

Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen 2018-09-13
Urban Tirén
Tfn: 063-14 75 34
E-post: urban.tiren@regionjh.se

RS/2807/2017

Rapport Uppföljning av kunskapsbaserad styrning och ledning. Nationell kunskapsstyrning

1. Nationell kunskapsstyrning. Inledning. Beslut om etablering av Nationell kunskapsstyrning

Det pågår mycket arbete med utveckling, kvalitetssäkring, utbildning och forskning inom alla områden och enheter inom Region Jämtland Härjedalen.

Detta dokument handlar dock inte i första hand om vad som händer just nu inom dessa områden utan fokuserar istället på den pågående uppbyggnaden av Nationell Kunskapsstyrning och dess stora konsekvenser nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt.

(I detta dokument betecknas landstingsnivå och regional nivå som "lokal nivå". T.ex. Region Jämtland Härjedalen. Vidare används beteckningen sjukvårdsregional nivå på verksamheten i Sveriges 6 sjukvårdsregioner där Region Jämtland Härjedalen tillhör Norra Sjukvårdsregionen.).

Det sker en omvandling av kunskapsstyrningen som ger effekter på både ledning, ekonomi och strukturer inom hela hälso- och sjukvården under decennier framöver.

SKL:s förbundsstyrelse beslutade i maj 2017 att rekommendera alla landsting och regioner att anta och samverka inom den nya gemensamma strukturen för kunskapsstyrning. Förslaget innebar i korthet:

- a. Att alla landsting och regioner i samverkan arbetar utifrån den gemensamma visionen: "Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa. Tillsammans gör vi varandra framgångsrika".
- b. Att alla landsting och regioner anpassar sina sjukvårdsregionala och lokala kunskapsorganisationer till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen.
- c. Att alla landsting och regioner långsiktigt säkrar en sjukvårdsregional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen
- d. Att alla landsting och regioner avsätter resurser sjukvårdsregionalt i form av att ta på sig värdskap för ett antal programområden, tillsätter ordförande och processledare för aktuella programområden samt att landstingen och regionerna avsätter tid för experter att delta i arbetet i programområden och övriga samverksgrupper.

- e. Att alla landstingen och regioner, med stöd av SKL, etablerar en gemensam organisations- och styrmodell för sammanhållen struktur för kunskapsstyrning genom att
 - Inrätta nationella programområden med experter inom sjukdomsspecifika eller organisatoriska fält
 - Tillsätta nationella samverkansgrupper med experter inom tvärgående områden såsom; uppföljning och analys, läkemedel och medicinsk teknik, patientsäkerhet, etc.
 - Tillsätta en strategisk nationell styrgrupp, Styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan (SKS).
 - Tillsätta en nationell beredningsgrupp som bereder ärenden inför ställningstagande och beslut i Styrgruppen (SKS).
 - Inrätta en nationell stödfunktion som utgår från och i första hand bemannas från SKL.
- f. Att landsting och regioner följer och gör de förändringar som krävs sjukvårdsregionalt och lokalt utifrån beslut tagna av styrgruppen (SKS) i frågor rörande den nationella strukturen.
- g. Att landsting och regioner tar politiskt inriktningsbeslut om Styrgruppens uppdrag, mandat och den finansiella ram som Styrgruppen råder över för det gemensamma arbetet och att sjukvårdshuvudmannens politiska ledning utser landstings-/regiondirektören till ombud för hantering av frågan framåt.

Regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen beslutade den 4 oktober 2017 att ställa sig bakom rekommendationen från SKL:s förbundsstyrelse att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning i enlighet med förslaget. (§223 Rekommendation om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning, RS/1135/2017).

Beslutet om att etablera detta nya system gör att uppdrag, organisation och arbetsformer för kunskapsstyrning i Region Jämtland Härjedalen måste förändras. Detta gäller dels lokalt inom Region Jämtland Härjedalen, dels vid samverkan inom Norra Sjukvårdsregionen, dels vid samverkan med andra aktörer i Jämtlands Län, främst kommunerna, dels vid samverkan på nationell nivå.

2. Nationell kunskapsstyrning. Bakgrund

Sverige ligger mycket bra till i internationella jämförelser avseende kvalitet och effektivitet. I en aktuell rapport från SKL, "Svensk Sjukvård i internationell jämförelse, juni 2018, jämför man hur den svenska sjukvården står i förhållande till vården i 12 andra länder inom EU samt Norge, USA och Kanada (totalt 16 länder). Sverige ligger på första plats i ett kvalitetsindex där 13 indikatorer ingår. Sverige ligger på andra plats i det effektivitetsindex där den samlade kvaliteten i vården sätts i relation till kostnaderna för att nå denna kvalitet.

