Region Stockholm

12

Anpassning av sakkunnigstrukturen i region Stockholm till nationellt sammanhållen struktur för kunskapsstyrning

VKN 2019-0008

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Verksamhetsstyrning och stöd
Björn Wettermark

TJÄNSTEUTLÅTANDE VKN 2019-0008
2019-01-15

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Anpassning av sakkunnigstrukturen i region Stockholm till nationellt sammanhållen struktur för kunskapsstyrning

Ärendebeskrivning

Under 2018 infördes ett nytt nationellt sammanhållet system för kunskapsstyrning. Efter rekommendation från Sveriges Kommuner och Landsting fattade landstingsstyrelsen i SLL den 24 oktober 2017 beslut om att ansluta sig till det nya systemet (LS 2017-0758). Beslutet innebar att SLL skall anpassa sin regionala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen. Uppdraget att se över dagens strukturer för kunskapsstyrning gavs till hälso- och sjukvårdsdirektören och har bedrivits i form av ett projekt tillsammans med Region Gotland. I dialog med beställare, vårdgivare och dagens sakkunniga har projektet tagit fram ett förslag till omställning av regionens sakkunnigstruktur som nu föreligger för beslut.

Beslutsunderlag

Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
SLLs landstingsstyrelsens beslut om att delta i den nya nationella strukturen för kunskapsstyrning (LS 2017-0758), bilaga 1
Projektplan Kunskapsstyrning Stockholm Gotland, bilaga 2
Nulägesanalys Kunskapsstyrning Stockholm Gotland, bilaga 3
Rapporten Förslag till ny struktur för regionalt programarbete med regionala programområden och samverkansgrupper, version 1.0, bilaga 4

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar

att sakkunnigstrukturen i Region Stockholm och Region Gotland görs om till ett sammanhållet regionalt programarbete med regionala programområden och samverkansgrupper

att föreslå att regionstyrelsen ger regionstyrelsens förvaltning i uppdrag att revidera tidigare riktlinjer för arvodering av landstingsövergripande uppdrag (DIR 7345, 2007) och att dessa föredras i regionfullmäktige för beslut.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
För att skapa bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård av hög kvalitet i hela landet, har ett nytt nationellt system för kunskapsstyrning i landstingssamverkan utvecklats. Det nya systemet bygger på en tydligare rollfördelning och samspel mellan nationell-, regional- och lokal nivå (vårdteam, verksamhet). Grunden för allt är patientmötet –bästa kunskap ska användas för beslut kring patienternas vård och behandling och att vårdgivare ska bli ännu bättre på att ta till sig kunskap och erfarenheter från patienterna. För att detta ska ske behöver *vårdgivare och patienter* enkelt ha tillgång till bästa möjliga kunskap. Vården behöver också ha tillgång till uppföljningsdata, analyser och jämförelser med andra verksamheter samt stöd för att identifiera förbättringsområden, förändra sina processer, sätta upp mål och följa sina resultat över tid. På den *regionala nivån* (SLL & region Gotland) behöver det finnas aktörer/grupperingar med uppdrag att stödja implementering, utveckling och förbättring av verksamheterna. Sjukvårdsledningar och beställare behöver bli bättre på att följa upp, fråga efter resultat och föra dialog om kvalitet med verksamheterna. Aktörer på den *nationella nivån* skall underlätta samverkan mellan huvudmän och myndigheter. Så mycket som möjligt av kunskapsunderlag och uppföljningar bör delas och vara gemensamma för alla landsting och regioner.

I den nya strukturen har nationella programområden etablerats, bestående av experter med representation från samtliga sjukvårdsregioner som har ett tydligt uppdrag och mandat att företräda regionen inom det specifika sjukdoms-/organisatoriska området. Programområdet ska leda kunskaps-styrningen inom sitt område. Värdskapet för programområdena har fördelats mellan regionerna. Inom ramen för modellen finns det även sex nationella samverkansgrupper.

Beslut om Regions Stockholms deltagande fattades av landstingsstyrelsen den 24 oktober 2017 (LS 2017-0758). Besluten innebär att Region Stockholm har åtagit sig att…

- anpassa sin regionala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen. Regionala programområden och samverkansgrupper ska etableras. Regionala tillägg kan göras, men de nya programområdena behöver till stor del ersätta dagens sakkunnigstrukturer i Region Stockholm och Region Gotland.

- förändra arbetssätt och uppdrag för de lokala- och regionala strukturerna för att öka fokus på uppföljning och implementering. Framtagandet av kunskapsunderlag ska i möjligaste mån ske nationellt.
- ta på sig värdskap för ett antal nationella programområden, tillsätta ordförande och processledare för dessa programområden samt avsätta tid för experter att delta i det nationella arbetet
- Finansiera de nationella strukturerna
- Skapa rutiner för hur kunskapsstyrningen samverkar med beställarens arbete med vårdavtal och med politiska beslut och prioriteringar.

Omställningsarbetet lades upp i form av ett regionövergripande projekt, gemensamt för hälso- och sjukvårdsregion Stockholm-Gotland. Projektet har omfattat

- En strategisk plan för hur kunskapsstyrningen i Stockholm-Gotland ska arbeta och vara organiserad för att ge vårdverksamheterna förutsättningar att erbjuda patienterna bästa möjliga hälso- och sjukvård. Planen beskriver även hur systemet för kunskapsstyrning ska samverka med vårdavtalen och med den politiska processen.
- En översyn av dagens sakkunnigstrukturer och utarbetande av förslag till anpassning av regionens sakkunnigorganisationer till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen
- Översyn av befintliga stödstrukturer för kunskapsstyrning inom Region Stockholm och Region Gotland
- Nomineringar av ledamöter till och värdskap för nationella programområden
- Förslag till hur regionalt resurscentrum/programområde för psykisk hälsa ska utformas.
- Förslag till struktur för långsiktig hantering av kliniska data över vårdgivargränser för kvalitetsuppföljning och FoU.

En nulägesanalys har genomförts av befintliga sakkunnigstrukturer och förslag till ny struktur har tagits fram. Detta presenteras i bifogade rapport ” Förslag till ny struktur för regionalt programarbete med regionala programområden och samverkansgrupper.” Rapporten kommer under våren att utvecklas till version 2.0 i samband med att en detaljerad planering görs över hur omställningen till den nya sakkunnigstrukturen skall gå till.

Ny sakkunnigstruktur

Den nya sakkunnigstrukturen struktureras i form av ett regionalt programarbete för Stockholm-Gotland. Programarbetet utgör ett forum för att bereda systemövergripande frågor kring kunskapsstyrning och samordna kunskapsutbytet mellan nationell, regional och lokal nivå. Programarbetet organiseras i form av regionala programområden (RPO) och samverkansgrupper i enlighet med den nationellt beslutade strukturen för NPO. I två råd (akut vård respektive njur-urinvägssjukdomar) föreslås regionen göra avsteg från den nationella strukturen och dela råden.

Samverkansgrupperna bygger på tidigare strukturer för läkemedel respektive patientsäkerhet. Samverkansgruppen för läkemedel och medicinteknik består av Stockholms läns läkemedelskommitté och Läkemedelskommittén på Gotland som även får ansvar för medicinteknik. Det samlade programarbetet leds av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholm och får operativt stöd av linjeenheter med läns/regionövergripande uppdrag inom Region Stockholm och Region Gotland.

Med stöd från sakkunniga ansvarar respektive hälso- och sjukvårdsförvaltning (HSF) för vårdavtal, politisk process samt samverkan med kommuner, patient- och pensionärsorganisationer. Med stöd av Universitetssjukvårdsenheter (USV) ansvarar vårdgivarnas linjeorganisationer för implementering av ny kunskap och att ett systematiskt förbättringsarbete bedrivs i verksamheten.

Fortsatt arbete

En ny sakkunnigstruktur kan träda i kraft tidigast 1 september 2019. Under våren fortsätter Projekt kunskapsstyrning och hälso- och sjukvårdsförvaltningen att förtydliga uppdrag och sammansättning för regionala programområden samt genomföra omställningen. I arbetet ingår en översyn av hur programområden kopplar till USV-enheter och vårdgivarstrukturen samt en översyn av kostnader och ersättningsprinciper för de nya strukturerna.

Ekonomiska konsekvenser

Projekt kunskapsstyrning har som effektmål att ett förändrat arbete med kunskapsstyrning skall bidra till effektiviseringar minst motsvarande kostnaden som tillkommit för nationella strukturer, dvs 32 Mkr. Dessa effektiviseringar avser dock både sakkunnigstrukturen och stödstrukturer inom HSF och centrumbildningar i Stockholms läns sjukvårdsområde. Direkta ersättningar till sakkunniga i SMR, SLK och Spesam-råden utgör idag cirka 15 miljoner kronor. Största kostnaden utgörs dock av den tid som alla ledamöter lägger på möten. Med undantag av de spesak som är ordföranden i specialitetsråd och ordföranden i expertråd, utgår ingen arvodering för deltagande i olika sakkunniggrupper.

Allmänmedicinarna i Spesam-råden har ett särskilt avtal, då majoriteten kommer från privat verksamhet och ersättning för bortfall av vårdproduktion justeras. Totalt sett uppgår antalet personer i olika sakkunnig-grupper i länet idag till cirka 1000. Om man antar att det åtgår 6 arbetsdagar per år uppgår den samlade kostnaden till nästan 50Mkr. Det nya förslaget innebär att antalet personer i olika grupper minskar till ungefär hälften, och förslaget bidrar därmed till att frigöra tid i vården. Den direkta ersättningen till vårdgivarna om c:a 15Mkr beräknas dock vara oförändrad eftersom minskade kostnader för regionala strukturer kompenseras av ökade kostnader för nationella programområden.

Konsekvenser för patientsäkerhet
En förändrad sakkunnigstruktur med ökat fokus på implementering och förbättringsarbete har positiva effekter för patientsäkerheten. I det nya systemet för kunskapsstyrning skall data om patientsäkerhet kontinuerligt följas upp och återkopplas såväl till vårdgivare som på systemnivå.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
I de regionala programområdenas uppdrag ingår att följa upp om vården är jämlik och jämställd. En omställning har därmed positiva konsekvenser för jämställd och jämlik vård.

Miljökonsekvenser
Utredningens förslag bedöms ha neutral miljöpåverkan. Sammanslagningen med sakkunnigstrukturen i Region Gotland innebär att ledamöter från Gotland skall vara med i alla råd. Mycket av kommunikationen bör dock kunna ske elektroniskt.

Magnus Thyberg
Tf. biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör

Margareta Tufvesson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Klicka här för att fylla i vilka beslutet ska skickas till

Godkänd av Magnus Thyberg, 2019-01-15

Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2017-10-11

LS 2017-0758

Landstingsstyrelsen

Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning

Föredragande landstingsråd: Anna Starbrink

Ärendebeskrivning

Stockholms läns landsting föreslås godkänna och ställa sig bakom en rekommendation från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att etablera en nationellt sammanhållen struktur för kunskapsstyrning.

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att godkänna och ställa sig bakom Sveriges Kommuner och Landstings rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning.

Landstingsrådsberedningens motivering

Några viktiga utgångspunkter för vården är att den ska vara kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv. För att uppnå detta måste det finnas strukturer inom vården som möjliggör kunskapsstyrning. Målsättningen är att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig när mötet mellan patient och vårdpersonal sker.

Under år 2016 tog landstingen och regionerna beslut om att stödja och finansiera en gemensam struktur för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården i hela landet. En styrgrupp har därefter arbetat fram en organisationsstruktur och en styrmodell för en sådan organisation.

Styrelsen för Sveriges kommuner och landsting (SKL) har den 12 maj 2017 rekommenderat samtliga regioner och landsting att etablera en nationellt sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Det förväntas skapa

förutsättningar för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård av hög kvalitet i hela landet.

Syftet med den nationella kunskapsstyrningen är att de olika huvudmännen ska skapa ett lärande och stödjande system för hälso- och sjukvården. Bästa tillgängliga kunskap ska kunna användas vid varje enskilt patientmöte. Patientmötet ska kunna följas upp och analyseras på individ - och gruppnivå. Ny kunskap ska snabbt kunna omsättas till vårdinsatser. Förbättringsområden ska identifieras. Målet är att det ska vara enkelt att arbeta kunskapsbaserat.

SKL:s förslag är att en nationell organisation ska stödja de enskilda landstingen och regionerna när det gäller kunskapsstöd och uppföljning /analys. Det är SKL som ska vara den nationella stödorganisationen. Varje landsting föreslås avsätta resurser för att kunna ta på sig värdskapet för ett antal programområden. Det innebär ett ansvar att tillsätta ordförande och processledare för berörda programområden. Det ska även finnas utrymme för att anlita experter.

Landstingsstyrelsen ställer sig bakom den nya modellen för kunskapsstyrning. Det är viktigt att de enskilda landstingen engagera sig i uppbyggnaden av de nationella strukturerna.

Inom Stockholms läns landsting måste uppdrag, organisation och arbetsformer förändras inom det som idag utgör SLL:s kunskapsstyrning för att de ska kunna ingå i den framtida nationella styrningen. Det gäller för Stockholms Medicinska Råd och Stockholms läns läkemedelskommitté samt för de stödstrukturer som finns inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och som arbetar med kunskapsstöd, uppföljning och förbättringsarbete. Funktioner måste även förändras hos vårdgivare. Det ställer också krav på vissa effektiviseringar för anpassning av den regionala strukturen till den nationella.

Kostnaden för Stockholms läns landstings deltagande i den nationella kunskapsstyrningen beräknas till 31,5 Mkr per år. Kostnaderna för att driva den idag befintliga organisationen utgör grunden för satsningen. Hälso- och sjukvårdsnämnden har redan under år 2016 fattat beslut om att inrymma kostnaden i budgeten.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 18 september 2017
Sveriges Kommuner och Landstings rekommendation till landsting och

regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvårdsnämndens protokollsutdrag den 29 augusti 2017
Hälso- och sjukvårdsförvaltningens tjänsteutlåtande den 11 juli 2017

Irene Svenonius

Anna Starbrink

Gustaf Drougge

2017-09-18
LS 2017-0758

Landstingsstyrelsen
Landstingsstyrelsens förvaltning
Landstingsdirektörens stab
Ingela Erneholm

Landstingsstyrelsen

Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning

Ärendebeskrivning

Stockholms läns landsting föreslås godkänna och ställa sig bakom en rekommendation från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att etablera en nationellt sammanhållen struktur för kunskapsstyrning.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 18 september 2017
Sveriges Kommuner och Landstings rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvårdsnämndens protokollsutdrag den 29 augusti 2017
Hälso- och sjukvårdsförvaltningens tjänsteutlåtande den 11 juli 2017

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att godkänna och ställa sig bakom Sveriges Kommuner och Landstings rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning.

Förvaltningens förslag och motivering

Sammanfattning
För att patienterna ska få en kunskapsbaserad god vård med hög kvalitet behöver vårdens personal enkelt ha tillgång till aktuell kunskap och verka i en lärande miljö. SKL har tagit fram en modell för en långsiktig nationell

struktur för kunskapsstyrning som ska skapa bättre förutsättningar för god och jämlik vård i hela landet.

Förvaltningen föreslår att landstingsstyrelsen godkänner och ställer sig bakom rekommendationen, vilket innebär att hälso- och sjukvårdsnämnden kan börja se över sin organisation för kunskapsstyrning så att den anpassas till den nationella modellen.

Bakgrund
SKL har tagit fram en modell för en långsiktig nationell struktur för kunskapsstyrning, som främst inriktar sig på områdena kunskapsstöd och stöd för uppföljning och analys. Det som ska ingå i den nationella strukturen är områden där samverkan är mer ändamålsenlig och effektivt än att varje landsting gör arbetet var för sig. Den nationella strukturen ska komplettera och stödja den regionala och lokala kunskapsstyrningen. Den befintliga strukturen för kunskapsstöd på nationell nivå – den nationella programrådsstrukturen – ska i den föreslagna modellen befästas med tillhörande långsiktig finansiering.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har yttrat sig i ärendet.

Överväganden
För att patienterna ska få en kunskapsbaserad god vård med hög kvalitet krävs att vårdens personal enkelt har tillgång till aktuell kunskap och verkar i en lärande miljö. Förslaget om en ny sammanhållen nationell struktur för kunskapsstyrning skapar bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård av hög kvalitet i hela landet.

Det är viktigt att landstinget engagerar sig i uppbyggnaden av de nationella strukturerna och säkerställer att de samordnas med regionala strukturer för att möjliggöra ett effektivt arbete med kunskapsstyrning. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 29 augusti 2017, under förutsättning att landstingsstyrelsen ställer sig bakom SKL:s rekommendation, att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att se över uppdrag, organisation och arbetsformer för de verksamheter som utgör Stockholms läns landstings kunskapsstyrning, så att dessa anpassas till den nya strukturen.

Ekonomiska konsekvenser
Eventuellt ökade kostnader avseende Stockholms läns landstings deltagande i den nationellt sammanhållna strukturen för kunskapsstyrning ska rymmas inom hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsanslag.

Malin Frenning
Landstingsdirektör

Carl Rydingstam
Chef ledningsstaben

Beslutsexpediering:
Akt
Sveriges Kommuner och Landsting
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Landstingsdirektörens stab

Godkänd av Malin Frenning, 2017-09-29

Från:	Sveriges Kommuner och Landsting
Kopia:	Särnå Karin; Tullberg Sofia
Ärende:	RÄTTELSE! Meddelande från SKL styrelse om Rekommendation om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning
Datum:	den 15 maj 2017 10:31:22
Bilagor:	Rättelse 09-2017-SIGN-Rekommendation sammanhållen struktur för kunskapsstyrning.pdf

Till samtliga landstings- och regionstyrelser

RÄTTELSE

I fredags skickades ett meddelande från Sveriges Kommuner och Landstings styrelse angående Rekommendation om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning (meddelande nr 9/2017). På själva meddelandebladet, sidan 2, hade fel datum smugit sig in när landstingen och regionerna senast ska godkänna och ställa sig bakom rekommendationen. Rätt datum är 31 oktober 2017.

För frågor om rekommendationen, kontakta Sofia Tullberg, avdelningen för vård och omsorg, SKL, tel: 08-452 78 72 eller sofia.tullberg@skl.se.

Mvh

Karin Särnå
Handläggare
Styrelsesekretariatet

Sveriges Kommuner och Landsting
Hornsgatan 20
118 82 Stockholm
+46 8 452 72 64
+46 76 125 19 80
www.skl.se

Sveriges Kommuner och Landsting

MEDDELANDE FRÅN STYRELSEN NR 9/2017
2017-05-12

Vårt dnr
17/00003

Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen för kvalitet och uppföljning
Sofia Tullberg

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning

Ärendenr 15/06658

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen har beslutat

att rekommendera landsting och regioner att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning i enlighet med förslaget.

Landsting och regioner föreslås var och en och i enlighet med egna delegationsordningar fatta beslut i enlighet med förslaget om att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning, vilket innebär;

- **att** landsting och regioner i samverkan *arbetar utifrån den gemensamma visionen*: Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa. Tillsammans gör vi varandra framgångsrika.
- **att** landsting och regioner *samarbetar inom den gemensamma strukturen* för kunskapsstyrning.
- **att** landsting och regioner *anpassar sin regionala och lokala kunskapsorganisation* till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen med syfte att få styrka genom hela systemet.
- **att** landsting och regioner *långsiktigt säkrar* en regional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen.
- **att** landsting och regioner *avsätter resurser* regionalt i form av att ta på sig värdskap för ett antal programområden, tillsätter ordförande och processledare för aktuella programområden samt avsätter tid för experter att delta i programområden och samverkansgrupper.
- **att** landsting och regioner, med stöd av SKL, etablerar en gemensam organisations- och styrmodell för en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning genom att:
    - inrätta *nationella programområden* med experter inom sjukdomsspecifika eller organisatoriska fält
    - tillsätta *nationella samverkansgrupper* med experter inom tvärgående områden så som; uppföljning och analys, läkemedel och medicinsk teknik, patientsäkerhet etc.
    - tillsätta en *strategisk styrgrupp* – styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan (SKS)

Sveriges Kommuner och Landsting
Post: 118 82 Stockholm, *Besök*: Hornsgatan 20
Tfn: växel 08-452 70 00, *Fax*: 08-452 70 50
info@skl.se, *Org nr:* 222000-0315, www.skl.se

  - tillsätta en *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
- **att** landsting och regioner *följer och gör de förändringar som krävs* regionalt och lokalt utifrån beslut tagna av styrgruppen (SKS) i frågor rörande den nationella strukturen.
- **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.

Utöver liggande förslag föreslår styrelsen följande;

- **att** landstingen och regionerna omgående, men senast den 31 oktober 2017, godkänner och ställer sig bakom denna rekommendation.
- **att** landstingen och regionerna anmäler till SKL när lokala beslut är fattade.

Bakgrund

Under 2016 tog landsting och regioner beslut om att gemensamt långsiktigt delta i, stödja och finansiera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Genom att etablera en ändamålsenlig och effektiv struktur som långsiktigt ger stöd för kunskapsstyrning på olika nivåer i systemet skapas förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

Utifrån förslagen i beslutsunderlaget om *En sammanhållen struktur för kunskapsstyrning i samverkan – hälso- och sjukvård,* från juni 2016, tillsattes en interimistisk styrgrupp med representanter från landsting, regioner och SKL. Uppdraget under hösten 2016 har varit att arbeta fram förslag till hur den sammanhållna strukturen ska etableras och fungera - organisationsstruktur, styrmodell, roller, ansvar och uppdrag – för den nationella nivån men även för den regionala och lokala nivån. Förslaget i sin helhet redovisas i bifogat underlag, *Etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård* samt dess bilaga.

Förslagen omfattar den verksamhet som landstingen ansvarar för men arbete pågår med att hitta former för kopplingen även till det gemensamma arbetet med kommunerna.

Lena Micko
Ordförande

Vårt dnr: 15/06658
Ert dnr:

SAMVERKAN FÖR EN MER KUNSKAPSBASERAD, JÄMLIK OCH RESURSEFFEKTIV VÅRD

Etableringen av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård

Med sikte mot ett gemensamt nationellt system

Förankrings- och beslutsprocess:

1. NSK-region – beredning – 26 januari 2017
2. Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket (HSD) – beredning – 26 januari 2017
3. Landstingsdirektörsföreningen (LD) – beredning – 27 januari 2017
4. Lokal beredning i landsting och regioner
5. Landstingsledningsseminarium – avstämning – 9 februari 2017
6. HSD – ställningstagande med rekommendation till LD – 23 februari 2017
7. LD – ställningstagande utifrån rekommendation från HSD - 24 februari 2017
8. Sjukvårdsdelegationen – beredning – 9 mars 2017
9. Sjukvårdsdelegationen – beslut om rekommendation till SKL:s styrelse – 6 april 2017
10. SKL:s styrelse – beslut om rekommendation till landsting och regioner – 12 maj 2017
11. Lokala politiska beslut maj-oktober 2017

Sveriges Kommuner och Landsting

Sammanfattning och förslag

Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – Tillsammans gör vi varandra framgångsrika.

Under 2016 tog landsting och regioner beslut om att gemensamt långsiktigt delta i, stödja och finansiera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Genom att etablera en ändamålsenlig och effektiv struktur som långsiktigt ger stöd för kunskapsstyrning på olika nivåer i systemet skapas förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

En interimistisk styrgrupp med representanter från huvudmännen och SKL tillsattes i augusti 2016. Uppdraget var att etablera en sammanhållen struktur, utifrån förslagen i beslutsunderlaget om *En sammanhållen struktur för kunskapsstyrning i samverkan – hälso- och sjukvård* (se bilaga 1). Styrgruppen har under hösten arbetat fram förslag till organisationsstruktur, styrmodell, roller, ansvar och uppdrag – för den nationella nivån men även för den regionala och lokala nivån.

Utgångspunkten är att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient. Det ska vara lätt att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för lärande. Det är i mötet mellan vårdpersonal och patient som värdet skapas. Det är där det avgörs och är avgörande hur effektiv och ändamålsenligt kunskapsstyrningssystemet, på alla nivåer, är.

Vägledande för det som görs nationellt gemensamt är att det sker inom områden där samverkan är mer ändamålsenligt och effektivt än att varje landsting gör arbetet var för sig och att det kompletterar och stödjer det som behöver göras på regional och lokal nivå. Samverkan sker i första hand kring de två delkomponenterna *kunskapsstöd* och *stöd till uppföljning, öppna jämförelser och analys*. Andra viktigt delkomponenter för en effektiv kunskapsstyrning är *stöd till utveckling* och *stöd till ledarskapet*, vilket det bäst ges förutsättningar för lokalt.



Figur 1. En sammanhållen struktur för kunskapsstyrning.

En ledstjärna för det gemensamma arbetet är visionen om att *vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika.*

Förslag till ställningstagande

- **Att** landsting och regioner i samverkan *arbetar utifrån den gemensamma visionen*: Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa. Tillsammans gör vi varandra framgångsrika.
- **Att** landsting och regioner *samarbetar inom den gemensamma strukturen* för kunskapsstyrning.
- **Att** landsting och regioner *anpassar sin regionala och lokala kunskapsorganisation* till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen med syfte att få styrka genom hela systemet.
- **Att** landsting och regioner *långsiktigt säkrar* en regional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen.
- **Att** landsting och regioner *avsätter resurser* regionalt i form av att ta på sig värdskap för ett antal programområden, tillsätter ordförande och processledare för aktuella programområden samt avsätter tid för experter att delta i programområden och samverkansgrupper.
- **Att** landsting och regioner, med stöd av SKL, etablerar en gemensam organisations- och styrmodell för en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning genom att:
    - inrätta *nationella programområden* med experter inom sjukdomsspecifika eller organisatoriska fält
    - tillsätta *nationella samverkansgrupper* med experter inom tvärgående områden så som; uppföljning och analys, läkemedel och medicinsk teknik, patientsäkerhet etc.
    - tillsätta en *strategisk styrgrupp* – styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan (SKS)
    - tillsätta en *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
- **Att** landsting och regioner *följer och gör de förändringar som krävs* regionalt och lokalt utifrån beslut tagna av styrgruppen (SKS) i frågor rörande den nationella strukturen.
- **Att** landsting och regioner utifrån en rekommendation från SKL:s politiska ledning 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.

Varje enskilt landsting och region är som huvudman enligt lag ansvarig för att bedriva en god vård som är kunskapsbaserad och jämlik. Beslut från styrgruppen (SKS) är därmed vägledande i form av rekommendationer till landsting och regioner.

Finansieringen för samverkansdelarna inom strukturen sker genom de landstingsgemensamt avsatta medlen som finns beslutade (se avsnitt Finansiering samt i bilaga 1) med eventuella tillägg av statliga medel via överenskommelser mellan SKL och staten. Finansieringsnivån höjs årligen utifrån LPI-index (exkl. läkemedelskostnader). Särskilda satsningar eller utökning av den gemensamma finansiella ramen tas beslut om i särskild ordning.

Inledning

För att patienterna ska mötas av och få en god vård som ges på lika villkor, är kunskapsbaserad och av hög kvalitet krävs att vårdens personal enkelt har tillgång till aktuell kunskap och verkar i en lärande miljö. Vårdens processer och resultat behöver följas upp och återföras på olika nivåer i systemet. Transparens och öppna jämförelser ökar möjligheter till lärande. Kunskapsunderlagen som möter användarna behöver vara samordnade, framtagna på relevanta områden och utformade så att de är lätta att använda i vårdmötet, exempelvis i form av beslutsstöd. Användning av bästa tillgängliga kunskap leder till en hälso- och sjukvård med mindre variationer, bättre effektivitet och högre kvalitet.

