

# Kunskapsstyrning

## En översikt med fokus på Södra sjukvårdsregionen

Historik, uppbyggnad och arbetsätt

## Innehållsförteckning

Kunskapsstyrning på nationell, regional och landstingsnivå – Bakgrund	3
Övergripande mål för kunskapsstyrning	4
Nationella programområden (NPO) – Översikt	5
Kunskapsstyrning i Södra sjukvårdsregionen – organisation	7
Regionala Programområden (RPO) - uppbyggnad	8
Uppdraget för RPO	10
Stödstruktur till RPO	11
Budget till RPO	12
Huvudmännens lokala kunskapsstyrningsstruktur	12

Södra regionvårdsnämndens kansli  
Christer Lindblad  
0721- 99 82 68  
[christer.lindblad@skane.se](mailto:christer.lindblad@skane.se)

Juni 2018

## Kunskapsstyrning på nationell, regional och landstingsnivå - Bakgrund

Termen kunskapsstyrning har ingen absolut definition emedan innebörden är likartad för de olika beskrivningar som man kan stöta på. Gemensamt är att man vill att den ska medverka till att ge de medicinska resultaten en **större betydelse i ledning, styrning och uppföljning** av vårdens prestationer och ge stöd och möjlighet till utvecklingen av en säker, god och likvärdig vård. Det finns tre huvudkomponenter i kunskapsstyrning: Kunskapsunderlag, mätsystem och stöd till förbättring, bild 1. Nedan följer en kort bakgrund för att få en allmän förståelse för hur arbetet med kunskapsstyrning har hamnat där den är idag, nationellt, sjukvårdsregionalt och på huvudmannanivå.

### System för kunskapsstyrning/lärande system



*Bild 1. Den nya nationella kunskapsstyrningsstrukturen fokuserar framför allt på samspelet mellan kunskapsstöd och stöd för uppföljning och analyser i syfte att stödja en datadriven och evidensbaserad hälso- och sjukvårdsutveckling.*

Landsting och regioner bedriver sedan lång tid tillbaka arbete med kunskapsfrågor både enskilt och gemensamt. Sveriges sex hälso- och sjukvårdsregioner bildades 1981 för att effektivare kunna hushålla med resurser då enskilda landsting var för små för att hantera vissa frågor. Regionindelningen är författningsreglerad (SFS 1982:777), men landstingen och regionerna sluter själva avtal om genomförande och dess tillämpning. Det huvudsakliga forumet för samverkan i sjukvårdsregionerna är samverkansnämnder vilka består av politiker från aktuella sjukvårdshuvudmän. Samverkansnämnderna var från början en relativt homogen funktion, men ser i dag mer olika ut vad gäller organisation och ansvar. Exempelvis är nämnderna för norra sjukvårdsregionen (kommunalförbund) samt sydöstra sjukvårdsregionen (gemensam nämnd) beslutande i vissa frågor emedan de övriga är beslutsrådgivande för respektive huvudman.

Nationell samverkan för kunskapsstyrning, NSK, är ett nationellt samarbete mellan de 21 huvudmännen som bildades 2008. Satsningen på olika Nationella programråd började som ett

utvecklingsprojekt inom ramen för en överenskommelse med staten och under de gångna åren har initiala framgångar och ökad tillit till programrådsarbetet lett till att NSK fått olika nya förfrågningar. Detta har inneburit en relativt snabb ökning av nya nationella grupperingar samt de utmaningar som det fört med sig, såsom otydlig helhetsbild, prioriterings-, styrnings- och finansieringsproblem. För att bättre ta beslut om hur kunskapsstrukturen skulle kunna utvecklas gjordes därför en utredning 2015 om kunskapsstrukturens förtjänster och utmaningar (Ulf-Johan Olson, 2015-10-26).