Effektiva nya metoder för att diagnosticera, förebygga och behandla sjukdomar utvecklas i snabb takt. Men trots att nyttan överväger riskerna tar det ofta lång tid för

evidensbaserade metoder att omsättas till praktik i hälso- och sjukvården. Det finns också kvalitetsbrister inom flera medicinska områden. Vidare finns det variation avseende kvalitet mellan olika landsting/regioner, variation mellan sjukvårdsregioner, men också kvalitetsskillnader mellan olika enheter inom ett och samma landsting/region.

För att skapa bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård av hög kvalitet i hela landet har det nya nationella systemet för kunskapsstyrning utvecklats. Med ett sammanhållet system avses både en bättre integration mellan arbete på nationell, sjukvårdsregional och lokal nivå (landsting/region) och en bättre integration mellan kunskapsstöd, register, öppna jämförelser, analys och förbättringsarbete i vården. Etableringen av ett sammanhållet system innebär att landstingen och regionerna gemensamt identifierar och långsiktigt säkerställer bemanning och finansiering av de verksamheter och funktioner de vill samverka kring och samordna med stöd av SKL.

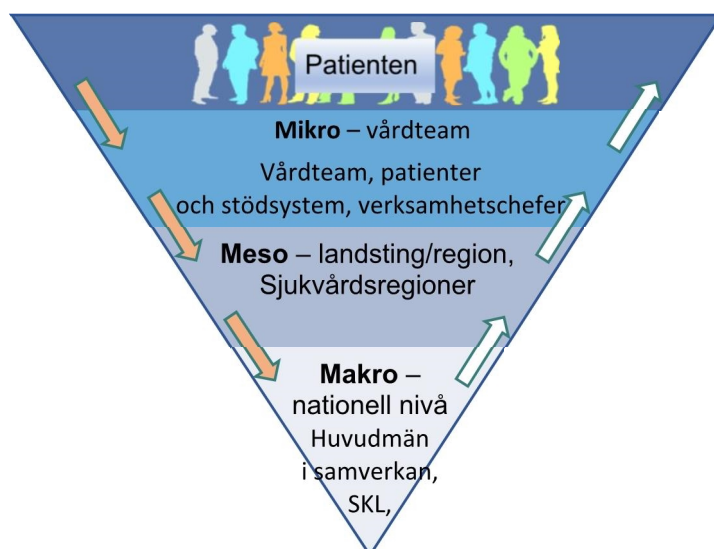
Det är viktigt att påpeka att denna nya nationella kunskapsstyrning inbegriper hela perspektivet från nationell och övergripande nivå till arbetet tillsammans med och för den enskilda patienten.

I den nya nationella modellen beskrivs ansvar och roller på;

Mikronivå (vårdteam, verksamhet)

Mesonivå (sjukvårdsregional och landstings-/regional nivå)

Makronivå (nationell)



Mikronivån -verksamhet, teamet och mötet med patienten.

Aktörer och grupperingar på mikronivå (vårdteam, verksamhet) ska enkelt ha tillgång till och använda bästa möjliga kunskap. De behöver även ha tillgång till uppföljningsdata som kan analyseras ofta för att ständigt kunna förbättra sig. För att kunna förändra saker måste verksamheten/teamet ha satt upp mål och följa sina resultat för att se mönster, vilket kan ge information som leder till att man behöver ändra sina arbetsätt.

Huvuduppdraget för verksamheten är att, med stöd av meso- och makro-nivå:

- Regelbundet analysera sina resultat
- Sätta mål
- Arbeta med ständiga förbättringar
- Anpassa arbetet efter patienternas behov
- Efterfråga stöd när man har behov
- Sprida goda kunskaper vidare

Mesonivån. Landsting/region, sjukvårdsregion och samverkan med kommuner.

Aktörer och grupperingar på mesonivån har i uppdrag att stödja implementering, utveckling och förbättring av verksamheten (mikronivån). Ledningar på mesonivån behöver följa upp, fråga efter resultat och föra dialog om kvalitet med verksamheten.