Den nationella programrådsstrukturen, med ledning av Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NSK och NSK-region), har under flera år byggts upp av huvudmännen med stöd av SKL och staten. Under 2015 genomfördes en utvärdering[1] av modellen där det konstaterades att det fanns ett behov av ökad samordning av huvudmännens kunskapsstyrning och en tydligare organisation för detta arbete. Att uppdrag, organisation, ledning och styrning behöver förtydligas och att en kunskapsstyrningsstruktur permanentas. Programrådsstrukturens fokus har varit på kunskapsunderlag och kunskapsstöd vilket behöver kopplas ihop med övriga delkomponenter för en effektiv kunskapsstyrning – uppföljning, öppna jämförelser och analys samt stöd till utveckling och stöd till ledarskapet.

Under 2016 tog landsting och regioner beslut om att etablera en gemensam sammanhållen struktur för kunskapsstyrning, med stöd av SKL (se bilaga 1). En interimistisk styrgrupp har under hösten 2016 arbetat fram aktuellt förslag om hur en sådan modell för huvudmännens kunskapsstyrningssystem bör fungera och hur fördelningen av uppdrag, ansvar och roller bör se ut – utifrån visionen om att vi når framgång tillsammans och att den framgången räknas i liv och jämlik hälsa.

Med visionen som gemensam ledstjärna, en modell att verka genom och en tydlig ansvarsfördelning avser huvudmännen att skapa ett lärande och stödjande system för hälso- och sjukvården där:

- *Bästa tillgängliga kunskap används i* varje enskilt patientmöte
- Patientmötet *följs upp och analyseras* på såväl individnivå som på gruppnivå
- *Ny kunskap* snabbt kan omsättas, och ny kunskap genereras och systematiseras
- Identifiering och prioritering av nya *förbättringsområden* tillsammans med patienten är en del av vardagen
- Det är *enkelt* att jobba kunskapsbaserat

[1] Ulf-Johan Olson, Nationella programråd, Lägesavstämning och förslag kring det nationella programrådsarbetet och NSK-regions roll som ledningsgrupp för arbetet, 2015-10-26

Nationella kvalitetsregister – en avgörande uppföljningsplattform

Parallellt med framtagandet av huvudmännens kunskapsstyrningsmodell har styrgruppen för Nationella kvalitetsregister tillsatt en projektgrupp med uppdraget att ta fram förslag kring *Framtidens kvalitetsregister*. Målet som styrgruppen för kvalitetsregister har pekat ut är bland annat att förändra och vidareutveckla systemet för Nationella kvalitetsregister till att bli en *integrerad del av kunskapsstyrningen* och uppföljningen av svensk hälso- och sjukvård samt att registrens stöd för att uppnå jämlik hälsa och en resurseffektiv vård och omsorg utvecklas och förstärks. En kommande styrfunktion för kunskapsstyrningsmodellen behöver nära samverka med motsvarande funktion för Nationella kvalitetsregister för att säkra att de nationella kvalitetsregistren blir en integrerad del i kunskapsstyrningssystemet. Den interimistiska styrgruppen för etableringen av kunskapsstyrningsstrukturen har tagit höjd för arbetet med nationella kvalitetsregister som en integrerad del i modellen.

Med sikte mot ett gemensamt nationellt system

För att få till ett nationellt kunskapsstyrningssystem behöver det även inbegripa kommunerna och staten. Den sammanhållna strukturen för kunskapsstyrning omfattar i ett första steg den verksamhet som landstingen ansvarar för men dialog pågår för att hitta former för kopplingen även till det gemensamma arbetet med kommunerna.

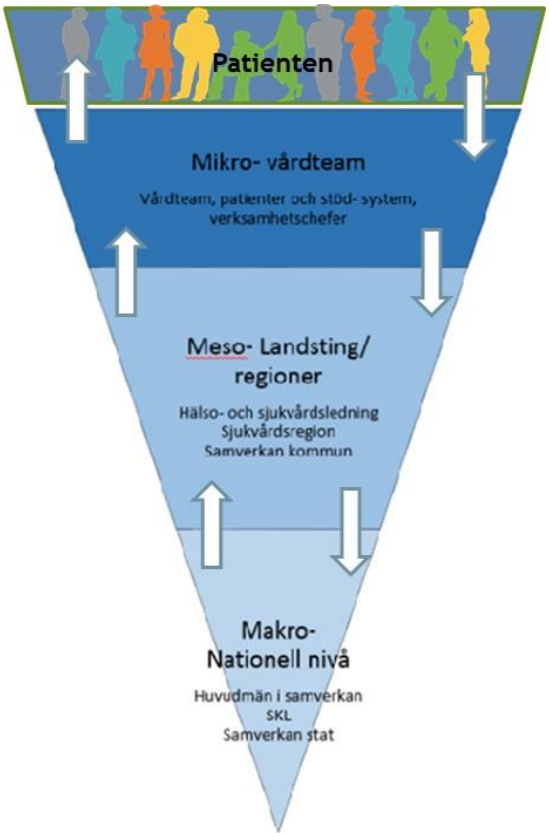
Utifrån överenskommelsen om en *evidensbaserad praktik inom socialtjänsten* pågår ett arbete med framtagande av en modell och ett partnerskap för samverkan mellan de regionala samverkans- och stödstrukturerna samt nationell nivå, till stöd för socialtjänst men även närliggande hälso- och sjukvård. Inom ramen för framtagandet av den planen och modellen förs dialog med representanter från den interimistiska styrgruppen för kunskapsstyrning på hälso- och sjukvårdsområdet.

Landsting, regioner och SKL behöver samverka med staten för att få till ett samordnat och effektivt kunskapsstyrningssystem som ger stöd till och utgår från patienternas och vårdpersonalens behov. I departementensskrivningen *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst (DS 2014:9)* beskrivs att den statliga kunskapsstyrningen behöver kommuniceras på ett samordnat sätt genom effektiva kanaler. Genom huvudmännens kunskapsstyrningsmodell får staten en struktur att verka igenom för att genererad kunskap ska nå dit den skapar värde. Landstingen ansvarar för implementeringen av aktuell kunskap och kan genom professionella grupperingar, som finns i strukturen, bidra med expertis in i statens arbeten.

Regeringen har tillsatt en utredning gällande *Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (2015:127)*. Utredningen ska komma med förslag på hur staten ännu bättre kan bidra till att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män, och hur följsamhet till nationella kunskapsstöd ska uppnås. Utredningens förslag blir viktiga för hur samspelet mellan stat, landsting och regioner - mot det gemensamma målet om en mer kunskapsbaserad och jämlik vård - kan komma att se ut framåt.

Samspel i en ökad kunskapsstyrning

Hälso- och sjukvården är en komplex, kunskapsintensiv och multiprofessionell miljö vilket har stor betydelse inte minst för ledning och styrning. Det kan därför vara till hjälp att dela in systemet i olika nivåer för att beskriva vilka olika behov som finns och vilka uppgifter delarna har beroende på var de befinner sig i systemet. En allt mer använd indelningsform för detta är att utgå från mikro-, meso- och makronivå. I komplexa system skapas resultat genom samspel mellan delarna. Varje nivå behöver ge stöd till nästa nivå i systemet – makronivån till mesonivå, mesonivån till mikronivån och mikronivån till patienten. Det stora arbetet sker på mikronivå, där värdet skapas i patientmötet. Det behövs en stark mesonivå för att ge mikronivån det stöd som behövs, och för att vara mottagare av det samlade stödet och kunskapen från makronivån. Ledningens uppgift är att peka ut riktningen till exempel i form av bättre resultat, skapa enkla regler, sätta tydliga mål, systematiskt följa upp, ge återkoppling och vid behov korrigera målen. Data för att följa resultaten är avgörande, till exempel i form av data från kvalitetsregister. På de olika nivåerna behövs olika data och de behöver användas på olika sätt.



Figur 2. Samspel mellan olika nivåer för ökad kunskapsstyrning.

Roller, ansvar och uppdrag på olika nivåer i systemet

Patienten – allt börjar och slutar hos patienten
Samarbetet mellan patienten, närstående och vårdpersonalen leder till bättre hälsa, högre vårdkvalitet och frigör resurser. Med hjälp av modern teknik kan vinsterna bli ännu större och patienten kan i allt större utsträckning delta i sin egen vård. Patienter har i dag bättre möjligheter än tidigare att få information, vilket kan leda till att de möter professionerna på ett mer jämlikt sätt. Utvecklingen ställer krav på nya sätt att möta patienten och därmed krav på ändrade arbetssätt.

Mikronivån – verksamhet, teamet och mötet med patienten
Aktörer och grupperingar på mikronivå 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 behöver 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 arbetssätt.

Huvuduppdraget för verksamheten är att, med stöd av meso- och makronivå:
- Regelbundet analysera sina resultat
- Sätta mål
- Jobba med ständiga förbättringar
- Anpassa arbetet efter patienternas behov
- Efterfråga stöd när man har behov
- Sprida god erfarenheter 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
- Skapa regionala tillämpningar av nationella kunskapsunderlag och beslutsstöd
- Bygga en struktur för implementering och förbättringsarbete
- Ha ett tydligt ägarskap för resultaten
- Ansvara för regionalt processarbete
- Säkerställa processer över administrativa gränser samt landstingsgränser
- Skapa förutsättningar för långsiktighet med grund i politisk prioritering
- Ta kostnader för samverkan

Makronivån – landsting och regioner i samverkan, SKL och samverkan med staten

Aktörer och grupperingar på makronivå har i uppdrag att underlätta samverkan mellan huvudmännen och med myndigheter. De behöver skapa strukturer för att ge förutsättningar för gemensamt framtagande av användbara kunskapsunderlag och uppföljningar, som stöd för systemet. Makronivå kan också bidra i meso- och mikronivåns lärande och utveckling genom att t.ex. skapa arenor för erfarenhetsutbyte.

Huvuduppdraget för aktörer och grupperingar på makronivån är att:

- Underlätta samverkan mellan huvudmän och myndigheter
- Skapa väl förankrade, lättillgängliga och tydliga riktlinjer och beslutsstöd
- Skapa förutsättningar för samverkan i arbetet med nationella kunskapsunderlag
- Skapa förutsättningar för samverkan i arbetet med indikatorer för god vård och målnivåer kopplat till dessa indikatorer
- Skapa förutsättningar för samverkan för större nytta av kunskapsunderlagen, beslutsstöd och implementering
- Skapa struktur för arbetet med nationella vårdprogram och uppföljning genom kvalitetsregister

Organisationsstruktur

En förutsättning för framgång, långsiktighet och hållbarhet är att kunskapsstyrningsstrukturen är en *representativ modell*. Med det menas att det är representanter från landsting och regioner, med stark förankring på hemmaplan, som i samverkan utgör de olika grupperingarna och genomför arbete på samtliga nivåer i systemet med stöd från SKL och staten.

En drivkraft för delaktighet från samtliga landsting och regioner är att från landets samlade kompetens få tillgång till och bidra till det kunskapsstöd och stöd till uppföljning som systemet på makro- och mesonivå kan bidra med till patientmötet på hemmaplan.

Huvudmännens kunskapsstyrningsmodell bygger därmed på representation från landsting och regioner i form av experter genom hela strukturen, på de olika nivåerna i systemet. Från olika medicinska programgrupper eller motsvarande på mikronivå, till medicinska samverkansgrupper eller motsvarande på mesonivån och vidare till nationella samverkansgrupper på makronivå – landsting och regioner i samverkan. Det finns representation i form av experter från samtliga sjukvårdsregioner i de nationella *programområdena och samverkansgrupperna*. De olika expertgrupperingarna på makronivå behöver hitta former för samverkan med relevanta myndigheter, professions- och patientorganisationer.

Programområden (Regionalt värdskap)	Infektion	Cancer	Endokrina sjukdomar	Psykiska sjukdomar	Nervsystemet	Ögon	Öron/näsa/hals	Hjärta/kärl	Andningsorgan	Rörelseorganen	Hud/ Venereologi	Kirurgi inkl matsmältning	Urologi samt njure	Kvinnosjukvård och förlossning	Barn/Unga	Sällsynta sjukdomar	Tandvård
Nära vård (bl a levnadsvanor, äldre, smärta, palliation)																	
Akutvård (pre-hospital vård, intensivvård, anestesi trauma)																	
Medicinsk diagnostik (bl a bild, röntgen)																	
Rehabilitering (inkl habilitering, försäkringsmedicin)																	
Omvårdnad																	
Samverkansgrupper																	
Metoder för kunskapsstöd																	
Kvalitetsregister																	
Uppföljning och analys																	
Läkemedel/medicinteknik																	
Forskning/Life Science																	
Patientsäkerhet																	
Tillfälliga satsningar																	

Figur 3. Kunskapsstyrning i samverkan – hälso- och sjukvård. Matrismodell.

Nationella programområden

Ett nationellt programområde består av experter med representation från samtliga sjukvårdsregioner som har ett tydligt uppdrag och mandat att företräda regionen inom det specifika sjukdoms-/organisatoriska området. Gruppen består av deltagare från alla sjukvårdsregioner och en multiprofessionell sammansättning ska eftersträvas liksom representativet från så väl sjukhus- som primärvård. Antalet deltagare som behövs för att nå både representativitet och multiprofessionell sammansättning i de olika programområdena kan variera.

Programområdets uppdrag är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält. De har bland annat uppdraget att följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser, identifiera när det saknas kunskapsstöd och bidra i arbetet med användning och utveckling av relevanta nationella kvalitetsregister. Analyser inom fältet och förslag från enskilda programområden ska innehålla ekonomiska värderingar som underlag för prioriteringar.

Programområdet kan ha behov av att tillsätta undergrupper för genomförandet av sitt uppdrag, s.k. expert-/projektgrupper, som bistår programområdet inom ett specifikt område och/eller i specifika frågor. Expert-/projektgrupper kan t.ex. bidra i framtagande av nationella vårdprogram, delta i arbete med nationell och regional nivåstrukturering samt bidra i diskussioner om kompetensförsörjning och e-hälsa. T ex kan det vara ändamålsenligt att programområdet för Endokrina sjukdomar till sin hjälp tillsätter en expertgrupp för diabetes med företrädare från samtliga regioner och relevanta kvalitetsregister.

Primärvårdsperspektivet ska särskilt beaktas och patientinvolvering ska alltid övervägas i de konkreta arbeten programområdena och dess expertgrupper initierar.

Programområdena har även i uppdrag att nära samverka med varandra i de områden där det utifrån patientperspektivet bedöms nödvändigt. Detta blir särskilt viktigt utifrån perspektivet multisjuklighet och i det förebyggande arbetet. Vidare ska de programområden som avser diagnostik, vård och behandling utifrån en mer organisatorisk aspekt genomföra sitt uppdrag i nära samverkan med de mer medicinska områdena.

Nationella programområden tillsätts utifrån vad bedöms ge förutsättningar för en effektiv kunskapsstyrning för hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet. Programområden bildas initialt på aggregerad nivå dels med utgångspunkt i den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10-SE och dels utifrån ett antal områden av mer organisatorisk karaktär (se lista nedan).

Förslag till programområden

- Infektion
- Cancer
- Endokrina sjukdomar
- Psykiska sjukdomar
- Nervsystemet
- Ögon
- Öron/näsa/hals
- Hjärta/kärl
- Andningsorgan
- Rörelseorganen
- Hud/Venereologi
- Kirurgi inkl. matsmältning
- Urologi samt njure
- Kvinnosjukvård och förlossning
- Barn/Unga
- Sällsynta sjukdomar
- Tandvård
- Nära vård
- Akutvård
- Medicinsk diagnostik
- Rehabilitering och habilitering
- Omvårdnad

Värdskapet för programområdena fördelas mellan regionerna. Ordförande blir den expert vars region är värd. Ordförande fastställs av styrgruppen. Till varje programområde finns det ett regionalt processtöd i form av en processledare som tillsätts och finansieras av värdregionen. Den nationella stödfunktionen har i uppdrag att stödja respektive programområdes processledare i arbetssätt och metodanvändning.

Programområdena behöver hitta former för samverkan med myndigheter i de fall de har uppdrag kopplat till programområdets fält såsom t ex Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Den programrådsstruktur som för närvarande arbetar på uppdrag av NSK-region modifieras och införlivas i ovanstående programområden.

Utgångspunkten för programområdesstrukturen ligger i linje med hur det till stora delar ser ut över landet idag vad gäller indelning av regionala och lokala medicinska programgrupper eller motsvarande. Det får därför utgöra ett utgångsläge och en grundstruktur för landstingen och regionernas gemensamma kunskapsstyrningsarbete samt för den anpassning som behöver göras regionalt och lokalt. Införandetakten för de olika programområdena kan se olika ut utifrån förutsättningar och nuläge. Regional och lokal följsamhet till den gemensamma strukturens införandetakt ska eftersträvas. Över tid kan det vara önskvärt och ändamålsenligt att ha en annan utgångspunkt för programområdesstrukturen, en utveckling som då görs tillsammans över landet.

Nationella samverkansgrupper

Nationella samverkansgrupper tillsätts initialt för följande sex områden: Metoder för kunskapsstöd, Nationella kvalitetsregister, Uppföljning och analys, Läkemedel och medicintekniska produkter, Forskning och Life Science samt Patientsäkerhet. Uppdraget är att leda och samordna det nationellt gemensamma arbetet inom området. Dessa samverkansgrupper bemannas med experter och företrädare från respektive sjukvårdsregion samt från SKL. De sex samverkansgrupperna kan om det bedöms relevant även bestå av företrädare från myndigheter och andra intressenter antingen som ordinarie medlemmar alternativt som adjungerade. De kan även vid behov knyta till sig expertgrupper, referensgrupper, nätverk etc.

Samverkansgrupperna utgår från områden där det i dagsläget finns nationellt gemensamma strukturer och/eller arbeten. Samverkansgrupperna leds av en av de regionala företrädarna alternativt av en regionalt oberoende samordnare. Arbetet inom områdena sker i löpande samarbete med programområdena och övriga samverkansgrupper i modellen.

Ordförande för respektive samverkansgrupp nomineras av gruppen och fastställs av styrgruppen. Samverkansgrupperna behöver hitta former för samverkan med myndigheter i de fall de har uppdrag kopplat till aktuellt område.

Samverkansgrupperna stöds av och samspelar med den nationella stödfunktionen i dess arbete.

I takt med etableringen får det prövas om strukturen för samverkansgrupper behöver modifieras eller om ytterligare samverkansgrupper behöver inrättas, t ex för tillfälliga satsningar.

Metoder för kunskapsstöd
Samverkansgruppen för Metoder för kunskapsstöd liknar dagens Nationella samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NSK-region). Samverkansgruppen fungerar som en stödfunktion för programområdenas arbete med olika typer av nationella kunskapsstöd. För behovsinventering, förankring och spridning kan samverkansgruppen ha en referensgrupp bestående av flera regionala företrädare.

Inom ramen för samverkansgruppens uppdrag ligger till exempel att;

- Ta fram arbetssätt för programområdena i sitt uppdrag att leda och samordna kunskapsstyrningen inom sitt fält
- Hantera rutiner för nominering och bemanning i de olika programområdena
- Säkerställa jävsregler för ledamöter/experter i de olika programområdena med tillhörande expert- och projektgrupper
- Ta fram arbetssätt för hur nationella vårdprogram utarbetas, förankras och sprids
- Ta fram arbetssätt för hur underlag för regional nivåstrukturering utarbetas, förankras och sprids

Exempel på ett uppdrag som kan finnas kopplat till samverkansgruppen är arbetet med *Nationellt kliniskt kunskapsstöd*. Det är en viktig plattform och infrastruktur för

att öka förutsättningar för jämlik vård genom att se till att vårdens medarbetare, var i landet man än befinner sig, har smidig tillgång till bästa tillgängliga kunskap.

Nationella kvalitetsregister

Samverkansgruppen för Kvalitetsregister leder och samordnar det nationellt gemensamma arbetet inom kvalitetsregisterområdet. Vilket uppdrag gruppen ska ha och hur den ska vara sammansatt är ännu inte klart då Styrgruppen för nationella kvalitetsregister har tillsatt en särskild projektgrupp för att ta fram förslag om Framtidens kvalitetsregister. Det förslaget ska vara klart vid utgången av mars och kan komma att påverka utformningen av aktuellt samverkansområde och dess uppdrag.

Uppföljning och analys

Samverkansgruppen för Uppföljning och analys leder och samordnar det nationellt gemensamma arbetet inom uppföljningsområdet för hälso- och sjukvård. Gruppen hanterar och bereder frågor som rör utveckling, drift och förvaltning avseende registrering, insamling, lagring, presentation och analys av vårddata för olika ändamål. Ett viktigt uppdrag för gruppen är att, tillsammans med kompetens och resurser på SKL, ta fram underlag och bistå programområdena i deras analyser inom sitt fält.

Samverkansgruppens ledamöter har expertkunskap eller ansvarig roll för uppföljning inom sitt landsting/regionen. Företrädare från myndigheterna, i första hand Socialstyrelsen, bör knytas till gruppen. Gruppens bildande och nya arbetsformer kan innebära att existerande nätverk inom uppföljningsområdet slås ihop eller får förändrade roller.

Viktiga frågeställningar och utvecklingsområden för samverkansgruppen är bl. a;

- Vilka datainsamlingar ska avvecklas, bestå eller utvecklas?
- För vilka sjukdomstillstånd och ur vilka kvalitetsaspekter saknas det data och bra data? Vilka brister är så viktiga att nya datainsamlingar bör göras, och hur?
- Utveckling och ställningstagande till olika presentationslösningar, både för att undvika merkostnader och för att underlätta för användare.
- Utveckling av rapportering och analys av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

Exempel på aktuella datainsamlingsområden;

- Väntetider i Vården; väntetidsrapporteringen
- Nationell Patientenkät
- Hälso- och sjukvårdsbarometern
- Standardiserade vårdförlopp i cancersjukvård
- Patientsäkerhet; punktprevalensmätning, markörbaserad journalgranskning, VRI m m
- Vårdplatsanvändning; överbeläggningar, utlokaliseringar, utskrivningsklara patienter
- Slutenvårdsdatabasen; slutenvårdsanvändning för individer 65 år och äldre
- KPP-databasen

- Verksamhetsstatistik
- PrimärvårdsKvalitet
- Utvidgad tillgänglighet i primärvården
- Infektionsverktyget (genom Inera)

Berörda tjänstemän på SKL stödjer samverkansgruppens arbete genom att inom ramen för det nationellt gemensamma arbetet samla in och sammanställa data, utveckla insamlingssätt, arbeta med utveckling av nya indikatorer och utveckla presentationsytor utifrån bland annat datainsamlingsområdena ovan.

Läkemedel och medicintekniska produkter
Samverkansgruppen för Läkemedel och medicintekniska produkter leder och samordnar det nationellt gemensamma arbetet inom området.

Inom ramen för samverkansgruppens uppdrag ligger till exempel att leda och samordna;

- Arbetet med landstingens samverkansmodell för läkemedel med ordnat införande av nya läkemedel, gemensamma prisförhandlingar och upphandlingar
- NT-rådets arbete med förankring och kommunikation till programområden i samband med rekommendationer av nya läkemedel, som kan få en inverkan på t ex nationella vårdprogram
- Samverkan med läkemedelskommittéerna
- Samverkan vid införande av nya medicintekniska produkter. Exempelvis utveckla kanaler till programområden för att identifiera nya produkter där samverkan krävs (horizon scanning), kommunikation av nationella kunskapsunderlag och rekommendationer, förankring av gemensamma rekommendationer, samverkan kring uppföljning och koordinering av kommunikation gällande nya medicintekniska produkter
- Arbetet med att initiera utveckling av kunskapsunderlag som stöd för beslut om införande, t.ex. förenklade HTA-analyser som kan utvecklas av ett landsting för alla landstings räkning
- Arbetet med att föra dialog med upphandlingsnätverk för medicinsk teknik

Till sin hjälp kan samverkansgruppen utse expert- och projektgrupper, referensgrupper, nätverk etc.

Berörda tjänstemän på SKL bistår i samordningen av redan etablerade nätverk och är stöd till det löpande arbetet i landstingens samverkansmodell för ordnat införande av läkemedel.

Forskning och Life Science
Samverkansgruppen för Forskning och Life Science leder och samordnar det nationellt gemensamma arbetet inom området.

Inom ramen för samverkansgruppens uppdrag ligger till exempel att;

- Bistå Nationell styrgrupp för ALF (representanter från Universitetslandsting och statliga representanter med syfte att föreslå hur den forskning som bedrivs med ALF-medel ska utvärderas samt följa resultatet)

- Samordna landstingens FoU-chefer i ett nätverk. Nätverket har som uppdrag att följa och samordna utvecklingen inom hälso- och sjukvårdens FoU i landsting och regioner, dela erfarenheter och problem samt initiera och driva strategiska utvecklingsfrågor
- Bistå i frågor avseende nationella satsningar som exempelvis klinisk behandlingsforskning, nationell samordning av kliniska studier och andra nationella initiativ
- Omvärldsbevaka
- Stödja koppling mellan programområden och regionala forskningsnoder

Till sin hjälp kan samverkansgruppen utse expert- och projektgrupper, referensgrupper, nätverk etc.

Patientsäkerhet

Samverkansgruppen för Patientsäkerhet fungerar som en stödfunktion för det nationellt gemensamma patientsäkerhetsarbetet. För behovsinventering, förankring och spridning har samverkansgruppen bl. a ett patientsäkerhetsnätverk med kontaktpersoner från samtliga landsting och regioner och län. Samverkansgruppen möter kontinuerligt myndigheterna, i första hand Socialstyrelsen.

Inom ramen för samverkansgruppens uppdrag ligger till exempel att;

- Stödja utveckling, drift och förvaltning av ett antal evidensbaserade åtgärdspaket som rör patientsäkerhet
- Stödja utveckling, drift och förvaltning av uppföljningssystem kopplat till patientsäkerhet t ex punktprevalensmätningar, överbeläggningsuppföljning, infektionsverktyget osv
- Sammanställa analys och lägesrapporter
- Stödja ledning- och styrning för patientsäkerhet genom t ex nationellt ramverk för patientsäkerhet

Berörda tjänstemän på SKL bistår samverkansgruppen i olika aktiviteter som rör kunskapsstöd, uppföljning, utveckling och ledarskap inom patientsäkerhetsområdet.

Nationell stödfunktion

En nationell stödfunktion tillsätts med uppdrag att stödja programområdena och samverkansgrupperna i deras arbete. Med det menas att ge stöd till samverkansgrupperna och de regionala processtöden i programområdena genom att t ex;

- Bidra med koncept, mallar och till ett likartat arbetssätt inom strukturen
- Säkra strukturens inre samverkan dvs. att programområdena hittar former att samverka mellan sig samt med och mellan samverkansgrupperna
- Samspela med och stödja samverkansgrupperna och beredningsgruppen i beredning av underlag för beslut och ställningstagande i styrgruppen
- Skapa mötesplatser och tillhandhålla plattform för informationsspridning, med utgångspunkt från SKL för regioner och landsting i samverkan
- Vara ett administrativt stöd till styrgruppen, inklusive en sekreterarfunktion
- Hantera processen för verksamhetsplaner, budget och inhämtningen av gemensamma medel för modellen
- Säkra att programområdena och samverkansgrupperna bemannas med SKL-representation där det bör/ska finnas
- Bidra med kompetens i drift, förvaltning och utveckling inom de olika program- och samverkansområdena

Den nationella stödfunktionen utgår ifrån och bemannas i första hand från SKL.

Regionala strukturer

En förutsättning för att kunskapsstyrningsmodellen ska nå maximal nytta är att huvudmännen möter upp med lokala och regionala kunskapsorganisationer som initierar frågor för nationella samverkan samt kan ta emot, anpassa och omsätta det som tas fram nationellt, så att det når hela vägen ut till patientmötet. Lokalt och regionalt finns det redan idag olika medicinska programgrupper, samverkansgrupper och kunskapsstyrningsorganisationer som blir viktiga samarbetsytor. För att underlätta samverkan ytterligare behöver landsting och regionerna se över och anpassa sina kunskapsstyrningsorganisationer till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen, i syfte att få styrka genom hela systemet. Kunskapsstyrningsorganisationen på regionalnivå behöver bli stark för att kunna bidra till det nationellt gemensamma arbetet, för att förankra i sjukvårdsregionen, föra ut kunskapen och stödja implementeringen. Den regionala och lokala nivån är vidare helt avgörande för att identifiera behov av förändring och behov av gemensam nationell samverkan.