Nationella kvalitetsregister är centrala i kunskapsstyrning. De första registren inom vården skapades redan på 1970-talet. En viktig skillnad mellan hälsodataregister och kvalitetsregister är att det är lag för vården att tillhandahålla uppgifter till hälsodataregister (1998:543, 6§) emedan kvalitetsregistren bygger på frivillighet. Sedan 2011 har stat och landsting gjort en satsning på de Nationella kvalitetsregistren, som avslutades 2016. Det finns idag drygt 100 olika nationella register som har kommit olika långt i sin utveckling enligt en 3-gradig bedömningsskala. För att utvärdera och ta beslut om dess fortsatta utveckling har det gjorts olika utredningar; Nationella Kvalitetsregister – Kunskap för bättre vård och omsorg (SKL kansli, april 2016) samt Nationella kvalitetsregister 2017 och framåt (Mona Bodström, juni 2016).

Utifrån de erfarenheter man fått från hur de nationella registren samt hur den nationella kunskapsstyrningsorganisationen fungerat beslutade Hälso- och sjukvårdsdirektörerna inom SKLs nätverk 2016 att göra en översyn för hur nationell kunskapsstyrning bör utformas för framtiden. Ovanstående utredningar ligger till grund för den nya integrerade kunskapsstrukturen, som även omfattar kvalitetsregister. Centralt för den nya nationella strukturen är också att regeringen i december 2015 beslutade att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården skulle kunna uppnås. Syftet med uppdraget var att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män (dir. 2015:127). Utredningen, *Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård, SOU 2017:48*, slutfördes våren 2017 av Sofia Wallström i samklang med huvudmännens förslag på en ny nationell kunskapsstyrningsstruktur vilket innebar att man fick samsyn mellan huvudmän, myndigheter och regering för hur det fortsatta arbetet med hälso- och sjukvårdsutveckling bör bedrivas.

## Övergripande mål för kunskapsstyrning

Syftet med en nationell, regional och lokal (huvudmannanivå) kunskapsstyrning är bla att utveckla vården så att målet för hälso- och sjukvårdslagen, en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen uppfylls (HSL 1982:76). I arbetet med att utveckla kunskapsstyrningen har detta avgränsats till att främst gälla "Vad är bästa kunskapen idag?" när det gäller att (i) initiera, (ii) utreda, (iii) behandla och (iv) följa upp olika behandlingar för patienter. Om vi inte har en sådan gemensam förståelse, t.ex. genom gemensamma vårdprogram och riktlinjer, kan konsekvensen för patienten bli att det hon hört från en vårdgivare inte gäller i kontakten med nästa osv. Hur vi sedan är organiserade för att leva upp till förväntningarna kan variera mellan huvudmännen. Patientlagen, som ger patienter rätt till öppenvård inom hela riket, bidrar dock på sikt till att det blir en mer och mer jämlik och likvärdig vård i alla regioner och landsting då dessa inte kommer att "tillåtas" att skilja sig åt för mycket. I den med en gemensam syn på vad som är bästa kunskapen innebär naturligtvis att man gör avsteg från rekommendationen när detta bättre passar patienten.

Arbetet för en mer jämlik och likvärdig vård kan bedrivas på olika sätt. Att identifiera och ständigt höja "lägstnivån" är ett sätt att arbeta för att minska variationen inom olika områden. Här kan vårdprogram, riktlinjer mm vara till hjälp för att vägleda när det gäller vad som är bästa kunskapen. Naturligtvis omfattas arbetet även av att höja "högstnivån", såsom olika utvecklingsarbeten som kan ge frukt i en nära framtid. Ett exempel är införandet av tromboctomi som efter att det beforskats och visats vara effektivt och säkert har införts i klinisk praxis (2017). Ren grund- och klinisk forskning är också viktig för den framtida utvecklingen men bör bedrivas och finansieras främst genom universitetets och industrins regi i nära samarbete med sjukvården. I den nya Kunskapsstyrningsstrukturen finns en nationell samverkansgrupp för Forskning och Life science.

