

Temainriktad webinarieriserie inom kunskapsstyrning, del 3 Uppföljning



RSG stöd för utveckling

Anders Edström, ordförande

Marit Nääs Region Jämtland Härjedalen

Terese Nyberg Region Västernorrland

Therese Nystad och Jessica Segerlund Region Norrbotten

Formalia

- Mötet kommer att spelas in och publiceras på Norra sjukvårdsregionförbundet
- Tänk på att hålla kamera och mikrofon avstängda under mötet
- Använd gärna chatten för frågor



Agenda

- 14.00 -14.15 Introduktion och tillbakablick
- 14.15 -14.30 Digitalisering inom hälso- och sjukvården
 - o Ragnberth Helleday, NSG strukturerad vårdinformation
- 14.30 - 15.15 Strategi, modell och lärdomar kring uppföljning PSVF
 - o Fredrik Wiberg och Åsa Berling, Region Skåne
- 15.15 -15.25 Paus
- 15.25 - 15.45 Exempel från Region Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen och Region Norrbotten
- 15.45 -15.55 Sammanfattning. Frågor från chatten
- 15.55 -16.00 Tack för idag och nästa tema 😊

Tema 1
Vad är
kunskapsstyrning

Tisdag 12/3 kl. 14-16

Tema 2
Implementering

Torsdag 23/5 kl. 14-16

Tema 3
Uppföljning

Onsdag 25/9 kl. 14-16

Tema 4
Patient- och
närståendemedverka
n

Tisdag 5/11 kl. 14-16

Tillbakablick 12 mars – tema: Vad är kunskapsstyrning?



Tema 1
Vad är kunskapsstyrning

Tisdag 12/3 kl. 14-16

Tema 2
Implementering

Torsdag 23/5 kl. 14-16

Tema 3
Uppföljning

Onsdag 25/9 kl. 14-16

Tema 4
**Patient- och
närståendemedverkan**

Tisdag 5/11 kl. 14-16

Tillbakablick 12 mars – tema: Vad är kunskapsstyrning?



Nationell nivå – ta fram, förvalta, följa upp

NPO = nationellt programområde

NSG = nationell samverkansgrupp

NAG = nationell arbetsgrupp

Sjukvårdsregional nivå – anpassa och samordna

RPO = sjukvårdsregionalt programområde

RSG = sjukvårdsregional samverkansgrupp

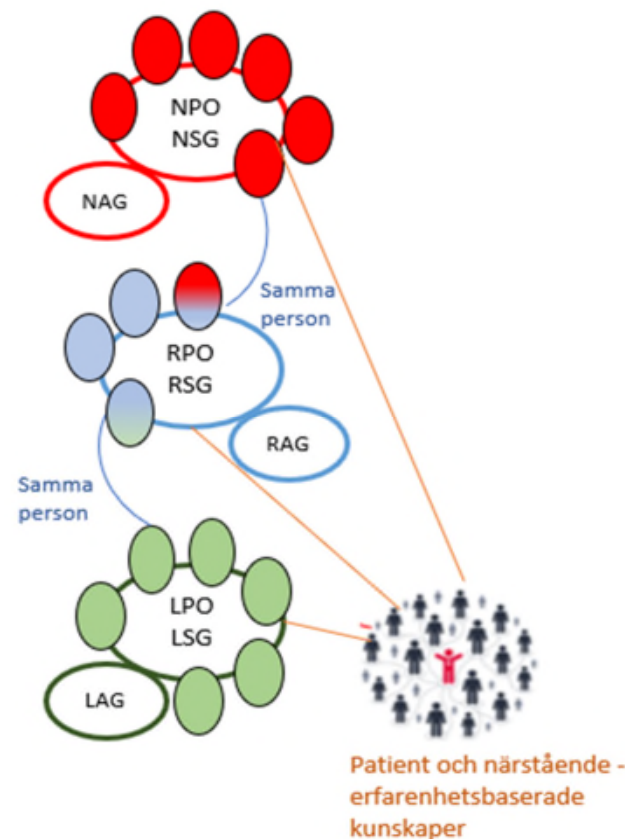
RAG = sjukvårdsregional arbetsgrupp

Lokal (region-) nivå – anpassa och införa

LPO = lokalt (regionalt) programområde

LSG = lokal samverkansgrupp

LAG = lokal arbetsgrupp



Nationellt system
för kunskapsstyrning
hälso- och sjukvård

VERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Fortsatt utveckling av det nationella systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet 2023-2027

- från uppbyggnadsfas till drifts- och utvecklingsfas inriktad på införande och tillämpning av bästa tillgängliga kunskap, samt uppföljning och resultat
- kunskapsstyrningen ska bidra till förändrade arbetssätt för utveckling av personcentrerad och nära vård och omsorg
- I första hand fokus på lokala införande – prioriteringar utifrån lokal analys
- Uppföljning, göra aktuella kunskapsstöd tillgängliga för vårdens personal, stärka patientperspektivet och utveckla samspel med kommuner

Tillbakablick 12 mars – tema: Vad är kunskapsstyrning?

Repetition: Exempel från regionerna: Fokus just nu



LPO-strukturen sattes tidigt – förvaltas

Bygger standardprocesser för remissvar och process för implementering



Bygger upp enhetlig struktur för LPOer

Påbörjat enhetlig struktur för arbetsprocess från gap-analys till implementering

Startar lokal samverkansgrupp: Uppföljning och analys



Ser över LPO-strukturen

Bygger ihop nationella kunskapsstöd och lokala behandlingslinjer

Arbetar med gap-analyser och implementering



Ny struktur för LPO

Kunskapsstyrningsorganisation – stödfunktion – verksamheterna har huvudansvar

Påbörjat samarbete med kommuner

Påbörjat arbete med implementerings- och uppföljningsprocess

Tillbakablick 23 maj – tema: Implementering

Föreläsare Monica Nyström pratade om vad implementering är.

- Implementering, förbättring, utveckling...förändring
- Berör alla delar som måste vara på plats för en lyckad implementering.

Tema 1
Vad är
kunskapsstyrning
Tisdag 12/3 kl. 14-16

Tema 2
Implementering
Torsdag 23/5 kl. 14-16

Tema 3
Uppföljning
Onsdag 25/9 kl. 14-16

Tema 4
Patient- och
närståendemedverka
n
Tisdag 5/11 kl. 14-16

Tillbakablick 23 maj – tema: Implementering

Vad är mer generisktoch vad är viktigt?

1. Förändringen

- Vad ska förändras? Varför? Typ av och omfattning av förändring? Vem ska förändras?

2. “Mottagarlandskapet” och dess förutsättningar

- Var ska förändring ske? Egenskaper, förutsättningar, historik och nuläge?

3. Involverade “aktörer”

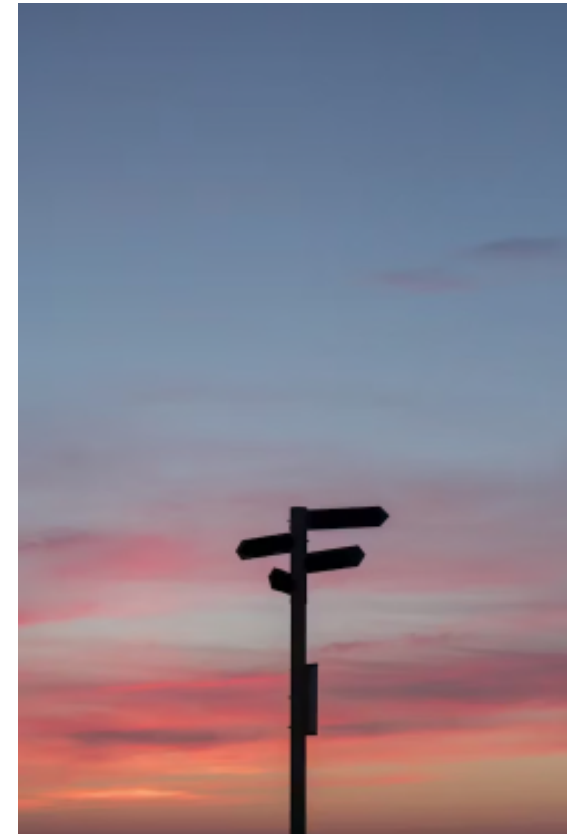
- Vilka personer, funktioner, enheter, professioner inom vilka organisationer berörs, kan påverka, behöver involveras på något sätt i förändringen och varför?
- Vilka leder förändringen och vilka kan ge stöd?

4. Förändringsprocessen – från initiering till uppföljning, utvärdering och omtag

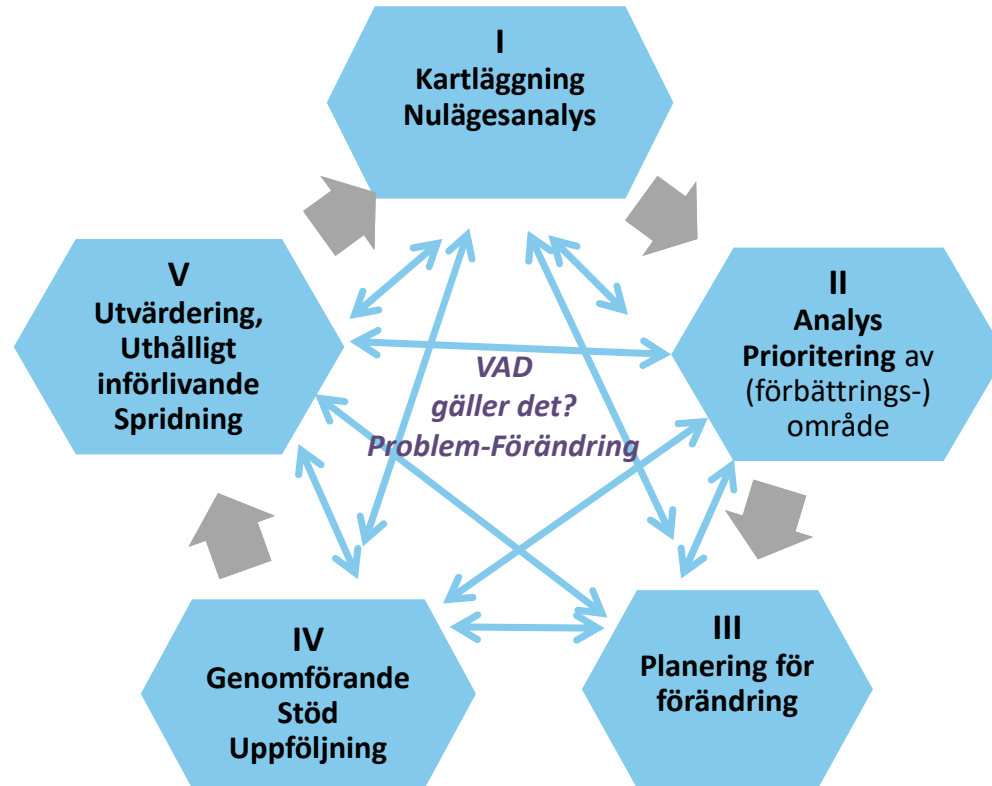
- Olika synsätt på hur förändring åstadkoms?
- Generiska faser i en förändringsprocess?

5. Resurser

- Vilket stöd och vilka resurser för förändring finns och hur fördelas de/är de fördelade? Vad går att åstadkomma givet resurserna och i vilken takt?



Tillbakablick 23 maj – tema: Implementering



Tillbakablick 23 maj – tema: Implementering

Exempel från regionerna: Fokus just nu



Arbetat fram ett *digital stöd för implementeringsprocessen* med 3 beslutspunkter i.

1. Beslutspunkt – *start* av gap-analys utifrån en *prioriteringsprocess*.
2. Gap-analys *godkänd* av verksamhetschef/programägare och förankring på division nivå samt utlåtande från LSG patientsäkerhet inkl. kommunernas MAS/MAR och Vårdval vid behov.
Beslut – *samverkan på flera nivåer*.
Planera och genomföra. Arbetar utifrån *planeringsstöd* (aktivitetslista och kommunikationsplan).
3. Klar för implementering. *Checklista* som diarieförs.



Startat upp en *arbetsgrupp* med uppdrag att ta fram en *tydlig struktur* hur vi skall arbeta med implementering.
Vem tar beslut, vem genomför, hur får vi in prioriteringar i kunskapsstyrningen.
Vi har ringat in är vikten av *dokumentation* samt tydliga *samarbetsytor* huvudmännen mellan sig.