Styrmodell

Ledningen på makronivå har en viktig uppgift i att stödja och verka för en kunskapsbaserad och jämlik hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Styrmodellen för huvudmännens kunskapsstyrning behöver ge stöd för samverkan i hela systemet, över hela landet. Det behöver ges förutsättningar för nationellt gemensamt och samordnat arbete med framtagande av målgruppsanpassade kunskapsunderlag och uppföljningar. Styrmodellen ska bidra till att peka ut och hålla gemensam riktning för landstingens kunskapsstyrningsarbete i samverkan.

Strategisk styrgrupp

En strategisk styrgrupp tillsätts - *styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan* (SKS). Styrgruppen ska verka för att kunskapsstyrningen blir ett stöd för huvudmännen och professionen och att den är samordnad, effektiv, ändamålsenlig och användbar. Det motsvarar det uppdrag *Rådet för styrning med kunskap* har utifrån statens ansvar och roll gentemot huvudmännen. Styrgruppens sammansättning och dess möten avser även att vara ett stöd och en arena för dialog mellan huvudmännen och staten i dessa frågor på tjänstemannanivå. Styrgruppen bör finna former för strategiska samverkansmöten med staten, t ex. i form av Rådet för styrning med kunskap.

Uppdraget för styrgruppen är att godkänna verksamhetsplaner, fördela och följa upp de gemensamma medlen, hålla riktningen utifrån vision- och målbeskrivning och göra horisontella prioriteringar för kunskapsstyrningsfältet. Styrgruppen beslutar om nya och eventuell avveckling av programområden samt justeringar i programområdesstrukturen för att säkerställa ändamålsenlighet och följsamhet till utvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Styrgruppen får sitt uppdrag och mandat från politiken. SKL:s politik beslutar om en rekommendation till landsting och regioner om att ta politiskt inriktningsbeslut om styrgruppens uppdrag, mandat och den finansiella ram som styrgruppen råder över för det gemensamma arbetet. Nuvarande finansiella ram finns beskriven i aktuellt underlag men kan behöva justeras över tid. Sjukvårdshuvudmannens politiska ledning rekommenderas vidare att utse landstings-/regiondirektören till ombud för hantering av frågan framåt.

Styrgruppen säkrar att strukturen följs upp kontinuerligt gällande innehåll och funktionssätt liksom dess ekonomiska konsekvenser.

Styrgruppen bemannas med representanter från tjänstemännens chefsnätverk på följande sätt:

- Två representanter från landstingsdirektörsföreningen
- Fyra representanter från hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket

Samtliga sex sjukvårdsregioner ska vara representerade. Utöver dessa representanter ingår:

- En representant från SKL, förslagsvis direktören för avdelningen för vård och omsorg

Styrgruppens ledamöter, samt dess ordförande, utses av landstings- och regiondirektörer i enlighet med uppdraget som ombud för huvudmannen, med undantag för representanten för SKL, vilken utses av förbundets verkställande direktör. Vid behov kan styrgruppen utökas med ytterligare ledamöter.

En sekreterarfunktion bemannas från SKL. Representanter från ekonomidirektörsnätverket, personaldirektörsnätverket och informationsdirektörsnätverket adjungeras.

Styrgruppen utser vid behov ett *arbetsutskott* som bemannas utifrån gruppen med minst två av hälso-och sjukvårdsdirektörerna, SKL:s representant samt sekreterare. Uppdraget är att hantera löpande ärenden och frågor för styrgruppens räkning.

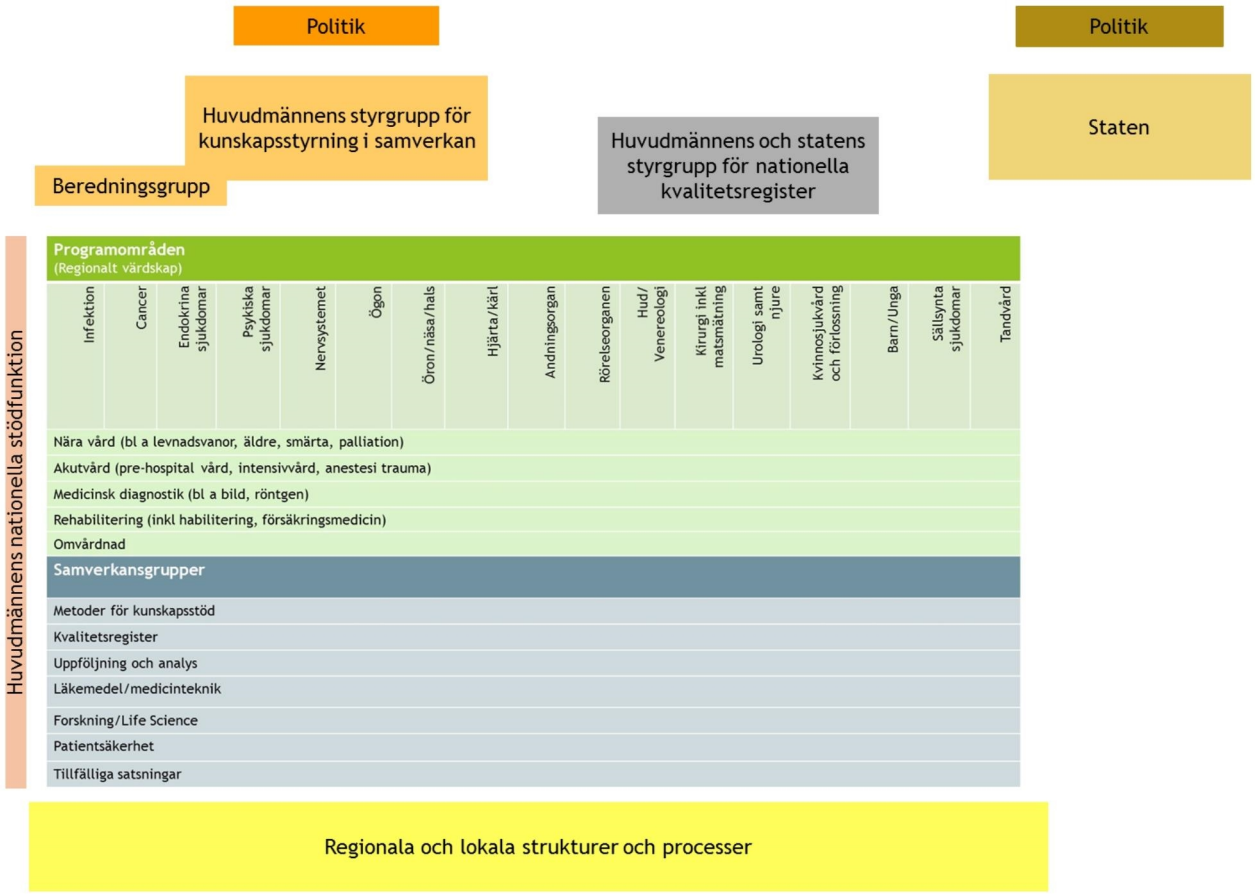
Styrgrupp och arbetsutskott behöver hitta former för samverkan med relevanta myndigheter, professions- och patientorganisationer.

Styrgruppen avrapporterar löpande till hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket och landstingsdirektörsföreningen.

Beredningsgrupp

En beredningsgrupp tillsätts av styrgruppen. Beredningsgruppen stödjer styrgruppen i dess uppdrag genom att ta emot och bereda underlag från programområdena inför ställningstagande, horisontella prioriteringar och beslut i styrgruppen. Uppdraget sker i samspel med samverkansgrupperna och den nationella stödfunktionen. Beredningsgruppen bidrar även till att säkra och stödja samordning mellan programområden och mellan programområdena och samverkansgrupperna. Gruppen har även en viktig funktion i att säkra och stödja perspektiv så som t.ex. vårdkedjor, multisjuklighet och ekonomisk värdering in i programområdenas arbete samt att förankra pågående arbete ut i respektive region.

Beredningsgruppen består av representanter från samtliga sjukvårdsregioner. Styrgruppen beslutar om beredningsgruppens sammansättning och omfattning utifrån behov.



Figur 4. Styrmodell för en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård.

Politiken

För politiken nationellt, regionalt och lokalt kan strukturen ge stöd och underlag för att leda och styra mot en mer jämlik och resurseffektiv hälso- och sjukvård. Utifrån analyser inom samverkansstrukturen, med hela landets kunskap och data som underlag, kan politiska beslutsunderlag tas fram för den egna regionala och lokala planeringen och prioriteringen. Därmed ges förutsättningar för mer kraftfulla och underbyggda analyser och underlag om t.ex. utvecklingen av en mer jämlik vård. En nuvarande viktig politisk gruppering för styrgruppen att ge stöd och underlag till är *Huvudmannagruppen* i sin formaliserade dialog med staten om huvudmännens behov av och former för statlig kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Genom att huvudmannagruppens uppdrag nu föreslås sammanlänkas med SKL:s ordinarie politik ges förutsättningar för att förankringen mellan SKL:s medlemmars politiska dialog och medlemmarnas tjänstemannadialog – i form av styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (hälso- och sjukvård) – blir starkare.

De regionala och lokala kunskapsorganisationerna förser aktuell politik med underlag utifrån den samlade kunskapen och analysen, nedbruten utifrån relevanta geografiska områden.

SKL:s politik, Huvudmannagruppen och den regionala/lokala politiken har i sin tur sedan former för dialog med rikspolitiken.

Huvudmännen och statens styrgrupp för nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister är avgörande för att på olika nivåer i systemet kunna följa, jämföra och lära av vårdens resultat. Stora satsningar har gjorts och görs även framåt från staten, huvudmännen och vårdens personal för att det ska finnas kvalitetsregister som stöd och stimulans för en bättre hälso- och sjukvård. Styrgruppen för nationella kvalitetsregister har utsett en projektgrupp för *Framtidens kvalitetsregister* med uppdraget att ta fram förslag på hur kvalitetsregistersystemet kan utvecklas och bli en *integrerad del av kunskapsstyrningen* och uppföljningen av svensk hälso- och sjukvård. Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS) behöver nära samverka med nuvarande och en framtida styrgrupp för de nationella kvalitetsregistren. Inom ramen för kunskapsstyrningsmodellen tillsätts en särskild samverkansgrupp för kvalitetsregister (se ovan under Samverkansgrupp för Nationella kvalitetsregister) med en tillhörande stödfunktion för den nationella samordningen och administrationen.

Finansiering

Bakgrund

Under 2014 tog landsting och regioner beslut om att gemensamt etablera och finansiera ett antal samverkansstrukturer, eller långsiktiga stödstrukturer. Det handlar om samverkansmodell för ordnat införande inom läkemedelsområdet, en gemensam stödstruktur för Nationell Patientenkät och den nationella programrådsstrukturen. Utveckling av samverkan, samordningen och innehållet i strukturerna har byggts upp under ett antal år med hjälp av statlig finansiering.

Det finns även andra samverkansstrukturer som utvecklats de senaste åren, exempelvis inom ramen för cancersatsningen med RCC i samverkan samt Nationella kvalitetsregister som finansieras gemensamt av stat och landsting. Satsningarna drivs via överenskommelser mellan staten och SKL.

För Nationella kvalitetsregister löpte den femåriga gemensamma satsningen från landstingen och staten ut den 31 december 2016. Under 2017 är det ett övergångsår där en projektgrupp, utsedd av styrgruppen för kvalitetsregister, har uppdraget att ta fram förslag om Framtidens kvalitetsregister som *en integrerad del* av kunskapsstyrningssystemet.

Satsningen på cancerområdet pågår till och med 2018 och inför avslutningen bör det finnas en långsiktig plan för den stödjande strukturen och gemensamma arbetet och det bör, så långt som möjligt, integreras i den sammanhållna strukturen för kunskapsstyrning.

Inom området psykisk hälsa och ohälsa har det under flera år gjorts satsningar genom överenskommelser mellan staten och SKL. Överenskommelsen för 2017 har en liknande inriktning som tidigare men utgör också utgångspunkten för arbetet de närmaste åren utifrån behovet av en långsiktig plan för området psykisk hälsa. Området psykisk hälsa avses vara en integrerad del av huvudmännens kunskapsstyrningsmodell, på alla nivåer i systemet, med utgångspunkt i pågående arbete och struktur.

En sammanhållen struktur för kunskapsstyrning

Finansiering nationellt gemensamt
I och med beslutet om en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning står landsting och regioner för en långsiktig finansiering av den verksamhet och de funktioner de vill samordna med stöd av SKL på aktuellt område. I strukturen integreras nuvarande samverkansstrukturer som tidigare beslutats om. Det ger förutsättningar för en helhetssyn, att stödet och tjänsterna tillhandahålls på ett effektivt, sammanhållet och ändamålsenligt sätt samt att ledningen och styrningen blir tydlig.

Finansieringen för de nationella delarna inom strukturen sker genom de landstingsgemensamt avsatta medlen som finns beslutade (se bilaga 1) med eventuella tillägg av statliga medel via överenskommelser mellan SKL och staten.

De landstingsgemensamma medlen för nationella samverkansstrukturer inom aktuellt område, med stöd av SKL, består i nuläget av följande delar och nivåer:

Kunskapsstöd

- Nationella programrådsstrukturen (7 miljoner/år)
- Biobanksrådet (0,8 miljoner/år)
- Landstingens samverkansmodell för ordnat införande av läkemedel (11 miljoner/år)

Uppföljning, Öppna jämförelser och analys

- Stöd till uppföljning, Öppna jämförelser och analys (30 miljoner/år)
- Stödstruktur för Nationell Patientenkät (5,3 miljoner/år, 2015-2018)
- Nationella kvalitetsregister (100 miljoner/år)

Totalt: 154 100 000 kr

Kostnaden fördelas per landsting och region utifrån befolkningsmängd.

Medel som landstingen långsiktigt gemensamt avsätter för kunskapsstyrningsstrukturen behöver på sikt bli mer av en ”totalpott”. Finansieringsnivån höjs årligen utifrån LPI-index (exkl. läkemedelskostnader). Särskilda satsningar eller utökning av den gemensamma finansiella ramen tas beslut om i särskild ordning. Utifrån de gemensamma medlen kan styrgruppen göra fördelning och prioritering med visionen som ledstjärna.

Staten har över tid bidragit med medel, och gör så fortfarande, för utvecklingsinsatser av olika slag. I de fall staten, genom överenskommelser mellan SKL och staten, finansierar en uppbyggnad inom ett område där huvudmännen långsiktigt förväntas stå för förvaltning och fortsatt utveckling så behöver det göras hållbart från början. Förutsättningar för hållbarhet är bland annat att det inte görs för stort, för kostnadsdrivande och att det inte går bredvid linjen och befintliga strukturer.

Finansiering regionalt och lokalt

Utöver finansieringen för det nationellt gemensamma står landstingen för kostnader för den avgörande kunskapsstyrningsorganisationen regionalt och lokalt. Landsting och regioner behöver avsätta resurser till att bemanna och processleda nationella programområden samt bemanna samverkansgrupper och styrgrupp.

Landstingen kan genom en gemensam struktur enklare fördela arbete över landet, alla behöver inte göra allt och man kan ”byta tjänster” med varandra. I takt med att en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning byggs upp ska landstingen kunna växla över en del arbete som i nuläget sker på hemmaplan till nationell nivå. Landstigen behöver gå igenom sina grupperingar och deras uppdrag för att undvika dubbelarbete, inom en nivå och mellan nivåer.

Nytta behöver över tid kunna ”räknas hem” i form av en vård av högre kvalitet, som ges utifrån bästa möjliga tillgängliga kunskap, är mer jämlik över landet och det med hjälp av ett mer resurseffektivt samlat system.

Utvecklingsinsatser som övergår i långsiktig förvaltning
Med stöd av medel via överenskommelser mellan staten och SKL bedrivs nationellt gemensamma utvecklingsprojekt. Ofta drivs projekten av SKL, tillsammans med landsting och regioner. Vissa projekt avslutas men för några behövs det beslut om långsiktig förvaltning och finansiering. Projekt som berör kunskapsstyrningsområdet, och som ska leva kvar i olika former, behöver integreras i modellen. Vid behov av utökad gemensam finansieringsram tas beslut i särskild ordning. Redan vid beslut om att starta upp ett projekt bör förvaltningsfrågan finnas med.

Exempel på ett pågående projekt som närmar sig sitt slut och där beslut om långsiktig hantering och finansiering behöver tas är följande:

Nationellt kliniskt kunskapsstöd
Nationellt kliniskt kunskapsstöd är en utvecklingsinsats där SKL, tillsammans med landsting och regioner, samordnar ett arbete för att ta fram gemensamma nationella kliniska kunskapsstöd - innefattande diagnos- och behandlingsrekommendationer. Arbetet har bedrivits sedan 2015 och har sin grund i den förstudie från 2014 som både visade på ett stort behov av verksamhetsnära kunskapsstöd i primärvården och på vinster i att samordna utvecklingen. Arbetet bedrivs som projekt, genom en överenskommelse mellan SKL och regeringen kring insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar, under åren 2015-2017.

Nationellt kliniskt kunskapsstöd är en viktig plattform och infrastruktur för att öka förutsättningar för jämlik vård genom att se till att vårdens medarbetare, var i landet man än befinner sig, har smidig tillgång till bästa tillgängliga kunskap. Infrastrukturen är uppbyggd för att kunna hantera utvecklingen mot allt mer strukturerad information som omfattar även beslutsstödsdelar, och för att informationen ska kunna överföras automatiskt för att presenteras i framtida vårdinformationssystem. Innehållsmässigt är kunskapsstöd för primärvården det första som tas fram, men avsikten är att infrastrukturen ska kunna användas oavsett område och därför testas den även inom specialiserad vård genom ett delprojekt inom barnmedicin.

Avsikten är att plattformen och arbetet blir en integrerad del av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning inför 2018 – för en långsiktig förvaltning, utveckling och finansiering av i första hand landsting och regioner. SKL och Inera arbetar med att ta fram former för förvaltningen. Avsiktsförklaring gällande långsiktig finansiering, på totalt 13,8 miljoner/år, går ut till landsting och regioner för ställningstagande under mars månad.

Hälso- och sjukvårdsnämnden
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

PROTOKOLLSUTDRAG 7/2017
§ 185

SAMMANTRÄDESDAG
2017-08-29

Justerat Anna Starbrink (L)
Dag Larsson (S)

Anslagsdatum 2017-08-30

§ 185 Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning HSN 2017-0979

Ärendebeskrivning
Sveriges Kommuner och Landstings styrelse har den 12 maj 2017 beslutat om en rekommendation till samtliga landsting och regioner om att etablera en nationellt sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Landsting och regioner föreslås i enlighet med egna delegationsordningar fatta beslut om den föreslagna sammanhållna strukturen för kunskapsstyrning

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande 2017-07-11
Rekommendation från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning, bilaga

Yrkanden
Ordföranden Anna Starbrink (L) yrkar bifall till förvaltningens förslag.

Beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till landstingsstyrelsen överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande avseende rekommendationer från Sveriges Kommuner och Landsting om etablerande av en nationellt sammanhållen struktur för kunskapsstyrning enligt förslag från SKL

att under förutsättning att landstingsstyrelsen antar rekommendationerna, ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att se över uppdrag, organisation och arbetsformer för de verksamheter som utgör Stockholms läns landstings kunskapsstyrning så att dessa anpassas till den nya strukturen

att omedelbart justera beslutet.

Vid protokollet/rätt avskrivet intygas
Henrik Haij

Expedieras
Akten
LS-kansli

Hälso- och sjukvårdsnämnden
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2017-07-11

HSN 2017-0979

Handläggare:
Björn Wettermark

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2017-08-29

Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning

Ärendebeskrivning

Sveriges Kommuner och Landstings styrelse har den 12 maj 2017 beslutat om en rekommendation till samtliga landsting och regioner om att etablera en nationellt sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Landsting och regioner föreslås i enlighet med egna delegationsordningar fatta beslut om den föreslagna sammanhållna strukturen för kunskapsstyrning

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande 2017-07-11
Rekommendation från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning, bilaga

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till landstingsstyrelsen överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande avseende rekommendationer från Sveriges Kommuner och Landsting om etablerande av en nationellt sammanhållen struktur för kunskapsstyrning enligt förslag från SKL

att under förutsättning att landstingsstyrelsen antar rekommendationerna, ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att se över uppdrag, organisation och arbetsformer för de verksamheter som utgör Stockholms läns landstings kunskapsstyrning så att dessa anpassas till den nya strukturen

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Rekommendationens innehåll

Underlag för rekommendationen finns samlat i en skrivelse från SKL till landstingen. Skrivelsen konkretiserar det nationella och regionala ansvaret i den nya sammanhållna strukturen för kunskapsstyrning som samtliga landsting och regioner under 2016 tog beslut om att långsiktigt delta i, stödja och finansiera (HSN 2016-3546). Genom att etablera en ny struktur som långsiktigt ger stöd för kunskapsstyrning på olika nivåer inom hälso- och sjukvården skapas bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet i hela landet.

Med en sammanhållen struktur avses både en bättre integration mellan arbete på nationell, regional och lokal nivå och en bättre integration mellan kunskapsstöd, register, öppna jämförelser, analys och förbättringsarbete. Etableringen av en sammanhållen struktur innebär att landstingen gemensamt identifierar och långsiktigt säkerställer bemanning och finansiering av de verksamheter och funktioner de vill samverka kring och samordna med stöd av SKL. Det föreliggande förslaget till beslut innebär:

- 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."
- att alla landsting och regioner samarbetar inom den gemensamma strukturen för kunskapsstyrning.
- att landstinget anpassar sin regionala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen
- att landstinget långsiktigt säkrar en regional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen.
- att landstinget tar på sig värdskap för ett antal programområden, tillsätter ordförande och processledare för dessa programområden samt avsätter tid för experter att delta i arbetet.
- att alla landsting och regioner, med stöd av SKL, etablerar en gemensam organisations- och styrmodell för en 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 styrgrupp – styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan (SKS)

  - tillsätta en 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
- att landsting och regioner följer och gör de förändringar som krävs regionalt och lokalt utifrån beslut tagna av styrgruppen (SKS) i frågor rörande den nationella strukturen.
- 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.

Förvaltningens förslag
Förslaget om en ny sammanhållen nationell struktur för kunskapsstyrning skapar bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård av hög kvalitet i hela landet. I och med att landstingen tar ett ökat ansvar för bemanning och finansiering ökar även förutsättningarna för en bättre styrning av verksamheten utifrån landstingens behov. Beslutet om att etablera den nationella strukturen gör dock att SLL måste förändra uppdrag, organisation och arbetsformer för de verksamheter som idag utgör SLLs kunskapsstyrning. Hit hör sakkunnigorganisationerna Stockholms Medicinska Råd och Stockholms Läns Läkemedelskommitté samt flera olika stödstrukturer som arbetar med kunskapsstöd, uppföljning och förbättringsarbete inom HSF samt hos vårdgivarna.

Ekonomiska konsekvenser
SLL:s deltagande i de nationella strukturerna för kunskapsstyrning innebär en årlig kostnad på 31,5 miljoner kr. Beslut om detta har tidigare fattats (HSN 2016-3546), men effektiviseringar av verksamheter i SLL behöver ske i samband med anpassning av den regionala strukturen.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Ökad tillgång till kvalitetsdata och kunskap gör att förslaget på sikt kan innebära en förbättrad patientsäkerhet.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård
Ökad tillgång till jämförande data mellan landsting gör att förslaget på sikt kan bidra till en förbättrad jämställdhet och jämlikhet i vården.

Miljökonsekvenser
Inga

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Björn Wettermark
Avdelningschef

Kunskapsstyrning i region Stockholm-Gotland

Projektplan

version 1.0

Region Gotland

Innehåll

1 Grundläggande information 5
1.1 Bakgrund 5
1.2 Syfte 7
2 Mål 7
2.1 Effektmål 7
2.2 Projektmål 8
2.3 Prioritet 9
3 Krav på projektet 10
3.1 Förutsättningar och beroenden 10
3.2 Miljö 10
3.3 Avgränsningar 10
4 Planer 11
4.1 Tidplaner 11
4.2 Planerade leveranser och aktiviteter 12
4.3 Resursplan 16
4.4 Budget och finansiering (kostnadsplan) 17
5 Projektorganisation 17
5.1 Projektorganisation 17
5.2 Externa kontakter 18
6 Kommunikation 19
6.1 Kommunikation och rapportering inom projektet 19
6.2 Intressentanalys och kommunikationsplan 19
7 Kvalitet 20
7.1 Kvalitetsstrategier 20
7.2 Granskningar 21
7.3 Kvalitetssäkringar av externa leverantörer 21
7.4 Projektrutiner 21
7.5 Ändringar och avvikelser 22
7.6 Säkerhet 22
8 Risker och möjligheter 22
9 Leverans och överlämningsprocedur (PB4 och ev. BP3:or) 22
10 Projektavslut (BP5) 24
11 Referenser och bilagor 24

Dokumenthantering

Ansvar	Roll	Namn
Ägare	HD SLL HD Gotland	Barbro Naroskyin Maria Dalemar
Informeras	LD SLL	Malin Frenning
	LG region Gotland	Peter Lindvall
	Samverkansnämnden Stockholm-Gotland	Marie Ljungberg Schött (ordf), Stefaan De Maecker, Anna Starbrink, Leif Dahlby, Inger Harlevi, Gunilla Helmerson, Boel Jormer, Mikael Sundesten, Viveka Bornold
	Direktörsgruppen i SLL	Melvin Samsom (K), Yvonne Haglund Åkerlind (DS), Mikael Runsiö (SöS), Anders Boman (S:t Erik), Peter Graf (TioHundra), Sven Klaesson (StS), Mikael Ohrling (SLSO), Eva Ljung (FTV). Direktörer från förvaltningarna: Henrik Gaunitz (vVD LISAB), Barbro Naroskyin (HSV-dir), Jan Andersson (FoI-dir), Hans-Erik Malmros (Utv.dir).
	Vårdgivare i SLL och Region Gotland	Via direktörsgrupp, branschråd samt information på Vårdgivarguiden och Region Gotlands hemmsidor
	HSLG i SLL	Ann Eva Allgren Askensten, Anna Ingmanson, Ann-Sofie Lagerqvist, Cecilia Törnqvist Råberger, Eva Gezelius, Johan Bratt, Kitty Kook Wennberg, Lena Furmark, Magnus Thyberg, Margareta Tufvesson, Roger Henriksson, Susanna Lagersten
	HSFLG, region Gotland	Via Maria Dalemar (ordf)
	FTV LG	Via Göran Gynther (ordf)
	SLG	Via Cathrine Malmqvist (ordf)
	SMR	Via Johannes Blom (ordf)
	SLK	Via Gerd Lärfars (ordf)
	KI	Via Karin Wright (KIs ledamot i styrgrupp)
	Branschrådet i SLL	
	Fackliga organisationerna	BESP
	Hälso- och sjukvårds-nämnden i SLL	Via Anna Starbrink (ordf)
	Hälso- och sjukvårds-nämnden i region Gotland	Via Maria Dalemar (HD)
	Landstingsstyrelsen i SLL	
	Styrgruppen för nya nationella kunskaps-styrningen/SKL	Mats Bojestig, Region Jönköpings län (ordförande) Anders Sylvan, Västerbottens läns landsting Bo Svedberg, Landstinget i Sörmland Ann Söderström, Västra Götalandsregionen Rita Jedlert, Region Skåne Kitty Kook Wennberg, SLL Hans Karlsson, SKL Sofia Tullberg, SKL
	SLL och Region Gotlands Hälso- och sjukvårdsförvaltningar	Via chefslinje, info på medarbetardagar & Intranet

Referenser

Ref	Dokument ID	Dokument
[1]		Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning, maj 2017
[2]	HSN 2017-1350	Kunskapsbaserad och jämlik vård. Slutbetänkande från utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (SOU 2017:48).
[3]	HSN 2017-0979	Tjänsteutlåtande om SLLs deltagande i och stöd för en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning
[4]	LS 2017-0758	SLLs landstingsstyrelses beslut om att delta i den nya nationella strukturen för kunskapsstyrning
[5]	HSN § 437	Beslut av Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Gotland om att delta i den nya nationella strukturen för kunskapsstyrning

Definitioner och förkortningar

Begrepp/förkortning	Förklaring
FTVLG	Folktandvårdens ledningsgrupp, region Gotland
FVM	Framtidens vårdmiljö, SLL
HSFLG	Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp, region Gotland
HSLG	Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp, SLL
HSN	Hälso- och sjukvårdsnämnden
HSF	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SLG	Sjukvårdens ledningsgrupp, region Gotland
SLK	Stockholms läns läkemedelskommitté
SLL	Stockholms läns landsting
SMR	Stockholms Medicinska Råd

Revisionshantering

Version	Datum	Summering av förändringar i förhållande till föregående version	Ändringar markerade (j/n)
0.1	171109	Första draft	n
0.8	180112	Komplett version för slutkoll HD & projektgrupp	n
0.9	180116	Komplett version för styrgruppen	n
1.0	180121	Final godkänd version	n

Projektnamn: Kunskapsstyrning i region Stockholm-Gotland

Projektägare/beställare: Barbro Naroskyin, HD, SLL
Maria Dalemar, HD, region Gotland

Checklista inför beslut, BP2	***JA***	***NEJ***
Målen för projektet är tydliga och dokumenterade både gällande kostnad/resurser, tid och resultat	**X**	
Effektmålen är dokumenterade samt hur de skall följas upp och av vem	**X**	
Miljöpåverkan analyserad i generella termer	**X**	
Analys av eventuell påverkan av gällande miljömål enligt gällande Miljöpolitiskt program är gjord		**X (N/A)**
Dokumenten Kostnads- nyttoanalys och Överenskommelse för realisering av nytta finns framtagna och är godkända av Mottagaren samt bilagda detta dokument		**X**
Mottagaren av projektets leverans är identifierad och har ett tydligt åtagande för att realisera den förväntade nyttan från projektet	**X**	
Förväntat resultat (leverans) från projektet är tydligt definierat, dokumenterat och kopplat till verksamhetens mål och strategier	**X**	
Risker och osäkerheter i projektet är tydligt dokumenterade i riskanalysen, inklusive en handlingsplan för att hantera dem		**X**
Projektplanen är tidsatt och resurssatt per fas	**X**	
Projektmedlemmar och referensgrupp är utsedda	**X**	
Samtliga resurser för projektet är säkrade med resurskontrakt och införstådda med åtagandet	**X**	
Projektets begränsningar är tydligt definierade och dokumenterade	**X**	
Tidpunkt för leverans är väl vald och förankrad hos mottagaren	**X**	
Följdkostnader för projektet är identifierade och dokumenterade		**X**
Juridiska och finansiella aspekter har beaktats	**X**	
Projektet är uppdelat i tydliga faser med BP3:or kopplade till de huvudsakliga leveranserna i projektet	**X**	

Kryssa i rutan för vilket alternativ som gäller;

	JA	NEJ	Kommentar:
Beslut att starta Initieringsfasen, BP2	X		
Beslut att bordlägga			

2018-01-22

Datum och underskrift Styrgruppsordförande

Barbro Naroskyin

2018-01-23

Datum och underskrift Vice styrgruppsordförande

Maria Dalemar

2018-01-22

Datum och underskrift av Projektledare

Björn Wettermark

1 Grundläggande information

1.1 Bakgrund

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 betydande kvalitetsbrister inom flera medicinska områden och flera studier har visat på en omotiverat stor variation mellan landsting, men också mellan olika vårdenheter inom region Stockholm-Gotland.