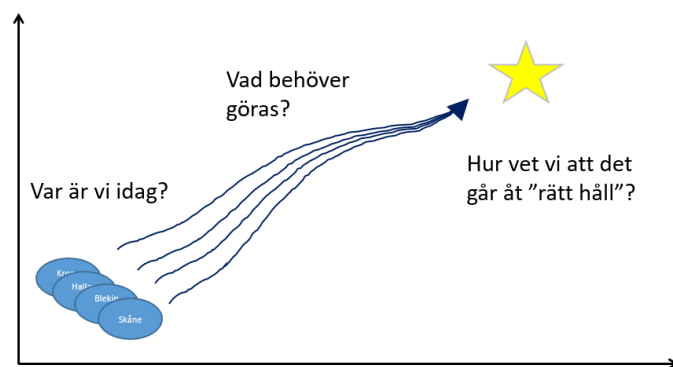


Bild 2. Övergripande mål med kunskapsstyrning. Genom att arbeta med frågor såsom "Hur bra fungerar vården idag?" utvecklas vården gradvis mot en mer jämlik och likvärdig vård.

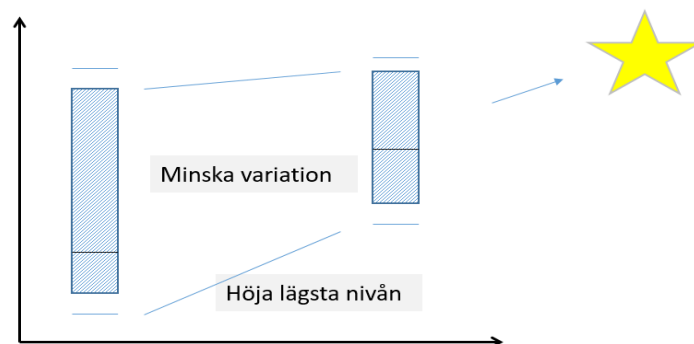


Bild 3. Genom att identifiera och ständigt höja "lägstnivån" av olika behandlingar närmar man sig en säker, god, jämlik och likvärdig vård.

Cancerbehandling är ett exempel på hur vården utvecklats genom att ta fram gemensamma nationella vårdprogram (standardiserade vårdförlopp). Utifrån ett statligt initiativ 2009 (SOU 2009:11) påbörjades uppbyggnaden av 6 regionala cancercentrum (RCC), ett per sjukvårdsregion med förankring ut på klinikerna, samt RCC i samverkan för att hålla samman det nationella arbetet. RCC organisationen har idag arbetat fram drygt 30 nationella vårdprogram och dessutom varit involverat i 10-talet nivåstruktureringar inom cancer. Programområdet för cancer är numera inkorporerat i den nya nationella kunskapsstyrningsstrukturen.

## Nationella programområden (NPO) - Översikt

Principen för den nya kunskapsstyrningsstrukturen finns beskriven i rapporten *Etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård* (SKL Dnr:15/06658). I korthet innehåller strukturen ett antal nationella programområden, nationella arbetsgrupper samt samverkansgrupper som täcker merparten av hälso- och sjukvård. Syftet är att den nationella strukturen skall speglas i varje hälso- och sjukvårdsregion samt även hos varje huvudman så att en så effektiv organisationsstruktur som möjligt bildas, se bild 4. Ett nationellt kansli på SKL stödjer huvudmännen i arbetet med de olika nationella programområdena.

De nationella programområdesgrupperna skall ses som en styrgrupp för det aktuella programområdet och har en representant per hälso- och sjukvårdsregion samt en nationell processledare som hjälper till att driva arbetet framåt. Varje hälso- och sjukvårdsregion agerar som värd för några av de nationella programområdena vilket innebär att man tillhandahåller med nationell processledare.

