REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN
JÍEMHTEN HERJEDAELIEN DAJVE

SKRIVELSE

2025-01-28

REV/33/2025

Regionens revisorer

Jan-Olov Undvall
Certifierad kommunal revisor
Tfn: 063-14 75 24

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Granskning av kunskapsstyrning

På vårt uppdrag har revisionskontoret genomfört en granskning av kunskapsstyrning. Granskningens syfte har varit att svara på om regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillräcklig uppföljning och kontroll av att arbetet med kunskapsstyrning bedrivs på ett tillfredsställande sätt.

Granskningen har avgränsats till det regionövergripande arbetet, med fokus på samordnarrollen och regionöverläkarnas funktion. Därutöver har följande fyra kunskapsstöd särskilt granskats: osteoporos – sekundärprevention efter fraktur, schizofreni – förstagångsinsjuknande, palliativ vård och kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.

Vår sammanfattande bedömning är att regionen har etablerat en struktur för kunskapsstyrning som i huvudsak följer den nationella modellen och är förankrad i ordinarie styrning. Trots detta är uppföljning och kontroll inte fullt tillfredsställande. Implementeringen av vårdförlopp är ojämn, särskilt inom primärvården och uppföljningen är begränsad och beroende av manuella processer.

Samverkan med kommunerna saknar en formaliserad modell, vilket försvårar en sammanhållen vårdkedja. Vår bedömning är att regionen endast delvis uppfyller kraven på effektiv implementering, systematisk uppföljning och integrerad riskhantering.

Iakttagelser och bedömning för hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Användningen av evidensbaserade vårdförlopp är ojämn. Två av granskade vårdförlopp är delvis implementerade, medan övriga två är i tidigt skede.
- Implementeringen fördröjs av resursbrist, särskilt inom primärvården. Bemanningssvårigheter påverkar möjligheten att genomföra gapanalyser och uppföljning.
- Patientperspektivet är inte helt integrerat i arbetet. Trots nationella krav på personcentrering saknas tillfredsställande strukturer och rutiner för att involvera patienter och närstående, vilket gör att vården inte alltid utgår från patientens behov och värderingar.

- Uppföljningen är begränsad och beroende av manuella insatser. Det saknas en samlad struktur för indikatorer, vilket försvårar styrning och förbättringsarbete.

- Samverkan med kommunerna är etablerad men saknar formaliserade rutiner.

Rekommendationer till Hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Säkerställ tillämpning av vårdförlopp i hela vårdkedjan, särskilt inom primärvården. Integrera patient- och närståendeperspektiv i arbetet.

- Förbättra uppföljningen genom att använda befintliga stödsystem mer konsekvent och säkerställa att indikatorer följs upp och rapporteras regelbundet.

- Minska personberoendet genom att säkra kompetensförsörjning i arbetsgrupper och utveckla utbildningsinsatser för chefer och medarbetare om kunskapsstyrningens syfte och praktiska tillämpning.

- Förbättra samverkan med kommunerna genom att utveckla rutiner för gemensamma forum för beslut och uppföljning.

Vi emotser senast den 4:e juni 2026 en redovisning av vilka åtgärder som hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit eller avser vidta samt tidplan med anledning av granskningsresultatet.

För Region Jämtland Härjedalens revisorer

Jan Rönngren
Ordförande

Viveca Asproth
Vice ordförande

Bilaga
Revisionsrapport – Granskning av Kunskapsstyrning dnr: REV/33/2025
Rapportsammandrag – Granskning av Kunskapsstyrning dnr: REV/33/2025

Kopia till
Regionstyrelsen
Regiondirektören
Avdelningschef för hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN
JÏEMHTEN HERJEDAELIEN DAJVE

GRANSKNING AV
Kunskapsstyrning

Revisionskontoret
Jan-Olov Undvall,
Certifierad kommunal revisor
Dnr: REV/33/2025

Innehållsförteckning

1 SAMMANFATTNING 3
2 INLEDNING/BAKGRUND 4
3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING 5
4 REVISIONSKRITERIER 5
5 ANSVARIG 5
6 METOD 6
7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN 7
7.1 STRUKTURER OCH PROCESSER FÖR IMPLEMENTERING 7
7.2 ANVÄNDNING AV EVIDENSBASERADE VÅRDFÖRLOPP 11
7.3 ANSVARSFÖRDELNING OCH ORGANISERING 13
7.4 SYSTEM FÖR UPPFÖLJNING OCH ANALYS 16
7.5 IDENTIFIERA OCH HANTERA RISKER 19
7.6 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER 21
7.6.1 Svar på revisionsfrågorna 23
8 KVALITETSSÄKRING 24
9 UNDERTECKNANDE 24
10 REFERENSER 25

1 SAMMANFATTNING

Syftet med granskningen är att bedöma om Region Jämtland Härjedalen har en tillfredsställande uppföljning och kontroll av arbetet med kunskapsstyrning.

Granskningen omfattar strukturer och processer för implementering, användning av evidensbaserade vårdförlopp, ansvarsfördelning och organisering, system för uppföljning och analys samt riskhantering.

Regionen har etablerat en struktur som speglar den nationella modellen för kunskapsstyrning och implementering är förankrade i linjen. Trots detta är implementeringsprocesserna administrativt tunga och fördröjs av resursbrist. Samverkan med kommunerna är etablerad men inte fullt formaliserad.

Nationella vårdförlopp används i delar av verksamheten, främst inom specialistvården, men tillämpningen är ojämn och uppföljningen begränsad. Patientperspektivet är svagt integrerat. Ansvarsfördelningen är i huvudsak tydlig men brister vid gränsöverskridande vårdflöden, och organisationen är starkt beroende av enskilda nyckelpersoner.

Uppföljning och analys sker, men är begränsad och beroende av manuella processer. Automatiserad datahantering saknas. Risker identifieras genom gapanalyser, men riskhanteringen är inte fullt integrerad i styrmodellen och är personberoende.

Den samlade bedömningen är att regionen har en grundstruktur som är ändamålsenlig, men kraven på effektiv implementering och systematisk uppföljning är endast delvis uppfyllda.

För att stärka kunskapsstyrningen rekommenderar vi att:

- Förenkla implementeringsprocesserna och minska den administrativa bördan.
- Utveckla automatiserad datahantering och indikatorbaserad uppföljning.
- Tydliggöra ansvarsfördelningen vid gränsöverskridande vårdprocesser och minska personberoendet.
- Integrera patientperspektivet och säkerställa jämlik tillämpning av vårdförlopp.
- Systematisera och hantera risker för undanträngningseffekter genom konsekvensanalyser.
- Dessutom bör kompetens och resurser för nyckelfunktioner säkras och utbildningsinsatser genomföras för chefer och medarbetare.

2 INLEDNING/BAKGRUND

Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården är ett nationellt system som ska säkerställa att vården bedrivs med stöd av bästa tillgängliga kunskap. Systemet har utvecklats gemensamt av Sveriges regioner i samverkan med SKR och omfattar nationell, sjukvårdsregional och lokal nivå. Det bygger på tre samverkande delar: kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap.

Syftet är att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv. Genom att utveckla och tillämpa evidensbaserade vårdförlopp, kliniska kunskapsstöd ska vården utgå från patientens behov och perspektiv. Arbetet sker i bred samverkan med professioner, patienter, kommuner och statliga aktörer, och ska bidra till ett lärande system där ny kunskap snabbt omsätts i praktiken.

Region Jämtland Härjedalen har, i likhet med övriga regioner, åtagit sig att anpassa sin organisation till den nationella strukturen för kunskapsstyrning. Arbetet sker i nära samverkan med Norra sjukvårdsregionförbundet och omfattar både implementering av nationella kunskapsstöd och utveckling av lokala stödstrukturer.

Om kunskapsstyrningen inte fungerar tillfredsställande riskerar vården att bli ojämlik, där patienter får olika behandling beroende på geografi eller vårdgivare. Avsaknad av strukturerad och evidensbaserad styrning kan leda till kvalitetsbrister, där vårdpersonal saknar tillgång till eller inte använder uppdaterade metoder. Detta påverkar patientsäkerheten negativt och minskar vårdens effektivitet.

Bristande följsamhet till kunskapsstyrning försvårar även uppföljning och analys av vårdens resultat, vilket är avgörande för att kunna förbättra verksamheten och använda resurser på ett ändamålsenligt sätt. En välfungerande kunskapsstyrning är därför en förutsättning för att möta framtidens behov, inklusive personcentrerad vård, digitalisering och användning av ny teknik. Den skapar en sammanhållen struktur där kunskap, uppföljning och ledarskap samverkar för att ge bästa möjliga vård till varje individ.

Mot denna bakgrund har revisionen granskat om regionen har en tillfredsställande styrning, uppföljning och kontroll av arbetet med kunskapsstyrning.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningens syfte har varit att svara på om regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillräcklig uppföljning och kontroll av att arbetet med kunskapsstyrning bedrivs på ett tillfredsställande sätt.

Revisionsfrågor

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

- Har regionen etablerat ändamålsenliga strukturer och processer för att implementera och följa upp kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården?
- Används evidensbaserade vårdförlopp, vårdprogram och behandlingsriktlinjer i den dagliga vårdverksamheten på ett tillfredsställande sätt?
- Finns det en tydlig ansvarsfördelning och organisering av arbetet med kunskapsstyrning?
- Har regionen ett ändamålsenligt system för uppföljning och analys av hur kunskapsstyrningen påverkar vårdens kvalitet, jämlikhet och patientsäkerhet?
- Sker ett tillfredsställande arbete med att identifiera och hantera risker kopplade till bristande kunskapsstyrning?

Avgränsning

Granskningen har avgränsats till hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen inom regionstaben och hälso- och sjukvårdsförvaltningen med fokus på följande kunskapsstöd; osteoporos- sekundärprevention efter fraktur, schizofreni- förstagångsinsjuknande, palliativ vård och kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.

4 REVISIONSKRITERIER

Vår bedömning har utgått från:

- Kommunallagen (2017:725) 11 kap.
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Socialstyrelsen föreskrift och allmänna råd om ett ledningssystematiskt för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet.
- Gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården. Överenskommelse mellan staten och SKR Nationellt system för kunskapsstyrning

5 ANSVARIG

Ansvarig är regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden.