För att skapa bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård av hög kvalitet i hela landet, har ett nytt nationellt system för kunskapsstyrning i landstingssamverkan utvecklats [1]. Med ett sammanhållet system avses både en bättre integration mellan arbete på nationell, regional och lokal nivå *och* en bättre integration mellan kunskapsstöd, register, öppna jämförelser, analys och förbättringsarbete i vården. Etableringen av ett sammanhållet system innebär att landstingen gemensamt identifierar och långsiktigt säkerställer bemanning och finansiering av de verksamheter och funktioner de vill samverka kring och samordna med stöd av SKL.

I den nya modellen beskrivs en tydligare rollfördelning mellan nationell-, regional- och lokal nivå (vårdteam, verksamhet) och hur de skall samspela för en ökad effektivitet. Grunden för allt är patientmötet – att bästa kunskap ska användas för beslut kring patienternas vård och behandling och att vårdgivare ska bli bättre på att ta till sig kunskap och erfarenheter från patienterna. För att detta ska ske behöver *vårdgivare och patienter* enkelt ha tillgång till bästa möjliga kunskap. De behöver också ha tillgång till uppföljningsdata, analyser och jämförelser med andra verksamheter samt stöd för att identifiera förbättringsområden, förändra sina processer, sätta upp mål och följa sina resultat över tid. På den *regionala nivån* (SLL & region Gotland) behöver det finnas aktörer/grupperingar med uppdrag att stödja implementering, utveckling och förbättring av verksamheterna. Sjukvårdsledningar och beställare behöver bli bättre på att följa upp, fråga efter resultat och föra dialog om kvalitet med verksamheterna. Aktörer på den *nationella nivån* skall underlätta samverkan mellan huvudmän och myndigheter. Så mycket som möjligt av kunskapsunderlag och uppföljningar bör delas och vara gemensamma för alla landsting.

I den nya strukturen etableras nu 19 nationella programområden bestående av experter med representation från samtliga sjukvårdsregioner som har ett tydligt uppdrag och mandat att företräda regionen inom det specifika sjukdoms-/organisatoriska området. Programområdet ska leda kunskapsstyrningen inom sitt område. Värdskapet för programområdena fördelas mellan regionerna. Till varje programområde skall det finnas ett regionalt processtöd i form av en processledare som tillsätts och finansieras av värdregionen. Inom ramen för modellen finns det även sex nationella samverkansgrupper, med uppdrag att leda och samordna det landstingsgemensamma arbetet kring metoder för kunskapsstöd, kvalitetsregister, uppföljning/analys, läkemedel/medicinteknik, FoU och patientsäkerhet.

Kopplat till den nya nationella strukturen pågår ett arbete med att ta fram och införa ett nationellt kliniskt kunskapsstöd - ett evidensbaserat stöd för medicinsk bedömning, utredning och behandling, samt en beskrivning av när och hur en patient bör remitteras vidare till en annan vårdnivå. Den första versionen fokuserar på primärvård och barnmedicin, men kunskapsstödet ska byggas ut inom flera områden. Nationella riktlinjer och kunskapsunderlag finns idag också från flera myndigheter. I takt med att den nya landstingsgemensamma modellen växer fram förväntas dock regionerna ta ett större ansvar för de nationella vårdprogrammen och den nationella uppföljningen, på det sätt som skett inom cancerområdet med etableringen av Regionala Cancercentra (RCC) i samverkan. Det beskrivs även i den statliga utredningen " Kunskapsbaserad och jämlik vård" (SOU 2017:48) som även föreslår andra förändringar som kan påverka det regionala arbetet med kunskapsstyrning [2].

Beslut om SLLs deltagande fattades av landstingsstyrelsen den 24 oktober efter rekommendation från HSN (HSN 2016-3546) [3,4]. Beslut har även tagits inom Region Gotland 2017-10-18, HSN § 437 [5]. Besluten om att regionen ska ansluta sig till den nya modellen innebär att SLL och Region Gotland ska...

- anpassa sin regionala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen. Regionala programområden och samverkansgrupper ska etableras. Regionala tillägg kan göras, men de nya programområdena behöver till stor del ersätta dagens sakkunnigstrukturer i SLL och Region Gotland.
- förändra arbetssätt och uppdrag för de lokala- och regionala strukturerna för att öka fokus på uppföljning och implementering. Framtagandet av kunskapsunderlag ska i möjligaste mån ske nationellt, och regionalt anpassas till respektive regions specifika förutsättningar.
- ta på sig värdskap för ett antal nationella programområden, tillsätta ordförande och processledare för dessa programområden samt avsätta tid för experter att delta i det nationella arbetet (både ledamöter för nationella programområden och nationella samverkansgrupper samt de arbetsgrupper som kommer att bildas).
- Finansiera de nationella strukturerna
- Skapa rutiner för hur kunskapsstyrningen samverkar med beställarens arbete med vårdavtal och med politiska beslut och prioriteringar.

När regionens system för kunskapsstyrning anpassas till den nationella strukturen är det också ett bra tillfälle att genomföra andra förändringar som tidigare utredningar pekat på och som förbättrar förutsättningarna för Stockholms läns landsting och Region Gotland att åstadkomma en kunskapsbaserad, säker och effektiv hälso- och sjukvård för invånarna i regionen.

Med utgångspunkt från det projektdirektiv som fastställdes av projektägarna Barbro Naroskyin och Maria Dalemar den 20 november 2017, har föreliggande projektplan utarbetats.

1.2 Syfte

En utvecklad kunskapsstyrning syftar till att ge en bättre kvalitet och bättre hälsa till befolkningen och patienterna i SLL och på region Gotland. Det förväntas ske genom att bättre ta tillvara de synergier som finns i ett ökat samarbete mellan landets landsting och regioner, men också skapa en ökad kraft regionalt i att följa upp och förbättra vårdens kvalitet och resultat inom vårdverksamheterna. Syftet är också att möjliggöra effektiviseringar och säkerställa bästa möjliga utnyttjande av resurser som engageras i kunskapsstyrningen på nationell- och regional nivå.

2 Mål

2.1 Effektmål

Ett reformerat system för kunskapsstyrning i region Stockholm-Gotland ska bli bättre på att stödja vårdverksamheterna i att åstadkomma en ökad vårdkvalitet, förbättrad patientsäkerhet, jämställdhet och jämlikhet. Projektet kommer dock inte leverera en implementerad förändrad organisation för sakkunniga och kunskapsstyrningens stödstrukturer, utan förslag och underlag som styrgruppen och/eller anvisade mottagare kan ta vidare för implementering och effekthemtagning i respektive linjeorganisation. Ett undantag är bemanning av ledamöter och värdskap i de nya nationella strukturerna, som sker inom ramen för projektet.

För projektet föreslås nedanstående effektmål. Urval av nyckeltal för medicinsk kvalitet, jämlikhet och patientsäkerhet görs i februari 2018, när "Öppna Jämförelser 2017- en god vård?" samt "Öppna Jämförelser Säker vård 2017" har publicerats. Under första kvartalet 2018 görs även en baslinjemätning av övriga effektmål.

Effektmål	Mätmetod	Målvärde	Tidpunkt för effektmätning	Ansvarig för effekthemtagning
Förbättrade resultat på prioriterade nyckeltal för medicinsk kvalitet, jämlikhet och patientsäkerhet	Öppna jämförelser / Vården-i-siffror	Sätts för respektive indikator	Mars 2020 Mars 2022	Verksamheter som efter genomförda förändringar ges ansvar för att "äga" resultaten.
Etablerad ny organisation för regionala programråd och stödstrukturer	Process-utvärdering av dokumentation		Juni 2019	Den linjeenhet som ges ansvar för att implementera de förändringar som projektet föreslår.
Etablerad struktur för samverkan mellan SLL och region Gotland kring kunskaps-styrning	Enkät/intervju med utvalda intressenter inom SLL & region Gotland		Juni 2019	Den linjeenhet som ges ansvar för att implementera de förändringar som projektet föreslår.
Vårdgivarna upplever att nya kunskapsstyrningen ger bra stöd för	Enkät till ett slumpmässigt urval vårdgivare i	>X% ska ange gott eller	December 2019	Verksamheter som efter genomförda förändringar ges ansvar för att ansvara

förbättringsarbete baserat på data över vårdens kvalitet och resultat	SLL och region Gotland	mycket gott stöd		för kunskapsstyrning inom regionen.
Patientföreningar upplever att nya kunskapsstyrningen gett en större delaktighet för patienter och invånare i regionen	Enkät/intervju med represen-tanter för patientföreningar SLL & region Gotland		December 2019	Verksamheter som efter genomförda förändringar ges ansvar för att ansvara för kunskapsstyrning inom regionen.
SKL och andra landsting upplever att region Stockholm-Gotland bidrar i det nationella arbetet	Intervju med styrgruppen för nationell kunskapsstyrning och andra intressenter		Juni 2019	Projektet genom bemanning av de nationella strukturerna samt de verksamheter som efter genomförda förändringar ges ansvar för att ansvara för kunskapsstyrning inom regionen.
Arbetet med kunskapsstyrning har bidragit till effektiviseringar minst motsvarande kostnaden som tillkommit för nationella strukturer	Beräkning av totala kostnader för strukturer för kunskapsstyrning i region Stockholm-Gotland	Minskade kostnader om minst 32 Mkr	December 2019	Verksamheter som efter genomförda förändringar ges ansvar för att ansvara för kunskapsstyrning inom regionen.

2.2 Projektmål

Projektet har följande leveranser som mål:

Gemensamt för region Stockholm-Gotland

- En strategisk plan för hur kunskapsstyrningen i Stockholm-Gotland ska arbeta och vara organiserad för att ge vårdverksamheterna förutsättningar att erbjuda patienterna bästa möjliga hälso- och sjukvård. Planen ska även beskriva hur systemet för kunskapsstyrning ska samverka med vårdavtalen och med den politiska processen i respektive landsting/region.
- Förslag till anpassning av regionens sakkunnigorganisationer till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen
- Etablerad process för nomineringar av ledamöter till nationella programområden.
- Regionen har nominerat, och tagit på sig värdskap för prioriterade programområden, tillsatt processledare och analysstöd för dessa programområden samt avsatt tid för experter att delta i arbetet
- Förslag till hur regionalt resurscentrum/programområde för psykisk hälsa ska utformas.
- Förslag till struktur för långsiktig hantering av kliniska data över vårdgivargränser för kvalitetsuppföljning och FoU.

För Stockholms läns landsting

- Förslag till förbättrade processer och uppdrag för de stödverksamheter till kunskapsstyrningen som finns inom HSF, SLL
- Förslag till förbättrade processer och uppdrag för de centrumbildningar inom SLSO som arbetar med kunskapsstyrning på uppdrag av HSF, SLL. Verksamheter som utgör SLSOs interna stöd ingår ej.

För region Gotland

- Förslag till organisation och uppdrag för de stödverksamheter till kunskapsstyrningen som finns inom HSF, Region Gotland
- En samlad inventering av tänkbara sakkunniga inom HSF och offentlig finansierade privata vårdgivare inom Region Gotland.
- Förslag på struktur för lokal sakkunnigorganisation för integrering till den regionala strukturen Stockholm – Gotland

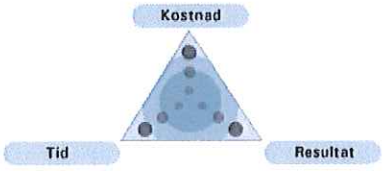
I projektet ingår även ett delprojekt med operativt arbete för juridiskt säker hantering av kliniska data över vårdgivargränser för de behov som finns för FoU och kvalitetsuppföljning inom SLL. Projektmålet är att ha etablerat denna funktion och tagit fram förslag till hur den ska förvaltningssättas.

Leveranser och aktiviteter som syftar till att uppnå projektmålet presenteras i projektplanens beskrivning av aktiviteter, avsnitt 4.2.

2.3 Prioritet

För projektleveranser avseende nomineringar för nationella strukturer prioriteras tid eftersom samtliga nomineringar om ledamöter och värdskap ska vara SKL tillhanda senast 12/2 2018. Nomineringsproceduren ska ske på bästa möjliga sätt, men på grund av den korta tiden kan vissa av de nomineringar som görs bli tidsbegränsade för att ersättas av mer permanenta personer när en ny struktur för kunskapsstyrning är etablerad i regionen.

För projektleveranser avseende strategi och översyn av processer, uppdrag och organisation prioriteras resultat/kvalitet, dvs att förslag är genomarbetade, förankrade och kan genomföras.



3 Krav på projektet

3.1 Förutsättningar och beroenden

Projektet ska genomföras inom ramen för sjukvårdshuvudmännens uppdrag och inom ramen för rådande lagstiftning och regelverk för kunskapsstyrning. De förändringar som föreslås ska följa den landstingsgemensamma struktur som samordnas via SKL.

För att projektet skall nå sina mål krävs att följande förutsättningar är uppfyllda:

Nr.	Beskrivning	Ev. Godkännande kriterium/er	Ansvarig	Datum
1	Bemanning av projektledare och projektmedlemmar	Att dessa funktioner har bemannats med rätt kompetenser	HD & berörda AC	171101 (proj.led) 171231 (övr)
2	Säkerställande av resurser för delprojekt kompetens-centrum kliniska vårddata	Medel för delprojektet har säkrats hos SLL FoU och rekrytering har skett för två tjänster	Projektledare + delproj.ledare +FoU-direktör SLL	180215
3	Att medel från psykiatri-satsningen finns reserverade och rekrytering av delprojektedare görs	Projektkonto skapats, fakturering gjorts från SKL, delprojektledare anställd	Projektledare + enhetschef psykiatri, HSF SLL	171231
4	Finansiering av regionens medverkan i nationella strukturer (ledamöter & värdskap)	Medel tillgängliggörs från externa projekt eller linje-budgetar för att finansiera medverkan	AC för berörda avdelningar i SLL och Region Gotland	Löpande under 2018

3.2 Miljö

Projektet förväntas inte ha några särskilda miljökonsekvenser. Under utrednings-tiden kommer ett stort antal möten och workshops att äga rum, men dessa kan företrädesvis ske i landstingens/regionens lokaler och resor ske kollektivt, alternativt via länk. Digitala hjälpmedel kan i möjligaste mån användas för kommunikation med andra landsting.

En effektivare kunskapsstyrning torde på sikt leda till en ökad hälsa och vårdkvalitet samt minskat resursutnyttjande, vilket även är positivt för miljön. De effekterna kommer dock bortom projekttiden.

3.3 Avgränsningar

Projektet kommer att bemanna nya nationella strukturer samt leverera förslag till regional strategi för kunskapsstyrningen samt förslag till förbättrade processer, uppdrag och organisation för sakkunnigorganisationerna och stödverksamheterna för kunskapsstyrning i region Stockholm-Gotland. Eventuella förändringar i

organisation, uppdrag och bemanning som blir en konsekvens av projektet genomförs dock inom respektive linje.

Projektet kommer inte att ta ansvar för:

- It stöd för kunskapsinhämtning och -förmedling. Detta hanteras i SLL inom Framtidens Vårdmiljö (FVM) samt av avdelningen för E-hälsa.
- Implementeringsarbetet hos vårdgivarna. Detta ansvar ligger inom respektive organisation.
- Forskning och undervisning. Detta har i SLL hanterats inom projekt för Klinisk forskning i nätverkssjukvården. Fortsatt process är ej beslutad.
- SLLs HSFs pågående översyn av avtalsprocessen
- Rikssjukvårdsfrågorna

Alla dessa verksamheter har dock starka kopplingar till kunskapsstyrningen, och en viktig del i den strategiska planen är därför att tydliggöra hur sambanden ser ut och vilka förbättringsområden som finns.

4 Planer

4.1 Tidplaner

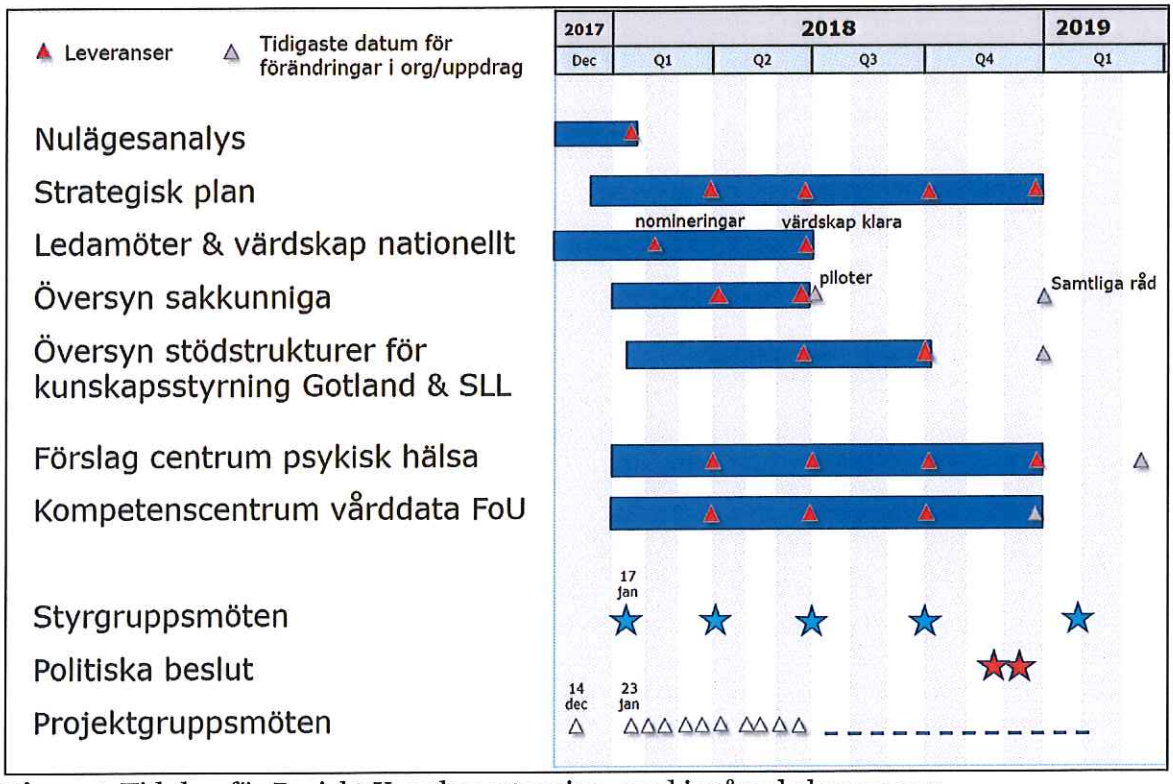
Projektet skall i sin helhet vara avslutat 31 mars 2019.

Beslut	Benämning	Kommentar	Datum
BP1	Projekt-direktiv klart Etablering av projektet	Bemanning av projektgrupp säkrad, delprojektledare säkrade Projektet förankrat hos styrgrupp Nomineringsriktlinjer för ledamöter till nationella programråd klara	*20/11 2017* *Q4 2017*
BP2 MS1	Beslut att starta projektet	Styrgruppsmöte Beslut om projektplan Nulägesanalys Nomineringar av ledamöter och värdskap för nationella strukturer Hypoteser för fortsatt arbete	*17/1 2018*
BP3:1 MS 2	Beslut att fortsätta projekt	Styrgruppsmöte Delleveranser enligt aktivitetsplan nedan Uppföljning av riskanalys Beslut om överlämning av leveranser	*31/3 2018*
BP3:2 MS 3	Beslut att fortsätta projekt	Styrgruppsmöte Delleveranser enligt aktivitetsplan nedan Uppföljning av resursplanen Beslut om överlämning av leveranser	*30/6 2018*
BP3:3 MS 4	Beslut att fortsätta projekt	Styrgruppsmöte Delleveranser enligt aktivitetsplan nedan Uppföljning av riskanalys Beslut om överlämning av leveranser	*30/9 2018*

BP4 MS 5	Produkten klar för mottagaren.	Styrgruppsmöte Slutleveranser enligt aktivitetsplan nedan Planering för uppföljning av projektets effektmål	*31/12 2018*
BP5	Projektet avslutat	Kravspecifikation gällande avslut av projektet framgår av projektplanens avsnitt nr 10	*31/3 2019*

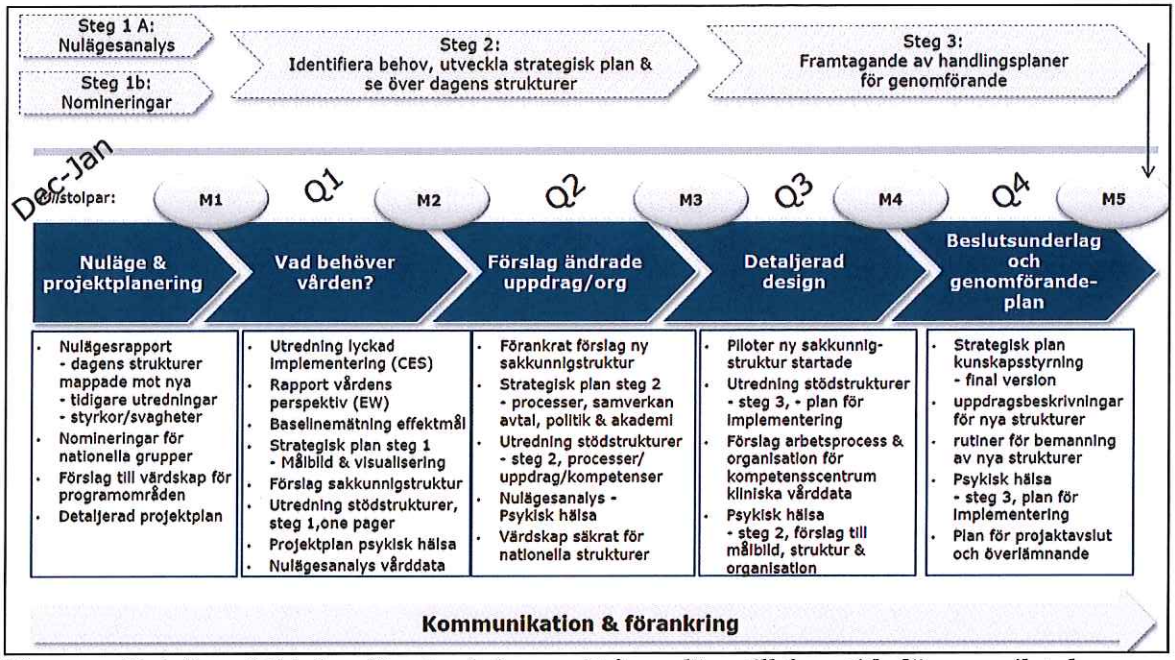
4.2 Planerade leveranser och aktiviteter

Projektet tar fram en samlad strategisk plan för hur kunskapsstyrningen ska arbeta i regionen, inklusive kopplingar till beställarens arbete med vårdavtal och politiska prioriteringar. Planen kommer även att belysa samspelet med övriga närliggande strukturer och projekt som FoU, vårdens it (FVM), patientprocesser och nivåstrukturering av vård. Planen kommer stegvis att växa fram med strategiska diskussioner vid respektive styrgruppsmöte. Projektgruppen kommer även att se över sakkunnigorganisationen och säkerställa nomineringar till nationella strukturer. Parallellt med detta bedrivs arbete i fyra delprojekt med översyn av kunskaps-verksamheterna i SLL (a), respektive region Gotland (b), utredning resurscentrum för psykisk hälsa (c) samt kompetenscentrum för hantering av kliniska vårddata för FoU och kvalitetsuppföljning (d). Övergripande tids- och leveransplaner redovisas i Figur 1. Se vidare under projektorganisation nedan (avsnitt 5).



Figur 1. Tidplan för Projekt Kunskapsstyrning, med ingående leveranser

Huvudleveranserna i anslutning till respektive milstolpe/styrgruppsmöte framgår av figur 2 och redovisas i detalj i tabellerna nedan.



Figur 2. Detaljerad tidplan för utredningen. Från nuläge till framtida läge – milstolpar

Planerade övergripande leveranser för projektet samt leveranser kopplade till nomineringar, strategi & översyn av sakkunniga framgår av tabell 1.

Tabell 1. Projektleveranser kopplade till nomineringar, strategi & översyn av sakkunniga.