Uppdraget för de nationella programområdena är:

1. Hur ser det ut idag? Behovs- och gapanalys. Åtgärder/förslag/prioritera.
2. Utser nationella arbetsgrupper.
3. Omvärldsspaning.
4. Kunskapsstöd för jämlik hälsa och vård-behandlingsrekommendationer – SVF
5. Kvalitetsregister.
6. Ordnat införande/ordnad utfasning.
7. Nivåstrukturering.
8. Bidra i arbete med ev. statliga satsningar.
9. Samverka med myndigheter inom aktuellt område.
10. Annat, t.ex. e-hälsa, kompetensutveckling.

För att arbeta med olika frågor, inklusive utveckling av olika nationella vårdriktlinjer, kan varje nationellt programområde bilda nationella arbetsgrupper med representanter från respektive hälso- och sjukvårdsregion eller huvudman. Arbetsgrupperna skall vara sammansatta på ett ändamålsenligt sätt, dvs. vara tvärprofessionella samt ha patientrepresentation där detta är lämpligt.

Styrning och budgetfrågor hanteras inom SKL samt av en nationell styrgrupp bestående av Hälso- och sjukvårdsdirektörer, Landstingsdirektörer samt ledamot från SKL och kommuner. Det finns även en tillhörande beredningsgrupp (NSK) kopplat till denna som består av representanter från respektive Hälso- och sjukvårdsregion.

Det är denna nationella struktur som regering och myndigheter kommer att använda sig av i kontakten med huvudmännen i kunskapsstyrningsfrågor.

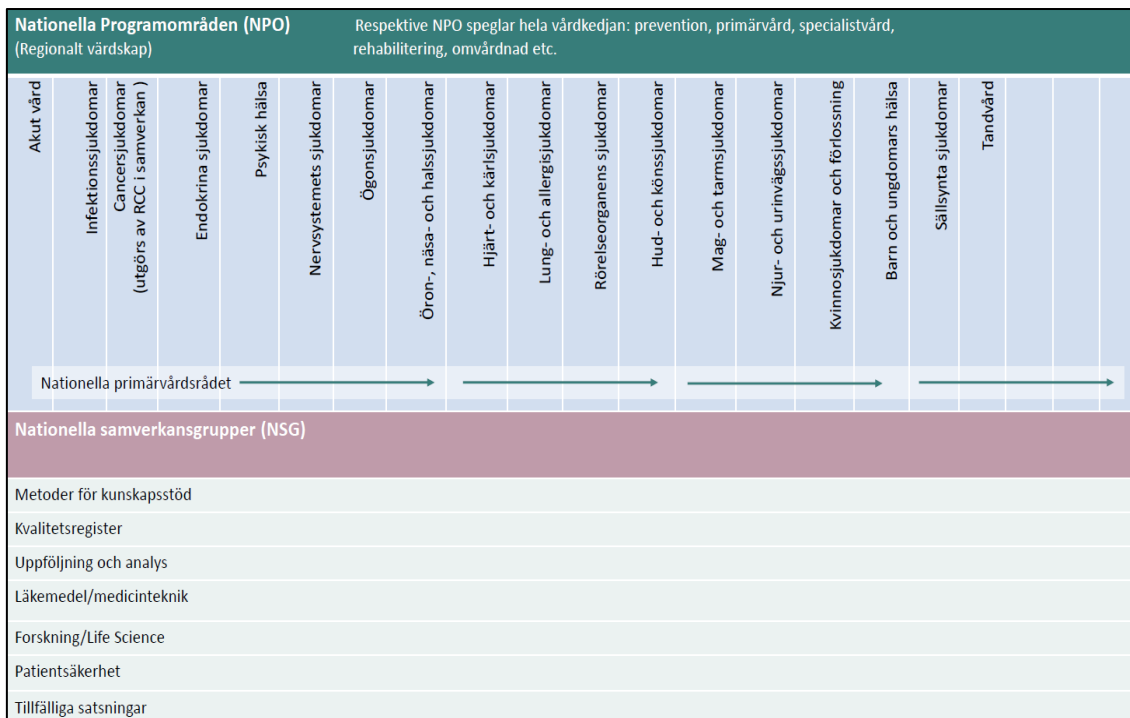


Bild 4. Huvudmännens struktur av de olika nationella programområdena samt tillhörande samverkansgrupper (maj 2018).