Beslutat om en *gemensam process* för *beredning, beslut* och *implementering* som berör båda *huvudmän*.
Vissa delar i *processen* är *skiljer* sig åt mellan huvudmännen, medan *andra* är lika.
Nyckelfunktioner viktiga. *Länssamordningsgrupp* bereder ärenden och fattar beslut om implementering där gemensamma insatser behövs. LPO arbetar tillsammans med HälSam som är länets samverkansstruktur.



Verksamheterna själva har huvudansvaret att driva processen. Ska stöttas av verksamhetsstöd som finns centralt.
Data och analys mer aktiva medför vårdvärdeökning.

Nyfiken på en repetition av vad är kunskapsstyrning eller höra mer om implementering?

- [Material från tidigare seminarier, webinarier och workshops | Norra sjukvårdsregionförbundet \(norraskjukvardsregionforbundet.se\)](https://norraskjukvardsregionforbundet.se)



Agenda

- 14.00 -14.15 Introduktion och tillbakablick
- 14.15 -14.30 Digitalisering inom hälso- och sjukvården.
 - o Ragnberth Helleday - NSG strukturerad vårdinformation
- 14.30 -15.15 Strategi, modell och lärdomar kring uppföljning PSVF
 - o Fredrik Wiberg och Åsa Berling, Region Skåne.

15.15 -15.25 Paus

- 15.25 - 15.45 Exempel från Region Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen och Region Norrbotten
- 15.45 -15.55 Sammanfattning. Frågor från chatten
- 15.55 -16.00 Tack för idag och nästa tema 😊



Tema 1 Vad är kunskapsstyrning Tisdag 12/3 kl. 14-16	Tema 2 Implementering Torsdag 23/5 kl. 14-16	Tema 3 Uppföljning Onsdag 25/9 kl. 14-16	Tema 4 Patient- och närståendemedverkan Tisdag 5/11 kl. 14-16
---	---	---	--

Gästföreläsare 1

- Ragnberth Helleday Ledamot *NSG stöd och utveckling*



Vi måste blir bättre på att säkra data.

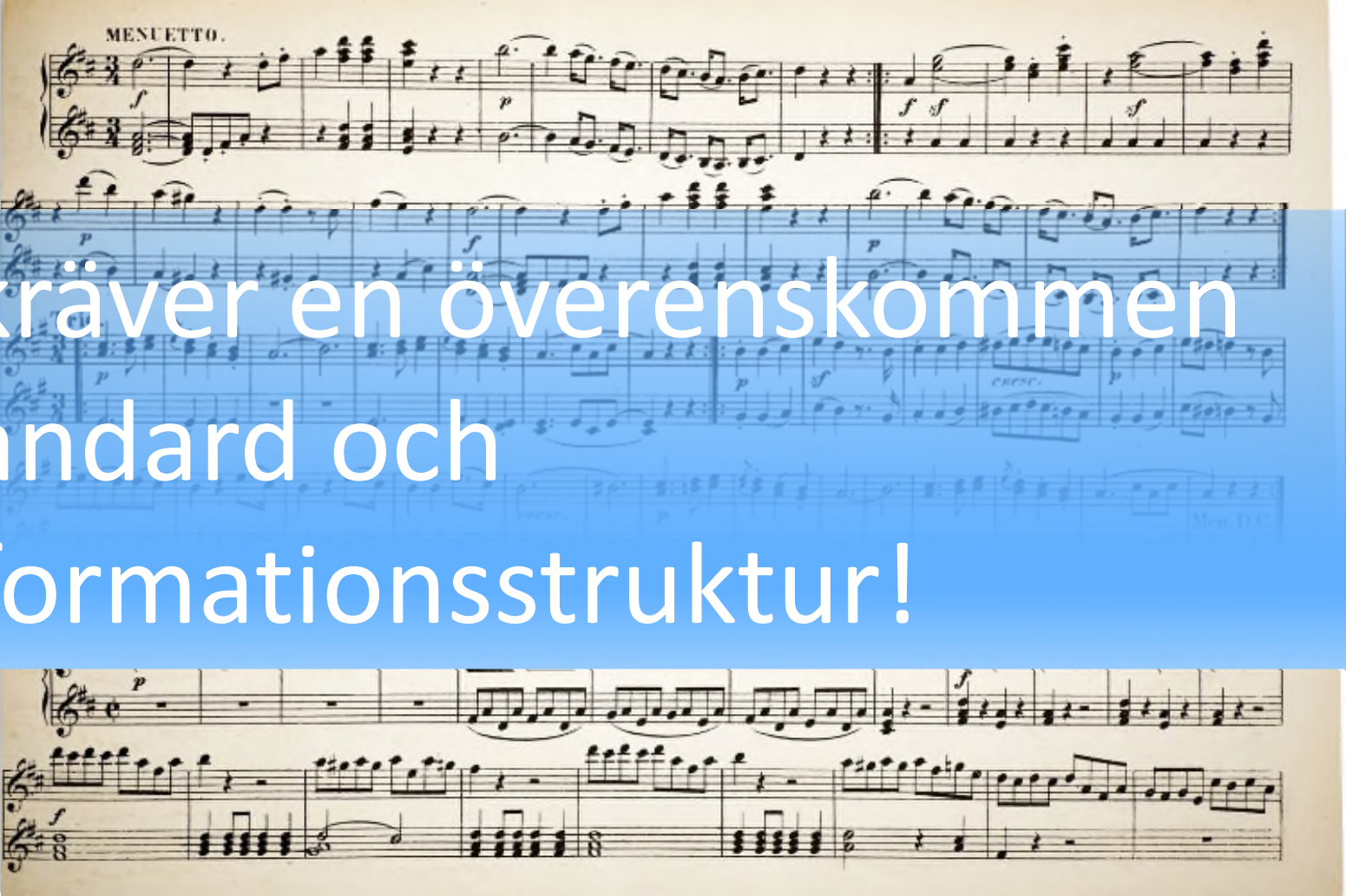
Digitalisering inom hälso- och sjukvården

NRF-webbinarium 25 september 2024

Ragnberth Helleday
CMIO RVB

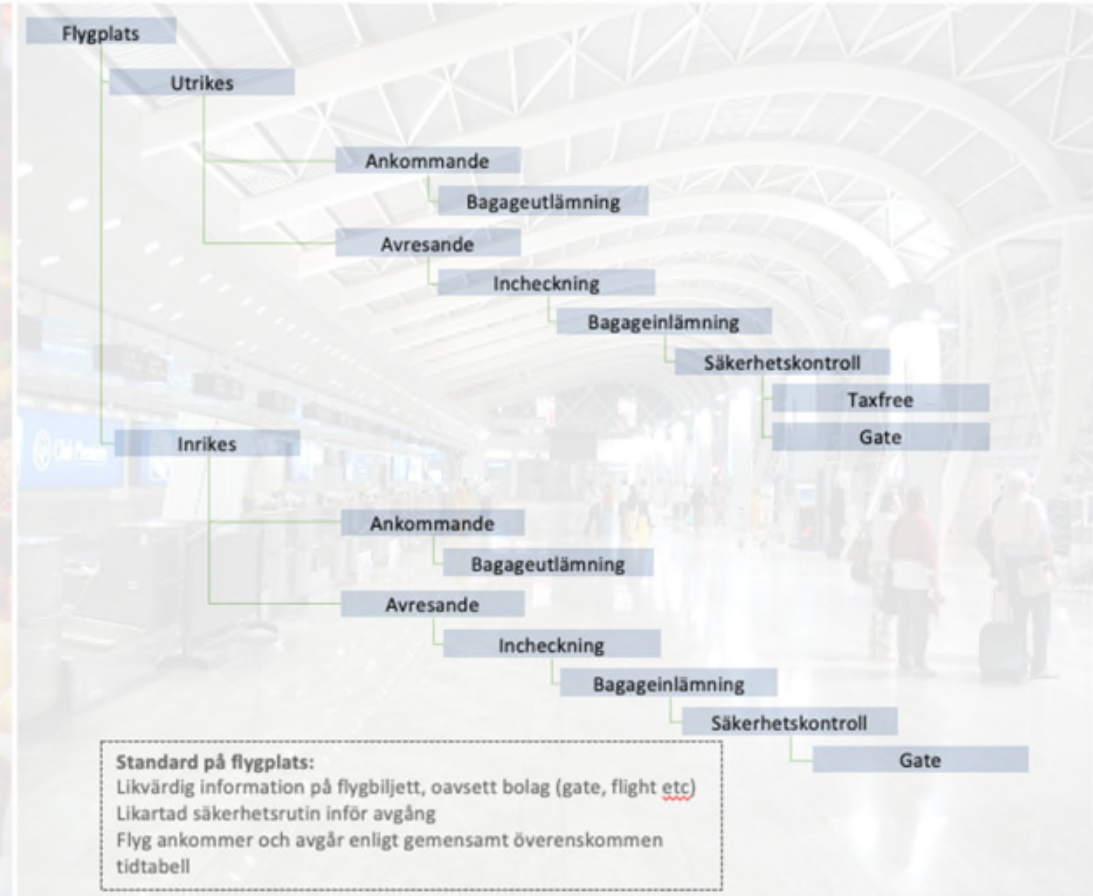
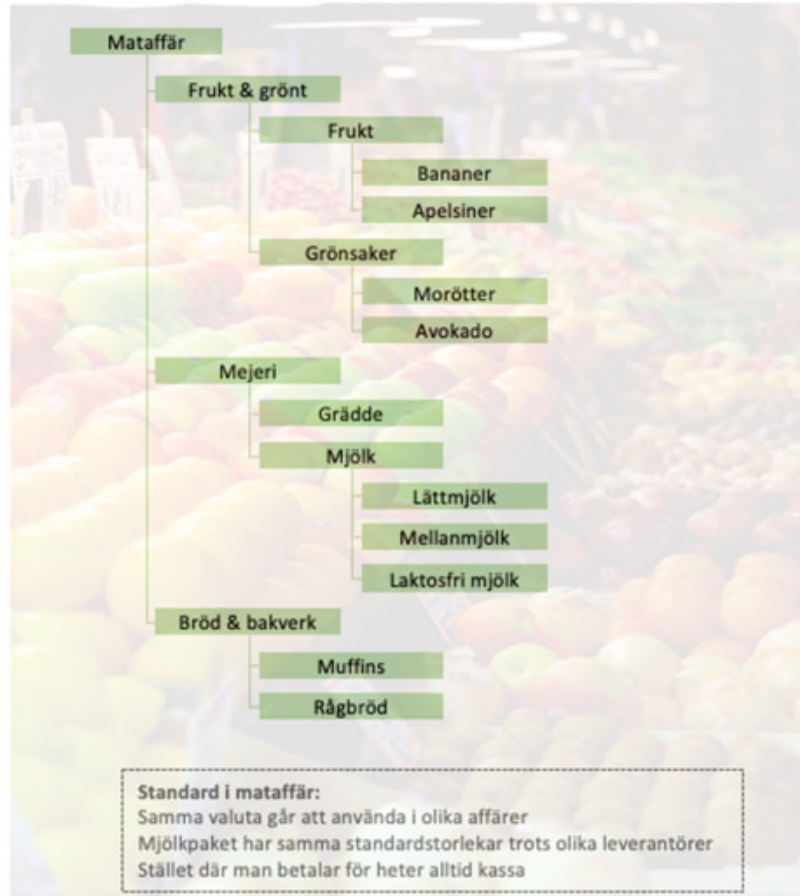


Komplexa samverkande system...



...kräver en överenskommen
standard och
informationsstruktur!

Struktur och standardisering i vardagen



Informationshantering

- Samla in, organisera och lagra information så att informationen kan användas på ett ändamålsenligt och kontrollerat sätt
- Vem som äger informationen och vem som bär ansvar för användningen av den
- Informationen ska vara i användbar form, tillförlitlig och högklassig
- Omfattar tillgången till information och utlämnande av den, liksom frågor som rör informationssäkerhet och dataskydd.