Huvuduppdraget för aktörer och grupperingar på mesonivån är att

- Redovisa alla vårdenheters resultat och stimulera jämförelser
- Regelbundet återkoppla resultat till vårdenheterna och använda resultaten i en kvalitetsdialog
- Säkerställa enkel tillgång till och kvalitetssäkra nationella, sjukvårdsregionala och lokala kunskapsunderlag och beslutsstöd.
- Bygga en struktur för implementering och förbättringsarbete
- Ha ett tydligt ägarskap för resultaten
- Ansvara för lokalt och sjukvårdsregionalt processarbete
- Säkerställa processer över administrativa gränser och landstings-/regiongränser.
- Skapa förutsättningar för långsiktighet med grund i politisk prioritering.

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver att sjukvården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i

rimlig tid. Utifrån Hälso- och sjukvårdslagen sätter landstingets/regionens politiker inriktningsmål och beslutar om övergripande prioriteringar och resursfördelningar.

Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården innebär att val och beslut i alla delar av vården ska baseras på rekommendationer som utarbetats utifrån bästa tillgängliga medicinska kunskap. För att detta de facto ska ske krävs ett mer systematiskt och integrerat arbete med;

- Kunskapsstöd (Vårdprogram, rekommendationslistor, kunskapsunderlag)
- Uppföljning och analys med kvalitetsregister, öppna jämförelser
- Stöd till förbättringsarbete i vården.
- Detta måste även ha en tydlig koppling till och styra politiska prioriteringar.

Att arbeta i den nya nationella kunskapsstyrningen medför stora utmaningar. Arbetet och ansvaret fördelas enligt grundprinciperna lika mellan landstingen/regionerna i landet och mellan sjukvårdsregionerna. Detta innebär speciellt stora utmaningar för små och fattiga landsting/regioner och fattiga sjukvårdsregioner med färre invånare.

Landstingen/regionerna i Norra Sjukvårdsregionen ska tillsammans bidra med samma antal experter som de befolkningsmässigt större och ekonomiskt rikare sjukvårdsregionerna. Det är samtidigt mycket viktigt att Region Jämtland Härjedalen och de övriga landstingen/regionerna i Norra Sjukvårdsregionen kan vara med och styra och utveckla hälso- och sjukvården i hela Sverige.

3. Struktur på nationell nivå

Det nationella arbetet är uppdelat på 22 nationella programområden, **NPO**, 6 nationella samverkansgrupper **NSG**, och ett **nationellt primärvårdsråd**.

Nationella Programområden, NPO. Följande finns:

- Akut vård
- Infektionssjukdomar
- Cancersjukdomar (hittillsvarande RCC, Regionalt Cancercentrum)
- Endokrina sjukdomar
- Psykisk hälsa
- Nervsystemets sjukdomar
- Ögonsjukdomar
- Öron-näsa-hals-sjukdomar
- Hjärt- och kärlsjukdomar
- Lung- och allergisjukdomar
- Rörelseorganens sjukdomar (ortopedi och reumatologi)
- Hud- och Könssjukdomar
- Magtarmsjukdomar.
- Njur- och urinvägssjukdomar

- Kvinnosjukdomar och förlossning.
- Barn och Ungdomars hälsa
- Sällsynta sjukdomar
- Tandvård.
- Levnadsvanor (Nytt NPO sedan våren 2018. Tidigare Levnadsvanerådet.)
- Äldres hälsa, multisjuka äldre (Nytt sedan våren 2018)
- Medicinsk diagnostik (Nytt sedan våren 2018)
- Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin (Nytt sedan våren 2018).

Under hösten 2018 ska värdskap utses för de fyra sistnämnda NPO samt för NPO Cancersjukdomar och NPO Psykisk hälsa. Sjukvårdsregionerna är anmodade att skicka in sina ansökningar i september 2018.

Norra Sjukvårdsregionen är värd för NPO Endokrinologi och NPO Levnadsvanor. Ett värdskap innebär att sjukvårdsregionen anställer processledare, i de flesta fall bemannar ordförandeposten och ansvarar för metodstöd, statistik- och analysstöd.

Varje nationellt programområde, NPO, har en representant från varje sjukvårdsregion, dvs 6 ledamöter.

Ett NPO's uppdrag är:

- genomgång av aktuellt läge i det egna ämnesområdet.
- behovs- och gapanalyser.
- förslag på åtgärder, prioriteringar för att vården ska vara jämlik.
- omvärldsbevakning
- NPO utser nationella arbetsgrupper, **NAG**, inom respektive ämnesområde och följer upp deras arbete. Dessa NAG ska ha långsiktiga uppdrag för viktiga och centrala ämnesområden.
- ansvar för att det byggs upp organisation för kunskapsstöd
- ordnat införande/utfasning
- kvalitetsregister
- nivåstrukturering. Deltagande i arbetet med högspecialiserad vård.
- bidrag i arbetet med ev. statliga satsningar
- samverkan med myndigheter inom aktuellt område.
- annat, t.ex. e-hälsa, kompetensutveckling.