Leveranser	Mottagare	Senast klar	Ansvarig
Övergripande projektet			
Nulägesanalys – lärande sjukvårdssystem, tidigare utredningar & regionen förutsättningar	Styrgruppen	180115	BW
Riskanalys och åtgärdsplan	Styrgruppen	180215	BW
Baslinjemätning effektmål	Styrgruppen	MS2	BW
Kommunikationsplan & informationssidor på Vårdgivarguiden & Intranet SLL & Gotland	Styrgruppen	MS2	ACB/BW
Strategisk plan steg 1 - Målbild & visualisering av kunskapsprocesser i regionen	Styrgruppen	MS2	HH/BW
Utredning lyckad implementering	Styrgruppen	MS2	CES impl.
Utredning vårdens perspektiv	Styrgruppen	MS2	EW
Strategisk plan steg 2 - tydliggjorda kopplingar till FoU, avtalsprocess, politik & vårdens it	Styrgruppen	MS3	BW
Strategisk plan steg 3 – final samlad beskrivning av nytt system för kunskaps-styrning i region Stockholm-Gotland.	Styrgruppen fvb till berörd linje-organisation	MS5	BW
Värdskap & ledamöter för nationella strukturer			
Rutin för nomineringar av ledamöter till nationella programområden	HD	171201 (klart)	MSA/BW

Rutin för nominering av värdskap för nationella programområden	HD	171201 (klart)	MSA/BW
Förslag till ledamöter att representera regionen i de nationella programområdena	HD, direktörsgrp	170201	Valberedn.
Förslag till programområden regionen önskar nationellt värdskap för	HD, direktörsgrp	170201	JB/BW
Regionen har tagit på sig värdskap för nationella programområden, tillsatt processledare och analysstöd, samt avsatt tid för experter att delta i arbetet	Styrgruppen fvb till berörd linje-organisation	MS3	JB/BW
Översyn sakkunniga			
Förslag till ny sakkunnigorganisation med regionala programområden – steg 1; struktur & uppdrag samt förslag till 2-4 "piloter"	Styrgruppen	MS2	JB/BW
Utvecklat och förankrat förslag till ny sakkunnigorganisation med regionala programområden – steg 2; uppdrag, kompetens, ersättningsprinciper. Piloter bemannade.	Styrgruppen fvb till berörd linje-organisation	MS3	JB/BW
Detaljerad plan för införande av ny sakkunnigstruktur och förändring/utfasning av dagens strukturer.	Styrgruppen fvb till berörd linje-organisation	MS4	JB/BW
Uppföljning av piloter för regionala programområden.	Styrgruppen	MS5	JB/BW

Planerade leveranser, mottagare och tidplan för delprojekt a) "Struktur Kunskapsverksamheter i SLL" framgår av tabell 2.

Tabell 2. Projektleveranser för delprojekt Stödstrukturer för kunskapsstyrningen i SLL.

Leveranser	Mottagare	Senast klar	Ansvarig
Utredning stödstrukturer, steg 1, "one pager" – uppdrag, processer, kompetenser för de enheter i HSF och centrumbildningar i SLSO som utgör kunskapsstyrningens stödstrukturer	Styrgruppen	MS2	MSch/YL
Särskild analys av RCC & QRC och dess roller i ny kunskapsstyrningen	Styrgruppen	MS2	
Förslag till förbättrade processer och uppdrag för de stödverksamheter till kunskaps-styrningen som finns inom HSF, SLL	Styrgruppen fvb till berörd linje-organisation	MS3	MSch/YL
Förslag till förbättrade processer och uppdrag för de centrumbildningar inom SLSO som arbetar med kunskapsstyrning på uppdrag av HSF, SLL	Styrgruppen fvb till berörd linje-organisation	MS4	MSch/YL
Plan för implementering av förändringar i stödstrukturer för kunskapsstyrningen i SLL	Styrgruppen fvb till berörd linje-organisation	MS4	MSch/BW

Planerade leveranser, mottagare och tidplan för delprojekt b) "Struktur Kunskapsverksamheter Region Gotland" framgår av tabell 3.

Tabell 3. Projektleveranser för delprojekt Stödstrukturer för kunskapsstyrningen Gotland.

Leveranser	Mottagare	Senast klar	Ansvarig
Förslag till organisation och uppdrag för de stödverksamheter till kunskapsstyrningen som finns inom HSF, Region Gotland	Styrgruppen	MS3	LO
En samlad inventering av tänkbara sakkunniga inom HSF och offentlig finansierade privata vårdgivare inom Region Gotland.	Styrgruppen	MS3	LO
Förslag på struktur för lokal sakkunnig-organisation för integrering till den regionala strukturen Stockholm – Gotland	Styrgruppen fvb till berörd linje-organisation	MS3	LO

Planerade leveranser, mottagare och tidplan för delprojekt b) "Resurscentrum Psykisk Hälsa" framgår av tabell 4.

Tabell 4. Projektleveranser för delprojekt Resurscentrum Psykisk hälsa.

Leveranser	Mottagare	Senast klar	Ansvarig
Detaljerad projektplan	Styrgruppen	MS2	MSko
Nulägesanalys –verksamheter som arbetar med psykisk hälsa i regionen idag	Styrgruppen	MS2	MSko
Psykisk hälsa - förslag till målbild, struktur & organisation för centrum för psykisk hälsa/regionalt programområde psykisk hälsa	Styrgruppen	MS4	MSko

Planerade leveranser, mottagare och tidplan för delprojekt b) "Kompetenscentrum Kliniska vårddata" framgår av tabell 5.

Tabell 5. Projektleveranser för delprojekt Kompetenscentrum Kliniska vårddata.

Leveranser	Mottagare	Senast klar	Ansvarig
Detaljerad projektplan	Styrgruppen	MS2	SÅL
Nulägesanalys –hantering av kliniska vårddata för kvalitetsuppföljning och forskning i region Stockholm-Gotland idag	Styrgruppen	MS2	SÅL
Förslag arbetsprocess & organisation för kompetenscentrum kliniska vårddata	Styrgruppen	MS3	SÅL
Plan för implementering av kompetenscentrum för hantering av kliniska vårddata		MS4	SÅL

4.3 Resursplan

Namn	Uppdrag	Antal timmar	Period	Muntligt/ Skriftligt
Björn Wettermark *HSF SLL/VOS*	Projektledare	30h/vecka 10h/vecka	Nov 2017-dec 2018 Jan-mars 2019	Skriftligt
Hans Helander *HSF SLL/UA*	Verksamhetsarkitekt & adminstrativt stöd	20h/vecka 10h/vecka	Jan-dec 2018 Jan-mars 2019	Skriftligt (mail)
Johannes Blom *HSF SLL/SSV*	Projektmedlem	8h/vecka	Nov 2017-dec 2018	Skriftligt (mail)
Maria Samuelsson Almén *HSF SLL/SSV*	Projektmedlem	8h/vecka	Nov 2017-dec 2018	Skriftligt (mail)
Christina Holmström *HSF SLL/VOS*	Projektmedlem	8h/vecka	Jan-dec 2018	Muntligt
N.N. *Karolinska/SLSO?*	Projektmedlemmar			
Marie Schill *HSF SLL/NSV*	Delprojektledare & projektmedlemmar struktur SLL	8h/vecka	Nov 2017-dec 2018	Skriftligt (mail)
Yvonne Lettermark *HSF SLL/VOS*		4h/vecka	Nov 2017-dec 2018	Muntligt
Maja Wessel *HSF SLL/NSV*		8h/vecka	Jan-Sep 2018	Skriftligt (mail)
N.N.				
Leif Olsson *HSF Gotland*	Delprojektledare & projektmedlemmar Struktur Gotland	20h/vecka	Nov 2017-mars 2019	Skriftligt (mail)
Kajsa Lingström		8h/vecka	Nov 2017-dec 2018	Skriftligt (mail)
Thomas Kunze		8h/vecka	Nov 2017-dec 2018	Skriftligt (mail)
Mårten Skogman *HSF SLL/NSV*	Delprojektledare & projektmedlemmar Psykisk hälsa	40h/vecka	Jan-dec 2018	Skriftligt
Marie Herlin *Region Gotland*			Jan-dec 2018	Muntligt
N.N. *SLSO?*				
Sven-Åke Lööv *HSF SLL/ Medstab*	Delprojektledare & projektmedlemmar Kompetenscentrum vårddata	20h/vecka	Nov 2017-dec 2018	Skriftligt (mail)
Gunnar Ljunggren *HSF SLL/UA*		20h/vecka	Nov 2017-dec 2018	Skriftligt (mail)
N.N.		40h/vecka	Jan-dec 2018	Skriftligt
N.N.		40h/vecka	Jan-dec 2018	Skriftligt
Peter Andersson *(konsult Exceeda)*		20h/vecka		Skriftligt

Ann-Christine Berg *SLL LSF Kommunikation*	Kommunikatörer		Nov 2017-mars 2019	Skriftligt (mail)
Magne Hovland *Kommunikatör Gotland*				Skriftligt (mail)
Henna Hasson *CES, SLSO*	Utredning Lyckad implementering	16h/vecka	Jan-mars 2018	Skriftligt
Elisabeth Wennlund *(Konsult)*	Utredning Vårdens verklighet & stöd i arbete med strategi	16h/vecka	Jan-juni 2018	Skriftligt

4.4 Budget och finansiering (kostnadsplan)

Projektets kostnader består främst av tid för att genomföra utredningen och driva det operativa arbetet med kliniska vårddata för kvalitetsuppföljning och FoU i SLL.

Kostnaderna utgörs främst av tid för projektledare, delprojektledare och projekt-medlemmar enligt ovan och belastar berörda avdelningar/verksamheter inom SLL och region Gotland. Kostnader för projektledare och projektmedlemmar inom delprojekt psykisk hälsa samt vissa övergripande finansieras av projektmedel från psykiatrisatsningen. Två tjänster för kompetenscentrum vårddata finansieras av SLL FoU. Inom kompetenscentrum förutsätts också SLLs och region Gotlands HSF samt de större vårdgivarna i SLL bidra med tid och kompetens. Ett detaljerat förslag att föredras för styrgruppen tillsammans med projektplanen vid MS2.

Utöver ovan tillkommer tid för styrgruppen och referensgrupper samt tid för sakkunniga och andra personer verksamma inom respektive region/landsting att medverka i olika workshops.

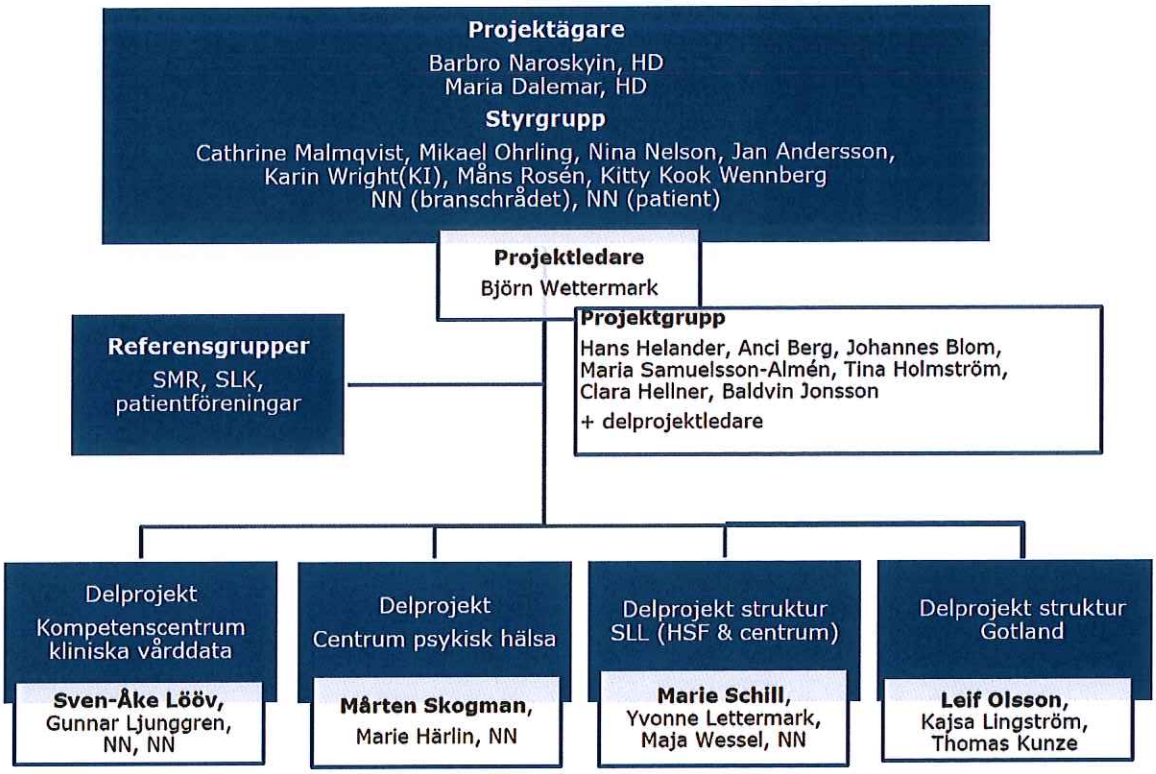
Kostnader för resor och möten beräknas uppgå till maximalt 100 Tkr och belastar huvudsakligen respektive avdelning.

5 Projektorganisation

För beskrivning av roller, ansvarsområden och befogenheter hänvisas till de grunddokument för PROJEKTiLs som återfinns på SLL:s intranät.

5.1 Projektorganisation

Då projektet omfattar både SLL och Region Gotland föreslås både Barbro Naroskyin, HD SLL, och Maria Dalemar, HD Region Gotland, vara projektägare.
Barbro Naroskyin är ordförande och Maria Dalemar vice ordförande i styrgruppen.
Projektets organisation illustreras i Figur 3.



Figur 3. Projektorganisation för projekt kunskapsstyrning

Styrgruppen föreslås bestå av följande personer:

- Barbro Naroskyin, HD SLL (ordf)
- Maria Dalemar, HD region Gotland (vice ordf)
- Cathrine Malmqvist, sjukvårdschef, region Gotland
- Mikael Ohrling, SLSO, SLL
- Nina Nelson-Folin, Karolinska Universitetssjukhuset, SLL
- Jan Andersson, SLL FoU
- N.N., branschrådet SLL
- Karin Dahlman-Wright, KI
- Kitty Kook Wennberg, HSF SLL
- N.N., patientföreträdare
- Måns Rosén, extern

Projektet bedrivs med en övergripande projektgrupp som ansvarar för strategisk plan och regionövergripande frågor samt fyra separata delprojekt för översyn av kunskapsverksamheterna i SLL (a), respektive region Gotland (b), utredning resurscentrum för psykisk hälsa (c) samt kompetenscentrum för hantering av kliniska vårddata för FoU och kvalitetsuppföljning (d).

5.2 Externa kontakter

Projektet kommer att ha kontakter med många externa intressenter, men framförallt:

- SKL & andra landsting
- Akademin - Karolinska Institutet, Uppsala Universitet och andra lärosäten

- Kommunerna Kommunförbundet (KSL) i Stockholms län
- HSO och patientorganisationer
- Fackliga organisationer på central och regional nivå

6 Kommunikation

6.1 Kommunikation och rapportering inom projektet

För interna kommunikationen inom projektet ansvarar projektledaren (BW) med stöd av två utsedda projektmedlemmar i SLL (HH) respektive Region Gotland (KL).

- Projektmöten genomförs varannan vecka och HH/KL ansvarar för mötesanteckningar.
- Planering för arbetsmöten genomförs tillsammans med delprojektansvariga
- Projektplatsen används för löpande dokumentation
- Statusrapporter lämnas muntligen vid projektmöten
- Vid behov kommer skriftliga statusrapporter krävas in.

6.2 Intressentanalys och kommunikationsplan

Projektet är beroende av den nationella utvecklingen, såväl den reformering av kunskapsstyrningen som sker på SKL som eventuella lagändringar till följd av betänkandet "Kunskapsbaserad och jämlik vård" av utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (SOU 2017:48) [2].

Projektet berör direkt sakkunnigorganisationerna Stockholms Medicinska Råd (SMR) och Stockholms läns läkemedelskommitté (SLK) med dess specialitetsråd och expertråd. Projektet kommer även att påverka alla vårdverksamheter i SLL och Region Gotland.

Inom SLLs HSF kommer projektet särskilt att beröra följande verksamheter:

- Kvalitetsregistercentrum och analys/uppföljning vid UA
- Regionalt Cancercentrum (RCC)
- Enheterna för hälsoutveckling och medicinsk fortbildning vid NSV
- Enheten för kunskapsstyrning & stöd vid SSV
- Verksamheterna kring läkemedel, vårdhygien och Strama vid Medicinsk stab
- Kunskapsdatabaser & beslutsstöd vid EHIT
- Relevanta enheter vid avdelningen för särskilda vårdfrågor

Kunskapsstyrningen berör dock samtliga avdelningar i HSF och verksamhet med nära koppling till kunskapsstyrning finns inom Särskilda vårdfrågor (bl.a. tandvård, prehospitala frågor, rehabilitering), Medicinska staben (vårdhygien), E-hälsa & Strategisk it (medicinska beslutsstöd), Avdelningen för patientsäkerhet och kvalitet (patientsäkerhetsfrågor och ansvaret för CDK- Centrala donationskommittén. FÖRKOM-Försäkringsmedicinska kommittén, PSK- Patientsäkerhetskommittén, Centrala gaskommittén och Centrala strålsäkerhetskommittén).

Projektet berör SLLs HSFs avtal med följande centrumbildningar inom SLSO:

- Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES)
- Centrum för Hälsoekonomi, Informatik och Sjukvårdsforskning (CHIS)
- Akademiskt primärvårdscentrum (APC)
- Centrum för psykiatriforskning (CPF)

Projektet har en nära koppling till följande övriga projekt/verksamheter inom SLL:

- Patientprocesser SLL
- Framtidens vårdmiljö (FVM)
- SLLs projekt för Klinisk forskning i nätverkssjukvården
- Arbetet med nivåstrukturering av den högspecialiserade vården
- Arbetet kring patientsäkerhet
- Strukturer inom LSF, SLL som ansvarar för FoU och innovation
- Akademiska specialistcentra och kunskapscentra

Inom region Gotland kommer projektet att beröra

- hälso- och sjukvårdförvaltningen
- Läkemedelskommittén
- e-hälsa/MIT
- Strukturer för FoUU

Alla intressenter som i hög grad påverkas projektet bör få löpande information om projektets utveckling genom att delta i workshops eller referensgrupper. Övriga intressenter som påverkas behöver få anpassad information utifrån individuella behov. Allmän information kommer att finnas tillgänglig via vårdgivarguiden, samt SLLs och Region Gotlands Intranet. Information ska även ges till politik och media.

En kommunikationsstrategi och operativ kommunikationsplan är under utarbetande i samarbete med SKL och kommer att föredras för styrgruppen i samband med MS2. I denna redovisar vad som behöver kommuniceras till vem och i vilken fas och kanal.

7 Kvalitet

7.1 Kvalitetsstrategier

Projektet använder sig av projektstyrningsmallen PROJEKTiL. Projektet är uppdelat i ett antal delprojekt med egna delprojektledare för att uppnå överblick och optimal allokering av resurser till respektive del. Alla delprojektledare ingår i en projektgrupp och redovisar aktivet inom delprojektet för projektgruppen minst en gång i månaden. Härmed sker såväl en löpande kritisk analys av hur projektets olika delar framskrider som erfarenhetsutbyte mellan delprojekten. Fortlöpande arbete bedrivs även med särskilda möten mellan projektledare (BW), projektkoordinator (HH) och delprojekten kring olika leveranser. Redovisning till styrgrupp sker en gång per kvarta och avstämningar med projektägarna görs mellan styrgruppsmötena.

Projektet kommer särskilt att tillvarata erfarenheter av följande projekts erfarenheter och observationer:

- Översyn av sakkunnigutredningen i SLL 2016

- Projekt 4D
- Projekt klinisk forskning i nätverkssjukvården
- Projekt Innovis – strukturerat införande av läkemedel
- Projekt Flippen (SKL)

Detta sker genom att medverkande i projektet även ansvarat för dessa projekt.

7.2 Granskningar

Följande interna granskningar ska genomföras i projektet:

Granskning/Bedömningar	Ansvarig
Projektgranskning	Projektledare/Styrgrupp
Dokumentgranskning	Projektledare med hjälp av projektkoordinator
Leveransgranskning	Projektledare med hjälp av referensgrupp
Kontraktsgranskning	Projektledare med hjälp av projektkoordinator
Milstolpegranskning	Projektledare med hjälp av referensgrupp
Processgranskning	Projektledare med hjälp av projektkoordinator

7.3 Kvalitetssäkringar av externa leverantörer

Projektet genomförs huvudsakligen med personal anställd inom SLL och Region Gotland. Inom projektet avser vi att använda följande externa resurser:

- Implementeringsenheten vid Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (Henna Hasson, chef) för uppdrag att skriva rapport om förutsättningar utifrån verksamheternas perspektiv för lyckad implementering av ny kunskap. Detta görs inom ramen för CES ordinarie uppdrag från HSF.
- Analysresurser på SKL för kartläggning kring psykisk hälsa. Dessa erbjuds kostnadsfritt för alla landsting inom ramen för de nationella satsningarna kring psykisk hälsa.
- Elisabeth Wennlund, fd spesak i geriatrik, och medverkande i FoU-projektet för utredning om hur kunskapsstyrning, FoU och vårdverksamhet kan samverka och för stöd i utarbetande av den strategiska planen. (timanställning)
- Peter Andersson, Exceeda, för stöd i kompetenscentrum data med omvärldsbevakning av hur motsvarande analysverksamheter arbetar och vilka verktyg de använder. (konsultavtal)

Skriftligt avtal kommer att göras för externa leverantörer och projektledaren kommer tillsammans att projektkoordinatorn att följa upp att leveranser gjorts enligt avtal.

7.4 Projektrutiner

Projektet följer projektmodell PROJEKTiL samt SLL HSfs rutiner för avtal, beslut, fakturagranskning och ekonomisk uppföljning.

7.5 Ändringar och avvikelser

Alla ändringar och avvikelser skall dokumenteras i särskild log som förvaras på projektplatsen. Projektledaren ansvarar för att stämma av ändringar med projektägarna.

7.6 Säkerhet

Alla dokument som tas fram i projektet och som har ett mera långsiktigt värde i och utanför projektet sparas på Projektplatsen och interna servrar hos HSF i SLL och Region Gotland. Olika intressenter kommer att ges behörighet till all dokumentation motsvarande sina behov.

De dokument som projektet kommer inte att hantera känslig information. Ett undantag utgör de dataleveranser och bearbetningar som kommer att göras inom delprojekt kompetenscentrum kliniska vårddata. Säkerheten för dessa redovisas i projektplanen för delprojektet.

8 Risker och möjligheter

Nedanstående risker har identifierats i projektet. En utförligare riskanalys och åtgärdsplan kommer att göras av projektgruppen och redovisas för styrgruppen under februari. Uppföljning av riskerna sker vid MS2 och MS4

1. Projektet är stort och berör många aktörer både i SLL och i region Gotland
2. Det finns begränsat med kompetenser för att kunna bemanna de nationella strukturerna
3. Medverkan i nya nationella och regionala strukturer kräver nya resurser, innan besparingar kan inhämtas av förändringar i befintliga strukturer
4. Projektet hanterar operativt arbete kring nomineringar och kliniska vårddata parallellt med att en utredning ska göras om strategi och organisation
5. Starka intressen hos berörda parter att behålla dagens strukturer
6. Valår vilket gör att beslut kan fördröjas

De främsta möjligheterna med projektet är att skapa förbättrade förutsättningar för Stockholms läns landsting och Region Gotland att åstadkomma en kunskapsbaserad, säker och effektiv hälso- och sjukvård för invånarna i regionen. Projektet möjliggör också effektiviseringar och säkerställer bästa möjliga utnyttjande av resurser som engageras i kunskapsstyrningen på nationell- och regional nivå.

9 Leverans och överlämningsprocedur (PB4 och ev. BP3:or)

Leveranser sker i anslutning till styrgruppsmöten i form av skriftliga underlag i Word- eller powerpointformat. Efter genomförda styrgruppsmöten planerar projektledaren (och berörd delprojektledare) tillsammans med respektive mottagare för hur överlämnandet ska ske, i vilken form och vid vilket tillfälle samt vilka personer som ska medverka vid överlämnandet.

Beslut	Benämning	Kommentarer	Datum
BP1	Projekt-direktiv klart	Etableringsfas startad	*20/11 2017* *Q4 2017*
BP2 MS1	Beslut att starta projektet	Projektplan fastställs Nulägesanalys levererad till styrgrupp Beslut om att sprida nulägesanalysen Nomineringar av ledamöter överlämnas till linjebeslut enligt fastställd rutin	*17/1 2018*
BP3:1 MS 2	Beslut att fortsätta projekt	Delleveranser till styrgrupp enligt aktivitetsplan Beslut om delprojektplan och nulägesanalys psykisk hälsa Beslut om delprojektplan och nulägesanalys kompetenscentrum vårddata Beslut om piloter för regionala programområden	*31/3 2018*
BP3:2 MS 3	Beslut att fortsätta projekt	Delleveranser till styrgrupp enligt aktivitetsplan Överlämning till linje av processledare och analysstöd för de nationella program-områden regionen får värdskap för Överlämning till linje av plan för förändringar i stödstrukturer för kunskapsstyrningen i Region Gotland	*30/6 2018*
BP3:3 MS 4	Beslut att fortsätta projekt	Delleveranser till styrgrupp enligt aktivitetsplan Överlämning till linjen av plan för förändrad sakkunnigstruktur Överlämning till linjen av plan för i förändringar i stödstrukturer för kunskapsstyrningen i SLL	*30/9 2018*
BP4 MS 5	Produkten klar för mottagaren.	Slutleveranser enligt aktivitetsplan Överlämning till linje av plan för kompetenscentrum för hantering av kliniska vårddata Överlämning till linjen av plan för resurscentrum psykisk hälsa Överlämning till linjen av plan för uppföljning av projektets effektmål	*31/12 2018*
BP5	Projektet avslutat	Slutrapport levererad och beslutad. Alla delar av projektet har avslutats eller övergått i linjen.	*31/3 2019*

10 Projektavslut (BP5)

Projektet är avslutat när slutrapporten är godkänd av projektägarna. All projektdokumentation är arkiverad på bestämd plats och överlämnad leverans är godkänd av mottagaren. Ansvarig för att följa upp projektets nytta för verksamheten ska vara utpekad och projektägarna ska ha förklarat projektet för avslutat.

11 Referenser och bilagor

Referenser finns angivna på sidan 2. Övriga relevanta referenser finns sammanställda i nulägesanalysen.

Kunskapsstyrning i Stockholm-Gotland

- nulägesanalys inför införande av ny modell

Rapporten ingår i projekt för att anpassa regionens kunskapsstyrning till den nya nationella modellen.

