnare, avtalshandläggare
Barbro Olofsson	Stockholm läns landsting	Projektleddare Kroninnovation, avtalshandläggare
Anna Jakobsson Ernudd	Stockholm läns landsting	Samordnare, avtalshandläggare
Lena Pomerleau	Boo vårdcentral	Verksamhetschef
Kajsa Sundqvist	Boo vårdcentral	Distriktsläkare
Katrin Engel	Boo vårdcentral	Distriktsläkare
Ina El-Sherif	Capio, Ringens vårdcentral	Vårdcentralchef/ordförande i Distriktsköterskeföreningen i Sverige
Suzana Björnstedt Buhovac	Rotebro och Norrvikens vårdcentral	Vårdcentralchef

Tabell 12. Intervjuer under fallstudie – Region Halland.

Namn	Organisation	Befattning
Ann-Sofi Isaksson	Region Halland	Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, verksamhetschef Kvalitet inom Hälso- och sjukvård
Ola Johansson	Region Halland	Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, f.d. avdelningschef uppdragsavdelningen
Jeanette Törnqvist	Region Halland	Hälso- och sjukvårdsstrateg
Pernilla Wallerstedt	Region Halland	Hälso- och sjukvårdsstrateg
Carina Werner	Region Halland	Hälso- och sjukvårdsstrateg
Karin Nordstrand	Region Halland	Hälso- och sjukvårdsstrateg
Valentina Trpezanovska	Region Halland	Verksamhetschef närsjukvården egen regi
Maria Törnell	Region Halland	Verksamhetsutvecklare närsjukvården egen regi
Jessica Bergenheim	Kungsbacka vårdcentral	Vårdcentralchef
Carin Andren	Torups vårdcentral	Vårdcentralchef

Tabell 13. Intervjuer under fallstudie – Region Jämtland Härjedalen.

Namn	Organisation	Befattning
Lena Weinstock Svedh	Region Jämtland Härjedalen	Beställarchef
Lotta Hagberg	Region Jämtland Härjedalen	Beställare/controller hälsoval
Annette Boije	Region Jämtland Härjedalen	Verksamhetsutvecklare
Urban Tirén	Region Jämtland Härjedalen	Regionsöverläkare
Mikael Lilja	Region Jämtland Härjedalen	Distriktsläkare
Tomas Karlsson	Krokom och Föllinge vårdcentral	Verksamhetschef
Ulla-Britt Barchéus Olofsson	Bräcke och Ragunda vårdcentral	Verksamhetschef
Stina Hedengran	Fjällhälsan vårdcentral	Verksamhetschef

Tabell 14. Intervjuer under fallstudie – Region Skåne.

Namn	Organisation	Befattning
Sven Oredsson	Region Skåne	Enhetschef för kunskapsstyrning och metodutveckling
Petra Widerkrantz	Region Skåne	Medicinsk rådgivare
Rasmus Nord Schönbeck	Region Skåne	Hälso- och sjukvårdsstrateg
Karin Pettersson	Region Skåne	Hälso- och sjukvårdsstrateg
Susanna Stenevi Lundgren	Region Skåne	Hälso- och sjukvårdsstrateg
Carina Nordqvist Falk	Novakliniken	VD och vårdcentralchef
Ingela Haraldsson	Råå och Plantagen vårdcentraler	Vårdcentralchef
Caroline Schön	Sjöbo vårdcentral	Verksamhetschef

Tabell 15. Intervjuer under fallstudie – Region Örebro län.

Namn	Organisation	Befattning
Eva Frantz	Region Örebro län	Chef för hälso- och sjukvårdsstaben
Jan Rosengren	Region Örebro län	Controller
Owe Lindh	Region Örebro län	Specialist i allmänmedicin och medicinsk rådgivare
Stefan Jansson	Region Örebro län	Medicine doktor, specialist i allmänmedicin och medicinsk rådgivare
Kristina Ellmén	Ängens vårdcentral	Verksamhetschef
Maarit Jansson	Vivalla vårdcentral	Verksamhetschef
Annik Olsson	Lindebergs vårdcentral	Verksamhetschef

Tabell 16. Intervjuer under fallstudie – Region Jönköpings län.