Nationella Samverkansgrupper. NSG. Det finns 6 stycken nationella samverkansgrupper med vardera 1 representant från varje sjukvårdsregion, dvs 6 ledamöter. Uppdragen varierar. Bl.a. stöd till alla NPO, utveckling, behovsanalyser, omvärldsbevakning. Beslutade Nationella Samverkansgrupper **NSG** är följande:

- Metoder för kunskapsstöd.
- Kvalitetsregister
- Uppföljning och analys
- Läkemedel och medicinteknik
- Forskning/Life Science

- Patientsäkerhet

Nationellt Primärvårdsråd. Det Nationella Primärvårdsrådet ska arbeta ”på tvären” med kontaktytor mot alla NPO. Det är multiprofessionellt sammansatt med 2 representanter från varje sjukvårdsregion, totalt 12 delegater. I nuläget finns det ingen primärvårdsläkare som representant från Norra Sjukvårdsregionen.

Dominans av representanter från universitetssjukhusen i det nationella arbetet.

Beträffande representationen från Norra Sjukvårdsregionen är det en stark dominans med representanter från Västerbottens läns landsting i de nationella grupperna NPO, NSG och Primärvårdsrådet.

Representanterna i NPO Akut Vård, NPO Barn och Ungdomars hälsa och NPO Endokrina sjukdomar kommer från Region Jämtland Härjedalen.

Representanterna i NPO Psykisk Hälsa och NSG Uppföljning och Analys kommer från Region Västernorrland medan de två representanterna i Primärvårdsrådet kommer från Region Norrbotten.

Alla övriga representanter kommer från Västerbottens läns landsting. På samma sätt ser det ut i alla andra sjukvårdsregioner där representanterna från länssjukhusen också är i klar minoritet.

Nationella Arbetsgrupper, NAG. Enligt ovan tillsätter de Nationella Programområdena, NPO, ett antal Nationella Arbetsgrupper, NAG, inom respektive område. Det kan totalt bli fråga om 100 – 200 sådana NAG i en nära framtid vilka samtliga ska ha en representant från varje sjukvårdsregion.

Samordning i Norra Sjukvårdsregionen. Arbetet med införande av Nationell Kunskapsstyrning samordnas i Norra Sjukvårdsregionen genom Beredningsgruppen och den Regionala Samverkansgruppen för Kunskapsstyrning, RSK, inom ramen för arbetet i Norrlandstingens Regionförbund. Styrgruppen består av de tre regiondirektörerna från Region Norrbotten, Region Västernorrland, Region Jämtland Härjedalen och landstingsdirektören från Västerbottens läns landsting.

Specifika NPO (Kommer även att beskrivas i särskilda rapporter).

NPO Cancersjukdomar är det nya namnet på Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan. RCC är landstingens/regionernas och sjukvårdsregionernas kunskapsorganisation inom cancerområdet. Staten och SKL har genom årliga överenskommelser stöttat cancervårdens utveckling alltsedan Sverige fick en nationell cancerstrategi år 2009. Staten har genom riktade medel stöttat utvecklingen både på nationell, sjukvårdsregional och lokal nivå. Hur statliga satsningar ser ut framöver beslutas efter valet i september 2018. Flera stora partier har dock aviserat att stora summer kommer att avsättas framöver för fortsatt uppbyggnad av cancervården. Utvecklingen inom ramen för RCC ses som en förebild för det kommande arbetet i alla andra nationella programområden, NPO.

NPO Psykisk Hälsa, NPO Kvinnosjukdomar och förlossning NPO Nervsystemets sjukdomar har redan hunnit långt i sina arbeten. Motsvarande Regionala programområden, RPO, dvs den sjukvårdsregionala motsvarigheten håller på att etableras i sjukvårdsregionerna i Sverige.

Övriga NPO startade sin verksamhet under 2017 eller startar upp under 2018.