6 METOD

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och djupintervjuer med nyckelpersoner i organisationen. Intervjuerna har syftat till att klarlägga roller, ansvar och arbetssätt i kunskapsstyrningen. Följande befattningar har intervjuats:

- **Regionöverläkare, medicinsk rådgivare till hälso- och sjukvårdsdirektören**
  Ansvarar för strategisk ledning och samordning av kunskapsstyrning på regional nivå. Leder arbetsutskottet till Kunskapsstyrningsrådet och förankrar ärenden inför beslut i hälso- och sjukvårdsledningen.
- **Regionöverläkare, ansvar för uppföljning och analys**
  Samordnar uppföljning och analys av vårddata. Deltar i lokal samverkansgrupp (LSG) för uppföljning och analys och utvecklar indikatorer, rapporter och beslutsunderlag.
- **Samordnare för kunskapsstyrning**
  Har ett operativt och strategiskt ansvar för att koordinera kunskapsstyrningsarbetet. Leder processer för gapanalys, implementering och uppföljning samt utvecklar strukturer och verktyg för kunskapsstyrning.
- **Distriktsläkare, ordförande i LPO Äldres hälsa**
  Ansvarar för implementering av vårdförloppet för kognitiv svikt. Leder lokala arbetsgrupper, samordnar primärvård och specialistvård samt medverkar i utveckling av lokala anpassningar.
- **Verksamhetsutvecklare, divisionsledning Nära vård**
  Stödjer implementering av vårdförlopp i primärvården, inklusive framtagning av lokala tillägg och utbildningsinsatser.
- **Verksamhetschef, ortopedi och programägare för vårdförlopp osteoporos**
  Ansvarar för implementering av vårdförloppet inom ortopedin och samordning med primärvården.
- **Överläkare, medicinskt ansvarig för palliativ vård**
  Leder implementeringen av vårdförloppet för palliativ vård och samordnar lokala arbetsgrupper med representanter från region och kommun.
- **Tillförordnad verksamhetschef för psykiatri**
  Har haft centralt ansvar för implementering av vårdförloppet för schizofreni. Leder arbetsgrupper och säkerställer kompetensförsörjning och struktur för uppföljning.

7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

7.1 STRUKTURER OCH PROCESSER FÖR IMPLEMENTERING

Revisionsfråga: Har regionen etablerat ändamålsenliga strukturer och processer för att implementera och följa upp kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården?

Regionerna i Sverige har tillsammans med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och statliga myndigheter som Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) byggt upp ett gemensamt nationellt system för kunskapsstyrning. Syftet med detta system är att säkerställa att vården i hela landet bedrivs på ett likvärdigt och evidensbaserat sätt.

Kunskapsstyrning handlar om att ta fram och sprida kunskapsstöd som hjälper vårdens personal att fatta rätt beslut i det dagliga arbetet. Dessa kunskapsstöd kan vara:

- Standardiserade vårdförlopp – beskriver hur patienter med vissa diagnoser ska utredas och behandlas.
- Kliniska kunskapsstöd och vårdförlopp – ger rekommendationer om bästa möjliga behandling.
- Vägledning och styrdokument – anger hur vården bör organiseras och genomföras.

Dessa kunskapsstöd är dock inte lagar eller föreskrifter, utan rekommendationer baserade på forskning och beprövad erfarenhet. De ska fungera som vägledning för vårdens professioner och bidra till att patienter får en mer jämlik vård, oavsett var i landet de bor.

Sedan 2018 har Region Jämtland Härjedalen succesivt byggt upp sitt arbete med kunskapsstyrning. Regionen har anslutit sig till de nationella överenskommelserna och skapat lokala programområden (LPO) som motsvarar de nationella strukturerna. Dessa programområden är tvärprofessionella, vilket betyder att de samlar kompetens från olika yrkesgrupper och från både primärvård och specialistvård. Syftet är att säkerställa att vården styrs av bästa tillgängliga kunskap.

Arbetet har tre huvuddelar:

1. Implementering av nationella kunskapsstöd – exempelvis vårdförlopp som beskriver hur vården bör bedrivas för olika diagnoser.
2. Utveckling av lokala tillägg till kliniska kunskapsstöd – när nationella stöd behöver anpassas till regionala förutsättningar.
3. Uppföljning och analys – för att se om vården når önskad kvalitet och ger de resultat som förväntas.

Implementering av kunskapsstöd

När en remissversion av nya nationella kunskapsstöd publiceras, till exempel vårdförlopp eller kliniska kunskapsstöd, gör regionen en första bedömning:

- Är stödet relevant för vår verksamhet?
- Är det möjligt att genomföra med befintliga resurser?

Bedömningen sker genom remisshantering. Regionen lämnar synpunkter på innehåll och eventuella behov av lokala anpassningar.

När ett kunskapsstöd sedan är publicerat och beslut finns om att det ska införas görs en gapanalys i verktyget Stratsys. Analysen visar om regionens verksamheter redan uppfyller kraven eller om det finns brister:

- Uppfyllt
- Delvis uppfyllt
- Ej uppfyllt

För de delar som inte uppfylls görs orsaks-, påverkans- och konsekvensanalyser. Utifrån dessa tas ett förslag till beslut fram, som inkluderar en lista på åtgärder.

Analysen sammanställs i en rapport, som presenteras för hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp, som beslutar om implementering, justeringar eller avgränsningar. Efter godkänd gapanalys vidtar en plan för implementering, vilken också ska godkännas av hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp, innan kunskapsstödet (*oftast ett vårdförlopp)* räknas som implementerat. I de fall en implementering sker i samverkan med kommunerna fattas beslut om det i länsövergripande tjänstepersonsarena för samverkan inom hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst. Efter implementering följs resultaten upp utifrån indikatorer.

Om kliniska kunskapsstöd behöver anpassas till regionala förutsättningar tas lokala tillägg fram. Dessa dokument kvalitetssäkras, beslutas och publiceras i regionens dokumenthanteringssystem (Centuri) samt på Vårdgivarwebben och 1177.

<u>Granskning av fyra kunskapsstöd</u>

I rapportens underavsnitt görs en granskning av implementeringen av fyra kunskapsstöd: vårdförloppen för osteoporos – sekundärprevention efter fraktur, palliativ vård, schizofreni – förstagångsinsjuknande och kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom. Dessa vårdförlopp har valts för att belysa kunskapsstyrningens genomförande inom olika delar av vården: somatisk vård, vård i livets slutskede, psykiatrisk vård och vård för äldre med kognitiv svikt.

Granskningen har prövat respektive revisionsfråga mot dessa kunskapsstöd. Det innebär att bedömningen av strukturer och processer för implementering, användning av evidensbaserade vårdförlopp, ansvarsfördelning och organisering, system för uppföljning och analys samt riskhantering har gjorts utifrån hur dessa aspekter fungerar i praktiken för vart och ett av de fyra vårdförloppen. På så sätt har granskningen kunnat ge en nyanserad bild av styrkor och svagheter i kunskapsstyrningen, både generellt och i relation till specifika diagnosområden.

Vårdförlopp Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur

Regionen har sedan 2018 arbetat med att införa det nationella vårdförloppet för sekundärprevention vid osteoporosfraktur. Arbetet har drivits inom det lokala programområdet för rörelseorganens sjukdomar, med områdeschefen som programägare. Vårdförloppet syftar till att minska risken för sekundärfrakturer genom tidig identifiering, riskbedömning och behandling av patienter med osteoporosrelaterade frakturer.

Inom specialistvården har ortopedkliniken etablerat en frakturkedja där särskilt utbildade sjuksköterskor, frakturkoordinatorer, ansvarar för att initiera utredning och vidarebefordra underlag till primärvården.

Primärvårdens del av vårdförloppet är ännu inte färdigställd, enligt programägaren. En tidigare gapanalys har visat på behov av kompletteringar, särskilt vad gäller fallprevention, läkemedelsbehandling och dokumentation. Arbetet med att ta fram en implementeringsplan pågår men försvåras av organisatoriska skillnader mellan hälsocentraler, exempelvis tillgång till röntgen, samt begränsat deltagande från privata vårdgivare.

En särskild utmaning är att patienter med kotkompressioner ofta inte identifieras i tid, eftersom de sällan söker akut och inte alltid röntgas. Detta innebär att en stor patientgrupp riskerar att stå utanför vårdförloppet. Bristande samverkan mellan vårdnivåer och avsaknad av gemensamma strukturer för informationsöverföring försvårar ytterligare en jämlik implementering.

Programägaren framför kritik mot den administrativa tyngden i kunskapsstyrningens processer, särskilt gapanalysen i Stratsys, som upplevs som svår att anpassa till lokala förhållanden. Programägaren efterlyser förenklingar för att påskynda implementeringsprocessen.

Vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande

En gapanalys är genomförd som syftat till att identifiera skillnader mellan nationella riktlinjer och den faktiska vården. Arbetet har bedrivits inom psykosvården enligt den tillförordnade verksamhetschefen. Gapanalysen genomfördes under 2022–2023 och resulterade i flera insatser, bland annat utbildning i krisintervention, suicidriskbedömning och våldsriskbedömning, samt förstärkning av arbetsterapi- och fysioterapiresurser. Psykologerna utbildades också i kognitiv screening för att bättre kunna identifiera patienter med nedsatt kognitiv funktion.

Bristande tillgång på läkare är en utmaning i arbetet. Sjuksköterskebrist och hög arbetsbelastning för enhetschefer är också försvårande omständigheter för implementeringsarbetet. En ytterligare utmaning är att psykosgruppen, där schizofreni ingår, delar enhet med andra patientgrupper, vilket gör det svårt att fokusera resurser och följa vårdförloppet konsekvent. En uppdelning av enheten skulle kunna möjliggöra ett mer målinriktat arbetssätt, men kräver organisatoriska förändringar och ett förändrat arbetssätt.

Vårdförlopp Palliativ vård

Ett arbete har påbörjats med att implementera ett vårdförlopp för palliativ vård, vilket hör till en del av det lokala programområdet "Äldres hälsa och palliativ vård". Vårdförloppet är inte begränsat till äldre utan sträcker sig över flera diagnosområden såsom cancer, hjärtsvikt, lungsjukdomar och neurologiska tillstånd. Syftet är att skapa en mer jämlik tillgång till palliativ vård oavsett patientens ålder, diagnos, kön eller bostadsort.