Namn	Organisation	Befattning
Anette Peterson	Region Jönköpings län	Hälso- och sjukvårdsstrateg
Anette Nilsson	Region Jönköpings län	Utvecklingsstrateg
Jenny Abrahamsson	Region Jönköpings län	Utreddare
Susanne Yngvesson-Strid	Region Jönköpings län	Utreddare
Staffan Ekedahl	Region Jönköpings län	Koordinator och ordförande för Fakta
Ulrika Stefansson	Region Jönköpings län	Samordnare
Annmargreth Kvarnefors	Culturum/Hälsocafé	Utvecklingsledare
Marie Steen	Hälsocafé/Hjärtats hus	Volontär
Ann Vikström	Hälsan 1 vårdcentral	Verksamhetschef
Göran Runesson	Nässjö och Bodafors vårdcentral	Verksamhetschef

Intervjuguider

Intervjuguiderna anger de teman vi behandlade i intervjuerna med exempel på frågor under varje tema. De specifika frågorna har vi dock anpassat till den enskilda intervjun och även utvecklat under arbetets gång. Implementeringsforskning har varit vägledande i hur vi har utformat frågorna.

Box 22. Intervjuguide för tjänstemän i landstingen.

Inledning

Presentation av deltagare och Vårdanalys uppdrag.

Övergripande frågor om satsningen

På vilket sätt har ni varit involverade i satsningen?

På vilket sätt har satsningen påverkat landstingets övergripande prioriteringar och styrning gällande kunskapsbaserad-, patientcentrerad vård samt prevention och tidig upptäckt?

Hur tycker ni att samverkan har fungerat på nationell, regional och lokal nivå för satsningen?

På vilket sätt har ni fått stöd från nationellt håll för denna satsning?

Stöd till och krav på verksamheter

Vilka typer av stödinsatser ger ni verksamheter kopplat till de tre utvecklingsområdena i strategin?

Vilka eventuella krav och mål ställer ni?

Följer ni upp stödet? Om ja, hur görs detta?

Har ni arbetat med NKK eller PvK för att stödja era verksamheter?

Har ni använt någon medveten strategi för implementering av dessa?

Förbättringsarbete för personer med kroniska sjukdomar

Om ni har gjort ett förbättringsarbete, hur har prioritering av vilka insatser som genomförs gjorts?

Hur gör ni patienter, anhöriga och vårdpersonal delaktiga?

Efterfrågas förbättringsarbete från vårdcentraler? Om ja, på vilket sätt?

Framgångsfaktorer eller utmaningar

Vilka framgångsfaktorer och utmaningar har ni sett i arbetet med satsningen?

Framtiden

Vilka huvudsakliga utmaningar ser ni i arbetet med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar?

Hur skulle en fortsatt satsning kunna utformas på bästa sätt?

Avslutning

Är det något ni känner att vi inte har pratat om när det gäller satsningen?

Box 23. Intervjuguide för vårdcentralchefer.

Inledning

Berätta kort om dig och din verksamhet. Kort info om Vårdanalys och uppdraget.

Om vården för personer med kroniska sjukdomar

Vilka är de främsta framgångsfaktorerna och utmaningarna för att er verksamhet ska kunna arbeta kunskapsbaserat, patientcentrerat och förebyggande?

Vad påverkar möjligheterna att arbeta med personer med kroniska sjukdomar?

Stöd från landstinget

Hur har du uppfattat stödet er verksamhet får från landstinget (beställaren) att arbeta med satsningens prioriterade utvecklingsområden och insatser?

Hur ser du på stödet från landstinget att jobba med förbättringsarbete?

Stöd till din personal kopplat till satsningen

Arbetar ni med NKK eller motsvarande kunskapsstöd?

Vilken nytta med och efterfrågan på NKK ser du (eller motsvarande lokala initiativ)?

Vilka eventuella utvecklingsbehov ser ni för NKK?

Vad skulle underlätta implementering av NKK och PvK i din verksamhet?

Arbetar ni med PvK på vårdcentralen? Om ja, är det du som chef eller även personalen som främst arbetar med verktyget?

Får ni stöd från landstinget eller andra aktörer att arbeta med PvK? Om ja, hur?

Förbättringsarbete för att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar

Har ni jobbat med förbättringsarbete på vårdcentralen? Om ja, hur har prioritering skett?