Hälsoinformatik – mötesplats mellan flera kunskapsfält och intressenter



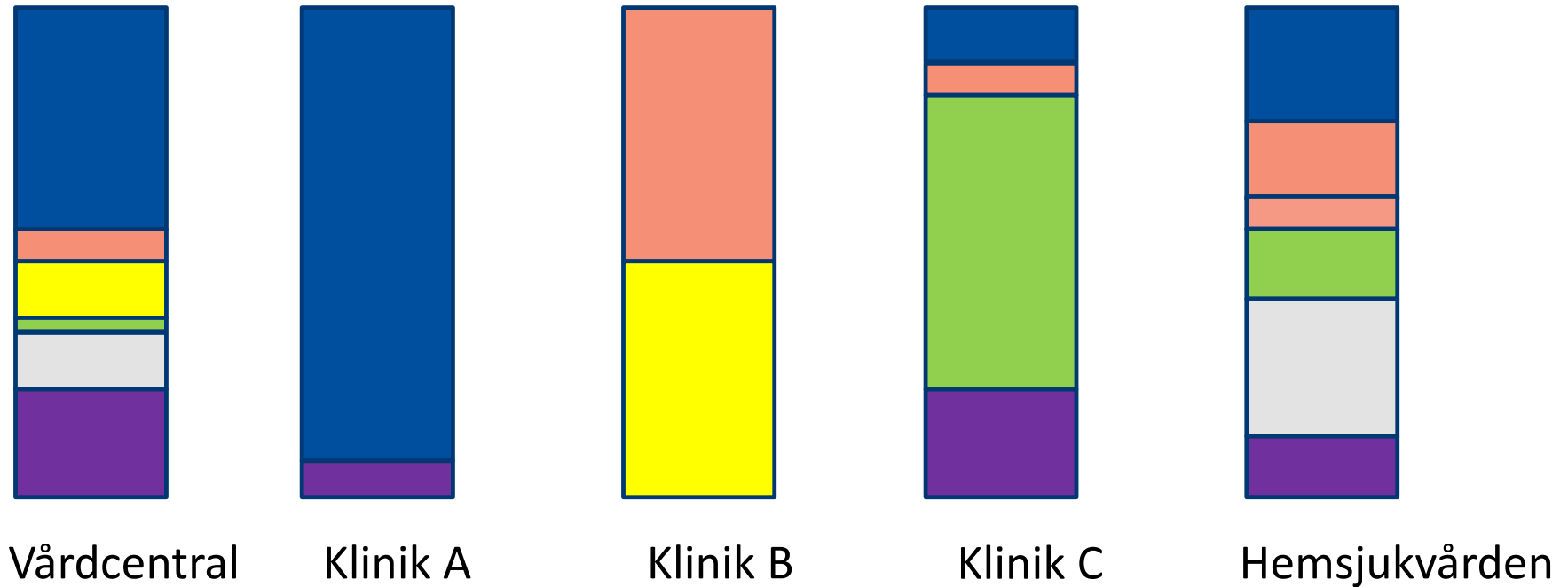
Strukturera information i ett **hälsa och sjukvårdssammanhang** enligt överenskommen standard, så att berörda kan tolka den på rätt sätt i rätt sammanhang till nytta för alla intressenter

Utveckling

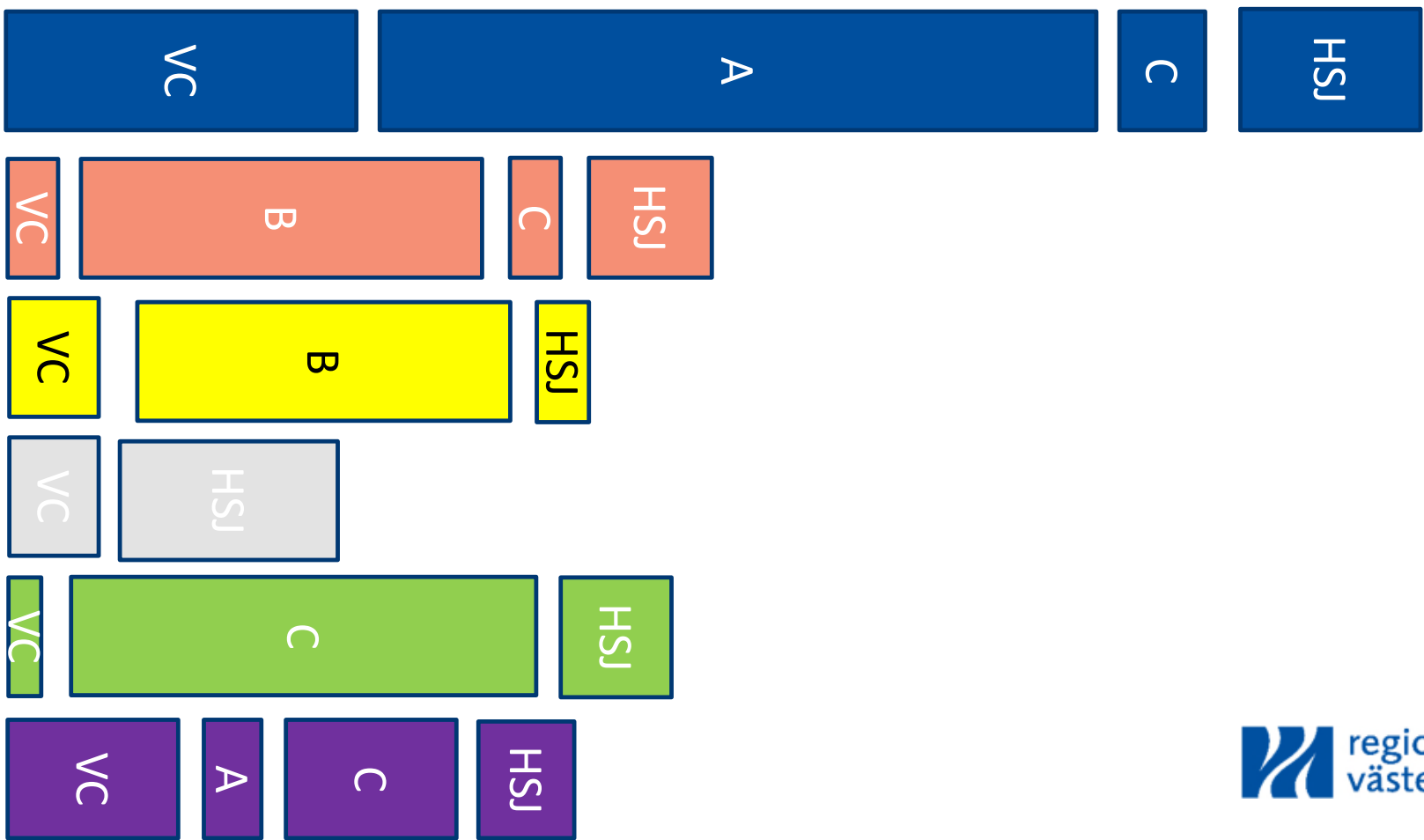
D. 21. Namn: <u>Yrjö Järvelin</u>		Född d. <u>9/3 - 48</u>
Adress: <u>Simankka, Sala.</u>		Tel.:
Diagnos: <u>g. 3/6 - 24.</u>		
Datum	Ämnen och status	Behandling
15 MAJ 1957	<u>brun. Contus. frontis. Luter.</u>	<u>6.15</u>
22 MAJ 1957	<u>Luter. bnd.</u>	<u>6.00</u>
29 JAN. 1958	<u>Skening ang. ören. Intägesförp. 4/2</u>	<u>Juss H 18/58</u>
22 Feb. 1958	<u>Bra.</u>	<u>72</u>



Från organisationsbaserad journal.....



....till problemorienterad!



Var befinner vi oss idag?



Data rich – information poor

Svårt att utbyta information över organisatoriska och professionella gränser

Stora manuella arbetsinsatser förknippade med t ex kvalitetsregister

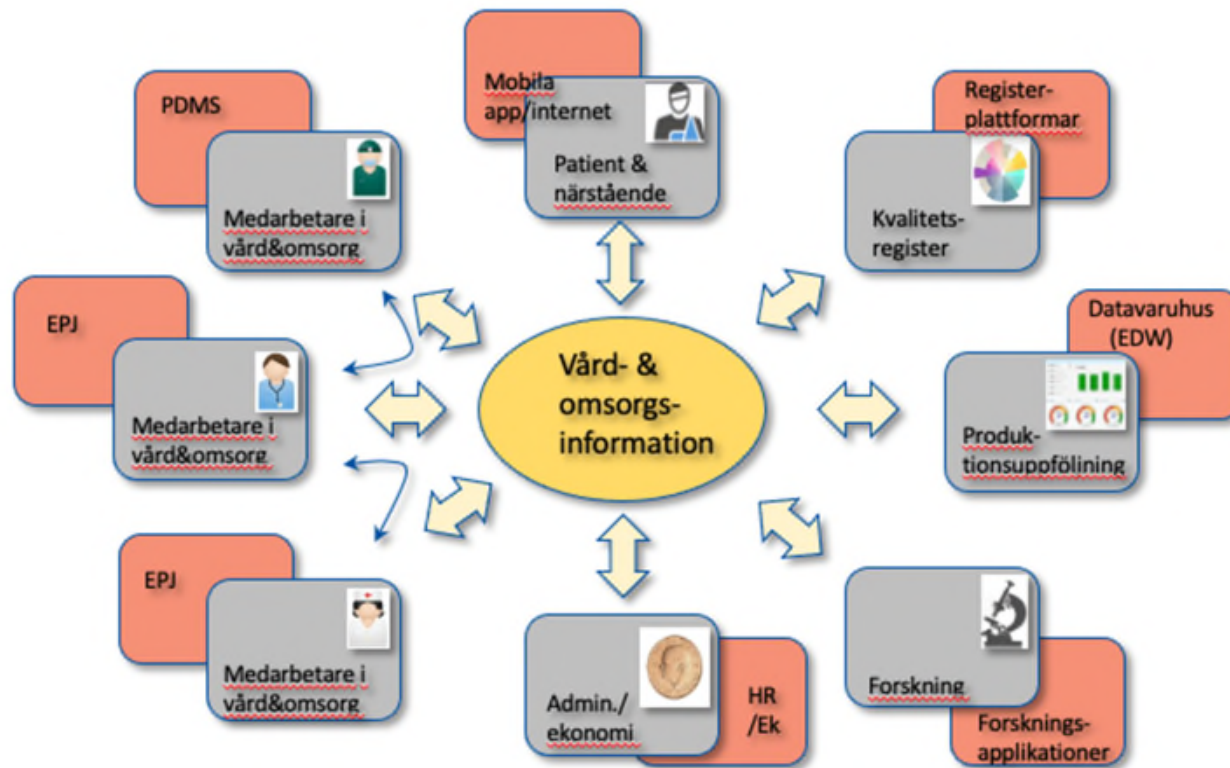
Små möjligheter att gå ifrån klassiska journalsystem till aktiva besluts- och kunskapsstöd

Små möjligheter att realisera bästa tillgängliga kunskap i IT-stöden

Varför ser det ut som det gör idag?

- Fritt fram att konfigurera systemen efter den egna verksamhetens behov
- Väldigt lite kvalitetssäkrat finns att använda från nationellt håll
- Brist på etablerade standarder som tar ett helhetsgrepp och möter behoven
- Vårdinformationssystem som har utvecklats under lång tid
- Låg grad av samverkan mellan kravställare, både "utdata-" och "indatasidan"
- Otydlig ansvarsfördelning mellan olika aktörer - bristande ledning och styrning inom området

En välfungerande informationsförsörjning är grunden

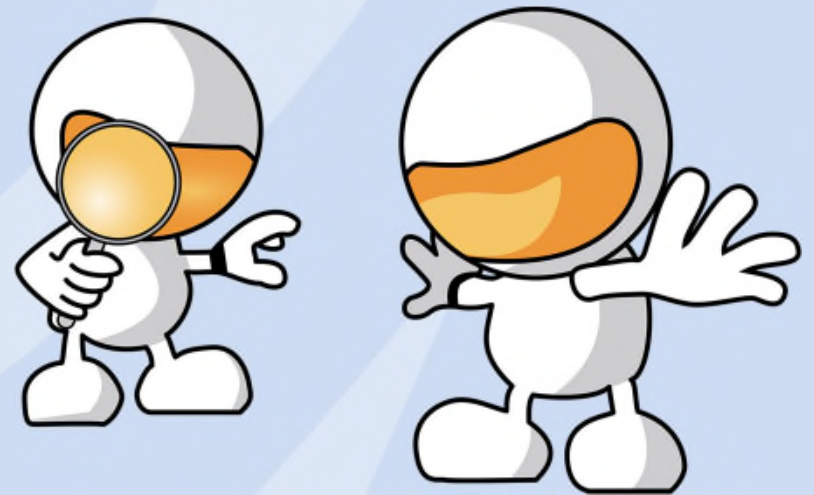




Att gå från nuläge till standardiserad och strukturerad journal
innebär förändring av arbetssätt!