Arbetet leds av medicinskt ledningsansvarig (MLU) för den palliativa enheten, som tillsammans med en lokal arbetsgrupp (LAG) har genomfört en gapanalys för att identifiera skillnader mellan nuläge och önskat läge. Gruppen är brett sammansatt med representanter från både regionens och kommunernas verksamheter, inklusive specialiserad palliativ vård, kirurgi, lungmottagning, kommunal vård och särskilda boenden. Gapanalysen är färdigställd, godkänd och har presenterats för relevanta instanser, såsom hälso- och sjukvårdsledningen och Lokal samverkansgrupp (LSG) patientsäkerhet.

Nästa steg i processen är att konkretisera vilka åtgärder som krävs för att ”täppa till” de identifierade gapen. Det handlar bland annat om att ta fram rutiner, utbildningsinsatser och strukturer för att stödja implementeringen.

Implementeringsarbetet har dock fördröjts av flera faktorer, däribland brist på tid och resurser, samt svårigheter att arbeta med den mallbaserade struktur som används i Stratsys. Mallen har upplevts som stel och svår att anpassa till lokala förhållanden, vilket har försvårat dokumentationen av gruppens tankar och slutsatser.

En särskild utmaning i arbetet är att region och kommuner har olika journalsystem och organisatoriska strukturer. Det palliativa vårdförloppet berör patienter i både regional och kommunal vård, vilket ställer krav på gemensamma arbetssätt och informationsöverföring. Ett gemensamt journalsystem skulle underlätta samverkan och öka patientsäkerheten, men detta ligger utanför arbetsgruppens rådighet.

Kompetensförsörjning är ett annat centralt område. Det finns ett uttalat behov av att höja kunskapen om palliativ vård i hela vårdsystemet, eftersom dessa patienter finns i många olika verksamheter. Palliativ vård uppfattas ofta som något som ges i livets slutskede, men bör i själva verket påbörjas långt tidigare. För att hålla kunskapen levande föreslås att varje arbetsplats utser ett palliativt ombud och att ett lokalt kompetenscentrum etableras.

Vårdförloppet bygger på personcentrering där patientens värderingar och önskemål är utgångspunkt för vårdens utformning. Samtal vid allvarlig sjukdom är en ny samtalsstruktur som redan börjat spridas i verksamheterna. Det finns ambitioner att involvera patienter och närstående i arbetet men praktiska hinder har försvårat detta.

Vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Implementeringen av kunskapsstödet för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom har varit en omfattande och komplex process som krävt nära samverkan mellan primärvård, specialistvård och kommunala aktörer. Arbetet har bedrivits inom LPO Äldres hälsa, där en styrka har varit den breda sammansättningen av yrkeskategorier – läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, neuropsykologer – samt representanter från kommun och en anhörigorganisation. Denna bredd har möjliggjort ett personcentrerat perspektiv och skapat förutsättningar för att integrera både medicinska och sociala insatser i vårdförloppet.

Implementeringen har inneburit att ett lokalt anpassat vårdförlopp har implementerats med tydliga instruktioner för basal utredning, provtagningspaket, strukturerade intervjuer och remissrutiner till specialistnivå. Journalmallar har utvecklats för att underlätta dokumentation och säkerställa att utredningar genomförs enligt rekommendationerna. Vårdförloppet har spridits genom utbildningsinsatser riktade till distriktsläkare, ST- och AT-läkare samt via primärvårdsdagar och interna informationskanaler. Kommunala insatser har integrerats genom ett särskilt insatsförlopp, vilket har krävt förhandlingar och samordning med biståndshandläggare och hemsjukvården.

Samtidigt framkommer att processen är resurskrävande. Deltagarna i LPO saknar ofta avsatt tid för arbetet vilket riskerar att fördröja implementeringen.

Stödfunktioner som metodstödjare och samordnare har varit helt avgörande för att navigera i beslutsvägar, hantera gapanalysen och säkerställa att arbetet följer den nationella strukturen. Dessa funktioner har även stöttat uppföljningen genom att ta fram indikatorer och effektmått i system som Insight och COSMIC. Utan dessa funktioner hade implementeringen inte varit möjlig, enligt ordförande för LPO – äldres hälsa, då den administrativa komplexiteten och kraven på koordinering mellan flera nivåer överstiger vad kliniskt verksamma kan hantera inom ordinarie tjänst.

Bedömning

Svaret blir <u>delvis</u> på revisionsfrågan om regionen har etablerat ändamålsenliga strukturer och processer för att implementera och följa upp kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.

- Region Jämtland Härjedalen har etablerat en struktur för kunskapsstyrning som följer den nationella modellen med LPO, LSG och LAG. Arbetet är förankrat i linjeorganisationen och beslut om gapanalyser och implementering fattas av hälso- och sjukvårdsledningen, vilket uppfyller kravet att kunskapsstyrningen ska ingå i ordinarie styrmodell.
- Processer för remisshantering, gapanalys och åtgärdsplaner är tydliga men upplevs som administrativt tunga och svåra att anpassa lokalt. Implementeringen av vårdförlopp sker stegvis och har fördröjts av resursbrist och svårigheter att bemanna arbetsgrupper, särskilt inom primärvården. Regionen uppfyller därför inte fullt ut den nationella inriktningen att prioritera praktisk tillämpning och resultat.
- Samverkan med kommunerna finns i vissa vårdförlopp men en sammanhållen modell för ansvar och mandat vid gränsöverskridande processer saknas, vilket riskerar att kunskapsstyrningen inte blir integrerad i hela vårdkedjan.

7.2 Användning av evidensbaserade vårdförlopp

Revisionsfråga: Används evidensbaserade vårdförlopp, vårdprogram och behandlingsriktlinjer i den dagliga vårdverksamheten på ett tillfredsställande sätt?

Osteoporos- sekundärprevention efter fraktur

Granskningen visar att användningen av det nationella vårdförloppet för sekundärprevention efter fraktur vid osteoporos är delvis tillfredsställande inom regionen. Inom specialistvården, särskilt ortopedin, har det etablerats en fungerande frakturkedja där patienter med misstänkt osteoporos identifieras och utreds. Arbetssättet är väl förankrat, bygger på evidensbaserade metoder och tillämpas i praktiken.

I primärvården är tillämpningen däremot begränsad, enligt områdeschefen för ortopedi. Det saknas en färdig implementeringsplan och ett lokalt kunskapsstöd som är anpassat till primärvårdens förutsättningar. Det nationella vårdförloppet är tillgängligt, men implementeringen är i sin nuvarande form främst utformat för slutenvården. Ett regionalt tillägg för primärvården är under framtagande.

Det saknas strukturer för att säkerställa att remisser från specialistvården leder till behandling i primärvården. Privata hälsocentraler är inte fullt ut involverade, vilket påverkar jämlikheten i vårdens tillämpning.

Brister i dokumentation och kodning i journalsystemet försvårar uppföljningen, vilket innebär att det inte går att bedöma i vilken utsträckning vårdförloppet faktiskt följs.

(Vid faktagranskning framkom att den person som är utsedd för att implementera vårdförloppet är sjukskriven och ingen ersättare har ännu utsetts.)

Schizofreni - förstagångsinsjuknande

Utifrån intervjun med tillförordnade verksamhetschefen framgår att flera förbättringsinsatser genomförts. Bland annat har utbildning genomförts inom krisintervention, suicidriskbedömning och våldsriskbedömning, och nya funktioner såsom fysioterapeut och arbetsterapeut har knutits till verksamheten. Psykologer har utbildats i kognitiv screening enligt evidensbaserade metoder. Dessa insatser är i linje med vårdförloppets innehåll och syftar till att stärka den kliniska tillämpningen av kunskapsstödet.

Trots ovan nämnda förbättringsinsatser är tillämpningen i praktiken inte fullt ut tillfredsställande. Det saknas en tydlig teamstruktur och en systematisk sortering av patientgruppen utifrån vårdbehov, vilket försvårar prioritering och resursfördelning. Enheten PSF[1]har cirka 600 patienter, varav 400 tillhör psykosgruppen. Av dessa har en betydande andel omfattande vårdbehov, men enheten ligger samtidigt 120 läkarbesök back avseende årlig uppföljning. Detta innebär att basinsatser enligt vårdförloppet inte genomförs i tillräcklig omfattning, vilket är särskilt allvarligt för en patientgrupp med nedsatt kognitiv funktion och begränsad egen förmåga att söka vård.

Patientperspektivet är beaktat i arbetet, men det finns inneboende svårigheter kopplade till medicineringens biverkningar. Medicineringen är ofta tung och medför biverkningar som påverkar livskvalitet och kognitiv funktion, vilket gör att många patienter är ambivalenta till behandlingen. Detta kräver ett särskilt förhållningssätt från vården, men också resurser för att kunna följa upp och stödja patienterna kontinuerligt.

En ytterligare risk är att psykosgruppen trängs undan av andra patientgrupper, särskilt inom det neuropsykiatriska området. Denna grupp är ofta mer resursstark och kräver mycket uppmärksamhet, vilket leder till undanträngningseffekter för patienter med svår psykos. Detta påverkar möjligheten att tillämpa vårdförloppet på ett jämlikt sätt.

Vårdförlopp Palliativ vård

Den medicinskt ansvariga för implementering av vårdförloppet beskriver att delar av vårdförloppet redan tillämpas i praktiken, exempelvis samtal vid allvarlig sjukdom, men att det saknas en samlad struktur för hur kunskapsstödet ska användas och följas upp. Samtal vid allvarlig sjukdom syftar till att tidigt fånga upp patientens behov och önskemål. Implementeringen är dock i ett tidigt skede, uppföljningen är otillräcklig och det finns kvarstående utmaningar kopplade till kompetens, resurser och samverkan.

Det finns planer på att införa den nationella vårdplanen för palliativ vård, som innehåller skattningsinstrument och strukturerad dokumentation.

Från intervjuade lyfts behovet av kontinuerlig kompetensutveckling fram som en förutsättning för att kunskapsstöden ska kunna användas effektivt. Det handlar framför allt om att stärka förståelsen för vad palliativ vård innebär och hur den kan integreras i olika delar av vården.

Patientperspektivet är i dagsläget svagt integrerat i det lokala arbetet med kunskapsstyrning. Det finns ambitioner att involvera patientrepresentanter, men det saknas strukturer och rutiner för hur detta ska gå till. Det nationella vårdförloppet för palliativ vård har ett tydligt fokus på personcentrering, men detta har ännu inte fått fullt genomslag i det lokala implementeringsarbetet.

Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Användningen av kunskapsstödet för kognitiv svikt i den kliniska vardagen har medfört tydliga förändringar i arbetssätt och struktur. Den medicinskt ansvarige för implementering av vårdförloppet beskriver att vårdförloppet har blivit ett praktiskt verktyg som stödjer en mer systematisk och kvalitetssäkrad utredning. I primärvården har införandet av journalmallar och provtagningspaket gjort det enklare att följa rekommenderade rutiner,

[1] (Psykossektionen inom psykiatrin, som ansvarar för patienter med psykosdiagnoser, inklusive schizofreni)

vilket har minskat variationen mellan olika enheter. Strukturerade intervjuer med närstående används i större utsträckning än tidigare, vilket stärker bedömningens tillförlitlighet och bidrar till en mer personcentrerad vård.

Kunskapsstödet har också förbättrat kommunikationen mellan vårdnivåer. Tydliga remisskriterier och standardiserade svar från röntgen har skapat en mer förutsägbar process för utredning och vidare handläggning. Trots detta kvarstår utmaningar, exempelvis att diagnostillfället inte alltid följs upp med en sammanhållen plan för stödinsatser. För att kompensera för bristande resurser, såsom arbetsterapeuter, görs lokala anpassningar där hemsjukvårdens personal tar över vissa moment.

Vårdförloppet har spridits genom bland annat utbildningsinsatser riktade till distriktsläkare, ST- och AT-läkare samt via primärvårdsdagar, vilket har ökat medvetenheten och användningen i praktiken. Den medicinskt ansvarige framhåller att kunskapsstödet inte bara är ett dokument, utan ett stöd som underlättar kliniska beslut och stärker patientsäkerheten. Samtidigt betonas att fortsatt utveckling krävs för att underlätta uppföljning och integrera digitala lösningar, exempelvis videokonsultationer och automatiserad dataöverföring till kvalitetsregister, för att säkerställa långsiktig hållbarhet.

Bedömning

Svaret blir <u>delvis</u> på revisionsfrågan om evidensbaserade vårdförlopp, vårdprogram och behandlingsriktlinjer används i den dagliga vårdverksamheten på ett tillfredsställande sätt.

- Regionen använder nationella vårdförlopp, men tillämpningen är ojämn mellan vårdnivåer och diagnosområden. Osteoporos och kognitiv svikt är delvis implementerade och används i specialistvården, medan primärvårdens tillämpning är begränsad, vilket ger avvikelser från rekommenderade processer och strider mot målet om en jämlik personcentrerad vård.

- Schizofreni och palliativ vård är i ett tidigt implementeringsskede med otillräcklig uppföljning och avsaknad av systematiska rutiner, vilket ökar risken för variationer. Trots nationella krav på personcentrering saknas strukturer och rutiner för att involvera patienter och närstående, vilket gör att vården inte alltid utgår från patientens behov och värderingar.

- Samverkan med kommunerna förekommer men är inte fullt etablerad, vilket försvårar en sammanhållen vårdkedja, särskilt för äldre och patienter med komplexa behov.

7.3 ANSVARSFÖRDELNING OCH ORGANISERING

Revisionsfråga: Finns det en tydlig ansvarsfördelning och organisering av arbetet med kunskapsstyrning?

Inom regionen har det under de senaste åren etablerats en struktur för kunskapsstyrning som i huvudsak speglar det nationella systemet. Arbetet är organiserat genom lokala programområden (LPO), lokala samverkansgrupper (LSG), lokala arbetsgrupper (LAG) samt ett kunskapsstyrningsråd. Denna struktur är utformad för att möjliggöra ett systematiskt mottagande, anpassning, implementering och uppföljning av nationella kunskapsstöd såsom vårdförlopp, vårdprogram och kliniska riktlinjer.

Det övergripande ansvaret för kunskapsstyrningens genomförande och utveckling vilar på hälso- och sjukvårdsdirektören och dennes ledningsgrupp. Beslut om gapanalyser, åtgärdsplaner och implementering fattas i linjen, vilket innebär att kunskapsstyrningen är integrerad i regionens ordinarie styrmodell. Samordnaren för kunskapsstyrning har en central roll att koordinera arbetet mellan programområden, samverkansgrupper och arbetsgrupper, samt att säkerställa dokumentation, informationsöverföring och stöd till verksamheterna.

- LPO är tematiskt organiserade utifrån diagnosområden och leds av en programägare och en ordförande. Dessa har ansvar för att initiera, planera och följa upp arbetet med kunskapsstöd inom sitt område, samt att säkerställa representation från både primärvård och specialiserad vård.
- LSG hanterar tvärgående frågor såsom läkemedel, patientsäkerhet, strukturerad vårdinformation och uppföljning.
- LAG arbetar med specifika uppdrag, exempelvis kodning, journalstruktur och uppföljningsverktyg.
- Kunskapsstyrningsrådet fungerar som ett referensforum och samlar representanter från nationella programområden, kommunförbundet och nyckelfunktioner i regionen. Arbetsutskottet (AU) är en operativ grupp som bereder frågor kopplade till kunskapsstyrning.

En central risk som flera intervjuade framhåller är att kunskapsstyrningen är starkt personberoende, särskilt kopplat till samordnarrollen. Samordnaren beskrivs av samtliga som en nyckelfunktion för att strukturen ska fungera. Denna roll har ett omfattande ansvar för koordinering, dokumentation och stöd till verksamheterna, vilket gör funktionen svår att ersätta. Den planerade pensioneringen av nuvarande samordnare innebär därför en betydande risk för kontinuitet och förlust av kompetens. Utan en tydlig plan för kunskapsöverföring finns en påtaglig sårbarhet som kan påverka både implementering och uppföljning av kunskapsstyrningen.

En svårighet som lyfts fram är att bemanna vissa programområden, särskilt med representanter från primärvården, vilket påverkar möjligheten att genomföra gapanalyser och implementering.

Ansvarsfördelningen uppges i huvudsak vara tydlig men vissa delar är oklara, särskilt när vårdprocesser går tvärs över organisatoriska gränser. Det är inte alltid självklart vem som har ansvar för implementering och uppföljning av vårdförlopp som involverar flera verksamheter. Detta gäller särskilt för sjukdomsgrupper som inte har en tydlig hemvist i linjeorganisationen, vilket kan leda till att ingen verksamhet tar fullt ansvar.

Osteoporos- sekundärprevention efter fraktur

Verksamhetschefen för ortopedi har haft en ledande roll i att strukturera arbetet och säkerställa att vårdförloppet tillämpas inom ortopedin. Denna del av vårdförloppet är beslutad och implementerad.

Övergången till primärvården är däremot otillräckligt reglerad, enligt verksamhetschefen. Det saknas en färdig implementeringsplan och ett lokalt kunskapsstöd som är anpassat till primärvårdens förutsättningar. En verksamhetsutvecklare för Division Nära vård har fått i uppdrag att ta fram ett sådant stöd, men arbetet är ännu inte avslutat. En tidigare genomförd gapanalys har inte omsatts i fullständig implementering vilket har medfört behov av kompletterande analys och regionala anpassningar.

Samverkan mellan vårdnivåer är en återkommande utmaning. Det finns oklarheter kring vem som har mandat att driva implementering och uppföljning, särskilt när det gäller gränsöverskridande ansvar mellan ortopedi, endokrinologi och primärvård. Privata hälsocentraler är inte fullt ut involverade, vilket påverkar likvärdigheten i vårdens tillämpning.

Organisatoriskt är arbetet förankrat i linjen. Beslut om gapanalys, åtgärdsplan och implementering har fattats av hälso- och sjukvårdsledningen. Samordnaren för kunskapsstyrning har haft en central roll i att koordinera arbetet och LPO Rörelseorganens sjukdomar har ansvarat för att driva processen. Samverkan med uppföljnings- och analysgrupper har skett.

Verksamhetschefen för ortopedi efterlyser dock tydligare mandat för arbetsgrupper och bättre samverkan på chefsnivå och menar att det saknas strukturer för dialog om resurser och genomförbarhet, vilket leder till att implementeringen blir fragmenterad och långsam.

Vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande

Utifrån intervjun med tillförordnade verksamhetschefen för psykiatri framkommer att ansvarsfördelningen och organiseringen av arbetet med vårdförloppet är delvis tydlig, men att det finns flera strukturella och praktiska utmaningar.

Inom specialistpsykiatrin är det PLA, MLA och enhetschefer som har det operativa ansvaret för att driva implementeringen. Den tillförordnade verksamhetschefen betonar att mycket av arbetet är personbundet och att implementeringen ofta beror på enskilda medarbetares engagemang.

Det saknas en formell struktur för teamarbete med tydliga mandat och ansvarsfördelning. Det saknas en också fungerande teamstruktur med läkare, sjuksköterska och övrig vårdpersonal som gemensamt följer upp patienter enligt vårdförloppet, enligt tillförordnad verksamhetschefen.

På ledningsnivå är kunskapsstyrningen för schizofreni förankrad i linjen. Gapanalysen har godkänts av hälso- och sjukvårdsledningen, men fortsatt arbete kräver ny bemanning och arbetsgrupp. Det framgår att det saknas en tydlig funktion med mandat att följa upp och stödja implementeringen i vardagen. Enhetschefer är ofta belastade med administrativa uppgifter, vilket begränsar deras möjlighet att vara närvarande i verksamheten.

Vårdförlopp Palliativ vård

Utifrån intervjuerna framgår att ansvarsfördelningen och organiseringen i huvudsak är tydlig men att det finns flera utmaningar kopplade till samverkan, resurser, uppföljning och kompetensförsörjning.

Det lokala programområdet (LPO) för Äldres hälsa och palliativ vård har det formella ansvaret för att driva arbetet med vårdförloppet. Medicinskt ledningsansvarig för Palliativa enheten leder även den lokala arbetsgruppen (LAG) som arbetar med implementeringen. Gruppen är brett sammansatt och inkluderar representanter från specialistvård, primärvård, kommunal vård, SÄBO, hemsjukvård och palliativa konsultteamet. En verksamhetsutvecklare för primärvården har rollen som gapanalysledare och ansvarar för att hantera analysverktyget och stödja arbetsgruppen i processen.

Av intervjuerna framgår att det finns en i huvudsak tydlig ansvarsfördelning och organisering av arbetet med vårdförloppet för palliativ vård. Arbetet är förankrat i linjen och involverar både region och kommun.

Vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Ansvarsfördelningen inom LPO Äldres hälsa är i grunden tydlig, men den praktiska organiseringen av arbetet med kunskapsstyrning visar på flera utmaningar, enligt den medicinskt ansvarige. Implementeringen förutsätter en struktur som omfattar både regionens primärvård och specialistvård samt kommunala aktörer. Insatsförloppet, som reglerar stödinsatser enligt SoL och kommunal hälso- och sjukvård, har utvecklats parallellt med den basala utredningen, vilket ställer höga krav på samordning mellan olika huvudmän. Den medicinskt ansvariga för kunskapsstödet framhåller att denna samordning är komplex och att det saknas en formaliserad modell för hur ansvar ska fördelas vid gränsöverskridande vårdprocesser.

Den medicinskt ansvariga betonar vikten av att etablera tydliga kontaktvägar och att involvera nyckelpersoner i kommunerna tidigt i processen för att säkerställa kontinuitet och likvärdighet. Avsaknaden av en fastställd rutin för hur representanter utses innebär att rekrytering ofta sker informellt, baserat på personliga nätverk och kännedom om organisationen. Detta ökar sårbarheten och riskerar att göra arbetet personberoende, särskilt vid personalförändringar.

Den medicinskt ansvariga framhåller vidare att en hållbar organisering kräver att roller och mandat tydliggörs, inte bara inom LPO utan även i relation till linjeorganisationen och kommunala strukturer. Hon pekar på behovet av att skapa gemensamma forum för beslut och uppföljning, där både region och kommun har definierade roller. Utan en sådan struktur riskerar kunskapsstyrningen att förlora sin systematik och bli beroende av enskilda eldsjälar snarare än en robust organisation.

Bedömning

Svaret blir <u>delvis</u> på revisionsfrågan om det finns det en tydlig ansvarsfördelning och organisering av arbetet med kunskapsstyrning.

- Regionen har en organisatorisk struktur som följer den nationella modellen med LPO, LSG, LAG och kunskapsstyrningsråd. Ansvar är förankrat i hälso- och sjukvårdsledningen, vilket uppfyller kravet att kunskapsstyrningen ska ingå i ordinarie styrmodell.
- Samordnaren har en central roll, vilket är en styrka men också en risk då funktionen är personbunden. Ansvarsfördelningen är i huvudsak tydlig men oklarheter finns vid gränsöverskridande vårdprocesser mellan primärvård, specialistvård och kommunal vård. Detta är särskilt problematiskt för vårdförlopp utan tydlig hemvist, vilket kan leda till att ingen aktör tar fullt ansvar.
- Samverkan med kommunerna förekommer men saknar formaliserad modell för mandat och ansvar, vilket riskerar fragmentering i gränsöverskridande processer.

7.4 SYSTEM FÖR UPPFÖLJNING OCH ANALYS

Revisionsfråga: Har regionen ett ändamålsenligt system för uppföljning och analys av hur kunskapsstyrningen påverkar vårdens kvalitet, jämlikhet och patientsäkerhet?

Regionen har etablerat en struktur för uppföljning och analys som i huvudsak är i linje med nationella riktlinjer. Arbetet är organiserat genom en lokal samverkansgrupp (LSG) med ansvar för att samordna uppföljning och analys. Under denna finns lokala arbetsgrupper (LAG) som arbetar med strukturerad vårddokumentation, kodning och utveckling

av uppföljningsverktyg. Centrala funktioner, såsom samordnare och verksamhetsutvecklare, har nyckelroller i att driva arbetet framåt. Resultaten används som underlag för beslut i hälso- och sjukvårdsledningen.

För att stödja uppföljningen används flera tekniska verktyg:

- **Insight**, kopplat till journalsystemet COSMIC, för att skapa dashboards med indikatorer.
- **Power BI**, för mer avancerad analys av data som spänner över flera vårdnivåer och datamängder (vårddata, ekonomi och personal).
- **Inblick**, som ersatt tidigare beslutsstödsystem och används för att visualisera vårddata.
- **Medrev/primärvårdskvalitet**, arbete pågår med att integrera systemets färdiga kvalitetsindikatorer i primärvården med uppföljningen av implementering av vårdförlopp.

Dessa verktyg möjliggör uppföljning av exempelvis screeningfrekvens, behandlingsresultat och följsamhet till vårdförlopp. Ett konkret exempel är vårdförloppet för osteoporos, där en uppföljningsmall har tagits fram för att mäta frekvensen av sekundärfrakturer, behandling och riskbedömning.

Trots att strukturen är etablerad är tillämpningen begränsad. Endast ett vårdförlopp har hittills följts upp systematiskt med hjälp av Power BI. Det saknas en samlad struktur för att säkerställa att indikatorer definieras, följs upp och används som underlag för styrning.

Uppföljningen är i dagsläget beroende av manuell dokumentation och kodning i journal, vilket försvårar analysen och ökar risken för fel. Det finns en ambition att i framtiden kunna hämta data direkt från journalsystemen, men detta är ännu inte realiserat.

Granskningen visar även att kunskapen om uppföljning är starkt personbunden. Nyckelpersoner har en avgörande roll, vilket skapar sårbarhet vid personalförändringar. Detta uppges vara en risk för intern kontroll och kontinuitet. Vidare är det svårt att få verksamheterna att prioritera uppföljningsarbetet, särskilt inom primärvården där belastningen är hög och tid för analys är begränsad.

Osteoporos- sekundärprevention efter fraktur

Tekniska verktyg som Power BI, Insight och Inblick används för att visualisera och analysera indikatorer såsom till exempel behandlingsgrad, bentäthetsmätning och riskbedömning. Dessa verktyg har potential att stödja systematisk uppföljning, men är ännu inte fullt integrerade i verksamheternas dagliga arbete.

Av intervjuer framgår dock att uppföljningen är begränsad till vissa delar av vårdförloppet och att det saknas en sammanhållen struktur för hur data ska samlas in, kodas och användas. Brister i dokumentation och varierande kodningspraxis påverkar datakvaliteten negativt, vilket i sin tur försvårar en tillförlitlig analys. Detta innebär att regionen i dagsläget har begränsade möjligheter att bedöma effekterna av vårdförloppet på vårdens kvalitet och patientsäkerhet.

(En kommentar från samordnaren för kunskapsstyrning vid faktagranskningen om att vårdförloppen är begränsade så att de inte täcker ett helt vårflöde. Det finns beskrivet vilka indikatorer som ska följas upp i varje vårdförlopp)

En av regionöverläkarna som arbetar specifikt med uppföljning och analys beskriver att ambitionen är att kunna följa upp indikatorer såsom andel patienter som får behandling inom tre år efter fraktur, men detta kräver enhetlig kodning och dokumentation.

Skillnader i förutsättningar mellan hälsocentraler, exempelvis tillgång till röntgen, påverkar möjligheten att följa upp vårdförloppet på ett likvärdigt sätt. Detta är särskilt problematiskt i primärvården, där variationer i resurser och organisation försvårar en enhetlig tillämpning.

Av intervjuer framkommer att samverkan mellan specialistvård, primärvård och privata aktörer är otillräcklig och det saknas forum för kontinuerlig dialog kring uppföljning. Brister i återkoppling mellan vårdnivåer gör det svårt att följa patientens väg genom vårdförloppet.

Vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande

Utifrån intervju med den tillförordnade verksamhetschefen framträder en sammansatt bild när det gäller uppföljning och analys kopplat till vårdförloppet för förstagångsinsjuknad i schizofreni. Det finns tydliga ambitioner och insatser, men också flera strukturella och praktiska brister som påverkar systemets ändamålsenlighet i relation till vårdens kvalitet, jämlikhet och patientsäkerhet.

Uppföljning av vårdförloppet sker inte genom tydliga indikatorer eller strukturerade verktyg. Det finns ingen systematik för att följa om vårdinsatser genomförs enligt plan och mycket av uppföljningen är beroende av individuell journalgranskning. Den tillförordnade områdeschefen lyfter behovet av att utveckla en struktur för uppföljning, där en närvarande ledningsfunktion med mandat kan stödja och följa upp arbetet i vardagen. I dagsläget är uppföljningen personbunden och beroende av enskilda medarbetares engagemang, vilket skapar sårbarhet och risk för ojämlik vård.

PSF är dessutom inte en renodlad psykosenhet, vilket ytterligare försvårar strukturerad uppföljning, enligt den tillförordnade verksamhetschefen.

Vårdförlopp Palliativ vård

Uppföljning och analys sker i dagsläget främst genom det palliativa kvalitetsregistret, som ger viss information om vårdens innehåll under livets sista vecka. Detta är dock otillräckligt för att följa upp hela vårdförloppet, som kan sträcka sig över flera år, enligt MLU[2] för palliativ vård. Det saknas ännu tydliga indikatorer och uppföljningsdata för att mäta kvalitet, följsamhet och effekter av vårdförloppet. Det finns en ambition att utveckla sådana indikatorer, exempelvis genom kodning av samtal och bedömningar i journalsystemet, men detta arbete är inte färdigställt.

(En kommentar från samordnaren för kunskapsstyrning vid faktagranskning: indikatorerna finns beskrivna i vårdförloppet - lokalt kan vi lägga till flera vid behov)

Vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Systemet för uppföljning och analys av vårdförloppet för kognitiv svikt framstår som en av de mest utmanande delarna i kunskapsstyrningen. Medicinskt ansvarig för kunskapsstödet beskriver att indikatorer visserligen är definierade i det nationella vårdförloppet, men den praktiska uppföljningen i regionen är fragmenterad och i hög grad beroende av manuella insatser. Det saknas en sammanhållen struktur som gör det möjligt att följa upp både medicinska och sociala insatser på ett systematiskt sätt. Uppföljningen sker idag genom en kombination av journalgranskning och lokala initiativ, vilket innebär att resultatet blir ojämnt och svårt att jämföra mellan enheter.

[2] Medicinskt ledningsansvarig

En särskild svårighet är att nuvarande system inte stödjer automatiserad dataöverföring till kvalitetsregister. Medicinsk ansvarig efterlyser tekniska lösningar som integrerar journalsystemet med kvalitetsregister och framhåller att SveDem, det nationella demensregistret, skulle kunna ge värdefull information om följsamhet och kvalitet. Utan tekniska lösningar riskerar uppföljningen att bli både tidskrävande och otillförlitlig, vilket försvårar analys av vårdens kvalitet och effekter av implementeringen.