4. Nivåstrukturering av vården. Högspecialiserad vård på nationell och sjukvårdsregional nivå

Sveriges riksdag tog den 8 mars 2018 beslut om en lagändring som sedan trädde i kraft den 1 juli 2018. "En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården". (Socialutskottets betänkande 2017/18:SOU18). Detta innebär att högspecialiserad vård ska organiseras på nationell nivå i ett samlat system som ersätter systemet med rikssjukvård och den nivåstrukturering som har beslutats genom regionala cancercentrum (RCC) i samverkan. I förarbetena nämndes det ett behov av centralisering på nationell nivå motsvarande 5 % av sjukhusvårdsvolymen och en centralisering motsvarande 10-15 % på sjukvårdsregional nivå. På nationell nivå är kravet att den vård som ska betecknas som högspecialiserad ska finnas på högst 5 regionsjukhus i landet och vara av mycket komplex natur. Socialstyrelsen är ansvarig myndighet vad det gäller koncentrationen av högspecialiserad vård på nationell nivå och besluten kommer att tas av en ny politiskt tillsatt nämnd som ersätter Rikssjukvårdsnämnden. Vid beslut kring koncentration av högspecialiserad vård på sjukvårdsregional nivå ska besluten tas i respektive sjukvårdsregion.

Hela processen är dock inte enkel. I lagrådsremissen från den 28 september 2017 lyftes följande; "Högspecialiserad vård är ett dynamiskt begrepp och innebörden av det har förändrats över tid. Med kunskapsutvecklingen och de landvinningar som görs inom hälso- och sjukvårdssektorn, förändras behandlingsmöjligheterna. Det som en gång var komplicerat och endast kunde eller borde utföras av ett fåtal läkare, kanske kan och bör införas på bredare front genom nya terapier och nationella vårdprogram. På så vis har benämningen av den specifika hälso- och sjukvård och de behandlingar som bedömts som högspecialiserade, till viss del förändrats."

I utskottets förslag till beslut i riksdagen och vid dialogen i Riksdagen lyftes det stora behovet av att patientsäkerheten också måste säkerställas när det gäller den akuta vården i alla regioner. Akutsjukhusens, länssjukhusens och de mindre regionsjukhusen roll måste definieras. Det finns stora farhågor för att akutsjukhusen/länssjukhusen/"de nära sjukhusen kommer att dräneras på kompetens och ekonomi om centraliseringen drivs för långt.

Under våren och sommaren 2018 har det varit flitiga diskussioner i media och inom sjukvården avseende relevansen i de underlag som ledde fram till lagändringen i mars 2018. Det har förekommit kraftig och bred kritik mot Måns Roséns utredning och Betänkandet av Utredningen om högspecialiserad vård, SOU2015:98.

Regeringens särskilda utredare Anna Nergårdh arbetar sedan mars 2017 utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) med fokus på att långsiktigt stärka svensk primärvård och nära vård. Utredningen har redan i delbetänkanden lämnat ett antal förslag till förbättringar. Utredningen ska lämna sitt slutbetänkande i mars 2019.

Enligt ovan är det många som efterlyser en akutsjukvårdsutredning, en genomgång av akutsjukhusens och länssjukhusens roll. Man efterlyser en samtidig genomgång av både den högspecialiserade vården, vården på akutsjukhusen/länssjukhusen/”de nära sjukhusen” och den nära vården på öppenvårdsmottagningar och i primärvården för att inte missa mycket viktiga länkar i vårdkedjan.

Samtidigt ger alla arbetande nationella programområden, NPO, ett entydigt besked om vikten av starka vårdkedjor med hög kompetens på alla nivåer. Fokus från inte läggs enbart på den högspecialiserade vården. Den högspecialiserade vården på nationell eller sjukvårdsregional nivå fungerar inte om det inte finns hög kompetens på det lokala sjukhuset och i den lokala primärvården. T.ex. fungerar inte den högspecialiserade onkologin på regionsjukhuset om det inte finns onkologer med hög kompetens på hemortssjukhuset. Den högspecialiserade njursjukvården på det stora regionsjukhuset fungerar inte om det inte finns en njurmedicinsk enhet med hög kompetens på hemorten. Många svårartade kroniska tillstånd med behov av högspecialiserad vård kanske kräver endast några få besök på det högspecialiserade regionsjukhuset men medför många besök under en livstid med krav på hög kompetens på hemortssjukhuset och i primärvården.

I vilket fall prioriterar Socialstyrelsen i nuläget starkt uppdraget om högspecialiserad vård på nationell nivå. Alla NPO har i uppdrag att lämna förslag på ämnesområden som bör centraliseras och företrädare för Socialstyrelsen deltar i arbetet i alla NPO.