Tar ni in utvecklingsbehov från patienter/anhöriga/vårdpersonal?

Efterfrågar landstinget förbättringsarbete från din vårdcentral? Om ja, på vilket sätt?

Framtiden

Vilka huvudsakliga utmaningar ser ni i arbetet med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar?

Vilka är de huvudsakliga pågående aktiviteter/projekt ni ser bidrar till en bättre vård för personer med kroniska sjukdomar?

Avslutning

Är det något ni känner att vi inte har pratat om när det gäller satsningen?

Box 24. Intervjuguide för representanter för patient- och professionsorganisationer som genomfört insatser med grund i statsbidrag.

Behovsanalys

Vilket var det främsta motivet att genomföra denna insats?

Undersöktes behov av insatsen innan insatsens genomfördes?

Togs patienters eller brukares behov och kunskap in? Om ja, hur?

Förankring och genomförande

Förankrades insatsen i organisationen innan genomförandet? På vilket sätt?

Hur var förutsättningarna för genomförandet av insatsen?

Hur har samverkan med andra aktörer skett i genomförandet av insatsen?

Vad har samverkan bidragit till?

Resultat (måluppfyllelse) och användning

Har insatsen lett till förväntade mål/resultat? I vilken utsträckning används [slutprodukten] av [primär slutmottagare]? Om den inte används, varför? Hur följs användandet eller omfattningen upp?

Hur värderar/tycker [slutmottagaren] om [slutprodukten]? Har det följts upp?

Om nej, varför inte? Om ja, hur?

Har information om insatsens resultat spridits utanför organisationen? Om ja, hur? (lokal/regional/nationell nivå? [anpassad följdfråga]) Om nej, varför inte?

Långsiktig implementering

Hur ser status ut gällande implementering av insatsen idag?

Har projektet avslutats utan fortsättning efter 2017? Sökt nya externa/interna medel?

Är insatsen i dag en del av ordinarie verksamhet?

Hur ser förutsättningarna ut för en långsiktig implementering/spridning?

Vem är ansvarig för insatsen nu? Är du som projektledare också ledare för implementeringen? Vem ansvarar för uppföljning?

Avslutningsvis

Har patienters/brukares behov och kunskap kommit till nytta i insatsen? Om ja, på vilket sätt? *[Frågan ställs om det inte besvarats under intervjuens gång.]*

Något du vill tillägga när det kommer till satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar i stort eller mer specifikt kring det arbete/insatser ni har genomfört?

Dokumentgranskning

Vi har granskat relevanta dokument kopplade till satsningen för att kartlägga insatser, hur de genomförts och vad de resulterat i. Totalt granskade vi cirka 350 dokument.

Från dokumentgranskningen har vi även kartlagt hur mycket medel olika aktör inom satsningen fördelats samt hur mycket medel som återbetalats.

Kammarkollegiet har varit den myndighet som hanterat medel i satsningen. Kammarkollegiets regleringsbrev, som funnits på Ekonomistyrningsverkets webbsida, har vi granskat. Genom regleringsbreven kartlade vi vilka organisationer som fördelats olika insatser och hur mycket medel de fått. Uppgifter över återbetalningar fick vi även från Kammarkollegiet och vi har stämt av dem med Socialdepartementet, Socialstyrelsen, SKL samt Livsmedelsverket.

Vi har även genom uppdrag till IHE granskat alla dokument kopplade till statsbidrag och utvecklingsmedel inom satsningen för att i möjligaste mån inte ställa frågor till representanter för organisationer och landsting som redan bevaras i dokumenten. IHE har granskat ansökningar, beslut och återrapporter. Totalt granskade de drygt 300 av de cirka 350 granskade dokumenten. Granskningen dokumenterades i en standardiserad granskningsmall i Excel.

En enkät konstruerades baserat på en genomgång av vilka frågor som behövde besvaras och vilka frågor som dokumentgranskningen inte gett svar på, se box 25. IHE genomförde tio fördjupade intervjuer med representanter för patient- och professionsorganisationer som beviljats statsbidrag (se box 24).