## Kunskapsstyrning i Södra sjukvårdsregionen - organisation

Södra sjukvårdsregionen är en samverkansnämnd (Södra regionvårdsnämnden, SRVN) med uppdrag att samverka inom hälso- och sjukvården mellan de fyra huvudmännen; Skåne, Blekinge Kronoberg och Halland. I detta uppdrag ingår medicinsk samverkan genom kunskapsstyrning. Syftet är att medverka till att de medicinska resultaten skall få en större betydelse i ledning, styrning och uppföljning av vårdens prestationer och ge stöd och möjlighet till utvecklingen av en säker, god och likvärdig vård i hela regionen.

Inom Södra sjukvårdsregionen finns idag ett drygt 10-tal Regionala Programområden (RPO) inom olika sjukdomsområden. Dessa speglar den nationella strukturen som huvudmännen byggt upp under 2016-2017, se ovan. Målet är att den regionala organisationen fullt ut skall spegla den nationella strukturen varför ytterligare RPO kommer att bildas.

Samtliga RPO rapporterar till en styrgrupp, som i sin tur lyder under Södra regionvårdsnämndens ledningsgrupp, bild 5. Styrgruppen består av en representant från respektive huvudman samt SRVN kanslifunktion. Bland styrgruppens medlemmar återfinns även personer som representerar Södra sjukvårdsregionen nationellt i NSK.



*Bild 5: De regionala programområdesgrupperna (RPO) rapporterar till styrgruppen för regional kunskapsstyrning, som i sin tur rapporterar till ledningsgruppen för Södra sjukvårdsregionen. Ett regionavtal från 2015 reglerar samverkan mellan de ingående huvudmännen, Skåne, Blekinge, Kronoberg och Halland.*

## Regionala Programområden (RPO) - uppbyggnad

Den regionala kunskapsstyrningsstrukturen är uppbyggd för att spegla den nationella strukturen. Likaså finns en strävan att spegla den regionala strukturen på huvudmannanivå så att en så effektiv organisationsstruktur som möjligt bildas.

Den regionala styrgruppen för kunskapsstyrning i Södra sjukvårdsregionen beslutade i februari 2018 att de regionala programområdesgrupperna skall vara "rätt bemannade utifrån uppdraget" vilket innebär att dom skall kunna:

- vara mottagare av nationella uppdrag från NPO
- vara mottagare av huvudmannaupdrag som beslutats att genomföras regionalt
- proaktivt undersöka och säkerställa god, jämlik, likvärdig vård i SSVR.