Digitala verktyg i vården

- Journal/vårdinformationssystem (=EHR; EPJ; MIS; PDMS)
- Programvaror
- Mobila hälsoappar med olika syften
- Behandlings- och stödprogram (SoB)
- Kommunikation, möten, videolänk
- Triagering, chat, bots....
- Beslutsstöd, algoritmer
- Monitorering, sensorer, IoT
- AI/machine learning, chatGPT
- Robotar



Digitaliseringen som möjliggörare → stora förhoppningar

Bättre och effektivare vård och omsorg

- Möta äldreexplosionen och ökade kostnader

Tillgängliggöra relevant information över gränser (kliniker, primärvård, kommuner)

Förenkla

- Minska administration

Underlätta uppföljning

- Kvalitet, forskning, återkoppling för lärande

Stödja beslut (algoritmer)

Export (hälsoappar, AI-lösningar)

Digitaliseringens begränsningar

Kognitivt belastande ("clinical burden")

- För mycket data, redundans, ostrukturerat
- Alert fatigue
- Ej "användarvänligt", professionen inte medverkat

Risker

- Workarounds = patientsäkerhetsrisk
- Dålig motivation att fylla i data
- Avbrott, hackare

Digitaliseringens begränsningar (forts.)

Oprövat

- Brist på utvärderingar, evidens

Olagligt och oetiskt

- Molnlösningar, integritet

Klimatpåverkan

- Lagring i serverhallar som drar stor mängd energi

Tiden framför oss kommer inte att se ut som den vi lämnar bakom oss!

- Hälsö- och sjukvården ställer om – nya logiker uppstår
- Digitaliseringen suddar ut alla gränser – data, information och kunskap kan färdas överallt
- Historiska kraftsamlingar i regionerna



Vad kännetecknar morgondagen?

- Självservice för dem som kan och vill
- Blandning av digitalt och fysiskt
- Platsoberoende – kunskap, kompetens och information färdas digitalt
- Personaliserad – hur jag vill, när jag vill, var jag vill
- Patientinmatad data
- Utsuddade gränser inom och mellan organisationer, nivåer och professioner
- Datorer som ersätter arbetsmoment (Taligenkänning TIK, AI)
- Nya aktörer och nya partnerskap



Agenda

- 14.00 -14.15 Introduktion och tillbakablick
- 14.15 -14.30 Digitalisering inom hälso- och sjukvården
 - o Ragnberth Helleday NSG strukturerad vårdinformation
- 14.30 - 15.15 Strategi, modell och lärdomar kring uppföljning PSVF
 - o Fredrik Wiberg och Åsa Berling, Region Skåne
- 15.15 -15.25 Paus
- 15.25 - 15.45 Exempel från Region Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen och Region Norrbotten
- 15.45 -15.55 Sammanfattning. Frågor från chatten.
- 15.55 -16.00 Tack för idag och nästa tema 😊



Tema 1 Vad är kunskapsstyrning Tisdag 12/3 kl. 14-16	Tema 2 Implementering Torsdag 23/5 kl. 14-16	Tema 3 Uppföljning Onsdag 25/9 kl. 14-16	Tema 4 Patient- och närståendemedverkan Tisdag 5/11 kl. 14-16
---	---	---	--

Gästföreläsare 2.

Fredrik Wiberg NSG stöd och utveckling Region Skåne

Region Skåne strategi, modell och lärdomar kring uppföljning PSVF

2024-09-25 Webinar kunskapsstyrning Norra

Fredrik Wiberg

Åsa Berling

Arbetet kring införande PSVF med fokus på uppföljning



Regional hälso- och
sjukvårdsledning



Kunskapsstyrningsrådet

Enheten för
kunskapsstyrning



Läkemedelsrådet



Metod- och prioriteringsrådet



Patientsäkerhetsrådet



Etiska rådet



Exempel på stöd-
/samverkans-funktioner

- Div koncernstaber
- LSG Analys och uppföljning
- LSG Strukturerad vårdinformation
- LSG Utveckling och utbildning
- SDV
- mfl

Lokala program-
områden (LPO)

LPO 1

LPO 2

LPO 3

LPO 4

LPO 5

LPO 6

LPO 7

LPO 8

LPO 9

LPR

...

LPO 26

Lokala arbets-
grupper (LAG)

Införandeprocessen

1. Förbered

- Information
- LPO ansöker om LAG
- Beslut KS-råd
- LPO bemannar LAG

3. Planera

- Handlingsplan
- Kommunikationsplan
- Synpunktsrunda
- Beslut LPO och KS-råd

5. Följ upp

- Införande enligt handlingsplan
- Utvalda indikatorer

Bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte



Nytt
vårdförlopp
Publicerat
nationellt

2. Förstå nuläge, målbild och gap

- Uppstart LAG
- Gapanalys
- Synpunktsrunda
- Beslut LPO och KS-råd

4. Genomför förbättrings- åtgärder

- Introduktion i verksamhet och start av införande
- Införandeansvar: verksamhet
- Stöd av LAG

6. Förvalta och förstärk

- Beslut LPO och KS-råd
- Övergång till förvaltning
- Kontinuerlig uppföljning och analys (LPO)
- Ständiga förbättringar



Uppstartsmöte LAG (steg 2)

- **Deltagare:** LAG + regionala processledare PSVF + uppföljningskompetens (LSGUA)
- Orientera oss kring demografisk basdata för vårdförloppet
 - Definiera gruppen i våra vårdadministrativa system
 - Vrid och vänd på den datan per år, vårdområde, åldersgrupp, kön, vårdgivarkategori, akut/elektivt, medelvårdtid, kontakttyper, hemort etc
- Orientera oss kring vårdförloppet nationella indikatorer§

Indikatorbeskrivningar i Kvalitetsindikatorkatalogen (KiK)



INDIKATORBESKRIVNINGAR

INDIKATORBESKRIVNING

MÅLVÄRDEN

UNDERINDIKATORER

Bedömning av sväljförmåga vid akut stroke

Id:

5a0d5542-87ca-4f91-9607-4ed9429a1aa1

Senast ändrad:

2021-11-29 11:09

Publiceringsdatum:

2021-11-29 11:09

Status:

 Pågående

 Publicerad

 Avpublicerad



Namn

Bedömning av sväljförmåga vid akut stroke

Fullständigt namn

Andel patienter med stroke där en bedömning av sväljförmåga gjorts inom ett dygn efter ankomst till sjukhus

Om indikatorn

Indikatorn visar andelen patienter där en bedömning av sväljförmåga gjorts inom ett dygn efter ankomst till sjukhus, av alla som vårdats på sjukhus för akut stroke.

Stroke kan leda till nedsatt förmåga att svälja, vilket i sin följd kan leda till komplikationer, till exempel aspiration och lunginflammation. Vid stroke görs en bedömning av sväljförmågan vilket ligger till grund för ställningstagande hur patienter fortsatt ska tillföras vätska och mat. En bedömning av sväljförmågan är därför aktuell hos samtliga patienter med stroke.

Ett praktiskt sväljtest, där förmågan att svälja vatten undersöks på ett standardiserat sätt, görs hos patienter som är vakna och kan medverka i undersökningen. Ett praktiskt sväljtest är inte lämpligt att genomföra hos patienter som uppenbarligen saknar förmåga att svälja, till exempel på grund av sänkt vakenhetsgrad eller annan orsak till att inte kunna medverka. I sådana fall görs endast en bedömning av sväljförmågan (utan ytterligare testning), att det inte är lämpligt att ge vätska och mat genom munnen. Resultatet av en sväljbedömning dokumenteras i journal.

Bedömning av sväljförmåga är högt prioriterad i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. I princip bör alla patienter för vilka det är möjligt genomgå sväljtest. Socialstyrelsens och Riksstrokes högre målnivåer är satta till 100 procent, medan Riksstrokes gräns för mätligt måluppfyllelse är satt till lägst 90 procent.

Riksstroke är ett nationellt kvalitetsregister och genomför fortlöpande utvärdering av den svenska strokevården. Även patienter med TIA inkluderas i Riksstroke. Riksstroke utgår från de rekommendationer och kvalitetsindikatorer som tagits fram i arbetet med de nationella riktlinjerna och speglar både processer och resultat.

Status: Pågående Publicerad Avpublicerad	
Att tänka på vid tolkning	Fall där uppgifter om sväljtest inte finns angivna räknas som att bedömning med sväljtest inte har genomförts. Täckningsgraden för Riksstroke är cirka 90 procent för förstagångsinsjuknanden. Alla aktuella sjukhus registrerar strokepatienter i Riksstroke. Nästan alla 72 sjukhus registrerar även TIA-patienter. Data kring täckningsgraden för TIA i Riksstroke föreligger inte ännu. Ungefär 85 procent av patienterna deltar i uppföljningen efter 3 månader (själv, eller via anhörig eller vårdare) och 77 procent efter 1 år.
Typ av mått	Andel
Täljardefinition	Antal strokefall med nämnnarens definition där en initial bedömning av sväljförmågan har gjorts hos patienten med praktiskt test, eller utan praktiskt test i de fall patienten bedömts inte kunna genomföra ett praktiskt test, inom ett dygn från ankomst till sjukhus.
Nämnardefinition	Totala antalet registrerade patienter med stroke (I61, I63, I64).
Tröskelvärde för visning	5
Projektspecifik information	-
Giltighetstid fr.o.m	2011-01-01
Giltighetstid t.o.m	-
Utgivare	Nationella kvalitetsregistret för stroke (Riksstroke)
Rapporteringsperioder	- År - Kvartal
Enhetstyper	- Riksnivå - Läsnivå
Typ av indikator	Process
Önskvärd riktning	Högt

Införandeprocessen

1. Förbered

- Information
- LPO ansöker om LAG
- Beslut KS-råd
- LPO bemannar LAG

3. Planera

- Handlingsplan
- Kommunikationsplan
- Synpunktsrunda
- Beslut LPO och KS-råd

5. Följ upp

- Införande enligt handlingsplan
- Utvalda indikatorer

Bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte



Nytt
vårdförlopp
Publicerat
nationellt

2. Förstå nuläge, målbild och gap

- Uppstart LAG
- Gapanalys
- Synpunktsrunda
- Beslut LPO och KS-råd

4. Genomför förbättrings- åtgärder

- Introduktion i verksamhet och start av införande
- Införandeansvar: verksamhet
- Stöd av LAG

6. Förvalta och förstärk

- Beslut LPO och KS-råd
- Övergång till förvaltning
- Kontinuerlig uppföljning och analys (LPO)
- Ständiga förbättringar



Fortsatta möten med LAG (steg 2-5)

- **Deltagare:** LAG + regionala processledare PSVF + uppföljningskompetens (LSGUA)
- Definiera vårdförloppets indikatorer
- Diskutera om/hur detta kan fångas i våra system
- Vid behov lägg till lokala indikatorer
- Diskutera vilka 3-5 indikatorer som är prioriterade

Indikatorbeskrivningar i Region Skåne indikatorbibliotek

Stroke/TIA Tidiga insatser och vård (Godkänd 2020-05-15, Reviderad 2022-09-15)