5. Arbetet med nationell kunskapsstyrning på sjukvårdsregional nivå

I strukturen för nationell kunskapsstyrning ingår att det finns ett **regionalt programområde, RPO**, i varje sjukvårdsregion för samarbetet med och kontaktyta mot både respektive nationella programområde, NPO, och motsvarande verksamhet i varje landsting/region. Alla sjukvårdsregioner bygger nu upp en verksamhet baserad på befintliga strukturer men med tydlig anpassning till den nya kunskapsorganisationen.

De övergripande uppdragen till de regionala programområden, RPO, är följande:

- Genomföra behovsinventering och bidra till det nationella programområdets behovsanalys och omvärldsbevakning.
- Initiera frågor för nationell samverkan.
- Skapa regionala tillämpningar av nationella kunskapsunderlag och beslutsstöd.
- Ta emot, anpassa och omsätta nationell kunskap för att det ska nå ut till patientmötet.
- Stödja spridning och implementering av bästa möjliga tillgängliga kunskap.
- Integrera och skapa förutsättningar för de nationella kvalitetsregistren som en del av kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården.
- Samverkan med regionala registercentrumorganisation.

- Specifika regionala uppdrag

I Norra Sjukvårdsregionen baseras det hittillsvarande samarbetet bl.a. på de 20 chefsråden. Chefsråden kommer att få nya och utvidgade uppdrag och kommer initialt att utgöra styrgrupper för de regionala programområden, RPO, som ska byggas upp. Ca 4 – 6 RPO kommer att startas upp under hösten 2018.

Det är inte helt klart hur den sjukvårdsregionala strukturen kommer att se ut men det kommer att klarna under 2018 och 2019.

En fråga är var tyngdpunkten ska läggas i det kommande arbetet. I flera sjukvårdsregioner inklusive Norra Sjukvårdsregionen kommer fokus och resurserna preliminärt att läggas på den lokala (landstinget/regionen) nivån och den nationella nivån medan relativt sett mindre resurser kommer att läggas på den sjukvårdsregionala nivån. Det finns helt enkelt inte ekonomiska eller personella resurser för att satsa fullt på alla nivåer. Vid en jämförelse med alla andra sjukvårdsregioner finner man att Norra sjukvårdsregionen har ett underskott av specialister på alla nivåer och har mycket mindre administrativa resurser. Både var för sig och tillsammans har Norrlandstingen betydligt mindre administrationer än vad de övriga sjukvårdsregionerna kan visa upp.

6. Nationella riktlinjer

Ett arbete som tillhör kunskapsstyrning, men som pågått sedan tidigare är mottagande och så kallade konsekvensanalyser av remissversioner av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Detta arbete pågår samtidigt med skapandet av den nationella strukturen för kunskapsstyrning. Under våren 2018 har följande remissversioner varit i beredningsfas: Nationella riktlinjer för vård av personer med schizofreni, där vuxenpsykiatri och primärvård varit delaktiga. Länets kommuner har också gjort GAP analys av de delarna som gäller dem. Nationella riktlinjer hälsosamma levnadsvanor där primärvården deltagit. Tre helt nya nationella riktlinjer har beretts under våren. Det är remissversionerna av nationella riktlinjerna av epilepsi, endometriosis och psoriasis. I den sistnämnda har vårdstrateg varit samordnare för beredningen i norra sjukvårdsregionen. Generellt är uppgiften för oss att vara stöd till verksamheterna när nya eller uppdaterade nationella riktlinjer ska beredas. Utformande av sjukvårdsregional gemensam process för beredning av nationella riktlinjer är påbörjad i augusti. En viktig del blir att även anpassa processen så att den ger utrymme för det lokala förankringsarbetet inom RJH.

7. Samarbete med kommunerna

Utgångspunkten för uppbyggnaden av den nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvården är att detta ska ske i samarbete med kommunerna. Dock har man från kommunernas sida ofta hävdade att man har sina egna system. Vidare har kommunernas företrädare på nationell nivå och i SKL ofta inte varit inbjudna till övergripande

planeringsmöten. Det finns alltså ingen övergripande samsyn i detta läge. Det NPO som av naturliga skäl har hunnit längst i samarbetet med kommunerna är NPO Psykisk hälsa.