Den medicinskt ansvariga betonar vidare att ett robust uppföljningssystem är avgörande för att kunskapsstyrningen ska få genomslag i praktiken och ser behov av att utveckla digitala dashboards som kan visualisera centrala indikatorer som exempelvis andel genomförda basala utredningar, antal ställda diagnoser och erbjudna läkemedelsbehandlingar. Ett sådant system skulle inte bara minska den administrativa bördan, utan också skapa förutsättningar för jämförbarhet på nationell nivå och ge ledningen ett underlag för styrning och förbättringsarbete. I dagsläget är uppföljningen dock starkt personberoende och riskerar att utebli om nyckelpersoner försvinner, vilket gör att frågan om långsiktig hållbarhet är akut.

Bedömning

Svaret blir delvis på revisionsfrågan om regionen har ett ändamålsenligt system för uppföljning och analys av hur kunskapsstyrningen påverkar vårdens kvalitet, jämlikhet och patientsäkerhet.

- Regionen har en struktur för uppföljning och analys i linje med nationella riktlinjer, med lokala samverkans- och arbetsgrupper samt tekniska verktyg.
- Tillämpningen är dock begränsad då endast ett vårdförlopp har följts upp systematiskt, och det saknas en samlad struktur för indikatorer. Brister i dokumentation och kodning gör uppföljningen personberoende och manuell, vilket försvårar effektiv styrning och verksamhetsutveckling.
- Nuvarande system saknar automatiserad dataöverföring och enhetlig informationsstruktur, vilket begränsar möjligheten till tillförlitlig och datadriven uppföljning.

7.5 IDENTIFIERA OCH HANTERA RISKER

Revisionsfråga: Sker ett tillfredsställande arbete med att identifiera och hantera risker kopplade till bristande kunskapsstyrning?

Gapanalyserna fungerar som ett centralt verktyg för att identifiera risker som exempelvis bristande följsamhet, otillräcklig kompetens eller organisatoriska hinder. Dessa analyser ligger till grund för åtgärdsplaner som beslutas av hälso- och sjukvårdsledningen.

Svårighet att rekrytera representanter inom vissa programområden, särskilt i primärvården, utgör en risk för möjligheten att genomföra gapanalyser och implementera vårdförlopp.

Risken för undanträngningseffekter finns. När nya kunskapsstöd införs utan hänsyn till verksamheternas kapacitet kan andra vårdinsatser trängas undan. Detta är särskilt kännbart i primärvården. Regionen hanterar detta genom konsekvensanalyser i samband med gapanalyser, samt genom att delta aktivt i nationella remissförfaranden för att påverka utformningen av kunskapsstöd.

Osteoporos- sekundärprevention efter fraktur

Bemanningsbrist, särskilt inom primärvården, utgör en risk. Svårigheter att rekrytera representanter till arbetsgrupper försvårar både gapanalyser och implementering av vårdförlopp.

Bristande följsamhet till vårdförloppet för sekundärprevention vid osteoporosfraktur innebär att patienter inte får den riskbedömning och behandling som kan förebygga nya frakturer. För patienten leder detta till ökad risk för återfraktur, försämrad livskvalitet och ojämlik vård.

För regionen innebär bristande följsamhet utebliven effekt av nationella kunskapsstöd, såsom effektivare resursutnyttjande, och svårigheter att följa upp resultat på grund av bristande dokumentation. Utan tydliga mandat, fungerande styrning och uppföljning riskerar vårdförloppet att bli en teoretisk modell snarare än en praktisk verklighet, enligt verksamhetschefen.

Vårdförlopp Schizofreni - förstagångsinsjuknande

En gapanalys genomfördes under 2022–2023, där betydande brister identifierades, särskilt avseende struktur, bemanning och uppföljning. Utifrån analysen vidtogs åtgärder såsom utbildning i krisintervention, suicidriskbedömning och våldsriskbedömning, samt förstärkning med fysioterapeut, arbetsterapeut och psykologer med kompetens i kognitiv screening.

Trots dessa insatser kvarstår flera utmaningar. Bristande årsuppföljningar innebär att många patienter inte får den basinsats som ett årligt läkarbesök utgör vilket ökar risken för försämring och behov av slutenvård. Resursbristen, särskilt på läkare och sjuksköterskor, är ett centralt hinder för att följa vårdförloppet. Även om regionen satsat på att utbilda fler ST-läkare, är effekten ännu inte fullt realiserad.

Vårdförlopp Palliativ vård

Gapanalysen har identifierat fyra huvudsakliga risker, varav det mest framträdande är sen identifiering av patienter med palliativa behov. Detta innebär att patienter ofta kommer in i vårdförloppet för sent, vilket riskerar att leda till bristande personcentrering, ökat lidande och oplanerade akuta insatser.

Samverkan mellan region och kommun lyfts som en särskild risk, inte minst på grund av olika journalsystem och organisatoriska gränser. Det finns en tydlig ambition att förbättra samverkansstrukturer, men konkreta lösningar saknas ännu. Bristande samverkan riskerar att leda till fragmenterad vård och otydlig ansvarsfördelning, vilket i sin tur påverkar vårdkvalitén negativt.

En annan risk som identifierats är att kunskapsstyrningen inte är tillräckligt förankrad i den kliniska vardagen. Det finns en risk att vårdförloppet uppfattas som ett administrativt pålägg snarare än ett stöd i det dagliga arbetet. För att motverka detta framhålls vikten av lokala ambassadörer, exempelvis palliativa ombud, som kan bära kunskapen vidare och stödja implementeringen på arbetsplatsnivå.

Vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Bristande följsamhet till kunskapsstödet för kognitiv svikt medför betydande risker för patientens hälsa och livskvalitet. Den medicinskt ansvariga framhåller att den största risken är att patienter inte identifieras i tid, vilket kan leda till fördröjd diagnos och uteblivna insatser som är avgörande för att bevara funktion och självständighet. När utredning och stödåtgärder inte initieras tidigt ökar risken för snabbare sjukdomsprogression, beteendestörningar och akuta vårdbehov. Detta kan i sin tur resultera i oplanerade sjukhusinläggningar och förtida placering i särskilt boende, vilket innebär både ökat lidande för patienten och högre kostnader för vården.

Konsekvenserna är inte enbart medicinska, enligt medicinskt ansvarig. Bristande följsamhet påverkar även patientens sociala situation och psykiska välbefinnande. Utan tidig diagnos och samordnade insatser riskerar patienter att stå utan stöd från kommunen, vilket kan leda till isolering, nedstämdhet och ökad belastning på anhöriga. När stödfunktioner saknas eller försvinner blir vården fragmenterad och beroende av enskilda initiativ, vilket ytterligare försämrar kontinuiteten och tryggheten för patienten.

För att minska dessa risker framhåller den medicinskt ansvariga att behovet av kunskapsstödet uppfattas som ett praktiskt stöd i den kliniska vardagen, inte som ett administrativt tillägg. Hon lyfter också vikten av att skapa strukturer som säkerställer tidig upptäckt, exempelvis genom systematiska screeningar och tydliga rutiner för samverkan med kommunala aktörer. Utan dessa åtgärder riskerar patientgruppen att hamna utanför vårdförloppet, vilket får långtgående konsekvenser för både livskvalitet och vårdbehov.

Bedömning

Svaret blir <u>delvis</u> på revisionsfrågan om det sker ett tillfredsställande arbete med att identifiera och hantera risker kopplade till bristande kunskapsstyrning.

- Regionen använder gapanalyser för att identifiera risker, vilket är i linje med nationella riktlinjer. Bemanningsbrist, särskilt i primärvården, och svårigheter att rekrytera till arbetsgrupper är dokumenterade. Konsekvensanalyser vid implementering är en styrka. Personberoende i nyckelfunktioner är en utmaning för riskhanteringsarbetet.

7.6 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Vår sammanfattande bedömning är att regionen har etablerat en struktur för kunskapsstyrning som i huvudsak följer den nationella modellen och är förankrad i ordinarie styrning. Trots detta är uppföljning och kontroll inte fullt tillfredsställande. Implementeringen av vårdförlopp är ojämn, särskilt inom primärvården, och uppföljningen är begränsad och beroende av manuella processer.

Riskhanteringsarbetet är starkt personberoende, vilket skapar sårbarhet. Samverkan med kommunerna saknar en formaliserad modell, vilket försvårar en sammanhållen vårdkedja. Sammantaget uppfyller regionen endast delvis kraven på effektiv implementering, systematisk uppföljning och integrerad riskhantering, vilket innebär att kontrollen över kunskapsstyrningen inte är helt tillfredsställande.

Vi lämnar följande rekommendationer

Stärk implementeringsprocesserna och minska den administrativa bördan

- Förenkla mallar och verktyg för gapanalys och åtgärdsplaner så att de blir mer användarvänliga och anpassade till lokala förutsättningar.
- Säkerställ att implementering av vårdförlopp sker med tydliga tidsplaner och prioriteringar, i linje med nationella riktlinjer om ökat fokus på praktisk tillämpning.

Förbättra systematisk uppföljning och datadriven analys

- Utveckla en enhetlig informationsstruktur och automatiserad dataöverföring från journalsystem till uppföljningsverktyg.
- Säkerställ att indikatorer definieras och följs upp för samtliga implementerade vårdförlopp, med regelbunden rapportering till ledningen.

Tydliggör ansvarsfördelning vid gränsöverskridande vårdprocesser

- Etablera en formaliserad modell för mandat och ansvar mellan region och kommun, särskilt för vårdförlopp som omfattar både hälso- och sjukvård och kommunala insatser.
- Förtydliga roller och styrkedjor för att minska personberoende och öka robustheten i organisationen.

Förstärk patientperspektivet och jämlik tillämpning

- Integrera patient- och närståendeperspektiv i gapanalyser och implementeringsplaner.

Integrera riskhantering i styrmodellen

- Hantera risker för undanträngningseffekter genom konsekvensanalyser och prioriteringsmodeller som beaktar kapacitet och resursfördelning.

Stärk kompetens och resurser för kunskapsstyrning

- Säkerställ långsiktig bemanning av nyckelfunktioner, inklusive samordnarrollen, för att minska sårbarhet vid personalförändringar.
- Utveckla utbildningsinsatser för chefer och medarbetare om kunskapsstyrningens syfte, processer och praktiska tillämpning.