Bedömning av sväljförmåga

Indikator ID	ID0637
Titel (max 5 ord)	Bedömning av sväljförmåga vid akut stroke
Indikatormål	Öka andel patienter med stroke där en bedömning av sväljförmåga gjorts inom ett dygn efter ankomst till sjukhus
Diagramrubrik	Andel patienter med stroke där en bedömning av sväljförmåga gjorts inom ett dygn efter ankomst till sjukhus
Om indikatorn/indikatormålet	Indikatorn visar andelen patienter där en bedömning av sväljförmåga gjorts inom ett dygn efter ankomst till sjukhus, av alla som vårdats på sjukhus för akut stroke. Stroke kan leda till nedsatt förmåga att svälja, vilket i sin följd kan leda till komplikationer, till exempel aspiration och lunginflammation. Vid stroke görs en bedömning av sväljförmågan vilket ligger till grund för ställningstagande hur patienter fortsatt ska tillföras vätska och mat. En bedömning av sväljförmågan är därför aktuell hos samtliga patienter med stroke. Ett praktiskt sväljtest, där förmågan att svälja vatten undersöks på ett standardiserat sätt, görs hos patienter som är vakna och kan medverka i undersökningen. Ett praktiskt sväljtest är inte lämpligt att genomföra hos patienter som uppenbarligen saknar förmåga att svälja, till exempel på grund av sänkt vakenhetsgrad eller annan orsak till att inte kunna medverka. I sådana fall görs endast en bedömning av sväljförmågan (utan ytterligare testning), att det inte är lämpligt att ge vätska och mat genom munnen. Resultatet av en sväljbedömning dokumenteras i journal. Bedömning av sväljförmåga är högt prioriterad i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. I princip bör alla patienter för vilka det är möjligt genomgå sväljtest. Socialstyrelsens och Riksstrokes högre målnivåer är satta till 100 procent, medan Riksstrokes gräns för måttlig måluppfyllelse är satt till lägst 90 procent. Riksstroke är ett nationellt kvalitetsregister och genomför fortlöpande utvärdering av den svenska strokevården. Även patienter med TIA inkluderas i Riksstroke. Riksstroke utgår från de rekommendationer och kvalitetsindikatorer som tagits fram i arbetet med de nationella riktlinjerna och speglar både processer och resultat.
Typ av mått	Andel
Typ av indikator	Process

Täljardefinition	Antal strokefall med nämnnarens definition där en initial bedömning av sväljförmågan har gjorts hos patienten med praktiskt test, eller utan praktiskt test i de fall patienten bedömts inte kunna genomföra ett praktiskt test, inom ett dygn från ankomst till sjukhus.
Nämnnardefinition	Totala antalet registrerade patienter med stroke (I61, I63, I64).
Målvärden	100/≥ 90 procent
Önskvärd riktning	Högt
Rapporteringsnivåer	Riksnivå Länsnivå Sjukhusnivå
Dataserier uppdelat på	År Kvartal
Felkällor	Fall där uppgifter om sväljtest inte finns angivna räknas som att bedömning med sväljtest inte har genomförts. Täckningsgraden för Riksstroke är cirka 90 procent för förstagångsinsjuknanden. Alla aktuella sjukhus registrerar strokepatienter i Riksstroke. Nästan alla 72 sjukhus registrerar även TIA-patienter. Data kring täckningsgraden för TIA i Riksstroke föreligger inte ännu. Ungefär 85 procent av patienterna deltar i uppföljningen efter 3 månader (själv, eller via anhörig eller vårdare) och 77 procent efter 1 år.
Täckningsgradsberäkning	
Uppföljningsverktyg	
Datakälla	Riksstroke
Indikatoransvarig	Nationella kvalitetsregistret för stroke (Riksstroke)
Sakkunniggrupp	
God vårdområde	
Verksamhetsförmågor/fokus- eller	
Indikatorkvalitet	
- Låg "kuvös"	
- Medel	
- Hög	
Budgetmål	
Insatsområde	
Delmål och uppdrag	
Prioritet	Ej angivet
Sökväg i Kvalitetsindikatorkatalog - KIK	Bedömning av sväljförmåga vid akut stroke - KIK (kvalitetsindikatorkatalog.se)

Införandeprocessen – status

1. Förbered

- Diabetes med hög risk för fotsår
- Ländryggsbesvär
- Matallergi, IgE-förmedlad
- OSDB – barn
- Svårläkta sår
- Stroke och TIA, del 2
- Traumatisk hjärnskada
- Varicer och venösa bensår

3. Planera

- Palliativ vård
- Artros (höft- och knä) →
- Kognitiv svikt vid demenssjukdom* →
- KOL, del 1 →

5. Följ upp

- Kritisk benischemi
- Reumatoid artrit, del 1

2. Förstå nuläge, målbild och gap

- KOL, del 2
- Höftledsartros – proteskirurgi
- IBD
- Reumatoid artrit, del 2
- Sepsis
- Smärta, långvarig vuxna
- Grav hörselnedsättning
- Jättecellsartrit
- Schizofreni – del 2

4. Genomför förbättringsåtgärder

- Hjärtsvikt nydebuterad
- Osteoporos
- Schizofreni – del 1
- Stroke och TIA, del 1

6. Förvalta och förstärk



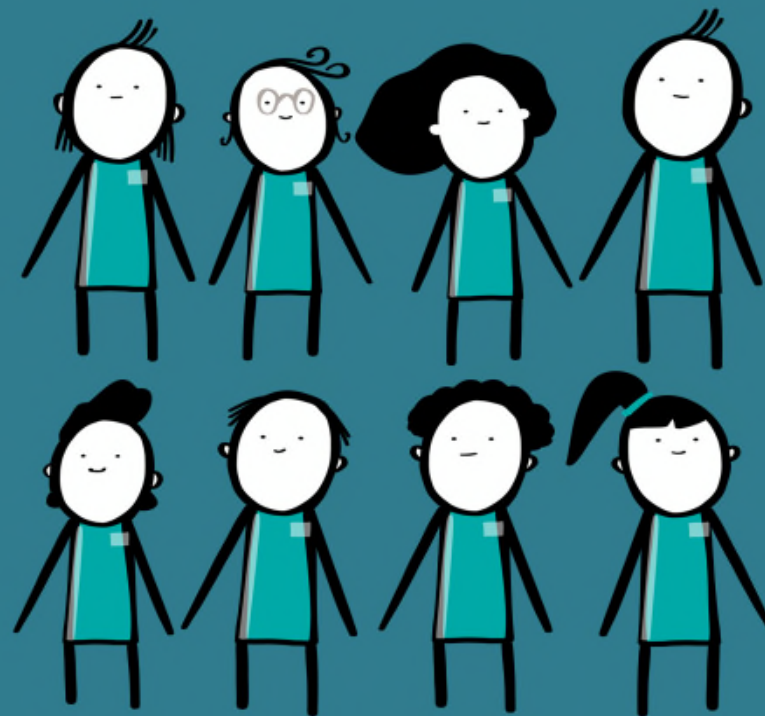
Nytt
vårdförlopp



- Epilepsi
- Obstruktiv sömnapné (OSA) hos vuxna
- Depression
- Självskadebeteende

- **Ett gemensamt förbättringsarbete pågår i Region Skåne**
- Vi arbetar strukturerat med införandet av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen
- Informationsinsatser planeras
- Mer information finns på [Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](https://www.skane.se/Personcentrerade-sammanhallna-vardforlopp)
- Kontakt: psvf@skane.se

Emma Ekberg, Jenny Lönnberg, Kerstin Zettervall & Erika Wulff regionala processledare



Strategi Region Skåne uppföljning personcentrerade sammanhållna vårdförlopp

Vårdförloppen har ca 8-20 indikatorer för uppföljning

2.2 Indikatorer för uppföljning

Tabell 2. Utfallsmått

Indikator. Uppgifter samlas in och redovisas könssuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Död 3 månader efter stroke	Saknas	Riksstroke	Riksstroke
Död 1 månad efter aneurysmal SAB	< 10 %	Riksstroke	Riksstroke
ADL-beroende 3 månader efter stroke/SAB	Saknas	Riksstroke	Riksstroke
Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke	Saknas	Riksstroke	Riksstroke

Tabell 3. Processmått

Indikator. Uppgifter samlas in och redovisas könssuppdelat och totalt	Målvärde Hög/måttlig	Mätning och återrapportering	Källa
Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus vid stroke	Lokalt mål beroende på sjukhus	Riksstroke	Riksstroke
Strokeenhet som första vårdnivå vid TIA	≥ 90/80 procent	Riksstroke	Riksstroke
Strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik som första vårdnivå vid stroke	≥ 90/80 procent	Riksstroke	Riksstroke
Neurokirurgisk klinik som första vårdnivå vid SAB	≥ 90/80 procent	Riksstroke	Riksstroke
Reperusionsbehandling vid akut ischemisk stroke	≥ 20/13 procent	Riksstroke/EVAS	Riksstroke/EVAS
Trombolysbehandlade inom 30 min från ankomst till sjukhus ("dörr till nål")	≥ 50/35 procent	Riksstroke	Riksstroke
Bedömning av sväljförmåga	100/ ≥ 90 procent	Riksstroke	Riksstroke
Blodtryckssänkande behandling efter TIA	≥ 80/70 procent	Riksstroke	Riksstroke
Blodtryckssänkande behandling efter stroke	≥ 80/70 procent	Riksstroke	Riksstroke
Statinbehandling efter TIA	≥ 80/70 procent	Riksstroke	Riksstroke
Statinbehandling efter ischemisk stroke	≥ 80/70 procent	Riksstroke	Riksstroke
Antikoagulantibehandling vid förmaksflimmer och TIA	≥ 85/75 procent	Riksstroke	Riksstroke
Antikoagulantibehandling efter ischemisk stroke och förmaksflimmer	≥ 80/70 procent	Riksstroke	Riksstroke
Karotiskirurgi inom 14 dagar efter stroke eller TIA	≥ 80 procent	SWEDVASC	SWEDVASC
Vid SAB, behandling av aneurysm inom 36 timmar från insjuknande	≥ 80 procent	Riksstroke	Riksstroke

Indikatorer och källor i uppföljning

- 1) Kvalitetsregister (via Vården i Siffror)
- 2) Regionens vårdinformationssystem
 - a) Befintliga mått, eller skapade mått
 - b) Nya mått som kombinerar data från olika vårdinformationssystem

Utmaningen

- Med...
 - 30 *vårdförlopp* godkända (och många fler på gång)
 - 8-20 olika *indikatorer* per vårdförlopp
 - Olika slags datakällor
- Hur skapar man en enhetlig uppföljning i regionen som kan kommuniceras till ledning utan att drunkna i indikatorer?

Vägval uppföljningsstrategi Skåne

- **Respektive vårdförlopp** ska såklart följa alla sina utpekade indikatorer/mått
- **Till ledningsnivå** svårt att på ett överblickbart sätt kommunicera 30x20 olika indikatorer
- **Till ledningsnivå** - prioritera 3-5 indikatorer per vårdförlopp

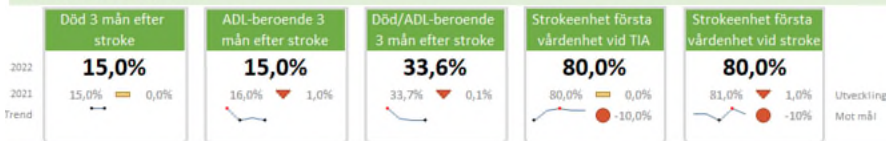
Strategi uppföljning PSVF i Region Skåne

- Att utveckla separata applikationer per vårdförlopp potentiellt stor arbetsinsats (Millennium och Raindance 2.0)
- I ett första steg uppföljning genom gemensam excel-mall
 - En fil per vårdförlopp
 - Data uppdateras manuellt
 - I övrigt hög grad av automatisering och flexibilitet
- På sikt i QlikSense

Uppföljning PSVF - Stroke TIA del 1

Data per: 2022

Indikatorer i fokus



Vårdförloppets alla indikatorer

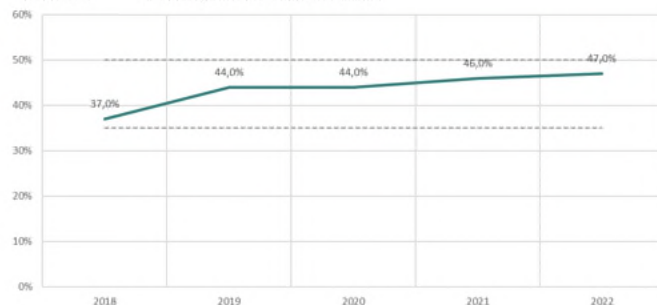
Indikator	2022	2021	Utveckling	Trend	Mot mål	Kommentarer
Död 90 dagar efter stroke	0.0%	0.0%	0%			
Död 1 månad efter aneurysmal SAE	1.8%	1.7%	7%			
ADL-beroende 3 månader efter stroke	1.2%	1.0%	10%			
Död eller ADL-beroende 3 månader	0.8%	0.7%	2%			
Tid mellan symtomdebut och ankomst till sjukhus	0.0%	0.0%	0%			
Strokeenhet som första vårdnät vid stroke	0.6%	0.5%	36%			
Strokeenhet, IVA eller neurokirurgi	0.0%	0.0%	121%			
Neurokirurgisk klinik som första vårdnät	1.3%	1.4%	7%			
Reperfusionsterapi vid akut stroke	4.0%	4.7%	15%			
Trombolysbehandling inom 30 min	1.3%	1.3%	1%			
Bedömning av sväljförmåga	0.3%	0.2%	4%			
Blodtryckssänkande behandling efter stroke	7.5%	7.5%	0%			
Blodtryckssänkande behandling efter stroke	0.4%	0.3%	32%			
Statinbehandling efter stroke	1.9%	1.8%	7%			
Statinbehandling efter ischemisk stroke	0.3%	0.3%	0%			
Antikoagulantabehandling vid stroke	0.0%	0.0%	0%			
Antikoagulantabehandling efter stroke	0.0%	0.0%	0%			
Karotiskirurgi inom 14 dagar efter stroke	0.0%	0.0%	0%			