- Lärande Sjukvårdssystem
- Dagens kunskapsstyrning i Stockholm-Gotland
- Andra pågående projekt
- Tidigare utredningar

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2018-01-17
Diarienr: HSN 2017-1868 (SLL), 2017/418 (Gotland)

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i SLL

Björn Wettermark
08-123 135 80, 070-002 1832
bjorn.wettermark@sll.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning 5
Projekt förändrad kunskapsstyrning i Stockholm-Gotland 6
Projektets syfte och mål 6
Nya nationella modellen för kunskapsstyrning 7
Hur påverkar den nya nationella modellen regionen? 9
Hälso- och sjukvårdens utmaningar och lärande sjukvårdssystem 10
Region Stockholm-Gotland 15
Tidigare utredningar 17
Sakkunnigutredningen i SLL 2016 18
”Framtidsplan för kunskapsstyrningen. Vem styr vad hur då?” 2017 20
” Framtidsplan för kunskapswebbar” 2017 22
Utvärdering av QRC 23
Utvärdering av RCC 23
Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48) 24
Dagens sakkunnigstruktur 25
Ersättningsprinciper 27
Stockholms Medicinska Råd (SMR) & specialitetsråden 27
Specialitetsråd 28
Stockholms läns läkemedelskommitté & expertråden 28
Valberedning, beredningsgrupp och KUST inom SLL 30
Beredningsgruppen för kunskapsstyrning i SLL 31
Region Gotlands läkemedelskommitté 31
Nuvarande uppdrag för SMR, SLK i SLL 32
Mappning mot nya nationella modellen 34
Stödstrukturerna i SLL 36
Organisatoriska alternativ för kunskapsstyrningen 36
Tidigare organisationsformer i SLL 36
Dagens stödstrukturer i HSF, SLL 39
Stödstrukturer hos vårdgivarna i SLL 40
Mappning av strukturer mot nya nationella modellen 41
Kostnader för kunskapsstyrningen i SLL 42
Stödstrukturerna i Region Gotland 44
Närliggande projekt/verksamheter 44
Projekt 4D 45
Värdelyftet - systematiskt utvecklingsarbete inom SLSO 46

Tematisk organisation på Nya Karolinska Sjukhuset. 47
Patientprocesser SLL 48
FoU 49
Framtidens vårdmiljö - FVM 51
Kunskapscentrum 54
Bilagor & referenser 55
Bilageförteckning 55
Andra referenser 55

Sammanfattning

Med kunskapsstyrning avses att utveckla, sprida och använda bästa kunskap. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstyrningen bidrar till att utveckla ett lärande hälso- och sjukvårdssystem.

För att skapa bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård av hög kvalitet i hela landet, har ett nytt nationellt system för kunskapsstyrning i landstingssamverkan utvecklats. Under hösten 2017 beslöt alla landsting att ansluta sig till den nya modellen som nu införs i snabb takt i hela landet. Beslutet om att etablera det nya nationella systemet gör att uppdrag, organisation och arbetsformer för de verksamheter som idag utgör kunskaps-styrningen i Stockholm-Gotland behöver förändras.

I denna rapport som utgör den första leveransen i projektet för att förändra kunskapsstyrningen i region Stockholm-Gotland sammanfattas kunskapsläget:

- Sjukvårdens utmaningar & lärande hälso- och sjukvårdssystem
- Region Stockholm-Gotlands särskilda utmaningar
- Hur ser strukturerna ut idag i SLL och Gotland och vilka anpassningar krävs
- Vad vi vet från tidigare utredningar om sakkunnigstrukturen, FoU och QRC
- Vad kan vi lära av RCC?
- Koppling till närliggande verksamheter som patentprocesser, FoU och FVM
- Vad kostar dagens kunskapsstyrning – pengar och tid?

Syftet med rapporten är att lägga en bra grundplatta för de mer detaljerade analyser och förslag till förändringar som ska levereras inom projektet under 2018. Rapporten är uppställd i kapitel men korta inledande sammanfattningar.

Det finns en stor potential att lära från tidigare utredningar. Sakkunnigas uppdrag och arbetsformer har utretts flera gånger och nästan alla organisations-former har provats för kunskapsstyrningens stödstrukturer inom SLL. Historien kännetecknas dock av snabba förändringar och brist på systematik och långsiktighet. Förutsättningarna för framtiden är dock goda. Alla verktyg för en fungerande kunskapsstyrning och en hög kompetens finns inom regionen och Stockholm-Gotland har goda förutsättningar att skapa ett lärande hälso- och sjukvårdssystem om alla intressenter samarbetar mot samma mål.

Projekt förändrad kunskapsstyrning i Stockholm-Gotland

Med kunskapsstyrning avses att utveckla, sprida och använda bästa kunskap. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapsstyrningen bidrar till att utveckla ett lärande hälso- och sjukvårdssystem.

För att skapa bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård av hög kvalitet i hela landet, har ett nytt nationellt system för kunskapsstyrning i landstingssamverkan utvecklats. Det gör att regionens organisation och arbetssätt kring kunskapsstyrning behöver förändras.

Projektets syfte och mål

För att skapa bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård av hög kvalitet i hela landet, har ett nytt nationellt system för kunskapsstyrning i landstingssamverkan utvecklats. Med ett sammanhållet system avses både en bättre integration mellan arbete på nationell, regional och lokal nivå och en bättre integration mellan kunskapsstyrningens komponenter – kunskapsstöd (vårdprogram, riktlinjer), uppföljning (kvalitetsregister, öppna jämförelser, analys) och förbättringsarbete i vården. Under hösten 2017 beslöt alla landsting att ansluta sig till den nya modellen som nu införs i snabb takt i hela landet.

Beslutet om att etablera det nya nationella systemet gör att uppdrag, organisation och arbetsformer för de verksamheter som idag utgör kunskapsstyrningen i Stockholm-Gotland behöver förändras. Ett projekt har startat för att under 2018 utarbeta en strategisk plan för hur kunskapsstyrningen i Stockholm-Gotland ska arbeta och vara organiserad. Projektets effektmål är att uppnå…

- Förbättrade resultat för medicinsk kvalitet, jämlikhet och patientsäkerhet
- Bättre samverkan mellan SLL och Region Gotland
- Vårdgivarna upplever att nya kunskapsstyrningen ger bra stöd för förbättringsarbete
- Patienter/patientorganisationer upplever en större delaktighet
- SKL och andra landsting upplever vi bidrar nationellt
- Effektivare landsting

I projektleveranserna ingår en strategisk plan som utgår från vårdverksamheternas behov, nomineringar till nya nationella strukturer, översyn av sakkunniga och centrala stödstrukturer, resurscentrum psykisk hälsa och bättre hantering av kliniska vårddata.

Nya nationella modellen för kunskapsstyrning

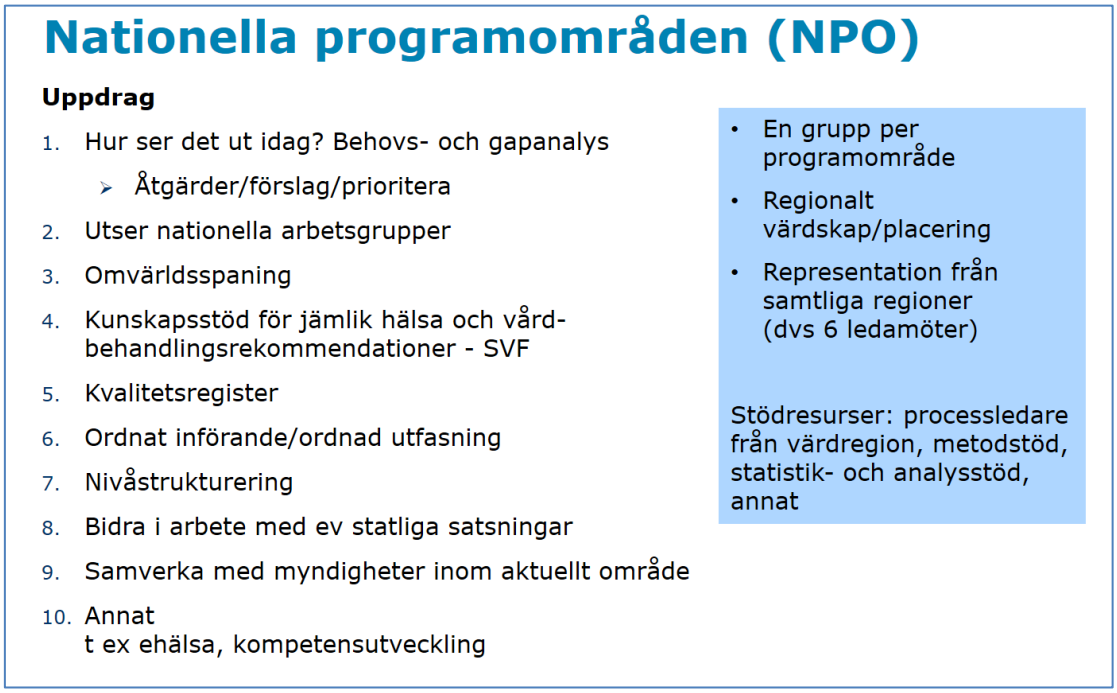
I den nya nationella modellen beskrivs en tydligare rollfördelning mellan nationell-, regional- och lokal nivå (vårdteam, verksamhet) och hur de skall samspela för en ökad effektivitet. Grunden för allt är patientmötet – att bästa kunskap ska användas för beslut kring patienternas vård och behandling och att vårdgivare ska bli bättre på att ta till sig kunskap och erfarenheter från patienterna. För att detta ska ske behöver *vårdgivare och patienter* enkelt ha tillgång till bästa möjliga kunskap. De behöver också ha tillgång till uppföljningsdata, analyser och jämförelser med andra verksamheter samt stöd för att identifiera förbättringsområden, förändra sina processer, sätta upp mål och följa sina resultat över tid. På den *regionala nivån* (SLL & region Gotland) behöver det finnas aktörer/grupperingar med uppdrag att stödja implementering, utveckling och förbättring av verksamheterna. Sjukvårdsledningar och beställare behöver bli bättre på att följa upp, fråga efter resultat och föra dialog om kvalitet med verksamheterna. Aktörer på den *nationella nivån* skall underlätta samverkan mellan huvudmännen och med myndigheter. Så mycket som möjligt av kunskapsunderlag och uppföljningar bör delas och vara gemensamma för alla landsting. Se beskrivning av modellen i bilaga 1.

I den nya strukturen etableras nu 19 nationella programområden bestående av experter med representation från samtliga sjukvårdsregioner som har ett tydligt uppdrag och mandat att företräda regionen inom det specifika sjukdoms-/organisatoriska området (Figur 1). Programområdet ska leda kunskapsstyrningen inom sitt område. Värdskapet för programområdena fördelas mellan regionerna. Till varje programområde skall det finnas ett regionalt processtöd i form av en processledare som tillsätts och finansieras av värdregionen.

Nationella Programområden (NPO) (Regionalt värdskap)	(Respektive NPO speglar hela vårdkedjan: prevention, primärvård, specialistvård, rehabilitering, omvårdnad etc)
Nära vård	
Akut vård	
Infektionssjukdomar	
Cancersjukdomar	
Endokrina sjukdomar	
Psykisk hälsa	
Nervsystemets sjukdomar	
Ögonsjukdomar	
Öron-, näsa- och halssjukdomar	
Hjärt- och kärlsjukdomar	
Lung- och allergisjukdomar	
Rörelseorganens sjukdomar	
Hud- och könssjukdomar	
Mag- och tarmsjukdomar	
Njur- och urinvägssjukdomar	
Kvinnosjukdomar och förlossning	
Barn och ungdomars hälsa	
Sällsynta sjukdomar	
Tandvård	
Nationella samverkansgrupper (NSG)	
Metoder för kunskapsstöd	
Kvalitetsregister	
Uppföljning och analys	
Läkemedel/medicinteknik	
Forskning/Life Science	
Patientsäkerhet	
Tillfälliga satsningar	

Figur 1. Kunskapsstyrning i samverkan – hälso- och sjukvård. Matrismodell

Inom ramen för modellen finns det även sex nationella samverkansgrupper, med uppdrag att leda och samordna det nationellt gemensamma arbetet inom området. Varje samverkansgrupp bemannas med experter och företrädare från respektive sjukvårdsregion samt från SKL. De sex samverkansgrupperna kan även bestå av företrädare från myndigheter och andra intressenter. En samlad beskrivning av den nya modellen och uppdragen för de olika grupperna finns i SKLs rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning (bilaga 1). De nationella programområdenas huvudsakliga uppgifter redovisas i Figur 2.



Figur 2. Uppdrag för nationellt programområde

Kopplat till den nya nationella strukturen pågår ett arbete med att ta fram och införa ett nationellt kliniskt kunskapsstöd - ett evidensbaserat stöd för medicinsk bedömning, utredning och behandling, samt en beskrivning av när och hur en patient bör remitteras vidare till en annan vårdnivå. Den första versionen fokuserar på primärvård och barnmedicin, men kunskapsstödet ska byggas ut inom flera områden. Nationella riktlinjer finns idag också från Socialstyrelsen och nationella kunskapsunderlag finns från andra myndigheter som SBU, TLV, Läkemedelsverket och Folkhälsomyndigheten. I takt med att den nya landstingsgemensamma modellen växer fram förväntas dock regionerna ta ett större ansvar för de nationella vårdprogrammen och den nationella uppföljningen, på det sätt som skett inom cancerområdet med etableringen av Regionala Cancercentra (RCC) i samverkan. Det beskrivs även i den statliga utredningen ” Kunskapsbaserad och jämlik vård” (SOU 2017:48) som även föreslår andra förändringar som kan påverka det regionala arbetet med kunskapsstyrning (se även sid 24) (1).

Hur påverkar den nya nationella modellen regionen?

Besluten om att regionen ska ansluta sig till den nya modellen innebär att SLL och Region Gotland ska…

- anpassa sin regionala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen. Regionala programområden och samverkansgrupper ska etableras. Regionala tillägg kan göras, men de nya programområdena behöver till stor del ersätta dagens sakkunnigstrukturer i SLL och Region Gotland.
- förändra arbetssätt och uppdrag för de lokala- och regionala strukturerna för att öka fokus på uppföljning och implementering. Framtagandet av kunskapsunderlag ska i möjligaste mån ske nationellt, och regionalt anpassas till respektive regions specifika förutsättningar.
- ta på sig värdskap för ett antal nationella programområden, tillsätta ordförande och processledare för dessa programområden samt avsätta tid för experter att delta i det nationella arbetet (både ledamöter för nationella programområden och nationella samverkansgrupper samt de arbetsgrupper som kommer att bildas).
- Finansiera de nationella strukturerna
- Skapa rutiner för hur kunskapsstyrningen samverkar med beställarens arbete med vårdavtal och med politiska beslut och prioriteringar.

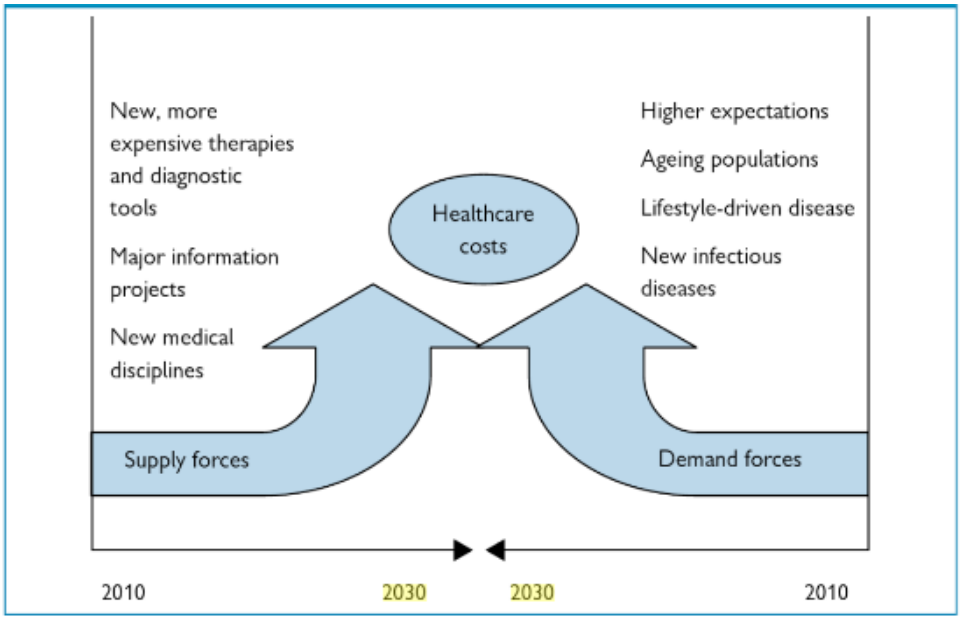
När regionens system för kunskapsstyrning anpassas till den nationella strukturen är det också ett bra tillfälle att genomföra förbättringar som tidigare utredningar om pekat på och som förbättrar förutsättningarna för Stockholms läns landsting och Region Gotland att åstadkomma en kunskapsbaserad, säker och effektiv hälso- och sjukvård för invånarna i regionen.

Hälso- och sjukvårdens utmaningar och lärande sjukvårdssystem

Hälso- och sjukvårdens utmaningar behöver mötas med en ökad digitalisering och ett ökat fokus på förbättrings/förändringsarbete. Framgångsrika sjukvårdsorganisationer arbetar systematiskt med förbättringsarbete kring patientprocesser som stöds av integrerade IT-system, regelbunden resultatåterföring och aktiv bevakning av kunskapsläget. Pusselbitarna för att skapa ett lärande sjukvårdssystem finns i region Stockholm-Gotland, men har inte samspelat på ett optimalt sätt.

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar i framtiden (Figur 3). Dessa är väl belysta i flera rapporter (2-4) och kan sammanfattas med:

- Den demografiska utvecklingen med det ökande antalet äldre och en minskad andel yrkesverksamma, något som både bidrar till finansieringsproblem och svårigheter med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.
- De medicinska framstegen med allt fler överlevande efter t.ex. cancer, stroke och hjärtkärlsjukdomar som behöver långvariga sjukvårdsinsatser för kroniska sjukdomar. Många nya läkemedel och andra medicinska metoder är också kostsamma, vilket bidrar till ett ökat gap mellan behov och resurser.
- Medborgarnas värderingar och attityder samt ett socialt mönster som ändras i riktning mot en större individualism, en förändrad syn på vad som är ”friskt” och ”sjukt” samt fler ensamboende, ofta med långa avstånd till släkt och familj, vilket ökar behoven av insatser från det offentliga.



Figur 3. Hälso- och sjukvårdens resursgap drivs både ökat utbud (supply forces) och efterfrågan (demand forces). Från boken ”Future of Medicine” (4)

Utmaningarna kräver stora förändringar i vårdens organisation och arbetssätt, i linje med SLLs strategier kring Framtidsplanen för Hälso- och sjukvården (FHS) och de strategier som föreslogs i utredningen om ”Effektiv vård” (5).

Det viktigaste verktyget för effektivisering av hälso- och sjukvården är digitalisering som erbjuder nya möjligheter till prevention, upptäckt, diagnos och behandling, men också en möjlighet för invånare och patienter att få större inflytande över sin egen hälsa och vård. I SKLs rapport ”Hälso- och sjukvården till 2035 (6) beskrivs en nära framtid där…

- Tillgång till internet blir en förutsättning för full tillgång till vården
- Gränsen mellan patient och invånare blir mer flytande
- Invånarnas och patienternas ställning i vården stärks
- Vården blir mer förebyggande, kontinuerlig och mindre beroende av fysiska möten
- Nya aktörer tar över vårdtjänster men även skapar helt nya
- Välfärdsaktörer samarbetar tätt med samma målbild utifrån invånarens behov
- Vården blir mer individualiserad och flyttar ut från vårdmottagningar till enskilda människors vardag
- Personalens arbetssituation blir drastiskt bättre genom bättre verksamhetsstöd, som enkel tillgång till beslutsstöd, förbättrade uppföljningsmöjligheter samt genom att vårdens olika delar kan utbyta information.

I rapporten ”Digitizing Sweden – möjligheter för Sverige i digitaliseringens spår” (7) bedömer McKinsey & co att upp till 145-180 miljarder kronor skulle kunna frigöras i hälso- och sjukvården om nuvarande digitala tekniker för kommunikation, molntjänster, automatisering och avancerad dataanalys implementerades. Den största potentialen beräknas komma från ökad enhetlighet i hur vården utförs, där användarvänliga analysprogram och visualiseringsverktyg gör det möjligt att följa upp och jämföra vårdens effekter och såväl sprida som skapa ny kunskap. Digitala tekniker är därmed ett av de viktigaste verktygen i en modern kunskapsstyrning.

Hälso- och sjukvården är samhällets mest komplexa kunskapsorganisation med ett stort antal sammankopplade vårdenheter som var och en lär sig av erfarenheter och förändras över tiden. Vårdenheterna samspelar också med en komplex omvärld med myndigheter, näringsliv och akademi där ny kunskap snabbt genereras. Ledning och styrning av hälso- och sjukvården är också komplex, med samspelet mellan politik, tjänstemän och professioner på statlig, regional och kommunal nivå.

De största förbättringsmöjligheterna inom hälso- och sjukvården ligger inte i medicinska genombrott som sådana utan i sjukvårdens förmåga att ta hem kunskap och omsätta den i praktiskt handlande. Det ställer ökade krav på effektiv ledning, styrning och utveckling. Såväl forskning som praktiska erfarenheter från svensk hälso- och sjukvård antyder att de vårdsystem som

lyckas bäst med att använda bästa kunskap inte är de som centralt tar fram kunskap för att sprida till vården, utan de som arbetar integrerat och inkluderande. Där är den kunskap som skapas i det dagliga arbetet en viktig del, men också att kulturen uppmuntrar till lärande och att verksamheten har tillgång till och följer upp sina egna data.

Flera rapporter har beskrivit vad som kännetecknar lärande hälso- och sjukvårdssystem (8,9). I rapporten ”Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården” (8) lyfts följande faktorer fram som karaktäristika för lärande hälso- och sjukvårdssystem:

- Sätter patientgruppsrelaterade processer i förgrunden
- Kan följa kostnader för dessa processer
- Kan relatera behovsanalyser till patientgruppsrelaterade processer
- Bevakar aktivt kunskapsläget inom medicin och omvårdnad och kan omsätta kunskap i förbättring
- Stöds av integrerade IT-baserade (journal)system
- Har regelbunden resultatåterföring till medarbetare och grupper
- Ger verksamheter metodstöd i systematiskt förbättringsarbete
- Ger patienterna tillgång till sin journal på nätet
- Använder forskningskompetens systematiskt för metodutveckling som är relevant för ledningsarbetet

I SKLs rapport ”Intermountain Healthcare. Styrning för kvalitet i ett högpresterande system” ges en djupare beskrivning av *Intermountain Healthcare* i USA, ett av världens mest högpresenterande sjukvårdssystem (Bilaga 2). Fyra principer anses vara vägledande för arbetet i Intermountain och ledningen strävar efter att konkretisera dessa tydligt genom arbetssätt vilka stödjer principerna; patientfokus/kundfokus, ständig förbättring, evidensbaserad medicin och management (EBM/M) samt systemsyn. Intermountain Healthcare har tjänat som inspiration för den nya nationella modellen för kunskapsstyrning som nu etableras.

På senare år har även ”*värdebaserad vård*” lyfts fram som lösningen på hälso- och sjukvårdens utmaningar. Termen lanserades för tio år sedan av den amerikanske ekonomiprofessorn Michael Porter professor vid Harvard Business School. I boken ” Redefining health care: creating value-based competition on results” (10) beskriver Michael Porter och Elisabeth Olmsted Teisberg en hälso- och sjukvård som alltför mycket fokuserat på produktion i stället för på att skapa värde för patienterna. Teorierna finns även beskrivna i artiklar (11,12). Huvudmålet med konceptet ”Värdebaserad Vård” är att skapa en sjukvård som maximerar värdet för patienten per investerad krona. I detta ingår ett skifte från dagens produktionsbaserade sjukvårdsystem mot ett större fokus på patientrelevanta vårdutfall. Porter föreslår en reformering av hälso- och sjukvården enligt värdebaserad vård med ökade satsningar på…

- **Mätning av behandlingseffekt(er).** Patienternas behandlingsresultat, livskvalitet och kostnader för vårdförlopp skall mätas och användas aktivt av vårdgivarna, och göras tillgängliga för patienter och allmänhet. Behandlings-effekterna för ett hälsoproblem ska så långt det är möjligt justeras för case-mix.
- **Prevention**. Ökade satsningar på screening och förebyggande arbete till breda befolkningsgrupper.
- **Förbättrad samordning för patienter med kronisk sjukdom**. Dagens hälso- och sjukvård har flera brister i koordinering med besök hos olika läkare, specialiteter och vårdenheter utan samordning och överblick.
- **Etablering av integrerade mottagningar** (integrated practice units) som kan ge samlad vård för att möta patienters behov. Vårdstrukturen ska även kunna erbjuda utbildning, träning, coachning, rehabilitering och strukturerad återkoppling av behandlingsresultat till vårdpersonalen.
- **Finansiering av vårdepisoder**. Redovisning av kostnader för hälso- och sjukvård bör inte analyseras för enskilda interventioner eller vårdenheter, utan omfatta hela vårdepisoder.
- **Kompetens**. Vårdenheter behöver bedöma och behandla ett visst antal patienter för att kunna behålla och utveckla sin expertkompetens, integrerade team och ha den utrustning som krävs.
- **Elektroniska journaler**. Dessa behöver utvecklas för att kunna erbjuda beslutsstöd, samla in strukturerade data och kommunicera mellan olika vårdgivare.
- **Patientdelaktighet**. Patienternas delaktighet är en grundläggande förutsättning för förändrad livsstil och följsamhet till behandling.

Konceptet ”värdebaserad vård” har påverkat flera beslutsfattare inom vården på senare år. Redan 2009 gav Boston Consulting Group ut skriften ”Value guided healthcare as a platform for industrial development in Sweden” med förslag på hur Sverige skulle kunna utveckla vården mot att bli mer värdebaserad (13). Sedan dess har även andra organisationer och konsultbolag verkat för att pröva och införa värebaserad vård. Här återfinns t.ex. ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) och SVEUS-projektet. Teorierna har även varit grund för bl.a. Karolinska Universitetssjukhusets styrmodell med teman och patientområden (se sid 47).

ICHOM är en stiftelse med syfte är att skapa och införa internationella standards för hur man kan mäta hälsoutfall. ICHOM har utvecklat standardset med indikatorer som bedöms betyda mest för en patient med en viss sjukdom. Mer information om ICHOM finns på http://www.ichom.org/

SVEUS-projektet startade 2013 som ett nationellt samarbete med ett antal landsting (SLL, VGR, Skåne, Uppsala, Dalarna, Östergötland, Jämtland-Härjedalen) och flera olika organisationer (Försäkringskassan, KI, flera

specialitetsföreningar, patientorganisationer och kvalitetsregister). Socialdepartementet tecknade avtal med det privata företaget IVBAR som projektstöd med ambitionen om att landstingen efter avslutat projekt skulle ta över ansvar och drift. Syftet med projektet var att utveckla bättre metoder att mäta och följa upp värde i vården, dvs utfallsmått som upplevs som meningsfulla för patienterna. Data från flera olika källor (kvalitetsregister, landstingens administrativa databaser samt Socialstyrelsens och Försäkringskassans register har sambearbetats för att bättre kunna följa vårdkedjor/vårdepisoder, men också beräkna resursåtgång och justera för olikheter i patientsammansättning (s.k. casemix) för att ge mer rättvisande jämförelser mellan sjukhus och landsting. Arbetet har resulterat i flera rapporter och en analysplattform som redovisar sjukvårdsdata från de olika källorna och ger medverkande kliniker och huvudmän ett verktyg för uppföljning och verksamhetsutveckling. Under projektet har ett stort arbete lagts på utveckling av analysmetoder, informatik, teknik samt anpassning till juridiska förutsättningar. Uppföljningsmodeller har utvecklats för sju patientgrupper - höft- och knä, ryggkirurgi, förlossning, obesitaskirurgi, stroke, diabetes och bröstcancer. Mer info om projektet finns på http://www.sveus.se/

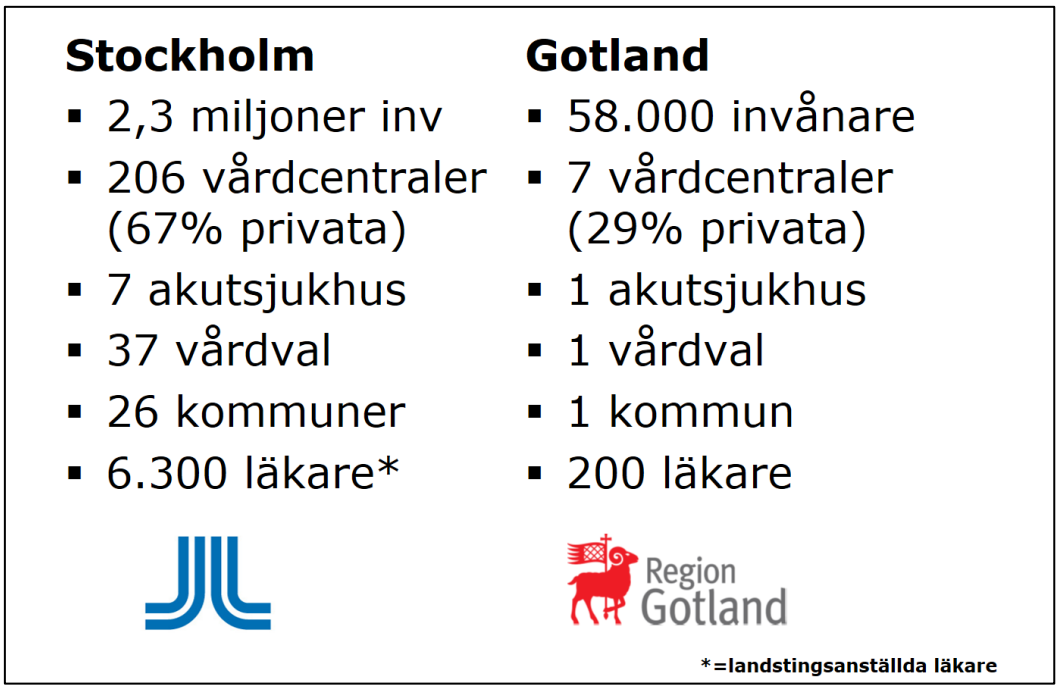
Det finns även rapporter från flera andra konsultbolag kring hur värdebaserade sjukvårdsorganisationer kan skapas. I rapporten ” As strong as the weakest link. Creating value-based healthcare organizations” (14) ger KPMG en bra översikt över hur värdebaserade sjukvårdssystem arbetar med att mäta hälsoutfall, koordinerad vård, styrning, avtal och patientinvolvering. En matris redovisas där sjukvårdsorganisationer/sjukvårdssystem kan skattas i relation till hur utvecklade de är inom dessa fem dimensioner.