7.6.1 Svar på revisionsfrågorna

Revisionsfråga	Svar	Kommentar
Har regionen etablerat ändamålsenliga strukturer och processer för att implementera och följa upp kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården?	Delvis	Regionen har en struktur för kunskapsstyrning enligt nationell modell och förankrad i linjeorganisationen. Processerna är tydliga men administrativt tunga, vilket tillsammans med resursbrist fördröjer implementeringen, särskilt i primärvården. Samverkan med kommunerna finns men saknar formaliserad ansvarsfördelning, vilket riskerar fragmentering i vårdkedjan.
Används evidensbaserade vårdförlopp, vårdprogram och behandlingsriktlinjer i den dagliga vårdverksamheten på ett tillfredsställande sätt?	Delvis	Nationella vårdförlopp används, men tillämpningen är ojämn. Specialistvården har kommit längre än primärvården. Schizofreni och palliativ vård är i tidigt skede, och patientperspektivet är svagt integrerat.
Finns det en tydlig ansvarsfördelning och organisering av arbetet med kunskapsstyrning?	Delvis	Ansvar är i huvudsak tydligt och förankrat i linjen, men oklarheter finns vid gränsöverskridande processer. Samordnarrollen är personberoende, och samverkan med kommunerna saknar formaliserad modell.
Har regionen ett ändamålsenligt system för uppföljning och analys av hur kunskapsstyrningen påverkar vårdens kvalitet, jämlikhet och patientsäkerhet?	Delvis	Struktur och verktyg finns, men uppföljningen är begränsad och beroende av manuella insatser. Automatiserad dataöverföring och enhetlig informationsstruktur saknas.
Sker ett tillfredsställande arbete med att identifiera och hantera risker kopplade till bristande kunskapsstyrning?	Delvis	Risker identifieras via gapanalyser och konsekvensanalyser, men riskhanteringen är inte fullt systematiserad. Personberoende, otillräcklig uppföljning och risk för undanträngning kvarstår.

8 KVALITETSSÄKRING

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har (har givits möjlighet att) faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

9 UNDERTECKNANDE

Projektledare:

Jan-Olov Undvall
Certifierad kommunal revisor

Kvalitetssäkring:

Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

10 REFERENSER

1. **Region Jämtland Härjedalen.** Uppdrag kunskapsstyrningsrådet. 2024. Reg. nr. Centuri: 82068-1.

2. —. Huvuddokument Kunskapsstyrning. Reg. nr.Centuri: 65129-28.

3. —. Verksamhetsplan Kunskapsstyrning. 2025. Reg.nr. Centuri: 84947-2.

4. **Sveriges regioner i samverkan.** Lägesbild från hälso- och sjukvården - rapport från nationellt system för kunskapsstyrning. 2025.

5. **Regeringen.** Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

6. **Sveriges kommuner och Regioner.** Meddelande från styrelsen - Rekomendationtill regioner om inriktining för fortsatt utveckling av det nationella systemet för kunskapsstyrningt inom hälso- och sjukvårdensomrdet 2023-2027.

7. **Nationellt system för kunskapsstyrning.** Viljeriktning för nationella programområdens och samverkansgruppers roll i arbetet med lågvärdevård.

8. **regioner, Regeringskansliet Sveriges kommuner och.** Gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården.

§74

Granskning av kunskapsstyrning (HSN/182/2026)

Sammanfattning

Regionens revisorer har genomfört en granskning av kunskapsstyrning. Granskningens syfte har varit att svara på om regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillräcklig uppföljning och kontroll av att arbetet med kunskapsstyrning bedrivs på ett tillfredsställande sätt.

Revisorernas sammanfattande bedömning är att regionen har etablerat en struktur för kunskapsstyrning som i huvudsak följer den nationella modellen och är förankrad i ordinarie styrning. Uppföljning och kontroll är inte fullt tillfredsställande. Implementeringen av vårdförlopp är ojämn, särskilt inom primärvården och uppföljningen är begränsad och beroende av manuella processer.

Samverkan med kommunerna saknar en formaliserad modell, vilket försvårar en sammanhållen vårdkedja. Vår bedömning är att regionen endast delvis uppfyller kraven på effektiv implementering, systematisk uppföljning och integrerad riskhantering.

Iakttagelser och bedömning för hälso- och sjukvårdsnämnden:

1. Användningen av evidensbaserade vårdförlopp är ojämn. Två av granskade vårdförlopp är delvis implementerade, medan övriga två är i tidigt skede.
2. Implementeringen fördröjs av resursbrist, särskilt inom primärvården. Bemanningssvårigheter påverkar möjligheten att genomföra gapanalyser och uppföljning.
3. Patientperspektivet är inte helt integrerat i arbetet. Trots nationella krav på personcentrering saknas tillfredsställande strukturer och rutiner för att involvera patienter och närstående, vilket gör att vården inte alltid utgår från patientens behov och värderingar.
4. Uppföljningen är begränsad och beroende av manuella insatser. Det saknas en samlad struktur för indikatorer, vilket försvårar styrning och förbättringsarbete.
5. Samverkan med kommunerna är etablerad men saknar formaliserade rutiner.

Ett förslag till svar har upprättats.

Verksamhetsutvecklingsstrateg Marit Nääs föredrog ärendet.

Förslag till beslut

Förslag till svar antas och översändes till regionens revisorer.

Beslut

Förslag till svar antas och översändes till regionens revisorer.

Expedieras till

Regiondirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören, divisionschefer, hälso- och sjukvårdsdirektörens närstöd, samordnare kunskapsstyrning, regionens revisorer.

Beslutsunderlag

- Hälso- och sjukvårdsnämndens svar på revisionsgranskning om Kunskapsstyrning
- Hälso- och sjukvårdsnämndens svar på revisionsgranskning om Kunskapsstyrning
- Granskningsrapport: Kunskapsstyrning
- Rapportsammandrag: Granskning av kunskapsstyrning
- Skrivelse från regionens revisorer: Granskning av kunskapsstyrning

2026-04-20 HSN/182/2026

Marit Nääs
Hälso- och sjukvård

Till:
Regionens revisorer

Hälso- och sjukvårdsnämndens svar på revisionsgranskning om Kunskapsstyrning

Regionens revisorer har genomfört en granskning av kunskapsstyrning. Granskningens syfte har varit att svara på om regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillräcklig uppföljning och kontroll av att arbetet med kunskapsstyrning bedrivs på ett tillfredsställande sätt.

Revisorernas sammanfattande bedömning är att regionen har etablerat en struktur för kunskapsstyrning som i huvudsak följer den nationella modellen och är förankrad i ordinarie styrning. Uppföljning och kontroll är inte fullt tillfredsställande.
Implementeringen av vårdförlopp är ojämn, särskilt inom primärvården och uppföljningen är begränsad och beroende av manuella processer.
Samverkan med kommunerna saknar en formaliserad modell, vilket försvårar en sammanhållen vårdkedja. Vår bedömning är att regionen endast delvis uppfyller kraven på effektiv implementering, systematisk uppföljning och integrerad riskhantering.

Iakttagelser och bedömning för hälso- och sjukvårdsnämnden:

1. Användningen av evidensbaserade vårdförlopp är ojämn. Två av granskade vårdförlopp är delvis implementerade, medan övriga två är i tidigt skede.
2. Implementeringen fördröjs av resursbrist, särskilt inom primärvården. Bemanningssvårigheter påverkar möjligheten att genomföra gapanalyser och uppföljning.
3. Patientperspektivet är inte helt integrerat i arbetet. Trots nationella krav på personcentrering saknas tillfredsställande strukturer och rutiner för att involvera patienter och närstående, vilket gör att vården inte alltid utgår från patientens behov och värderingar.
4. Uppföljningen är begränsad och beroende av manuella insatser. Det saknas en samlad struktur för indikatorer, vilket försvårar styrning och förbättringsarbete.
5. Samverkan med kommunerna är etablerad men saknar formaliserade rutiner.

Region Jämtland Härjedalen är en liten region som har små resurser avsatta till att hålla ihop kunskapsstyrningsarbetet centralt. Vid tiden för revisionen finns en person avsatt vilken ska hålla ihop arbetet med remisshantering av nya kunskapsstöd, implementering och lokal anpassning av publicerade kunskapsstöd och stöd till den organisation som regionen byggt upp, bestående av programägare (utsedda verksamhetschefer), lokala programområdesordförande (LPO-ordförande) och primärvårdsrepresentanter. Därutöver finns en timanställd person som färdigställer lokala tillägg i de nationella kliniska

kunskapsstöden, en verksamhetsutvecklare som arbetar med gap-analyser som involverar primärvården och en verksamhetsutvecklare som bland annat arbetar med att planera för den samordnade implementering av kunskapsstöd i primärvården (för närvarande sjukskriven). Till stöd finns ett arbetsutskott bestående av, förutom samordnare och en verksamhetsutvecklare i primärvården två regionöverläkare och en kommunikatör. Arbetet är omfattande och berör många i hälso- och sjukvården. Eftersom få arbetar med kunskapsstyrningen centralt är det också personberoende och därmed sårbart. Som ett resultat av översynen av administrationen kommer samordningsansvaret för kunskapsstyrning flytta från Regionstyrelsens ansvarsområde till Hälso- och sjukvårdsnämndens dito. I samband med detta ses möjligheten att minska personberoendet på övergripande nivå över, vilket kommer ske under 2026.

Nedan följer svar på rekommendationerna till Hälso- och sjukvårdsnämnden punkt för punkt

Säkerställ tillämpning av vårdförlopp i hela vårdkedjan, särskilt inom primärvården. Integrera patient- och närståendeperspektiv i arbetet.

Svar gällande tillämpning av vårdförlopp i hela vårdkedjan, särskilt inom primärvården:
Ja, det är viktigt, och arbetet pågår. Region Jämtland Härjedalen har en standardprocess för införande av vårdförlopp som innebär att vårdförlopp som ännu inte är implementerade värderas av respektive programområde: om det är viktigt och om det är möjligt att starta införandet nu. Dessa värderingar utgör underlag för att hälso- och sjukvårdsledningen fattar beslut om för vilka vårdförlopp regionen ska starta gap-analys. I april 2026 är status för vårdförlopp enligt bild 1 nästa sida (observera att bilden också innehåller implementering av kunskapsstöd som är vårdprogram).