Enkät till landsting

Vi använde enkäten som ett komplement till fallstudierna och dokumentgranskningen avseende insatser genomförda genom utvecklingsmedel som landstingen beviljats. Huvudsyftet med enkäten var att peka på framgångsfaktorer och utmaningar i satsningens genomförande. Vi ville även ställa frågor om vilka förutsättningar som finns för att satsningen ska bli långsiktigt hållbar, och på sikt bidra till en bättre vård för patienter och medborgare.

Vi gjorde en enkät i Word med sju frågor till kontaktpersoner från landstingen för satsningen. Vi samrådde enkäten med SKL och skickade den till kontaktpersonerna per mejl i slutet av januari 2018. Av 21 landsting besvarade 19 enkäten. Ett av dem som inte svarade ingick som landsting i en fallstudie, se box 26.

Box 25. Enkät till organisationer med statsbidrag.

Enkäten gjordes om till en webbenkät med hjälp av verktyget SurveyMonkey. Enkäten testades för funktionalitet genom utskick till ett urval av medarbetare på IHE och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

En kontaktlista sammanställdes över samtliga kontaktpersoner på de 39 organisationer som identifierats i samband med dokumentgranskningen och beviljats medel inom satsningen från Socialdepartementet eller Socialstyrelsen under perioden 2014–2017. För de organisationer som hade flera kontaktpersoner identifierades en huvudkontakt, baserat på vem av kontaktpersonerna som var ansvarig för flest insatser och/eller var ansvarig för de senaste insatserna.

Vårdanalys skickade ut ett introduktionsbrev per e-post till samtliga kontaktpersoner den 6 november 2017, några dagar före webbenkäten skickades ut. Syftet var att förbereda kontaktpersonerna på enkäten och ge dem möjlighet att planera inför att svara och ställa frågor om undersökningen.

Ett följebrev med länk till enkäten skickades ut 10 november, 2017. En påminnelse skickades ut till samtliga kontaktpersoner efter en vecka. Därefter skickades två riktade påminnelser ut till dem som inte besvarat enkäten med en veckas mellanrum. Datainsamlingen stängdes den 5 december.

Svarsfrekvensen för webbenkäten blev 87 procent, med enkätsvar från 34 av 39 organisationer (Professionsorganisationer: 12 av 12; Patientorganisationer: 15 av 18; Övriga aktörer: 7 av 9). De organisationer som hade haft flera insatser kunde besvara enkäten för upp till tre insatser och ombads besvara frågorna för de tre insatser som fått mest medel. Totalt besvarades enkäten för 63 insatser.

Enkätsvaren exporterades från SurveyMonkey till Excel. Därefter överfördes de kvantitativa svaren till STATA för vidare analys av frekvenser och genomsnitt. Kvalitativa svar hanterades i Excel, då den är mer lämpad för textformat än STATA.

Enkätfrågorna handlade bland annat om insatsernas förutsättningar för genomförande, samverkan med andra aktörer, patientdelaktighet, insatsernas huvudsakliga resultat, slutliga mottagare, spridning av insatsen samt om insatserna framöver kommer att fortsätta.

Box 26. Frågor i enkät till landsting.

1. I vilken utsträckning anser du att det för följande nationella utvecklingsprojekt har funnits ett utvecklingsbehov i ert landsting?

Svarsalternativen var: mycket högt, högt, varken eller, lågt, mycket lågt och vet ej.

- Effektivare kunskapsspridning – arbete med programråd
- Utveckla former för att samordna landstingens kunskapsstöd – NKK
- Främja uppföljning inom primärvården -PrimärvårdsKvalitet
- Främja ledarskap mot förbättrade patientresultat - attledaförbästa möjligavård.se
- Främja nya patientcenterade arbetssätt inom primärvården – Flippen

2. Har ert landsting en plan och budget för att lokalt från år 2018 fortsatt arbeta med/implementera de nationella utvecklingsprojekten?

Frågan delades upp i två delfrågor som besvarades för respektive utvecklingsprojekt angivet i fråga 1 (Svarsalternativen var: ja, nej och vet ej).

- Landstinget har en plan för fortsatt utvecklingsarbete från 2018?
- Landstinget har avsatt budget från 2018 att fortsätta utveckla arbetet?

3. Vilka aktörer har varit aktivt delaktiga i genomförandet av insatser lokalt i ert landsting/region, (flera val möjliga – kryssa i box samt skriv namn på aktör-/er)?