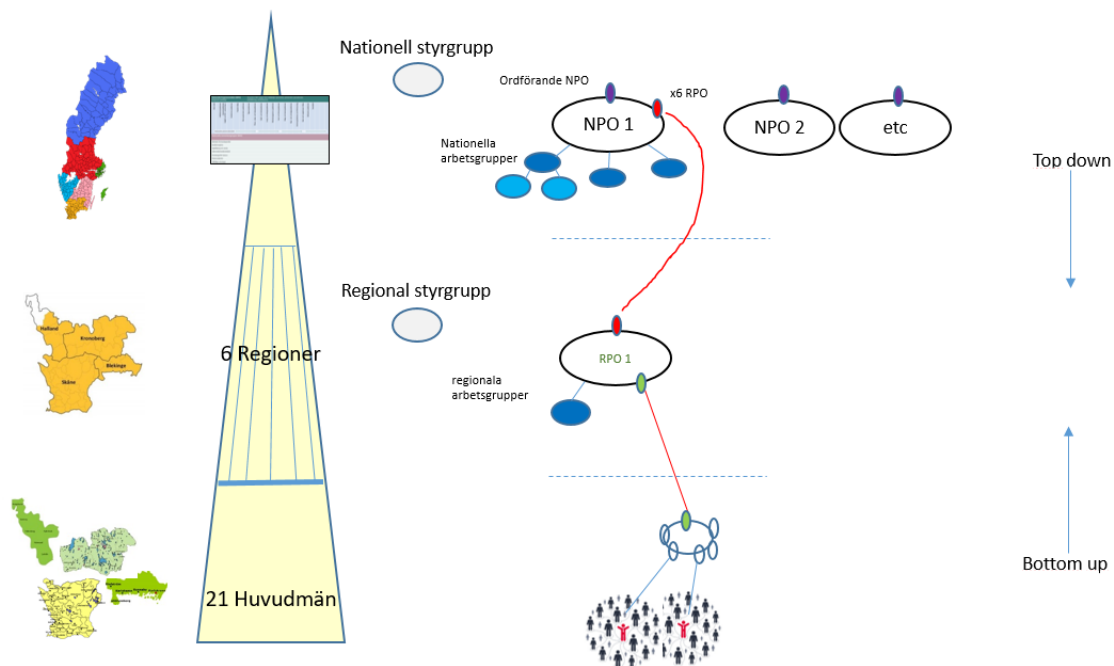
En lämplig grundbemanning i RPO är att ha två representanter per huvudman samt att adjungera fler vid behov. Dessutom är ambitionen att primärvården skall vara representerat i RPO. Grunduppdraget med att arbeta i RPO bör inte ta mer än ca 5 % av en heltidstjänst i anspråk (5-10 d/år). Detta för att lättare kunna involvera olika personer ute i vården utan att det inkräktar för mycket i dagliga verksamheten. Större arbetsinsatser kan förekomma men föregås då av beslut i den regionala styrgruppen för kunskapsstyrning.



I sin uppbyggnad skall RPO vara tvärprofessionellt för att täcka de viktigaste eller vanligaste aspekterna av klinikerbetet inom området. Det går bra att adjungera olika kompetenser vid behov. Regionala programområdet skall företrädesvis bestå av professionsföreträdare och inte linjeföreträdare, detta för att fokus inte skall svänga över till att handla om resurs, budget och verksamhetsfrågor, vilket behandlas i olika chefsnätverk. För att informations- och kommunikationsvägar skall bli så effektiva som möjligt eftersträvas personunioner mellan de olika kunskapsstyrningsnivåerna; nationell (NPO)-, regional (RPO) nivå samt på huvudmannanivå, bild 6.

En representant som sitter med i NPO skall vara väl förankrad nationellt och vara en stark företrädare och representant på regional och lokal nivå. Likaså bör respektive RPO medlem vara medlem i sin huvudmanna-organisation avseende kunskapsstyrning.

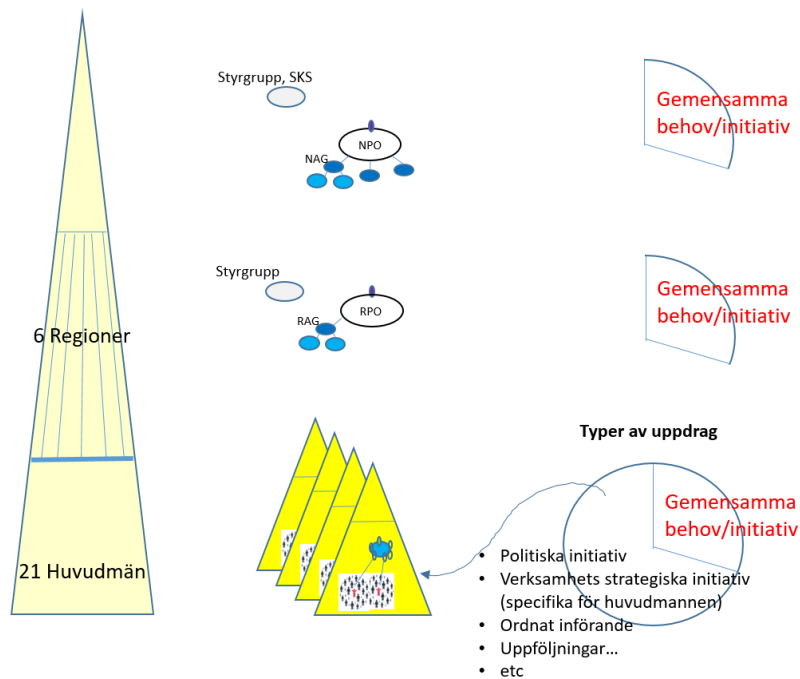
I varje RPO ingår även en representant från styrgruppen för att på så sätt vara en nära länk till huvudmännens styrning och ledning nationellt och regionalt.