Under hösten 2016 har kritik riktats mot konceptet ”värdebaserad vård” för att det saknats evidens, men också för att merparten av de hälsoproblem som hälso- och sjukvården hanterar inte kan analyseras i form av avgränsade processer med tydliga utfall och att många patienter är multisjuka med flera kroniska sjukdomar. Det är också svårt att följa upp (och ersätta) hälsoutfall för små vårdenheter då skillnader i utfall till stor del kan bero på slumpen eller case-mix som inte kan justeras för. Oaktat detta så finns det flera positiva lärdomar av värdebaserad vård som är viktiga att ta med i skapandet av den nya kunskapsstyrningen.

Avslutningsvis, så är det viktigt att nämna att den kunskapsstyrning som hittills har bedrivits i Sverige och som nu är föremål för den nya nationella strukturen, i huvudsak har syftat till att styra det professionella innehållet i hälso- och sjukvården. Kunskapsstyrningen har hittills främst bestått i att sprida, följa upp och på olika vis stimulera till följsamhet till evidensbaserade riktlinjer byggda på medicinsk kunskap. Motsvarande angreppsätt borde dock även vara tillämpbart för beslut kring ändringar i organisation, lednings- och processer inom landstingen. Detta beskrivs väl i skriften ” Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete” från Leading Healthcare (15).

Region Stockholm-Gotland

Att förändra systemet för kunskapsstyrning i region Stockholm-Gotland är förenat med särskilda utmaningar. SLL är landets största landsting och har en stor sakkunnigstruktur, ett nära samarbete med akademin och omfattande stödresurser för kunskapsstyrning. Den stora mängden offentliga och privata vårdgivare samt variationen i avtalsformer, ersättningsmodeller och it-system utgör dock en utmaning. Region Gotland är EUs minsta region, och har särskilda svårigheter att finansiera och bemanna regionala- och nationella strukturer för kunskapsstyrning. Några basala fakta om de två landstingen/regionerna redovisas i figuren nedan.



Figur 4. Fakta om SLL och Region Gotland

Stockholmarna har en väsentligt högre vårdkonsumtion än Gotlänningarna. Under 2016 uppgick antalet läkarbesök per invånare i SLL till 3,7 och på Gotland till 3,0. Skillnaden var störst inom primärvården (1,8 resp. 1,3 besök/invånare) och inom psykiatrin 194 resp. 106 besök per 1000 invånare). Inom den somatiska specialistvården uppgick antalet besök per invånare till 1,6 respektive 1,5. Skillnader i vårdstrukturen gör dock att SLL hade en väsentligt större andel somatisk vård utanför akutsjukhusen

Jämförelser av vårdens kvalitet återfinns löpande på SKLs webbplats ”Vården i Siffror” samt i Socialstyrelsen ”Öppna jämförelser”. Rapporten ”Öppna jämförelser 2016 – en god vård?” sammanfattar övergripande indikatorer för hälso- och sjukvården (16). ”Öppna jämförelser Säker vård” tar upp överbeläggningar och vårdskador, men också specifika jämförelser av brister

inom t.ex. förlossningsvården, hjärtsjukvården, kirurgi och läkemedelsbehandling av äldre (17). Det finns också flera särskilda rapporter inom olika sjukdomsområden. SLL tenderar hamna kring medlet för de flesta kvalitetsmått, något som delvis är en effekt av storleken där SLL utgör knappt en fjärdedel av befolkningen i riket och därmed har en stor påverkan på rikets värde. Undantag är tillgänglighet och levnadsvanor där SLL hamnar högt. På motsvarande vis gör det begränsade antalet patienter att Gotland, enbart på grund av slumpen, ibland hamnar bland de landsting som högst respektive lägst kvalitet. I tabellen nedan finns en sammanställning av några kvalitetsmått. En djupare analys kommer att göras av ”Öppna jämförelser 2017 – en god vård?” som publiceras i slutet av januari, för att välja ut baslinemått för att mäta om den förändrade kunskapsstyrningen i regionen bidrar till en ökad kvalitet.

Tabell 1. Jämförelse SLL-Region Gotland för utvalda kvalitetsmått. Källa: ”Öppna jämförelser 2016 – en god vård?” Socialstyrelsen & ”Vården i Siffror”, SKL

Indikator	Mätperiod	Riket	Stockholm	Gotland
Allmänt				
Självskattat allmänt hälsotillstånd	2012-2015	73	75	70
BMI vid inskrivning till mödrahälsovården	2015	25	24	25
Förtroende				
Förtroende för hälso- och sjukvården*	2016	60	62	64
Förtroende för sjukhus*	2016	68	69	73
Förtroende för vårdcentral*	2016	60	62	64
Förtroende för 1177 Vårdguiden via telefon*	2016	63	61	70
Befolkningens uppfattning om vård på lika villkor*	2016	53	53	61
Tillgänglighet				
Upplevd tillgång till sjukvård*	2016	84	87	87
Läkarbesök inom sju dagar i primärvård	Hösten 2016	89	93	91
Besök inom 90 dagar i specialiserad vård	nov-17	82	95	89
Operation inom 90 dagar	nov-17	75	87	93
Medicinsk kvalitet & patientsäkerhet				
Dödlighet efter hjärtinfarkt	2013-2015	27,0	27,8	23,0
Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer	2010-2014	57,6	58,8	57,4
Fallskador bland äldre (per 100.000)	2015	10 145	13 218	11 616
Planerade kejsarsnitt	2015	8,5	12,1	9,0
Överbeläggningar och utlokaliserade patienter	2015	4,5	3,2	6,1
Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård	2015	310	352	304
Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar	2015	9,6	8,4	8,4
Vårdrelaterade infektioner	vår 2016	8,9	10,3	2,2
Äldre med läkemedel som bör undvikas	2015	7,8	8,4	6,7
Patienter med trycksår i slutenvård	2017	13,4	12,3	20,5

Tidigare utredningar

Det finns ett gediget kunskapsunderlag från flera nyligen genomförda utredningar om kunskapsstyrning i regionen:

- *Sakkunnigutredningen* 2016 gjorde en genomlysning av dagens sakkunnig-strukturer i SLL (SMR, specialitetsråden och läkemedelskommittén) och gav förslag till ny målbild och strategier för att nå målbilden.
- LSFs rapport *”Framtidsplan för kunskapsstyrningen. Vem styr vad hur då?”* 2017 ger ett samlat förslag till hur SLL ska förändra arbetet med kunskapsstyrning givet den nationella utvecklingen och IT-utvecklingen.
- LSFs rapport *”Framtidsplan för kunskapswebbar”* 2017 utredde om dagens kunskapswebbar i SLL - Viss, Janusinfo, Psykiatristöd och Vårdgivarguiden kan slås samman till en gemensam kanal.
- En *utvärdering av QRC* gjordes 2016 av LSF Analys & Utveckling inför förnyat avtal mellan SLL-KI. I rapportens beskrivs fakta om satsningen, QRCs uppdrag och de finansiella flödena. Därefter redogörs för nuläge, vägval och rekommendationer.
- Socialstyrelsen publicerade 2016 en samlad bedömning av *fyra års uppföljning av regionala cancercentra*.
- *Struktur 2015*. Nämnduppdrag till hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Gotland, att med ett patientperspektiv och med fokus på mer vård nära patienten ta fram den framtida organisationsstrukturen för hälso- och sjukvården på Gotland. Utredningen resulterade i 33 utvecklings- och effektiviseringsförslag.
- Utredning ”*Etablering av FOUU-verksamhet inom HSF, Region Gotland*” 2015. Förslag på organisation, uppdrag, roller och ansvar för ett framtida FoUU-arbete inom HSF.
- Slutbetänkandet ”*Kunskapsbaserad och jämlik vård*” av utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (SOU 2017:48). Har lämnat förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Utredningen har anpassat sina förslag till det förslag till den nya landstingsgemensamma strukturen för kunskapsstyrning.

Sakkunnigutredningen i SLL 2016

Hösten 2016 genomfördes i SLL en utredning kring länets sakkunnigstrukturer (SMR, specialitetsråden och läkemedelskommittén) för att belysa följande frågeställningar:

- Hur kan betydelsen av och effektiviteten i arbetet inom sakkunnigstrukturen öka för att stödja utvecklingen av framtidens hälso-och sjukvård?
- Vilka möjligheter till vinster respektive vilka konsekvenser finns av att samordna specialitetsråd och expertråd?
- Hur skall sakkunniga inom SLL medverka i och stödja nationell kunskapsstyrning i såväl utarbetande av riktlinjer och råd som implementering av dessa regionalt?
- Givet ovanstående, vilket uppdrag kan och bör specialitetsråden inom Stockholms medicinska råd och expertråden inom Stockholms läns läkemedelskommitté ges framöver?

Utredningen beaktade den påbörjade nationella utredningen om ’Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården’ och arbetet med den nya landstingsgemensamma modellen. Tidigare utredningar gicks igenom strukturerade intervjuer genomfördes med olika intressenter inom direktörsgruppen, LSF, HSF och Karolinska institutet, Socialstyrelsen och SKL. Vidare hölls flera arbetsmöten med medlemmarna i SMR, läkemedels-kommittén, förvaltningsläkarrådet inom HSF, valberedningen och sakkunnigberedning för kunskapsfrågor inom SLL. Utredningen inklusive resultatet av alla workshops finns i bilaga 3.

Rapporten lades vilande i avvaktan på att den nya modellen och dess implikationer på det regionala arbetet skulle klarna. Flera av slutsatserna är dock relevanta för arbetet under 2018 med att se över uppdrag och organisation. Sammanfattningsvis så ansåg utredningen att sakkunnigstrukturerna var till stor nytta för medborgarna, att det fanns motiv att behålla två separata sakkunnigstrukturer samt att en bred representation från vårdgivarna och öppet nomineringsförfarande med valberedning var viktigt för att skapa maximal trovärdighet inom professionen. Flera förbättringar föreslogs dock kring bl.a. patientsamverkan, sakkunnigas uppdrag och integreringen mellan kunskaps- och avtalsstyrningen i landstinget. Inom ramen för utredningen togs följande målbild fram för sakkunniga:

- De medicinsk och omvårdnadssakkunniga inom SLL, organiserade som specialitetsråd och expertråd inom Stockholms medicinska råd (SMR) respektive Stockholms läns läkemedelskommitté, utgör en utomordentlig resurs för SLL.
- De sakkunniga skall ta fram, stödja, sprida och medverka till att implementera kunskaps och evidensbaserad vård inom SLL, inom såväl vård, omvårdnad som läkemedelsområdet.
- De sakkunniga skall vara ojäviga ha största professionella och vetenskapliga förtroende.

- De sakkunniga skall proaktivt medverka i arbetet med att ta evidensbaserade nationella kunskapsstöd.
- De sakkunniga skall vara intresserade och positiva till att medverka i såväl FoUU som vidareutbildningsfrågor inom sina respektive områden.
- De sakkunniga skall i dialog med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen stödja i arbetet att ta fram och utveckla avtal som stödjer arbetet med det fortsatta införandet av framtidens hälso- och sjukvård.
- De sakkunniga skall också medverka i dialog och kommunikation avseende vårdens innehåll och kvalitet med de politiskt förtroendevalda inom Hälso- och sjukvårdsnämnden när så efterfrågas.

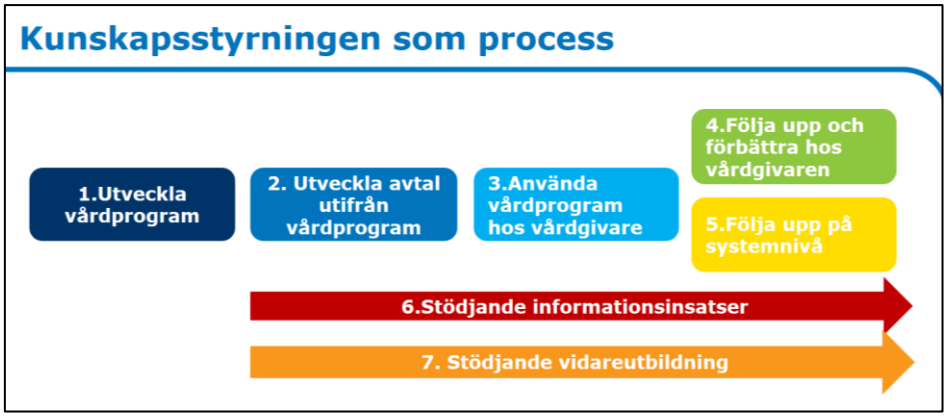
Följande strategier föreslogs för att uppnå målbilden:

- Sakkunnigas uppdrag behöver tydliggöras bättre och arbetet underlättas. Den tid behövs för uppdraget som ordförande i specialitetsråd respektive expertråd måste kunna avropas, via avtal med arbetsgivaren, eller på annat sätt. Detta gäller också andra medlemmars arbete i råden.
- De sakkunniga nomineras från professionerna, och utses av representanter från vårdgivarna. Detta för att skapa maximal trovärdighet inom professionen, något som är nödvändigt för framgångsrik implementering av nya evidensbaserade kunskaper och metoder.
- I sitt arbete med ta fram och implementera evidensbaserad kunskap och vårdprogram inom SLL skall de sakkunniga i ökad omfattning kollationera och samverka med patientföreträdare och deras organisationer.
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver budget för att kunna ersätta en del av de sakkunnigas arbete för att utveckla och kunskapssäkra vården inom SLL. I första hand gäller det att kunna ersätta ordföranden i expert- och specialitetsråden men också att de resurser som de enskilda råden behöver för sitt arbete tillförsäkras.
- En tydlig förankring av de sakkunniga och deras arbete vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är nödvändig. Dels för att tillhandahålla ett administrativt och organisatoriskt stöd men också för att kunna samordna det regionala kunskapsstödet (inom SLL) med det omfattande och i omfattning tilltagande arbete med nationellt kunskapsstöd.
- Ordförande för SLK och SMR utses därför av Hälso- och sjukvårdsdirektören och har anställning inom förvaltningen, samt disponerar tillräckligt med resurser för att vid behov kunna ersätta sakkunniga för medverkan och deltagande i framtagande av evidensbaserade vårdprogram, riktlinjer, kunskapsöversikter på regional och/eller nationell nivå.
- En bättre integrering av kunskaps- och avtalsstyrning inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är önskvärd. De sakkunnigas medverkan i detta är nödvändig. De sakkunniga skall tillfrågas och lyssnas till avseende frågor inom sina respektive professions- och ansvarsområden. Men det skall också göras klart för de sakkunniga att det inte är de som fattar besluten i den solidariskt finansierade demokratiskt styrda vården inom SLL.

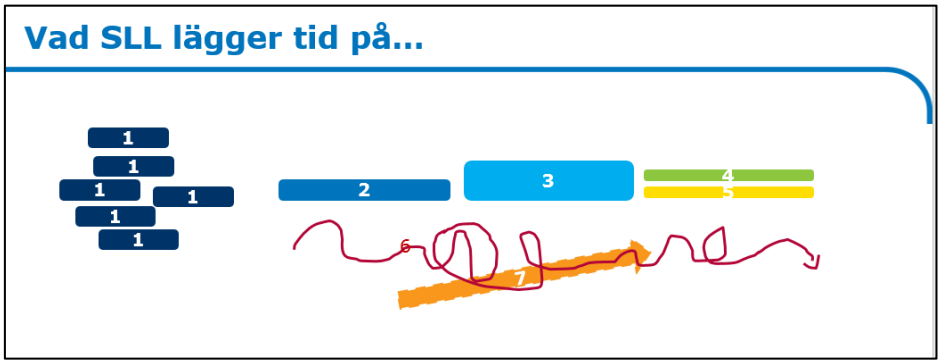
”Framtidsplan för kunskapsstyrningen. Vem styr vad hur då?” 2017

En rapport från LSF Utveckling & Analys (Rebecca Schlottau och Liv Fries) (2017-0522) ger underlag för diskussion om hur SLL ska förändra arbetet med kunskapsstyrning givet den utvecklingen som sker nationellt och inom IT. Rapporten beskriver de utmaningar som landstinget står inför, hur dagens strukturer ser ut och förslag till anpassningar för den nya nationella modellen. Den belyser också hur det vi idag betraktar som kunskapsstyrning kan komma att förändras med utvecklingen av datadrivna beslutsstöd och artificiell intelligens.

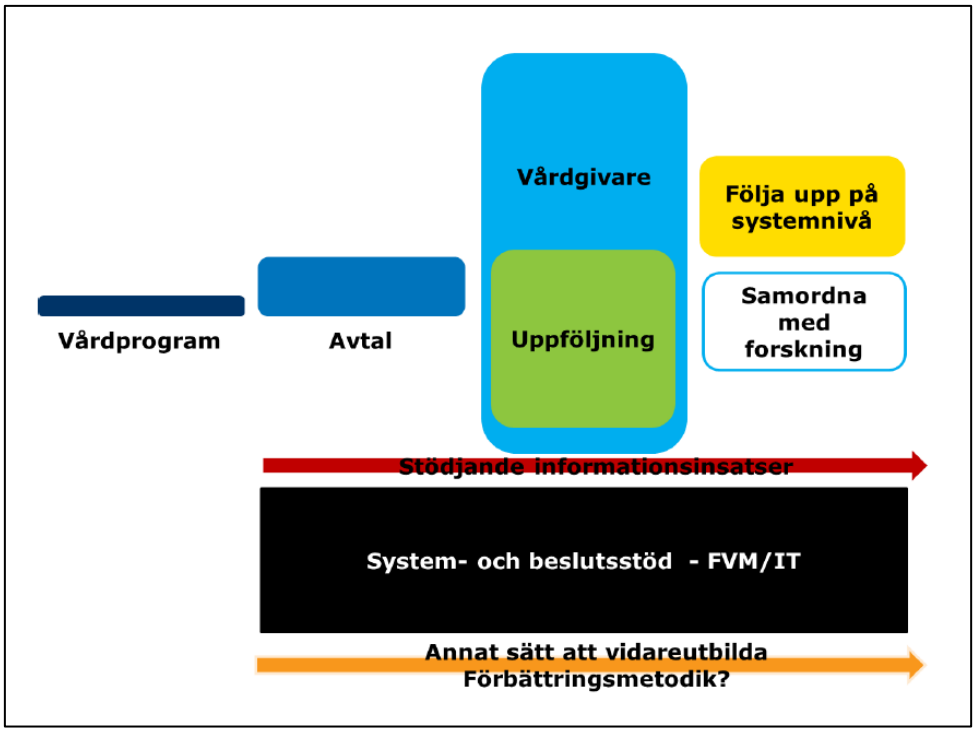
I rapporten beskrivs kunskapsstyrningen som en process (Figur 5A) från att ta fram vårdprogram eller andra råd, baserat på en bedömning av kunskapsläget inom ett visst område (1). Utifrån råden kan sen avtalen utformas så att de styr vårdgivaren antingen med hjälp av kvalitetsindikatorer eller på annat sätt (2). Vårdgivarna ska därefter implementera vårdprogrammen (3), själva följa upp och förbättra (4) och även få stöd av analyser på systemnivå (5) som även kan ligga till grund för nya råd (1). Som stöd finns informationsinsatser (6) och vidareutbildning (7). Rapporten pekar på att landstinget idag lägger olika mycket tid och uppmärksamhet på de olika delarna i processen (Figur 5B) och föreslår förändrad resursfördelning (Figur 5C).



Figur 5A. Kunskapsstyrningen som process



Figur 5B. Hur dagens resurser för kunskapsstyrningen fördelas i SLL



Figur 5C. Hur resurserna för kunskapsstyrning bör fördelas i SLL

Flera förbättringsområden pekas ut i rapporten som…

- Vårdprogram och råd tas fram både av nationella myndigheter och av flera olika aktörer inom SLL med dålig samordning.
- Sakkunniga inom SLL har inte någon enhetlig instruktion kring hur vårdprogram ska se ut och hur ekonomiska prioriteringar ska göras.
- Bristande samordning mellan vårdavtalen om kunskapsstyrningen.
- Bristande implementering av vårdprogrammen. Sjukhusen implementerar delvis vårdprogram, men det saknas systematik och överblick
- Informationsinsatser sker i liten utsträckning och inte kopplat till vårdgivarnas implementering. Det finns brister i it-stöd.
- Uppföljning, analys och utvärdering finns, men kan utvecklas mycket, både för enskilda vårdprogram och på systemnivå

I rapporten ges följande konkreta rekommendationer för den regionala anpassning utifrån den nya nationella kunskapsstyrningen:

1. Starta på nytt (men återvinn delar av SMR)
2. Tydliggör uppdrag samt förväntningar på vad ”regionala anpassningar” ska innebära.
3. Låt programråden stå för innehåll – inte implementation.

4. Stöd istället vårdgivarna i deras implementationsarbete genom att uppmuntra arbetet med patientprocesser, stödja analysarbete med mera.
5. I regionanpassningarna – stöd kunskapsstyrningen genom att bidra med ekonomiska ramar och horisontella prioriteringar. Stöd (tillsammans med sjukhusen) beräkningar av implementationskostnader och nyttohemtagningar. Tydliggör därmed HSFs roll i kunskapsstyrningen som en del i infrastrukturen omkring den – inte enbart som producent av informationssammanställningar.

Rapporten återfinns i sin helhet som bilaga 4.

” Framtidsplan för kunskapswebbar” 2017

Webbsidor med aktuell uppdaterad kunskap är en viktig del i ett fungerande system för kunskapsstyrning. I en rapport från LSF Utveckling & Analys (Rebecca Schlottau och Liv Fries) utreddes om dagens kunskapswebbar i SLL - Viss, Janusinfo, Psykiatristöd och Vårdgivarguiden kan slås samman till en gemensam kanal. Rapporten pekar på att webbarna är väldigt olika i vilken typ av tjänster de innehåller, vem de används av, och hur de produceras. De har växt fram utifrån olika aktörers behov av informationskanaler, och en logik som utgår från sändarens behov har tillåtits definiera val avseende teknik, innehåll, målgrupp med mera. Det finns en effektiviseringspotential men någon sammanslagning föreslår rapporten inte i nuläget då användarvänligheten skulle försämras radikalt och det sker en snabb utveckling inom it med FVM. Även nya nationella kunskapsstyrningen kommer på sikt erbjuda nya lösningar kopplade till nationellt kliniskt kunskapsstöd.

Rapporten belyser även organisationen för produktionen av kunskapswebbarna och konstaterar att en samlad linjeorganisation inte kan täcka in alla behov och kopplingar, varför det istället krävs samordning med förvaltningsövergripande strategier/handlingsplaner och en matrisorganisation där processer för tvärgående frågor kompletterar avdelningsstrukturen. Den föreslagna lösningen är därför att lägga till samordningsprocesser för innehållsproduktionen, tekniken, och kanalerna/gränssnitten som kan komplettera den existerande produktionslogiken som mestadels är kopplad till olika avdelningar. Om it-ansvarar för tekniken så bör kunskapsorganisationen ansvara för innehållet och det bör tas fram gemensamma principer för:

- hur innehåll ska prioriteras med koppling till analys, (t ex för vilka diagnoser behövs det mer kunskapsstöd)
- hur de regionala anpassningarna tar hänsyn till systemperspektivet (t ex effekten av remitteringsstöd på patientflöden).

Rapporten återfinns som bilaga 5.

Utvärdering av QRC

En utvärdering av QRC gjordes 2016 av LSF Analys & Utveckling inför förnyat avtal mellan SLL-KI. I rapportens första delar beskrivs fakta om satsningen, QRCs uppdrag och de finansiella flödena. Därefter redogörs för nuläge och de intervjuades synpunkter på arbetet med kvalitetsregister. Slutligen redogörs för vägval och rekommendationer. Huvudpunkter i rapporten är:

- Den statliga neddragningen av finansieringen påverkar framförallt registren direkt, inte QRC. Detta får effekter indirekt på SLL genom att registren kan fungera sämre och på QRC genom att färre register kan köpa deras tjänster. QRCs ”särskilda uppdrag” från nationell nivå kan också komma att minska.
- Alla intervjuade betonar att det är viktigare att satsa på att utveckla it-stödet så att realtidsdata blir tillgängliga, något som förutsätter en satsning på IT. QRCs fortsatta verksamhet bör därför sättas in i ett IT-strategiskt sammanhang.
- Det finns ett stort behov av att tydliggöra strategisk inriktning för utvecklingsarbetet inom QRC givet att detta bör vägledas av vad SLL har för position i IT-strategi och för sin koncerngemensamma verksamhetsutveckling.

Rapporten återfinns som bilaga 6.

Den nationella satsningen på kvalitetsregistren har även genomlysts av Myndigheten för Vårdanalys (18).

Utvärdering av RCC

Socialstyrelsen publicerade 2016 en samlad bedömning av fyra års uppföljning av regionala cancercentra. De bedömer är att den gemensamma satsningen, mellan regeringen och landsting och regioner varit framgångsrik. En viktig förutsättning har varit dialogen och tydligheten i vad som ska åstadkommas och uppföljning av det arbete som genomförs. Ett flertal framgångsfaktorer pekas ut bakom RCC:s arbete. Ett exempel gäller att varje sjukvårdsregion har gemensamma utvecklingsplaner för cancervården, för sina ingående landsting/regioner. I Sverige har vi idag en nationell cancerstrategi med sex regionala cancerplaner, som utgår från de lokala utvecklingsbehoven. Andra väsentliga framgångsfaktorer är

• patientcentrering och patientmedverkan
• professionsdriven utveckling med god förankring
• en etablerad kunskapsstyrningsmodell
• alltmer nationell samverkan
• nya förutsättningar för en god och mer jämlik vård
• hög kompetens i RCC och RCC i samverkan (nationell samverkansgrupp

Rapporten återfinns som bilaga 7.

RCC och QRC har valt delvis olika lösningar för sin it-utveckling. På uppdrag av SKL har konsultbolaget Tagore nyligen tagit fram en rapport med underlag för det fortsatta arbetet med IT och kvalitetsregister i relation till det landstingsgemensamma arbetet med e-hälsa och nya kunskapsstyrningen (19).