Svarsalternativ var: nationell aktör, regional aktör/andra landsting, professionsföreningar, personal från vårdcentraler/motsv., patientförening/ patient- närstående representanter, kommun och annan aktör.

- Om ja på svarsalternativet ovan "Patientförening eller andra patient- eller närståenderepresentanter". På vilket sätt har det skett? (Fritext)

4. Utifrån era erfarenheter av delaktighet och samverkan i genomförandet av insatserna:

- ...vilka är de viktigaste framgångsfaktorerna ni sett? (Fritext)
- ...vilka är de främsta utmaningar ni sett? Om ni sett utmaningar – hur skulle dessa kunna undanröjas? (Fritext)

5. Har ert landsting definierat egna mål med de insatser som ni har initierat och/eller genomfört inom ramen för satsningen?

Svarsalternativen var: ja, nej och vet ej.

- Om ja på fråga 5, beskriv målen. (Fritext)

6. Hur följer ni upp/planerar ni att följa upp resultaten av de insatser som ni har genomfört inom ramen för satsningen? Beskriv exempelvis källor för uppföljningen, indikatorer, ansvarsfördelning, etc. (Fritext)

Övriga kommentarer kring satsningen. (Fritext)

Enkät till vårdcentralchefer

Vi ställde tre frågor om satsningen till samtliga vårdcentralchefer i Sverige. Frågorna skickades till 1157 vårdcentraler i samband med en annan undersökning Vårdanalys genomförde och samråddes med SKL. Svarsfrekvensen för undersökningen blev 51 procent i hela landet (för frågorna om satsningen låg svarsfrekvensen på 50–51 procent), men svarsfrekvensen varierar mellan 83 procent och 36 procent i enskilda landsting. Vi kan däremot inte se några systematiska skillnader mellan vårt urval och hela populationen vad gäller storlek (antal listade), socioekonomisk område (CNI-index), fördelningen mellan landsting, befolkningstäthet och privat/offentlig regi. Samtliga landsting/regioner har medverkat i undersökningen och båda driftsformerna finns representerade bland de som har besvarat enkäten för respektive landsting/region. Undersökningen pågick mellan november 2017 och februari 2018.

Box 27. Frågor i enkät till vårdcentralchefer.

Hur anser du att landstinget/regionen har utvecklat stödet* till din vårdcentral för att ni bättre ska kunna tillhandahålla en kunskapsbaserad vård för patienter med kroniska sjukdomar det senaste året?

** Stöd genom t.ex. mer tillgängliga kunskaps- eller beslutsstöd, verktyg, utbildningar, uppföljning, förutsättningar i förfrågningsunderlag/avtal.*

Hur anser du att landstinget/regionen har utvecklat stödet* till din vårdcentral för att ni bättre ska kunna tillhandahålla en patientcentrerad vård (vård utifrån patienters skilda behov, förmågor och önskemål) för patienter med kroniska sjukdomar det senaste året?

** Stöd genom t.ex. uppföljning, analys- och metodstöd, tillhandahålla verktyg, utbildningar, förutsättningar i förfrågningsunderlag/avtal.*

Hur anser du att landstinget/regionen har utvecklat stödet* till din vårdcentral för att ni bättre ska kunna arbeta med prevention och sjukdomsförebyggande metoder det senaste året?

** Stöd genom t.ex. utbildning, mer tillgängligt besluts- eller kunskapsstöd om sjukdomsförebyggande metoder, informationsmaterial att ge patienter, förfrågningsunderlag/avtal som gett ökade möjligheter att arbeta med sjukdomsförebyggande metoder/patienters levnadsvanor.*

Svarsalternativen för alla tre frågorna var följande:

- Stödet har blivit betydligt bättre
- Stödet har blivit något bättre
- Stödet har inte förändrats
- Stödet har blivit något sämre
- Stödet har blivit betydligt sämre
- Vet inte

Kommentarer/utveckla gärna ditt svar.