Indikator diagram

Välj indikator:

Trombolys inom 30 min

Indikator: Trombolys inom 30 min vid stroke

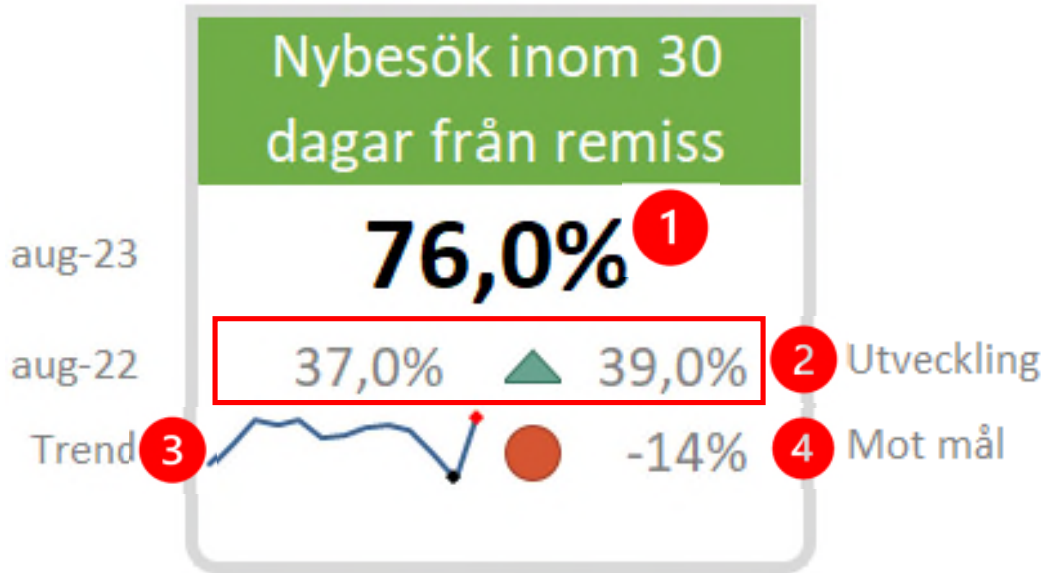


Tidig skiss visualisering

1. Prioriterade indikatorerna lyfts fram överst
2. Alla indikatorer beskrivs samtidigt i tabell
3. Varje indikator kan fås ut som stort diagram

Enhetlig visualisering

Reumatoid artrit, del 1



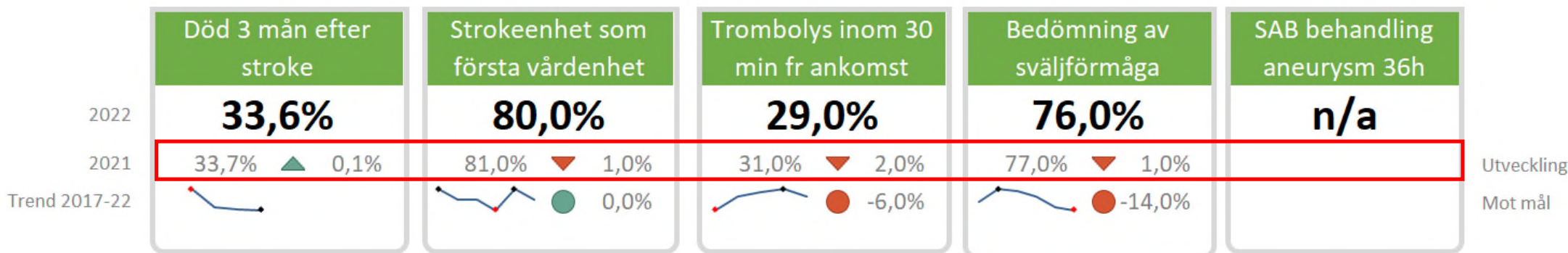
Allt visualiseras som

1. Utfall
2. Utveckling (jmf period-utfall)
3. Trend över tid (diagram)
4. Utfall mot mål (om mål finns)

Indikatornamn och källa:

1. "Nybesök i reumatologisk specialiserad vård inom 30 dagar vid misstänkt reumatoid artrit"; QV Tillgänglighet Skåne

Stroke TIA



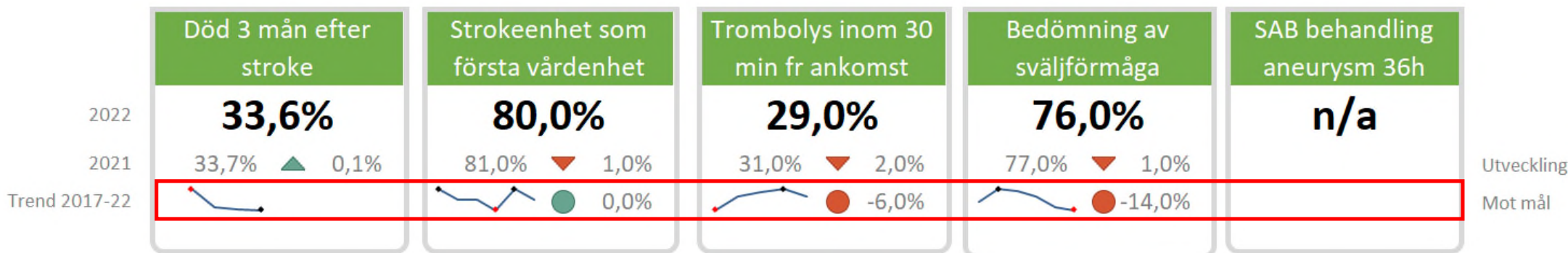
Indikator namn och källor:

1. "Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke"; Riksstroke (ViS)
2. "Strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik som första vårdnivå vid stroke"; Riksstroke (ViS)
3. "Trombolysbehandlade inom 30 min från ankomst till sjukhus ("dörr till nål")"; Riksstroke (ViS)
4. "Bedömning av sväljförmåga vid akut stroke"; Riksstroke (ViS)
5. "Vid SAB, behandling av aneurysm inom 36 timmar från insjuknande"; data ej tillgänglig

Kommentar datakvalitet:

Generellt god tillgång och kvalitet på data till Riksstroke. Dock saknas många indikatorer ur SWEDVASC i Vården i Siffror, vilket påverkar indikatorer kopplad till SAB.

Stroke TIA



Indikator namn och källor:

1. "Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke"; Riksstroke (ViS)
2. "Strokeenhet, IVA eller neurokirurgisk klinik som första vårdnivå vid stroke"; Riksstroke (ViS)
3. "Trombolysbehandlade inom 30 min från ankomst till sjukhus ("dörr till nål")"; Riksstroke (ViS)
4. "Bedömning av sväljförmåga vid akut stroke"; Riksstroke (ViS)
5. "Vid SAB, behandling av aneurysm inom 36 timmar från insjuknande"; data ej tillgänglig

Kommentar datakvalitet:

Generellt god tillgång och kvalitet på data till Riksstroke. Dock saknas många indikatorer ur SWEDVASC i Vården i Siffror, vilket påverkar indikatorer kopplad till SAB.

Vårdprocess Hjärtsvikt

Aktualitet: 2023-12-12

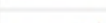
Indikatorer i fokus



Exempel på hur vi tänker att det kan se ut framåt.
Siffrorna är inte säkerställda i denna bild.

Indikatordiagram

Vårdförloppets indikatorer

Indikator	2023	2022	Utveckling	Trend	Mot mål	Mål	Kommentarer
 Avlidna inom ett år vid nydebuterad hjärtsvikt	11.2 %	22.2 %	▼ -11.0 %		■ 11.2 %	0 %	I fokus
 Oplanerad slutenvård första året med nydebuterad hjärtsvikt	5.6 %	9.0 %	▼ -3.4 %		■ 5.6 %	0 %	I fokus
 Behandling med ARNI-läkemedel vid nydebuterad hjärtsvikt	4.8 %	3.8 %	▲ 1.0 %		■ -75.2 %	80 %	I fokus
 Behandling med ACE-hämmande eller ARB-läkemedel samt betablockerare vid nydebuterad hjärtsvikt	59.3 %	63.3 %	▼ -4.0 %		-	-	I fokus
 Behandling med MRA-läkemedel vid nydebuterad hjärtsvikt	35.5 %	31.7 %	▲ 3.8 %		-	-	I fokus
 Individuellt fysioterapibesök vid nydebuterad hjärtsvikt	0.0 %	0.0 %	► 0.0 %		-	-	
 Läkemedelsbehandling 0–6 månader efter sjukhusvårdad hjärtsvikt	0.0 %	0.0 %	► 0.0 %		-	-	
 Läkemedelsbehandling 12–18 månader efter sjukhusvårdad hjärtsvikt	0.0 %	0.0 %	► 0.0 %		-	-	
 Basbehandling vid hjärtsvikt	0.0 %	0.0 %	► 0.0 %		-	-	

Lärdomar efter uppföljning

Lärdomar efter uppföljning

- 1) Vikten av väl genomarbetade indikatorbeskrivningar
- 2) Släpande mått
- 3) Hantering av årsvärde – kvartalsvärde – månadsvärde
- 4) Urval prioriterade indikatorer
- 5) Fortsatt arbete

1) Vikten av väl genomarbetade indikatorbeskrivningar

- Indikatorer för flera av våra tidiga vårdförlopp saknas i KiK (t ex kritisk benischemi och hjärtsvikt)
- Indikatorer införs lokalt utan tydliga indikatorbeskrivningar
- Indikatorer som ska hämtas från regionens vårdinformationssystem behöver väl beskriva urval från våra källor
- Målvärde (ej inkluderat i KiK)
 - olika hanterat mellan vårdförlopp

2) Släpande mått

Flera prioriterade indikatorer innehåller släpande mått, t ex

- "Död eller ADL-beroende 3 månader efter stroke"
- "Andel patienter som hämtat ut DMARD/bDMARD/tsDMARD på apoteket inom 3 månader efter RA-diagnos"
- Hantering av tiden behöver tydligt anges i indikatorn, (dvs är det täljaren eller nämnaren som är per senaste period)

3) Hantering av årsvärde – kvartalsvärde - månadsvärde

- Många indikatorer rör en liten volym patienter
- Därmed blir månads- eller kvartalsvärde ofta osäkra statistiskt
- Ofta lämpligt att använda rullande 4 kvartal eller 12 månader, men då behöver det lokalt beskrivs i indikatorn

4) Urval prioriterade indikatorer

- Prioriterade indikatorer får lite högre "värde"
- Val av indikatorer bör ta hänsyn till om vi har tillförlitlig datakälla för indikatorn
- LAG-arna har central roll i att prioritera indikatorer

5) Fortsatt arbete

- Ytterligare vässa syfte och målgrupp?
- Ansvar uppföljning LPO respektive linjen?
- Önskemål att bryta ner uppföljningen på förvaltningsnivå

Frågor?

Tankar?