8. Nationella kunskapsstöd

En viktig del i den nationella kunskapsstyrningen är uppbyggnaden av nationella kliniska kunskapsstöd. Först ut är det **nationella kliniska kunskapsstödet för primärvården** som kommer att innehålla ca 350 dokument med riktlinjer. Redaktioner som är fördelade efter ämnesområde finns i alla sjukvårdsregioner. I detta sammanhang ansvarar Norra sjukvårdsregionen för infektioner och öron-näsa-hals. Huvuddelen av innehållet i dessa dokument är gemensamt för hela Sverige. Varje landsting/region kan sedan fylla på med uppgifter om t.ex. remissregler i en lokal del av varje dokument. Uppbyggnaden ger stora möjligheter att publicera lokala gemensamma överenskommelser för det lokala sjukhuset och primärvården. Ett annat nationellt kunskapsstöd under uppbyggnad är det **nationella kliniska kunskapsstödet för barnsjukvården** med planerade 400 dokument och hittills ca 40 färdiga dokument. Tanken är att alla NPO framöver ska kunna publicera sina nationella kunskapsstöd på en gemensam visningsyta, hemsida. Under ledning av SKL sker ett arbete för att få fram en gemensam plattform för detta. Tidplanen för detta stora arbete är dock ännu inte fastställd. På ännu längre sikt är det meningen att alla dessa kunskapsdokument ska kunna integreras i landstingens/regionernas journalsystem.

Beträffande ekonomi för uppbyggnaden av alla dessa nationella kunskapsstöd är nuvarande besked att landstingen/regionerna har åtagit sig denna kostnad i och med besluten att delta i den nya nationella kunskapsstyrningen.

9. Samarbete med professionsföreningar

Mycket av kunskapsstyrning och produktion av nationella och lokala kunskapsdokument och riktlinjer har tidigare skett via professionsföreningar. Inte sällan på oavlönad tid på kvällar och helger. I och med införandet den nationella kunskapsstyrningen tar landstingen och regionerna på sig ett mer tydligt ansvar. Man kommer dock att fortsätta vara mycket beroende av dessa yrkesföreningar där det finns mycket kompetens. Alla NPO kommer att ordna med regelbundna möten med dessa professionsföreningar för att utbyta erfarenheter och för att undvika dubbelarbete.

10. Uppbyggnad av en lokal organisation för kunskapsstyrning i Region Jämtland Härjedalen

Region Jämtland Härjedalen har sålunda beslutat att anta den nya nationella kunskapsstyrningen i alla dess delar och med de åtaganden som följer därmed.

För införande av den nya nationella kunskapsstyrningen har det bildats ett **kunskapsstyrningsråd** med en kärna bestående av regionöverläkare, vårdstrateg och planeringschef.

I det utökade kunskapsstyrningsrådet deltar även hälso- och sjukvårdsdirektör, FOUU-direktör, utvecklingschef, kommunikationschef och vid behov regiondirektör.

I **"Storgruppen"** ingår därutöver alla representanter i chefsamråden i Norra Sjukvårdsregionen, alla MLA, alla verksamhetschefer och utsedda representanter i NPO från Region Jämtland Härjedalen. Vid behov även ekonomidirektör och personaldirektör. I denna grupp planeras det kommande arbetet i chefsamråden och regionala programområden, RPO.

I den lokala arbetsgruppen för nationellt kunskapsstöd för Primärvården deltar två primärvårdsläkare vilka är anställda på vardera 25 % (statliga medel) för att arbeta med uppbyggnaden av nämnda kunskapsstöd, samordning av kunskapsuppbyggnad i primärvården och med samarbete med sjukhusklinikerna. I nämnda arbetsgrupp deltar även regionöverläkare, verksamhetsutvecklare vid primärvården, samordnande primärvårdsläkare och läkemedelskommitténs ordförande, tillika läkemedelsansvarig läkare i Region Jämtland Härjedalen. Primärvårdschef alternativt biträdande primärvårdschef deltar vid behov.

Vidare förs dialoger om nationell kunskapsstyrning i möten med **MLA och MLU**.

Uppgifter under hösten 2018 och början av 2019.