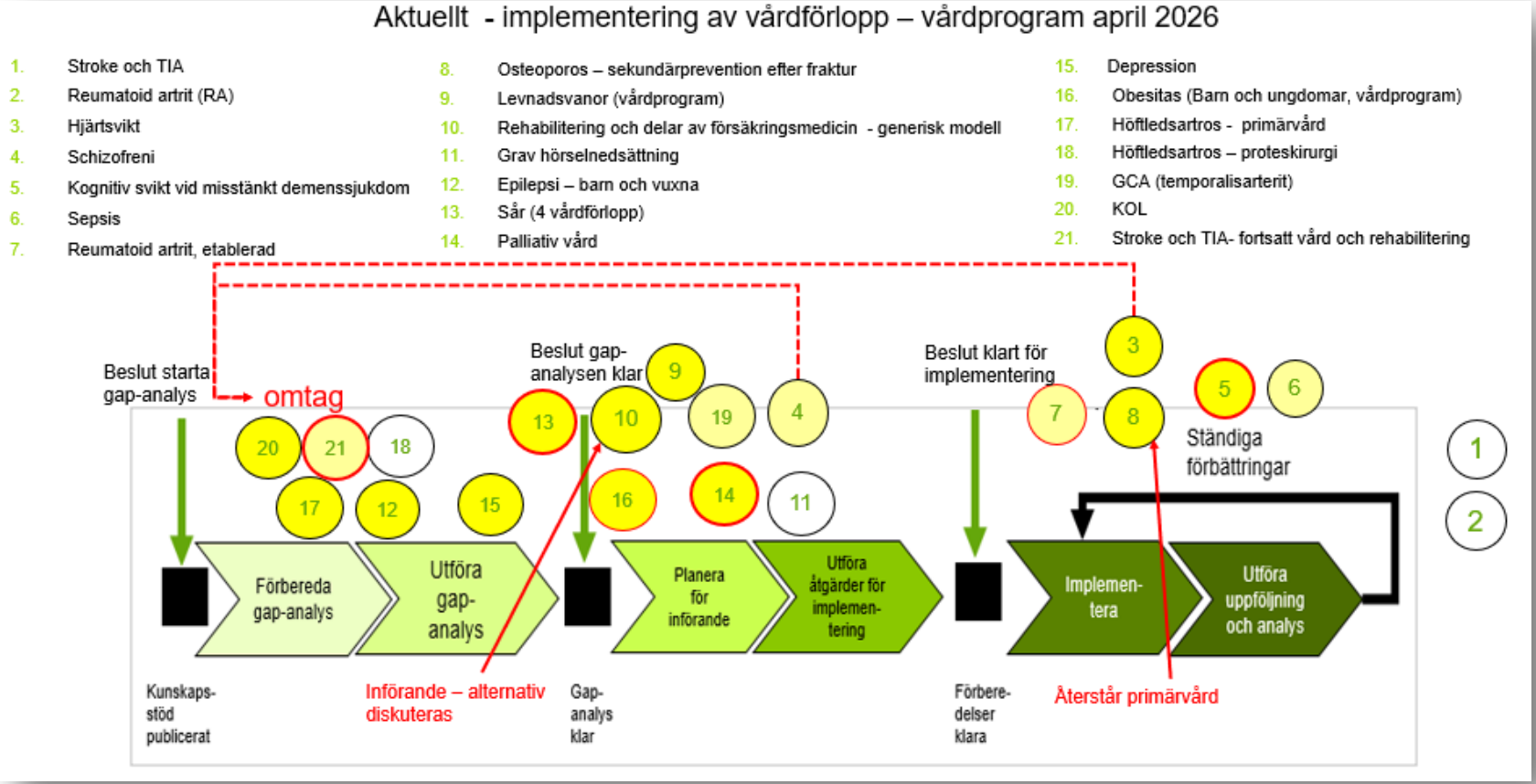

Bild 1: Status implementering av vårdförlopp och prioriterade vårdprogram april 2026. Gulmarkerat = aktiviteter inkluderar primärvården (HC). Röd ring = aktiviteter inkluderar även kommunal hälso- och sjukvård/socialtjänst. Vårdförlopp 1 Stroke och TIA och vårdförlopp 2 Reumatoid artrit (RA) är implementerat sedan tidigare – har inte följt den standardiserade processen enligt ovan.

Besöksadress: Kyrkgatan 12 Östersund Postadress: Region Jämtland Härjedalen Box 654 831 27 Östersund
Telefon: 063-14 75 00 Fax: 063-14 77 56 E-post: region@regionjh.se Webbplats: www.regionjh.se
Bankgiro: 250-0486 Plusgiro: 8 28 00-4 Org nr: 232100-0214

I april 2026 finns på nationell nivå 37 godkända personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och 2 generiska modeller. Fler tillkommer, även om arbetet nu inte går i samma takt, också eftersom arbetet på nationell nivå fokuserar på att revidera vårdförloppen som en del av kvalitetssäkringen. Implementering av vårdförlopp i regionen sker stegvis, och följer beslutsprocessen. Ett särskilt stöd för planering av implementering i primärvården finns, men olyckligtvis har den person som utsetts blivit sjuk och arbetet med den samordnade implementeringen i primärvården av osteoporos (8) har därför avstannat vid tidpunkten för intervjun. I övrigt fortskrider implementeringarna enligt plan, även om arbetet är sårbart, eftersom det är resurskrävande.

Svar gällande att Integrera patient- och närståendeperspektiv i arbetet:
Det är önskvärt och viktigt att ha ett arbetssätt för att ta tillvara patienternas/närståendes erfarenheter: både per vårdförlopp och på ett övergripande plan. En utgångspunkt i patientperspektivet är viktig. Patientrepresentanter har deltagit nationellt i utformningen av alla vårdförlopp, för att säkerställa att vårdförloppen utformas på ett sätt som patienter och närstående tycker är värdeskapande och personcentrerat. På lokal nivå är det viktigt att diskutera med patientrepresentanter, på vilket sätt vårt län bäst närmar oss att utföra aktiviteterna beskrivna i vårdförloppet.
En modell för systematiskt deltagande är framtagen på skisstadiet. I nuläget när gap-analys ska genomföras inhämtas från patientnämnden synpunkter och klagomål kopplade till ämnet i vårdförloppet, vilka inkluderas i gap-analysen. Representant för patientföreningen för osteoporos har deltagit i arbetet rörande vårdförlopp osteoporos. Patienter och närstående är involverade i andra förbättringsarbeten, men inte på ett systematiskt sätt. För att underlätta ett mer systematiskt deltagande behövs en beslutad ersättningsmodell, vilket är en aktuell fråga för Regionstyrelsen. Beslutet behövs för att ge tydlighet om vilka villkor som gäller för att hjälpa oss med utvecklingen.

Förbättra uppföljningen genom att använda befintliga stödsystem mer konsekvent och säkerställa att indikatorer följs upp och rapporteras regelbundet.

Svar: Ja det är viktigt. Enligt kunskapsstyrningens verksamhetsplan för 2026 ska minst 5 rapporter kopplade till implementering av vårdförlopp vara publicerade i *Inblick* under 2026. Mars 2026 är en rapport publicerad, och en ytterligare beställd. I *Insight* - analysverktyget i Cosmic - finns för införda vårdförlopp av införandegruppen prioriterade indikatorer som läggs in av samordnare för kunskapsstyrningen. I *Medrave/Primärvårdskvalitet (PVQ)* finns färdiga indikatorer som gäller primärvården som inte helt följer vårdförloppen men som är nationellt utformade för att primärvården ska kunna följa upp verksamhetens resultat.
Regionens digitala verktyg för uppföljning av vård finns beskrivet på vårdgivarwebben.
Detta arbete behöver prioriteras. En viktig del är också att uppföljning *efterfrågas* och är kopplad till systematiskt förbättringsarbete. Den delen behöver utvecklas i regionen.

Minska personberoendet genom att säkra kompetensförsörjning i arbetsgrupper och utveckla utbildningsinsatser för chefer och medarbetare om kunskapsstyrningens syfte och praktiska tillämpning.

Svar: Ja det är viktigt och uppmärksammat. Utbildningar genomförs två gånger per år: vår och höst och inkluderar även introduktion i kunskapsstyrning. Ett introduktionsmaterial till kunskapsstyrning finns upparbetat och publicerat på vårdgivarwebben – uppdateras två gånger per år och presenteras på kunskapsstyrningsdagarna. Se senaste version: Introduktion kunskapsstyrning 260325. På webben finns också ett fördjupningsmaterial, att använda till exempel på en Arbetsplatsträff (APT): Kunskapsstyrning, fördjupad presentation.
Enhetschefer inbjuds till kunskapsstyrningsdagarna från och med 2025. Enhetschefer som är involverade i en implementering erbjuds information om kunskapsstyrning och då specifikt implementeringsprocessen.
Information om vad som är aktuellt inom kunskapsstyrningen ges vid behov till verksamhetschefer. Utbildning kan också ges till enheter som efterfrågar det. Utbildningsinsatser genomförs för hälsocentralers medarbetare under 2025 och 2026.
De flesta utbildningsinsatser ges av samordnare för kunskapsstyrningen, vars begränsade resurser behöver räcka också till det. Arbete pågår med att säkra att arbetet fördelas till fler funktioner.

Förbättra samverkan med kommunerna genom att utveckla rutiner för gemensamma forum för beslut och uppföljning.

Svar: Det är viktigt, men revisionen har inte uppmärksammat att det sedan många år finns ett gemensamt forum för samverkan kommuner och Region Jämtland Härjedalen. Ett etablerat beslutsforum finns för samarbete, vi har inte byggt upp en parallell organisation för det gällande kunskapsstyrningen, men det är inte känt för alla. Därför finns ett dokument för ärendehantering upprättat, vilket inkluderar uppföljning. Dokumentet finns publicerat på vårdgivarwebben Kunskapsstyrning: Ärende- och beslutsprocess kommun – regionsamverkan. Dokumentet är presenterat i samband med kunskapsstyrningsdagen 251022. Det som behöver utvecklas är gemensam process för implementering. Det som också behöver göras är en planering av informationsspridning gällande kunskapsstyrning: format och innehåll för olika subgrupper i kommunerna. Arbetet är påbörjat i mars 2026 och leds av samordnare för kunskapsstyrningen och förbundsstrateg kommunförbundet gemensamt.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Katarina Nyberg Finn (S)
Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande

Anna Granevärn
Hälso- och sjukvårdsdirektör