Agenda



- 14.00 -14.15 Introduktion och tillbakablick
- 14.15 -14.30 Digitalisering inom hälso- och sjukvården.
 - o Ragnberth Helleday NSG strukturerad vårdinformation
- 14.30 - 15.10 Strategi, modell och lärdomar kring uppföljning PSVF
 - o Fredrik Wiberg och Åsa Berling, Region Skåne
- 15.10 -15.20 Paus
- 15.25 - 15.45 Exempel från Region Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen och Region Norrbotten ←
- 15.40 -15.55 Sammanfattning. Frågor från chatten.
- 15.55 -16.00 Tack för idag och nästa tema 😊

Tema 1
Vad är kunskapsstyrning
Tisdag 12/3 kl. 14-16

Tema 2
Implementering
Torsdag 23/5 kl. 14-16

Tema 3
Uppföljning
Onsdag 25/9 kl. 14-16

Tema 4
**Patient- och
närståendemedverkan**
Tisdag 5/11 kl. 14-16

Paus till 15.20



Agenda



- 14.00 -14.15 Introduktion och tillbakablick
- 14.15 -14.30 Digitalisering inom hälso- och sjukvården.
 - o Ragnberth Helleday NSG strukturerad vårdinformation.
- 14.30 - 15.10 Strategi, modell och lärdomar kring uppföljning PSVF
 - o Fredrik Wiberg och Åsa Berling, Region Skåne
- 15.10 -15.20 Paus
- 15.25 - 15.45 Exempel från Region Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen och Region Norrbotten.
- 15.40 -15.55 Sammanfattning. Frågor från chatten.
- 15.55 -16.00 Tack för idag och nästa tema 😊



Tema 1
Vad är kunskapsstyrning
Tisdag 12/3 kl. 14-16

Tema 2
Implementering
Torsdag 23/5 kl. 14-16

Tema 3
Uppföljning
Onsdag 25/9 kl. 14-16

Tema 4
**Patient- och
närståendemedverkan**
Tisdag 5/11 kl. 14-16

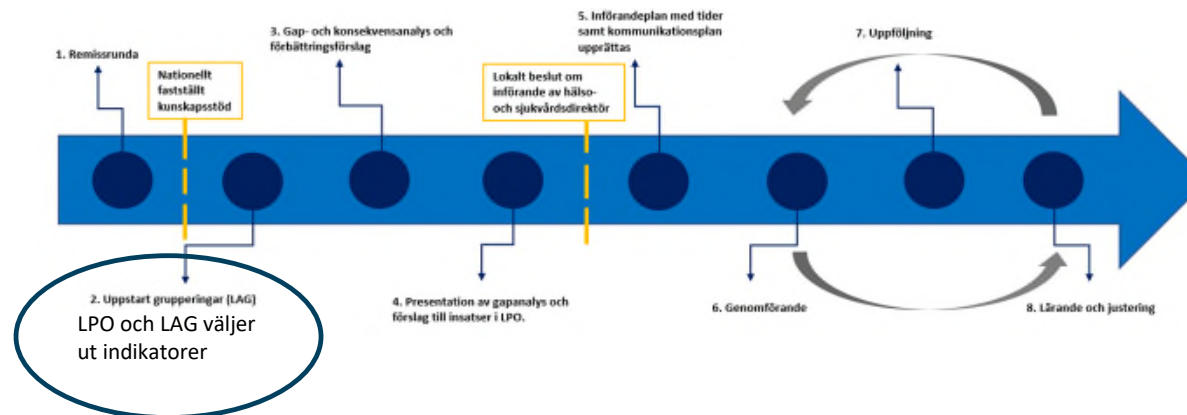
Region Västernorrland - hur ser det ut?

- Power BI som system
- Rapporter på olika nivåer

Power BI Reports (16)

Diagnoser	Disponibla vårdplatser rapportering Socialstyrelsen	HSSUG - Indikatoravla	Hörselvården	Inkomna vårdbegäran/remisser
Inskrivna patienter - Tidpunkt	LSO Somatic	Mammografi Offertlig	Om- och avskade samt uteblivna	Produkter
Produktionsplan från Vera	Resursredovisning	Vård - Specialistvård	Vårdkontakter	Vårdtagande
Åtgärder				

Psykiatri	LPO ögonsjukdomar	Hematologi
	LPO primärvård och levnadsvanor	
	LPO perioperativ vård och intensivvård	
	LPO akutvård	
	LPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin	
	Service, laboratoriemedicin, medicinsk diagnostik, fyslab, röntgen mm	
	LPO - stöd till lokala programområden	
	Uppföljning/analys/kvalitetsregister	Läkemedel/medicinteknik
	Innovation	Strukturerad vårdinformation



Vad jobbar vi med nu och varför?

- Rapport på Vården i siffror beställd av HSD
- Många indikatorer från vårdförlopp med
- Kommentarer från LPO som den del av analys
- Få det att hänga ihop mellan olika nivåer!

Innehåll och indikatorer

Om rapporten

Resultat i fokus - indikatoravla

DEL 1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS KVALITET

- > Generella resultatmål - dödlighet, återinskrivningar m.m.
- > Tillgänglighet och väntetider
- > Patientens och befolkningens syn på vården
- > Hälsöfrämjande åtgärder och levnadsvanarbete
- > Patientsäkerhet
- > Psykisk hälsa
- > Cancer
 - Primärvårds kvalitet
- > Diabetes
- > Hjärtinfarkt och ischemisk hjärtsjukdom
- > Stroke
- > Reumatoid Artrit
- > Gravidditt och förlösning
- > Operationsverksamhet
- DEL 2 VÅRDSYSTEMETS EFFEKTIVITET
- > God och nära vård
- Kompetensförsörjning



Resultat i fokus - indikatoravla

Om indikatoravlans innehåll

2024-06-24

Uppdraget att ta fram ett ramverk för uppföljning av produktion och kvalitet har även omfattat ett arbete med att ta fram en indikatoravla. Indikatoravlan består av ett begränsat antal indikatorer som hälso- och sjukvårdens strategiska ledningsgrupp följer mer löpande i realtid för att styra och leda den strategiska nivån. Detta urval indikatorer bör vara förhållandevis litet.

Indikatoravlan visualiseras i det lokala detaljgret hos Region Västernorrland.

Länk till indikatoravlan: [HSSLG - indikatoravla](#)



Jämtland Härjedalen

- I nuläget har region Jämtland Härjedalen flera möjligheter till inhämtning av data för uppföljning. Dessa tre berörs i denna presentation
 1. Divern = ProDiver och Diveport (avvecklas)
 2. Inblick = Power BI (byggs upp)
 3. Insight = analysverktyg i COSMIC (finns för alla COSMIC-användare i vården, men det finns behov av att utöka användandet)
- Koppling till kunskapsstyrning: beredning och förslag till beslut i LAG Uppföljning och analys - vård

LSG Strukturerad vårdinformation – uppföljning och analys

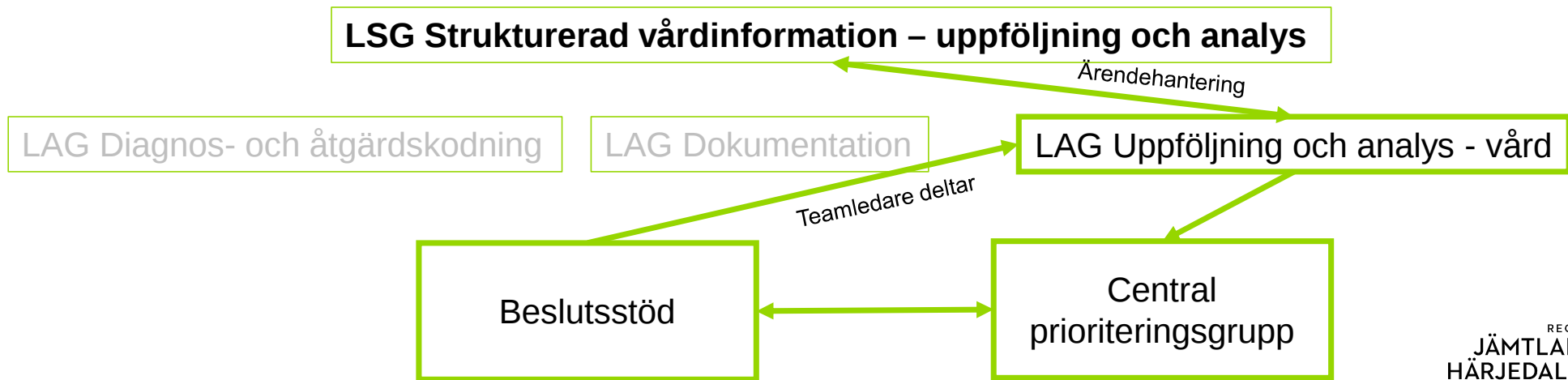
LAG Diagnos- och åtgärdskodning

LAG Dokumentation

LAG Uppföljning och analys - vård

Jämtland Härjedalen

- I nuläget har region Jämtland Härjedalen flera möjligheter till inhämtning av data för uppföljning. Dessa tre berörs i denna presentation.
 1. Divern = ProDiver och Diveport (avvecklas)
 2. Inblick = Power BI (bygggs upp)
 3. Insight = analysverktyg i COSMIC (finns för alla COSMIC-användare i vården, men det finns behov av att utöka användandet)
- Koppling till kunskapsstyrning: beredning och förslag till beslut i LAG Uppföljning och analys - vård



Vad jobbar vi med nu och varför? Tre fokus (1)

1. Fokus 1 – skapa tekniska förutsättningar och struktur för ärendehantering

- a) Divern. Vi behöver stänga ned den på ett tryggt och ordnat sätt, för att fokusera resurser på Inblick och Insight.
 - i. Prioritering av vilka rapporter som ska föras över till Inblick – eventuellt i utvecklat skick
 - ii. Förvaltning – hantering av fel
- b) Inblick – Power BI. Vi behöver bygga upp en förvaltning av ett för oss nytt verktyg för beslutsstöd.
 - i. Utveckling: bygga rapporter och struktur i datalagret
 - ii. Ärendegång för beställning
 - iii. Beslutsvägar och forum för prioritering
 - iv. Pilotgrupp som får utbildning i fri sökning
- c) Insight. Vi behöver utöka användandet och samtidigt anpassa det till förvaltningsresurser
 - i. Ärendegång från uppkomst av behov, till att behovet är tillfredsställt för olika användargrupper
 - ii. Översyn av behörigheter för olika användargrupper
 - iii. Tillskapande av roll superanvändare – förvaltningens förlängda arm

Vad jobbar vi med nu och varför? Tre fokus (2)

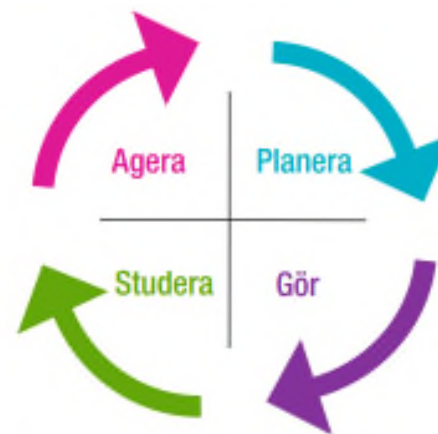
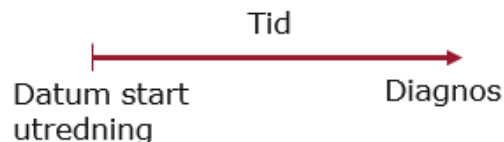
2. Fokus 2 – arbeta med att använda data som stöd för ständiga förbättringar. Ett utvecklingsområde i regionen

- a) Fokuserat på uppföljning av vårdförlopp (3) som implementerats
- b) Utgått från vad införandegruppen vill veta mer om
- c) Hittills använt Insight som datakälla
- d) Lärdomar
 - i. Bygg upp möjlighet till nationell uppföljning – bidra till utveckling och jämförelser
 - ii. Fokusera på få (1-2) indikatorer
 - iii. Var noga med varför indikatorerna väljs ut: viktiga för att följa att det sker en utveckling åt rätt håll
 - i. Arbeta med hur indikatorerna ska definieras
 - ii. Förankra hur uppföljning ska ske och hur resultat ska hanteras