- Delta i uppbyggnaden av den nya sjukvårdsregionala organisationen i Norra Sjukvårdsregionen och bemanna de regionala programområden, RPO.
- Delta i beslut om chefsamrådets roll i relation till de regionala programområden, RPO.
- Direkt och indirekt delta i uppbyggnaden av nationella programområden, NPO, och nationella samverkansgrupper, NSG. Samverka vid bemanningen av nyttillkomna NPO.
- Direkt och indirekt delta i uppbyggnaden av nationella arbetsgrupper, NAG, tillsammans med övriga i Norra Sjukvårdsregionen.
- Bygga en lokal organisation i Region Jämtland Härjedalen där den genomgående strukturen i Nationell Kunskapsstyrning återspeglas i uppbyggnaden av samarbetet mellan sjukhusklinikerna vid Östersunds Sjukhus och Primärvården. Härvid ska hänsyn tas till nu existerande och fungerande samarbeten lokalt. Existerande samarbetsgrupper avseende läkemedelsanvändning ska också användas.
- Informera om nationell kunskapsstyrning och lokal tillämpning och föra dialog med samtliga personalgrupper.
- Samverka med företrädare för den privata vården.
- Dialoger måste föras avseende målformulering för nationell kunskapsstyrning och arbetet med nära vård för att undvika målkonflikter och dubbelarbete.
- Slutligen, och inte minst, måste vi föra ständiga dialoger om hur vi tillämpar vår kunskap och om hur ny och förbättrad kunskap når ut i patientmötet och ger bästa möjliga nytta för patienten.

11. Ekonomi

Det går i nuläget inte bedöma vilka kostnader som införandet av nationell kunskapsstyrning kommer att medföra för Region Jämtland Härjedalen. Inte heller går det bedöma vilka ekonomiska konsekvenser som blir följden av en ökad koncentration av högspecialiserad vård i Sverige. De mindre landstingen, akutsjukhusen och länssjukhusen överlag befarar dock att kostnaderna för bl.a. regionvård kommer att öka betydligt.

Befintliga årliga kostnader för Region Jämtland Härjedalen för kunskapsstyrning och motsvarande.

- Region Jämtland Härjedalens årliga bidrag till RCC, Regionalt Cancer Centrum, är 1,95 miljoner. (Staten ger årligen 8 miljoner i bidrag till Norra Sjukvårdsregionen för detta arbete).
- Stöd till Nationella kvalitetsregister 2,3 miljoner.
- Till SKL för Öppna jämförelser och analys 385 tKr.
- Till SKL för Nationellt kliniskt kunskapsstöd 177 tKr.
- Till SKL, medverkan i kliniks behandlingsforskning 962 tKr.
- Kostnad för medverkan i befintliga chefsamråd. Okänd summa.

2 processledare. Under 2018 har Norrlandstingens regionförbund beslutat att finansiera 2 processledare för de nationella programområden, NPO, där Norra Sjukvårdsregionen är värd; NPO Endokrinologi och NPO Levnadsvanor. Region Jämtland Härjedalens andel är 350 tKr per år.

Just nu förs en dialog om hur vi i Norra Sjukvårdsregionen gemensamt och solidariskt ska **finansiera deltagandet i de nationella programområdena (NPO), nationella samverkansgrupperna (NSG) och Primärvårdsrådet**, totalt 30 personer. Man räknar med att arbetsinsatsen för varje person motsvarar 10 % tjänst. Kostnaden beräknas uppgå till ca 5 miljoner kronor per år totalt för Norra Sjukvårdsregionen.

Det finns ännu inga beräkningar på vad arbetet i nationella arbetsgrupper, NAG, eller regionala programområden, RPO, kan generera för kostnader. Ej heller för tillkommande regionala arbetsgrupper eller lokala arbetsgrupper.

12. Sammanfattning och kommentarer

- a. Införandet av Nationell Kunskapsstyrning innebär en mycket stor organisationsförändring i den svenska hälso- och sjukvården, betydligt större än vad de flesta har insett.
- b. I den nya organisationen för Nationell Kunskapsstyrning är de flesta poster på nationell nivå i nuläget besatta med representanter från regionsjukhusen. Endast en mindre andel med representanter från länssjukhusen. Detta

kommer att påverka kommande beslutsprocesser. Det kommer bl.a. att återspeglas i hur besluten tas kring högspecialiserad vård.

- c. Små landsting och regioner som Region Jämtland Härjedalen kommer att behöva vara mycket alerta, vaksamma och drivande för att få gehör för sina frågor.
- d. I denna nya organisation är det extra viktigt att Region Jämtland Härjedalen fortsätter satsa på en full bredd i utbudet och med intensifierade satsningar på en full bemanning med personer med specialistkompetens.
- e. Staten har inte lovat att tillföra några medel för att införa och utveckla denna organisation för Nationell Kunskapsstyrning. Konceptet är att landstingen och regionerna finansierar detta själva. Detta kommer att medföra mycket stora utmaningar.
- f. Om hela organisationsförändringen drivs på ett klokt och genomtänkt sätt finns det mycket goda förutsättningar för en mer jämlik vård och en svensk vård med ännu högre kvalitet och effektivitet.

Med vänliga hälsningar,
Urban Tirén
Regionöverläkare