Extern kvalitetssäkring av rapport

Tjänstemän och vårdcentralchefer, samt organisationer som har genomfört insatser genom statsbidrag har fått möjlighet att faktagranska och komplettera anteckningar från intervjuer. Berörda myndigheter och SKL har faktagranskat relevanta delar av rapporten. Ett antal externa experter har i delar eller helhet bidragit med värdefulla synpunkter i arbetet med rapporten (se tabell 17). Vi har även löpande informerat och fått inspel från vårt patient- och brukarråd.

Tabell 17. Personer som lämnat synpunkter i sluthantering av rapport.

Namn	Organisation	Befattning
Eskil Degsell	Vårdanalys patient- och brukarråd	Ledamot
Marie Steen	Vårdanalys patient- och brukarråd	Ledamot
Mårten Jansson	Vårdanalys patient- och brukarråd	F.d. ledamot
Mattias Elg	Linköpings universitet	Professor
Eva Nilsson Bågenholm	Humana	Kvalitetsdirektör Humana (f.d. nationell äldresamordnare vid Socialdepartementet)
Anna Nergårdh	Regeringskansliet	Särskild utredare för utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård
Louise Andersson	Regeringskansliet	Huvudsekreterare för utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård

BILAGA 2 – ORGANISATIONER SOM BEVILJATS STATS BIDRAG

Tabell 18. Fördelning av samtliga beviljade medel från Socialstyrelsen och Socialdepartementet (2014–2017) för patientorganisationer.

Organisationernas namn	Totala medel, kronor
Astma- och Allergiförbundet	960 000
Astma- och Allergiförbundet region Mellannorrland	455 000
Diabetesföreningen i Västerbottens Län	300 000
Ehlers-Danlos syndrom riksförbund	295 000
Fibromyalgiförbundet	80 000
Funktionsrätt Sverige (tidigare Handikappförbunden)	4 326 611
HSO Jönköpings län	465 000
Mag- och tarmförbundet	284 000
Njurförbundet	463 500
Osteoporosförbundet	500 000
Patientföreningen FH Sverige	650 000
Prostatacancerförbundet	430 000
Reumatikerförbundet	2 300 000
Riksförbundet HjärtLung	3 565 000
Riksförbundet Sällsynta diagnoser	8 495 000
Schizofreniförbundet	350 000
Blodcancerförbundet	410 000
Totalt	24 329 111

Tabell 19. Fördelning av samtliga beviljade medel från Socialstyrelsen och Socialdepartementet (2014–2017) för professionsorganisationer.

Organisationernas namn	Totala medel, kronor
Dietisternas Riksförbund	6 541 000
Fysioterapeuterna	10 173 000
Idrottsmedicin Örebro län	400 000
Psykologer mot Tobak	940 270
Svenska Barnmorskeförbundet	1 792 500
Svensk förening för allmänmedicin SFAM	13 200 000
Svenska Läkaresällskapet	13 517 000
Svenska Psykiatriska Föreningen	1 340 000
Svenska Sjuksköterskeförening	6 160 500
Sveriges Arbetsterapeuter	3 341 000
Yrkesföreningar för fysisk aktivitet YFA	4 570 000
Vårdförbundet	1 195 000
Vårdförbundet Västerbotten	190 230
Totalt	63 360 500

Tabell 20. Fördelning av samtliga beviljade medel från Socialstyrelsen och Socialdepartementet (2014–2017) för övriga organisationer.

Organisationernas namn	Totala medel, kronor
Nationella funktionen för sällsynta diagnoser	400 000
Ringla (SLL)	6 000 000
Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS)	9 731 000
Karolinska Institutet	7 974 750
Landstinget Sörmland	2 000 000
Landstinget Värmland	2 000 000
Region Skåne	510 000
Svensk förening för narrativ medicin	700 000
Ågrenska Stiftelsen	900 000
Totalt	30 215 750

Stöd på vägen

En uppföljning av satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

Vårdanalys har på uppdrag av regeringen följt upp regeringens fyraåriga satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Satsningen är både ett komplement till och en fortsättning på andra nationella satsningar och initiativ. I rapporten följer vi upp hur insatserna i satsningen har genomförts och vad de har resulterat i. Vår samlade bedömning är att satsningen har varit angelägen men att utvecklingsarbetet behöver fortsätta och breddas. Vi lämnar också rekommendationer till landsting och regioner samt till regeringen för det fortsatta utvecklingsarbetet med att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina 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.