Exempel kopplat till uppföljning av införande

INSIGHT – UPPFÖLJNING AV VÅRDFÖRLOPP KOGNITIV SVIKT VID MISSTÄNKT DEMENSSJUKDOM: BASAL UTREDNING

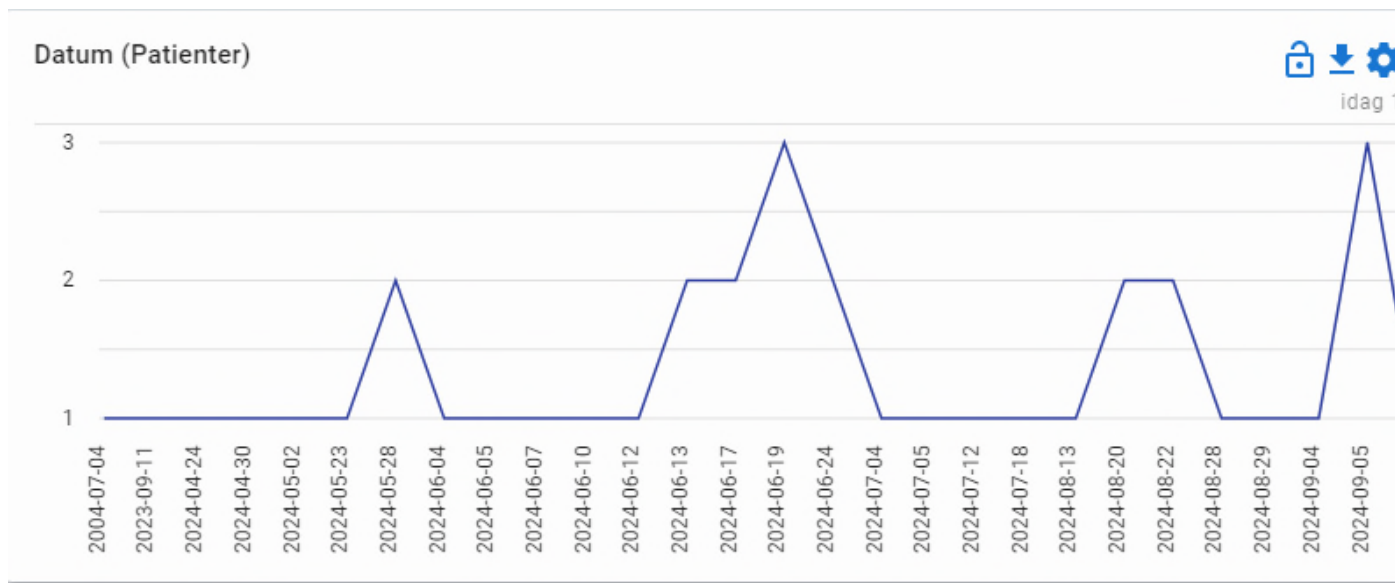
- Start 240902. Implementeringen har föregåtts av en gap-analys och en plan för införandet
- Viktiga utvecklingsområden
 - Diagnossättning efter basal utredning
 - ledtider
 - Tydliggöra vilka undersökningar som ska göras vid misstanke om demenssjukdom, och underlätta för det. En undersökning som rekommenderas från demenscentrum.se och Socialstyrelsen, och som nyligen är reviderad, och ofta är en del av starten i en utredning är MMSE-NR3
 - Definiera patientgruppen med hjälp av utdata
 - Säkra samverkan och information



Exempel kopplat till uppföljning av införande

INSIGHT – UPPFÖLJNING AV VÅRDFÖRLOPP KOGNITIV SVIKT VID MISSTÄNKT DEMENSSJUKDOM: BASAL UTREDNING

- Prioriterat följsamhetsmätt: Användande av nytt sökord i Cosmic: MMSE-NR3 med datumfält. Möjligt från maj 2024 (efterregistrering möjligt). Data hämtat 240910.
 - Nödvändigt för att i framtiden identifiera patienter och mäta ledtider: från **start av undersökning** till **diagnos**. Utdata behöver analyseras för att i framtiden beställa rapport i Inblick.
 - Följs upp och analyseras av LPO Äldres hälsa och palliativ vård (möte varje månad, nästa möte 241008)



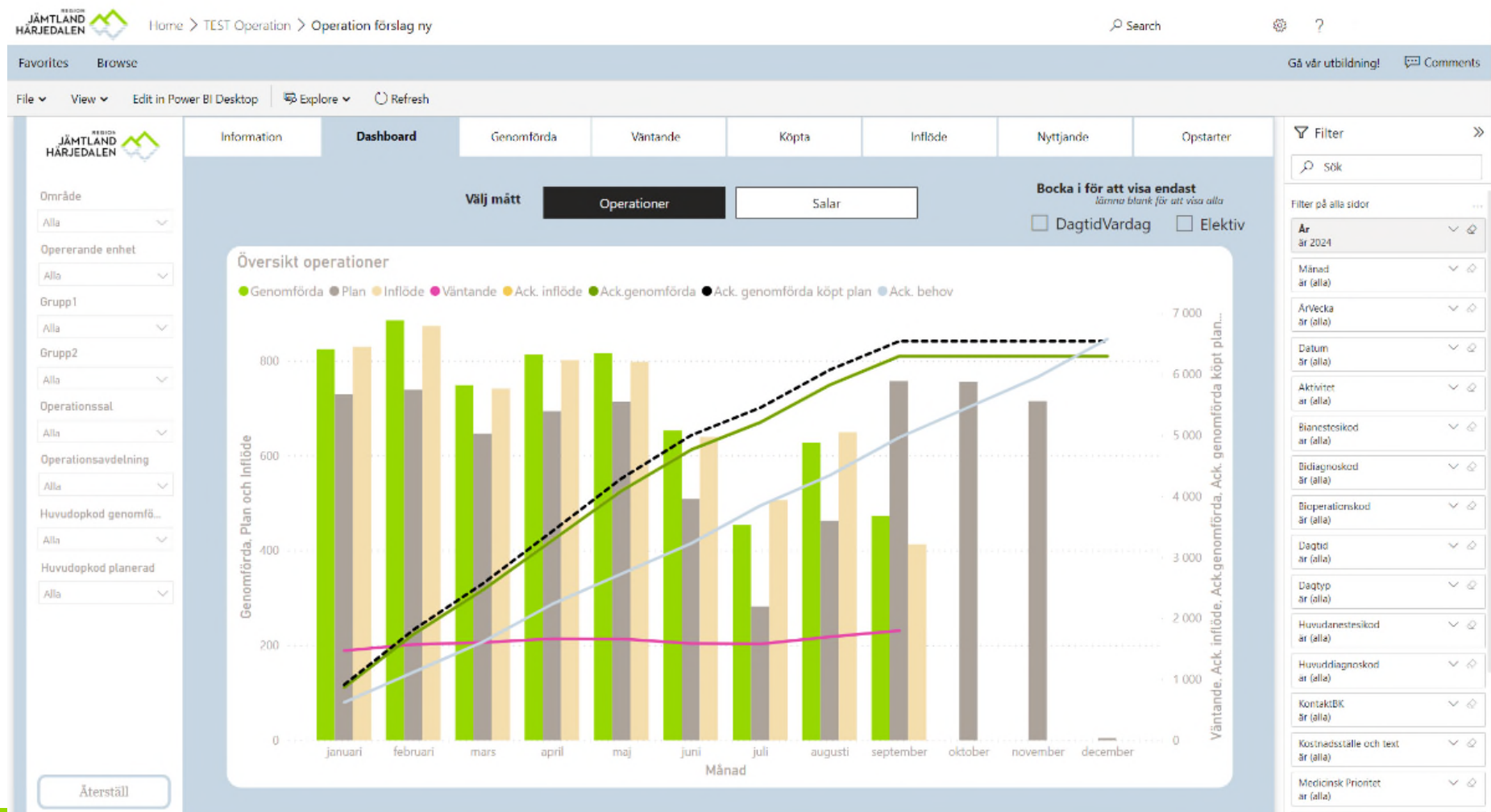
Vad jobbar vi med nu och varför? Tre fokus (3)

3. Fokus 3 – rapporter till SKR, Socialstyrelsen och Kvalitetsregister och behov som lyfts vara av betydelse för och av styrning och ledning

- a) Power BI/Inblick används
- b) Viktigt att det finns ägare till rapporterna

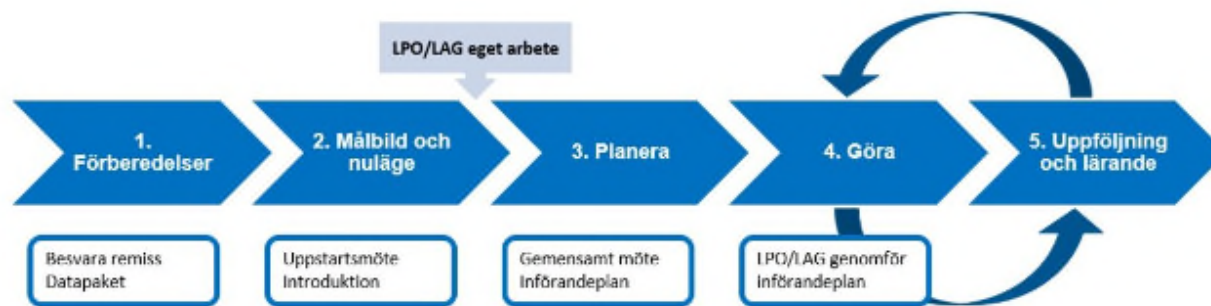
Exempel

INBLICK -OPERATION



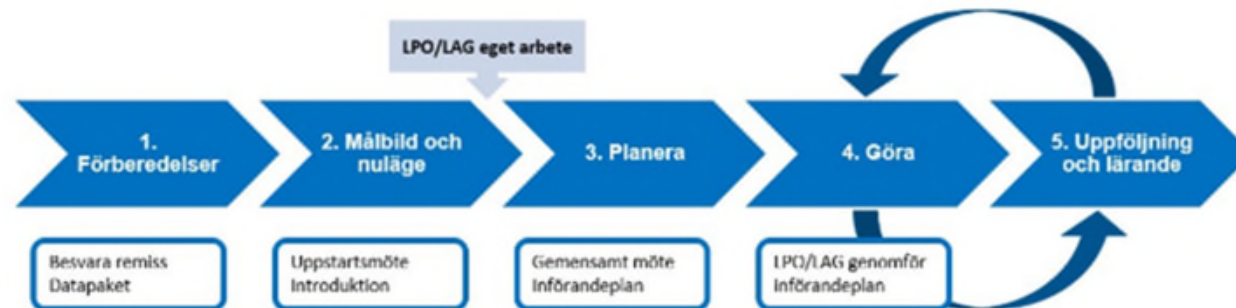
Region Norrbotten - Var är vi idag ?

- Vi är i uppbyggnadsfasen: Under process att bygga upp en struktur kring uppföljning och analys kopplat till kunskapsstyrningen.
- Startat igång en lokal samverkansgrupp uppföljning och analys (LSGUA), stödfunktionerna till ett systematiskt system inom detta område. Uppdragsbeskrivning till gruppen är under utveckling.



Region Norrbotten - Vad jobbar vi med nu och varför^{8 1}

- Cosmic införande – vilken data kan vi få ut därifrån?
- Verksamhetsförankring Pilotgrupp: Sepsis –Utvärdera samarbetet med LAG Sepsis.



Agenda



- 14.00 -14.15 Introduktion och tillbakablick
- 14.15 -14.30 Digitalisering inom hälso- och sjukvården
 - o Ragnberth Helleday NSG strukturerad vårdinformation.
- 14.30 - 15.10 Strategi, modell och lärdomar kring uppföljning PSVF
 - o Fredrik Wiberg och Åsa Berling, Region Skåne
- 15.10 -15.20 Paus
- 15.25 - 15.45 Exempel från Region Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen och Region Norrbotten
- 15.40 -15.55 Sammanfattning. Frågor från chatten
- 15.55 -16.00 Tack för idag och nästa tema



Tema 1
Vad är kunskapsstyrning
Tisdag 12/3 kl. 14-16

Tema 2
Implementering
Torsdag 23/5 kl. 14-16

Tema 3
Uppföljning
Onsdag 25/9 kl. 14-16

Tema 4
**Patient- och
närståendemedverkan**
Tisdag 5/11 kl. 14-16



Sammanfattning av
chatten

Tack för idag

Kommande tillfällen – se nedan



Anmälningsslänk: [Temainriktad webinarieriserie inom kunskapsstyrning | Norra sjukvårdsregionförbundet \(norrasjukvardsregionforbundet.se\)](https://www.norrasjukvardsregionforbundet.se/aktiviteter/temainriktad-webbinareserie-inom-kunskapsstyrning/)
<https://www.norrasjukvardsregionforbundet.se/aktiviteter/temainriktad-webbinareserie-inom-kunskapsstyrning/>



Tisdag den 5 november 14.00-16.00

Patient- och närståendemedverkan, mer information kommer en månad innan aktuellt avsnitt.

→ [Anmälan görs här.](#)

Du kommer att få en kalenderbokning med uppkopplingslänk när du anmäler dig.

Tema 1
Vad är kunskapsstyrning

Tisdag 12/3 kl. 14-16

Tema 2
Implementering

Torsdag 23/5 kl. 14-16

Tema 3
Uppföljning

Onsdag 25/9 kl. 14-16

Tema 4
**Patient- och
närståendemedverkan**

Tisdag 5/11 kl. 14-16