*Bild 6. Bilden beskriver tre kunskapsstyrningsnivåer; nationell-, regional- samt huvudmannanivå. På nationell och regional nivå sker samarbetet i en nätverksorganisation emedan huvudmannanivån byggs upp av en linjeorganisation, i enighet med kommunallagen. På nationell och regional nivå hanteras frågor som har sin grund i "Vad gör vi bäst tillsammans?" samt "Vad är bästa kunskapen?". Bilden visar även principen med personunioner mellan de olika nivåerna samt hur man kan arbeta med arbetsgrupper kopplat till olika programområden. Förslag till utveckling kan komma från olika håll!*

## Uppdraget för RPO

Det övergripande målet för RPO är att arbeta för att kunna ge en god, jämlik och likvärdig behandling och vård till alla patienter i södra sjukvårdsregionen. Uppdraget går bland annat ut på att minska förekomsten av omotiverade behandlingsskillnader genom att sammanställa den "bästa kunskapen" för olika behandlingar, t.ex. genom gemensamma vårdprogram, där man bedömer att ett samarbete mellan huvudmännen för att göra detta är mer effektivt än att man gör det var för sig, bild 7.



*Bild 7. Bilden beskriver olika typer av hälso- och sjukvårdsutvecklingsuppdrag som en huvudman kan ha; politiska initiativ, verksamhetsstrategiska initiativ, ordnat införande och uppföljning av nya metoder, rutiner, läkemedel etc. En del av dessa utvecklingsinitiativ kan göras gemensamt med andra huvudmän (rött), på regional eller nationell nivå.*

Uppdraget för RPO är lika i alla hälso- och sjukvårdsregioner. Under punkten 7 har Södra sjukvårdsregionen dock valt att förtydliga ytterligare.

1. Genomföra behovsinventering och bidra till det nationella program-områdets behovsanalys och omvärlds-bevakning
2. Initiera frågor för nationell samverkan
3. Skapa regionala tillämpningar av nationella kunskapsunderlag och beslutsstöd
4. Ta emot, anpassa och omsätta nationell kunskap för att det ska nå ut till patientmötet
5. Stödja spridning och implementering av bästa möjliga tillgängliga kunskap
6. Samverkan med regional register-centrumorganisation
7. Specifika regionala uppdrag

- Att arbeta med uppdrag från styrgruppen
- Att proaktivt verka för att god, jämlik och likvärdig vård uppnås i Södra sjukvårdsregionen, t.ex. genom att följa olika register, data etc

Uppdraget följer i övrigt det som sägs ovan under "Övergripande mål för kunskapsstyrning" samt bild 2 och 3.

Processen som RPO arbetar efter vid framtagandet av en riktlinje eller dylikt bör följa tre steg; framtagande av själva riktlinjen följt av en professionsreview och därefter linjereview. Professionsreviewn syftar till att det gjorda arbetet skall vara kollegialt bedömt och medicinskt korrekt. Linjereviewn görs av berörda chefer och fokuserar på införande och genomförbarhet (tex budget, resurser).

Tillfälliga arbetsgrupper till RPO (Regionala arbetsgrupper, RAG) kan bildas med mer eller mindre dominans från någon huvudman. Till exempel, beroende på överenskommelse så kan ett gemensamt arbete göras av en huvudman men reviewas av samtliga huvudmän för att på så sätt enas om "bästa kunskapen" i Södra sjukvårdsregionen. Alternativt kan hela eller delar av en redan existerande struktur hos en huvudman (t.ex. en "expertgrupp") tillfälligt kompletteras med representanter från de andra huvudmännen för att göra ett specifikt gemensamt arbete.

Det är den regionala styrgruppen för kunskapsstyrning i Södra sjukvårdsregionen som rekommenderar huvudmännen att införa arbeten som gjorts av RPO. Det är viktigt att påpeka att varje huvudman själv är ansvarig för införandet och uppföljningen av nya riktlinjer etc, som en konsekvens av kommunallagen.

Om det som tas fram av RPO har konsekvenser på patient-, personal eller penningströmmar mellan huvudmännen, t.ex. resulterar i någon form av "nivåstrukturering", så finns det möjlighet att hantera detta mer grundligt i ett inom ramen för huvudmännen gemensam organisationsstruktur "Samarbete för bättre vård". Detta sker då efter beslut i Södra regionvårdsnämndens ledningsgrupp.

## Stödstruktur till RPO

Respektive RPO förväntas att själv eller med hjälp av administrativ hjälp ute på avdelningarna hantera den administration som det innebär att regelbundet arrangera RPO möten samt olika regionala konferens-, utbildningsmöten eller workshops.

När olika typer av arbeten skall göras så har RPO möjlighet att tillfälligt adjungera olika personer eller redan existerande strukturer, t.ex. en "expertgrupp", så som diskuterats ovan.

En struktur för att stödja de regionala programområdena i analysarbete och statistikhantering är under uppbyggnad. I väntan på denna förväntas PRO att utnyttja avdelningen för DataAnalyt och Register Centrum, Digitalisering och IT, Koncernkontoret i Skåne som har tillgång till olika nationella register samt även fungerar som personuppgiftsbiträde till Södra sjukvårdsregionens fyra huvudmän, med tillgång till olika patientadministrativa data. Inom avdelningen finns även tillgång till statistiker och datamanagers. Kostnaden för att utnyttja avdelningen finansieras bland annat med nationella

anslag. RPO har även möjlighet att få tillfälligt extra "metodstöd" för särskilda uppdrag, efter beslut i den regionala styrgruppen för kunskapsstyrning.

## Budget till RPO

De regionala programområdesgrupperna är solidariskt finansierade av huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen. Detta innebär att huvudmännen ger en ersättning i relation till sitt invånarantal. Varje aktivt RPO erhåller en grundersättning från SRVN för att bedriva verksamheten. Kostnaden skall täcka utgifter för arbetet under året såsom möteskostnader och annan administrativ hjälp. Om detta inte räcker så kan RPO efter beslut i styrgruppen rekvirera ytterligare bidrag under året, men då specificerat mot faktura.

Kostnader för tid och resor står respektive huvudman för själv.

## Huvudmännens lokala kunskapsstyrningsstruktur

De fyra huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen är olika organiserade och har följaktligen olika egna kunskapsstyrningsorganisationer. Huvudmännens uppdrag är delvis lagstadgat i det att man har en skyldighet att ha en egen struktur för att följa upp och kvalitetssäkra men även utveckla den vård som man ger. Det är i ljuset av detta som man skall se den nationella och regionala kunskapsstyrningsstrukturen och hur man kan hjälpas åt med gemensamma utvecklingsfrågor, ibland med stöd av regering och myndigheter. Oavsett så ansvarar respektive huvudman själv för införande samt uppföljning av nya rutiner och riktlinjer. Arbetet hos varje huvudman sker i den takt som budget och andra resurser medger.