Även om RCC i samverkan varit framgångsrikt och tjänat som modell för nya nationella kunskapsstyrningen är det viktigt att betona att det också finns flera utmaningar. Styrmodellen är inte anpassad vare sig till en beställarroll eller övriga strukturer för styrning och ledning, eller kunskapsstyrning inom andra sjukdomsområden. Det har också krävts stora resurser för att bygga upp verksamheten, något som inte finns inom andra områden. En särskild analys av RCC och hur erfarenheterna bäst kan tas tillvara i reformeringen av kunskapsstyrningen i regionen ska ingår som del i projektet.

Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48)

Den nationella kunskapsstödsutredningen kom med sitt slutbetänkande i juni 2017 (1). Utredningens uppdrag var att överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Syftet har varit att säkerställa att den hälso- och sjukvård som ges befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män.

I betänkandet redovisas en översiktlig bild av vad kunskapsstyrning är och de utmaningar som finns. Vissa delar av kartläggningen (såsom uppföljnings-området, digital kunskapstjänst, läkemedelskommittéernas roll och ändringar i myndigheternas uppdrag) är dock ofullständigt beskrivna.

Utredningen ger i huvudsak förslag till ändrade lagar och förändrade uppdrag för de nationella myndigheter som arbetar med kunskapsstyrning. Förslagen som ges är anpassade till den nya landstingsgemensamma strukturen för kunskapsstyrning. Utredningen har varit på remiss, och en eventuell proposition kommer tidigast våren 2018. Följande förslag är dock viktiga att beakta i det regionala arbetet med en förändrad kunskapsstyrning:

- Inrättande av en nationell digital kunskapstjänst
- Lagen om läkemedelskommittéer upphävs och ersätts av en lag om vårdkommittéer
- Socialstyrelsen får en särställning bland de kunskapsstödjande myndigheterna, i syfte att förtydliga och stärka samordningen av myndigheternas kunskapsstödjande arbete
- Förtydliganden införs i hälso- och sjukvårdslagen gällande huvudmannens, vårdgivarens- och verksamhetschefens ansvar att säkerställa att professionerna har goda förutsättningar att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet
- SBU:s arbete med systematiska kunskapsöversikter fasas ut

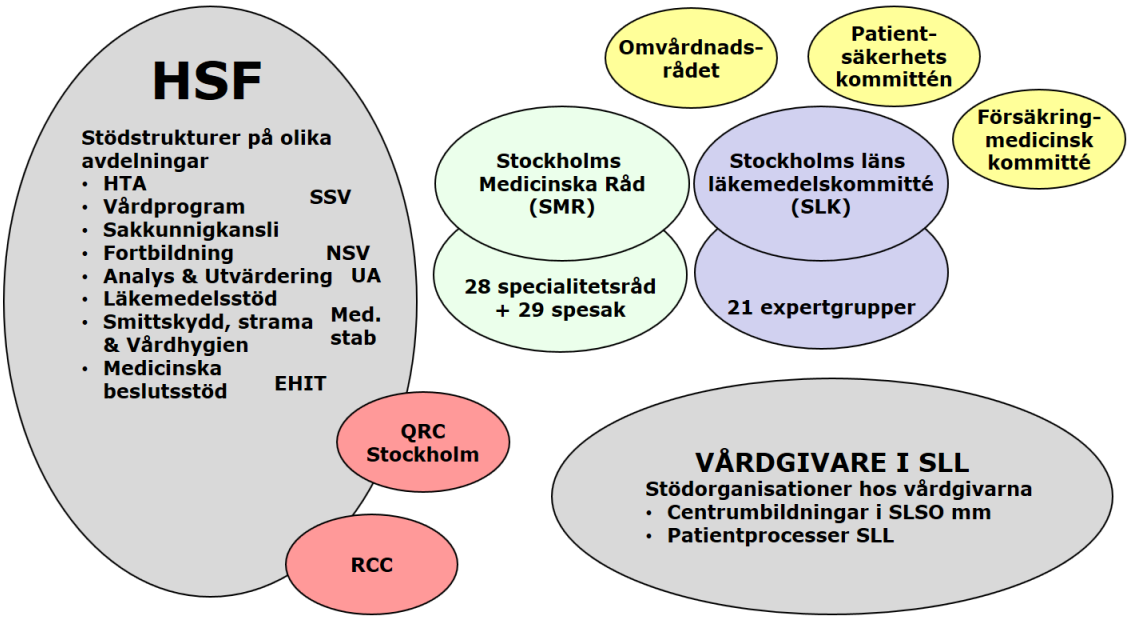
- Regelbundna samråd startar mellan landsting och staten kring uppföljning och analys av vårdens resultat. Socialstyrelsen och Myndigheten för Vårdanalys för ökade uppdrag att bistå med underlag.
- Nationella riktlinjerna utvecklas till underlag för planering och prioritering till stöd för politiker och andra beslutsfattare inom landsting och kommuner
- Stärkt kunskapsstyrning inom den kommunala hälso- och sjukvården

Några viktiga aspekter saknas helt i utredningen och behöver belysas mer. En av dem är den internationella utvecklingen och möjligheterna till utvidgat samarbete kring kunskapsstyrning inom Norden & EU. Patientrörligheten över nationsgränser har ökat och i synnerhet inom specialiserade områden finns ett ökat behov av benchmarking av kvalitet och hälsoutfall mellan länder och sjukvårdssystem. Det förekommer myndighetssamarbete och inom det regulatoriska området tas idag flera beslut kring läkemedel gemensamt inom EU. Hos huvudmännen inom hälso- och sjukvården är dock det internationella samarbetet begränsat och en ökad samverkan mellan länder kring kunskaps-styrning skulle kunna bidra till lärande. En annan aspekt som saknas är hur den reformerade kunskapsstyrningen bäst ska samspela med FoUU och innovationsstrukturer inom landstingen och nationellt.

Dagens sakkunnigstruktur

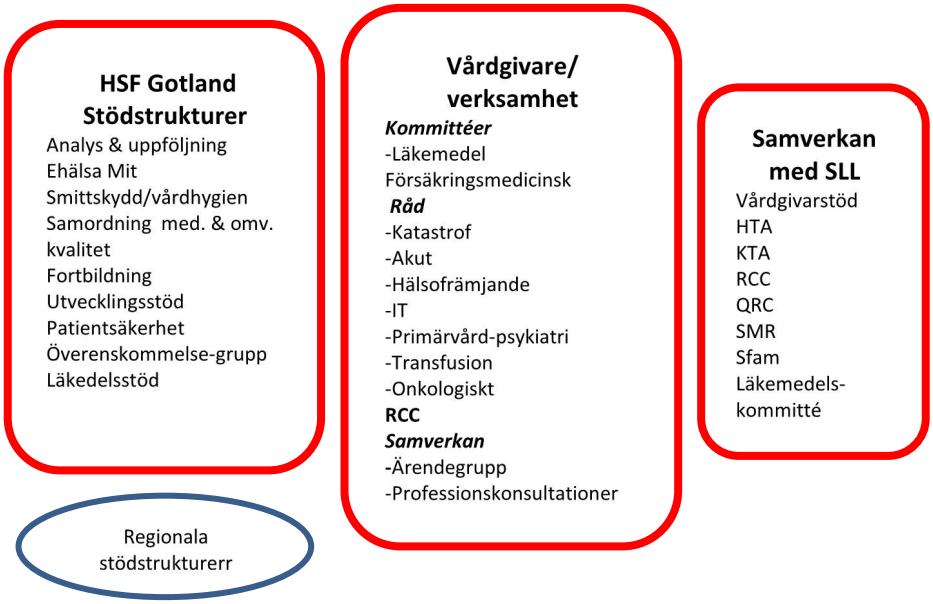
Sakkunnigstrukturen i SLL består av 28 specialitetsråd med specialsakkunniga (spesak) och vårdsakkunniga (vårdsak), samt Stockholms läns läkemedelskommitté (SLK) med 21 expertråd inom olika terapiområden. Finansieringen av de sakkunnigas arbete sker via HSF och vårdgivarna. De nya s.k. regionala programområden som ska bildas enligt nationella modellen har till stora delar liknande sätt att dela upp sjukdomar som SLLs specialitetsråd. Uppdragen och bemanningen skiljer sig dock åt. Det finns även behov av att integrera läkemedelskommitténs expertråd med specialitetsråden, och att stärka samarbetet mellan SLL och Region Gotland i sakkunnigorganisationen.

Sakkunnigstrukturen i SLL består av 28 specialitetsråd med specialsakkunniga (spesak) och vårdsakkunniga (vårdsak), samt Stockholms läns läkemedelskommitté (SLK) med 21 expertråd inom olika terapiområden. Sakkunnigstrukturens uppdrag är att bidra med objektiv medicinsk sakkunskap till Stockholms läns landstings olika ledningar på politisk, tjänstemanna- och produktionsnivå samt utgöra basen för landstingets medicinska utvecklingsarbete. Hela sakkunnigstrukturen ska vara kliniskt och vetenskapligt förankrad, objektiv och opartisk. Alla sakkunniga måste därför skriva under en jävsdeklaration. Som stöd för kunskapsstyrningen finns också flera enheter i HSF och hos vårdgivarna (Figur 6). Dessa beskrivs i särskilda avsnitt på sidan 39-42. Sakkunnigstrukturens sammansättning och uppdrag sammanfattas i PM från 2012 ur vilket dessa texter är hämtade (Bilaga 8).



Figur 6. Struktur för kunskapsstyrning i SLL

Sakkunnighetsstrukturer Gotland
Gotland som Sveriges minsta landsting har idag ingen sammanhållen struktur för sakkunniga. Inom verksamheterna och de olika professionerna finns flertalet sakkunniga som idag stödjer, sprider och medverkar till att implementera kunskaps och evidensbaserad vård inom region Gotland, inom såväl vård som läkemedelsområdet. Ovan beskrivna resurser inom SLL utgör också ett kunskapsstöd. Nedanstående beskrivna råd har idag blandade uppdrag där vissa är ett kunskapsstöd och andra har mer karaktären av processamverkan.



Figur 7. Struktur för kunskapsstyrning i HSF, Region Gotland

Ersättningsprinciper

Finansieringen av de sakkunnigas arbete i SLL sker via HSF och vårdgivarna. Den senare delen, vårdgivarnas stöd till de sakkunnigas arbete inom SLL, beskrivs i ett beslut från 2007-03-01 med riktlinjer för landstingsövergripande uppdrag. I detta dokument framgår att alla vårdgivare som bedriver offentligt finansierad vård inom SLL, proportionellt med antalet anställda läkare, förväntas bidra med expertkunskap i kunskapsstöd och styrning av vården inom SLL utan särskild ersättning.

HSF (HD) utser och ersätter ordförande för Läkemedelskommittén och Stockholms medicinska råd. Vidare ersätter HSF arbetsgivaren för en del av den arbetstid som ordförande för specialitetsråd avsätter av för att leda sitt råd med motsvarande c:a 10-30% av den årliga lönekostnaden samt ger rådet ett mindre administrativt stöd med 5-10 tkr/år och råd. Det finns 28 specialitets råd och total ersätts vårdgivarna för sakkunnigstöd till SMR med 6,8 mkr/år. Ersättningen till ordförande för de 21 expertråden inom SLK är annorlunda än den för specialitetsråden inom SMR. Varje ordförande får ett eget arvode på 36 tkr på år medan expertråden för ersättning för sina kostnader i form av ett aktivitetsrelaterat bidrag som varierar mellan 50-200 tkr per råd och år. Totalt stöds expertrådens och ordförandenas arbete inom SLK med 4,5 mkr per år. Utöver denna råds och expertgruppsspecifika ersättning har enheten för vårdgivarstöd inom HSF årligen ersatt olika medicinska experter, ofta rekryterade från specialitetsråden, för att ta fram vårdprogram, HTA-rapporter eller för att medverka i mer omfattande nationella kunskapsöversikter. Ersättningarna anpassas till uppdragets omfattning och brukar motsvara en timlön på 500-1000 kr/timme. Under 2015 utbetaldes 250 tkr för sådana expert- och sakkunniguppdrag. På motsvarande sätt ersätts, via särskilda avtal klinisk farmakologi vid Karolinska Universitetssjukhuset för frågor kring nya läkemedel, undervisning och andra utredningar med 2,3 mkr.

Region Gotland har ingen sakkunnigorganisation och någon ersättningsmodell finns inte. HSF, RG utser och ersätter ordförande för Läkemedelskommittén. För övriga funktioner ingår det som en del i ordinarie arbetsuppgifter.

Stockholms Medicinska Råd (SMR) & specialitetsråden

I Stockholms Medicinska Råd (SMR) ingår de 28 ordförandena i specialitetsråden och ytterligare några personer, bland annat ordförande i Omvårdnadsrådet, Patientsäkerhetskommittén och Försäkringsmedicinska kommittén. Även representanter från HSF, KI och SLK ingår i rådet. SMR är ett nätverk för samverkan inom hälso- och sjukvården i länet. SMR:s uppdrag är att samordna och stödja arbetet inom de 28 specialitetsområdena och kvalitetssäkra kunskapsunderlag från sakkunniga. Vidare sammanställer SMR en årlig rapport som bland annat beskriver läget i vården utifrån behov, utbud och kvalitet och strategiskt viktiga frågor som nya medicinska metoder och förändringar i sjukdomspanoramat.

Specialitetsråd

Specialitetsråden består av en eller flera spesak, vårdsak, läkemedelsexpert-rådets ordförande, verksamhetsföreträdare (chefer för relevanta vårdgivar-enheter), företrädare för primärvård (spesam), KI-representanter liksom representanter för HSF samt, i vissa specialitetsråd, paramedicinare (Figur 8). Specialitetsråden är kunskapsbas och rådgivare i frågor gällande specialitetens innehåll, utveckling och övergripande kompetensförsörjningsfrågor. Vidare ingår i specialitetsrådens uppdrag att identifiera och utvärdera nya metoder samt genomföra kartläggningar av praxis och uppmärksamma förbättrings- och utvecklingsområden. Att bistå som sakkunniga vid upphandlingar, ta fram förslag på personer att representera Stockholms läns landsting i nationellt konsensusarbete ingår även i uppdraget, liksom att genomföra regionala anpassningar av nationella riktlinjer och rekommendationer.



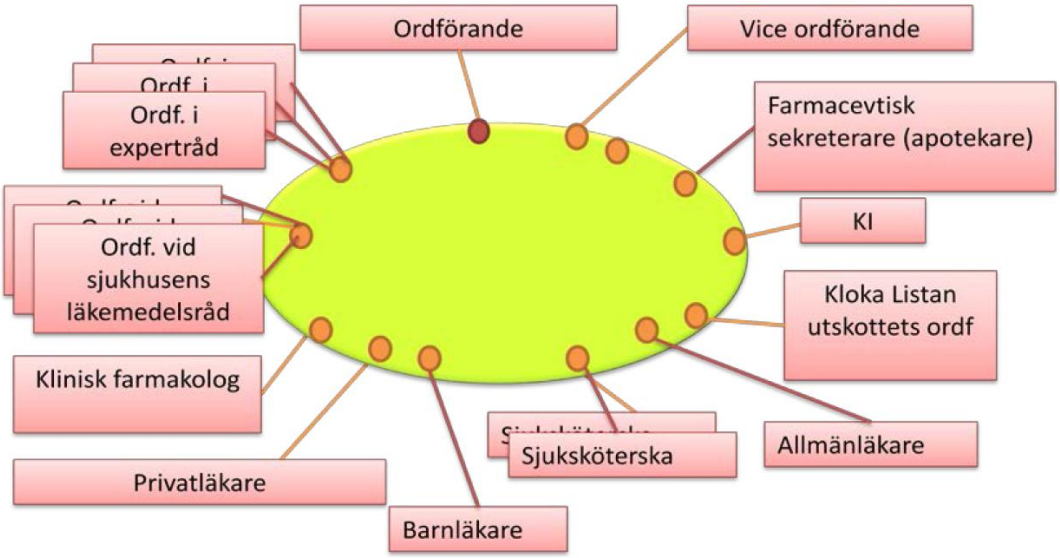
Figur 8. Sammansättning av ett specialitetsråd i SLL

Stockholms läns läkemedelskommitté & expertråden

Stockholms läns läkemedelskommitté (SLK) utgör Stockholms läns landstings kommitté enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer. Läkemedels-kommittén är ett rådgivande expertorgan i läkemedelsfrågor med huvuduppdrag att verka för en säker, rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och är policyorgan i läkemedelsfrågor inom Stockholms läns landsting. En kompletterande instruktion för Stockholms läns läkemedelskommitté fastställdes av Hälso- och sjukvårdsnämnden den 20 december 2011.

SLK utarbetar rekommendationer för tillförlitlig och rationell läkemedels-användning, Kloka Listan, samt policies och rekommendationer för introduktion och uppföljning av nya läkemedel. SLK ska med fortbildning stödja rationell förskrivning av läkemedel och medverka i kunskapsförmedling inom hela landstinget oavsett sjukvårdens driftsformer. Dessutom ska SLK stimulera till uppföljning av verksamheternas läkemedelsanvändning. SLK ska med sin expertis (expertråd) också stödja sjukvårdens administrativa och politiska ledningar med kompetens i viktiga frågor kring läkemedel och i kontakter med myndigheter, industri och vårdgivare.

I SLK finns bland ordinarie ledamöter Kloka Listan-utskottets ordförande, ordförandena från akutsjukhusens läkemedelsråd, några expertrådsordförande inom stora terapiområden, allmänläkare, barnläkare, geriatriker, två sjuksköterskor, varav en från slutenvård och en från öppenvård, kliniska farmakologer, apotekare samt en representant från KI (Figur 9). Ordföranden i Gotlands läkemedelskommitté är adjungerad.



Figur 9. Sammansättning av Stockholms läns läkemedelskommitté

Till SLK är knutet 21 expertråd inom olika terapiområden. Expertråden granskar dokumentation om läkemedel och gör oberoende utvärderingar.
I expertråden ingår medicinsk, farmaceutisk och klinisk farmakologisk expertis. I expertrådens uppdrag innefattas framställning av utbildnings-/informations-material, skriva riktlinjer/expertrådsutlåtanden för t.ex. Janusinfo, ta fram underlag till Kloka Listan och Kloka råd, arrangera fortbildningsaktiviteter, föra en professionell dialog med läkemedelsindustrin, medverka i arbetet med framtidsspaning, medverka i riktlinjer/värdering för nya läkemedel, utvärdera förskrivningsdata samt medverka i läkemedelsupphandling. Dessutom granskar expertråden de vårdprogram för primärvården som finns på www.viss.nu.

Läkemedelskommittén har sedan flera år en jävspolicy och jävsdeklarationer lämnas årligen av samtliga personer verksamma inom organisationen.

Valberedning, beredningsgrupp och KUST inom SLL

När SLL beslutades om att införa en ny organisation för att utveckla landstingets kunskapsstyrning 2009 (20) inrättades också en kommitté för kunskapsstyrning (KUST) som fick i uppgift i att styra och skapa förtroende för sakkunnigstrukturen inom SLL och dess arbete för att stödja införandet av kunskaps- och evidensbaserad vård inom SLL. Till medlemmar i KUST utsågs; som ordförande hälso- och sjukvårdsdirektören, sjukhusdirektörerna för länets akutsjukhus (Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Norrtälje sjukhus, St. Görans sjukhus, Södersjukhuset och Södertälje sjukhus), chef för SLSO, prorektor från Karolinska institutet och chefen för Medicinskt kunskapscentrum, sedermera avdelningen för Stöd för evidensbaserad medicin. Senare kom också chefen för Regionalt Cancercentrum att ingå. Ordföranden för SLK och SMR adjungerades till gruppen.

KUSTs uppgifter var att…

- Utse spesak, vårdsak, ordförande i de 26 specialitetråden ingående i SMR och medlemmarna i SLK
- Ge förslag till att ta fram och godkänna regionala vårdprogram
- Godkänna och föreslå konsekvens av HTA granskningar
- Få insikt och information om olika nationella initiativ som tas inom området kunskapsstyrning, exempelvis i form av nya nationella riktlinjer från Socialstyrelsen eller från Nationell samordning av kunskapsstyrning (NSK), SKL. Skapa samsyn hur SLL skall förhålla oss till dessa.
- Vara en central kontaktyta, förankra och leda kunskapsstyrningen inom SLL.
- Tillse att spesak, vårdsak och specialitetsråd följer vårdens utveckling och kvalitet inom respektive områden.
- Ta emot information från och vägleda arbetet inom SLK och SMR.

Sedan hösten 2015 ingår KUST-uppdraget som ett fokusområde i direktörs-gruppen, en samverkansgrupp med koncernens vårdgivare knuten till Landstingsdirektörens ledningsgrupp. Kunskapsstyrningsfrågorna företräds i direktörsguppen av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HD). De kunskaps-styrningsfrågor som presenteras av HD i direktörsgruppen bereds av kunskapsstyrningens beredningsgrupp (se nedan).

Till stöd för sitt arbeta har KUST/direktörsgruppen en valberedning avseende de sakkunniga inom SMR och SLK. Denna består av; en ordförande från HSF, och chefsläkare från akutsjukhusen Södersjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus AB, SLSO, Capio S:t Görans sjukhus samt en professor i ledande ställning från Karolinska Institutet och Omvårdnadsrådet. Ordförande i SLK och SMR är adjungerande. Den nyligen etablerade processen för nomineringar av ledamöter för nationella strukturerna bygger på valberedningen, men med adjungering från Region Gotland.

Beredningsgruppen för kunskapsstyrning i SLL

Utöver en valberedning finns en beredningsgrupp för kunskapsstyrningsfrågor. Denna granskar och bereder frågor som presenteras av HD och beslutas vid direktörsgruppens möten. En viktig funktion är att ta emot och bedöma eventuella ekonomiska och organisatoriska konsekvenser av regionalt framtagna vårdprogram och nationella riktlinjer från Socialstyrelsen eller andra nationellt framtagna rekommendationer till vården. Beredningsgruppen tar även fram förslag till beslut utifrån slutförda HTA-granskningar. I HDs beredningsgrupp för kunskapsstyrning ingår följande funktioner; Chefläkare, eller annan ledande representant, från sjukhusledningen vid Danderyds sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, St. Görans sjukhus, SöS och SLSO, Avdelningschef, eller annan ledande representant, från HSFs avdelningar för Somatisk specialistsjukvård, Närsjukvård och Utvecklingsavdelningen, Chefsläkare HSF samt chefen för Regionalt Cancer Centrum (RCC). Ordförande beredningen är SLLs chefläkare.

Förslag (nomineringar) av specialistsakkunniga (spesak) och omvårdnads-sakkunniga (vårdsak) som ingår i varje specialitetsråd kan lämnas valberedning av vem som så önskar. Efter förord från valberedningen utser sedan HD efter dialog med direktörsgruppen inom SLL. Medlemmarna i Stockholms läns läkemedelskommitté utses också, efter förslag av valberedningen, av direktörsgruppen inom SLL. Ordförande i valberedningen utses av HD som även utser även ordförande för SMR och ordförande för SLK.

Region Gotlands läkemedelskommitté

Läkemedelskommittén skall, i enlighet med lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer, verka för en tillförlitlig och rationell läkemedels-användning inom Region Gotland; såväl offentlig som privat, öppen som sluten vård. Kommitténs råd och rekommendationer skall grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ordförande och ledamöter i läkemedelskommittén utses av hälso- och sjukvårdsnämnden för en mandatperiod på fyra år. I kommittén skall från den slutna vården ingå fyra läkare och en sjuksköterska. Den öppna vården skall företrädas av två distriktsläkare och en distriktssköterska. Läkare med specialistkompetens i allmänmedicin, internmedicin, infektion, opererande specialitet och psykiatri bör finnas i kommittén. I kommittén skall ingå två apotekare, varav en svarar för sekreterarfunktionen. Nytt reglemente skall tas i nämnd under februari 2018.

Uppdraget kan beskrivas på ett liknade sätt som Stockholms läns läkemedels-kommitté och samverksformer är väl utvecklade mellan Stockholm-Gotland.

Nuvarande uppdrag för SMR, SLK i SLL

SMR och specialitetsråd, med specialsakkunnig läkare (spesak) och vårdsakkunnig sjuksköterska (vårdsak), har idag som huvuduppgift att utgöra ett medicinskt sakkunnigstöd på politisk nivå, tjänstemannanivå och produktionsnivå.

I basuppdraget för spesak/vårdsak ingår idag att;

- Följa utvecklingen inom specialiteten avseende vårdutveckling, omvårdnad och prevention inklusive nya metoder samt övergripande kompetensförsörjningsfrågor.
- Årligen ge en övergripande beskrivning av läget i vården avseende behov och utbud, kvalitet och strategiskt viktiga frågor såsom nya medicinska metoder, förändringar i sjukdomspanoramat med mera.
- Följa utveckling på nationell och regional nivå inom för området aktuella nationella kvalitetsregister
- Medverka i frågor rörande forskning och utbildning i samverkan med Karolinska Institutet, med särskilt fokus på kopplingen mellan forskning och klinisk praxis.
- Medverka i och stödja introduktion, spridning och användning av nationella och regionala riktlinjer.
- Bistå sakkunnigstrukturens uppdragsgivare med utredningar.

Specialitetsråden

- utgör en kunskapsbas och vara rådgivare i frågor gällande specialitetens innehåll, utveckling och övergripande kompetensförsörjningsfrågor.
- Skall vara aktiva i identifiering och utvärdering av nya metoder. Genomföra kartläggningar av praxis och uppmärksamma förbättrings- och utvecklingsområden.
- Medverkar i att ta fram förslag till personer att representera Stockholms läns landsting i nationellt kunskapsstödsarbete inom nationella myndigheter såsom Socialstyrelsen och SKL.
- Ger stöd till arbetet med viss och att ta fram regionala vårdprogram när sådana behövs och efterfrågas
- Bistår HSF som sakkunniga vid upphandlingar av medicin- och medicinteknisk utrustning
- Skall kunna bistå HSF som sakkunniga vid upphandlingar, upprättande av avtal och vårdval

Stockholms läns läkemedelskommittés uppdrag är enligt instruktion fastställd av HSN 2011-12-20 att…

- Utarbeta rekommendationer för tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning – Kloka Listan samt policies och rekommendationer för introduktion och uppföljning av nya läkemedel.
- Initiera och kommentera förslag till landstingets policy och strategi i läkemedelsfrågor såsom läkemedelsinformation, läkemedelsuppföljning, säker läkemedelshantering, läkemedelsekonomi, läkemedelsbiverkningar inklusive läkemedelsmissbruk, läkemedels miljöeffekter och kliniska prövningar
- Stödja sjukvårdens ledningar med kompetens, omvärldskunnande och vetenskapligt kunnande i läkemedelsfrågor och enligt SLL:s behov medverka i nationella samarbeten inom läkemedelsområdet.
- Stimulera utveckling av uppföljning och kvalitetsarbete kring läkemedel, inklusive logistikfrågor. Stödja förskrivare, verksamhetschefer, beställarorganisationen och andra beslutsfattare med kunskap för att analysera och hantera frågeställningar kring läkemedelsanvändning och patientsäkerhet.
- Medverka till att läkemedelsfrågor integreras i styrning och uppföljning av landstingets verksamhet, inklusive prioriteringar inom vården.
- Verka för att läkemedelsaspekter belyses inom vårdprogram och behandlingsriktlinjer framtagna inom landstinget och inom relevanta områden som inte hanteras inom vårdprogram genom att ta fram särskilda behandlingsriktlinjer för läkemedel.
- Främja utveckling och användning av verktyg, inklusive farmakologiska process- och beslutsstöd, som stödjer klok och säker läkemedelsanvändning.
- Tillsammans med Stockholms medicinska råd och dess specialitetsråd fortlöpande bevaka utvecklingen inom respektive expertområde, nya trender, behandlingsstrategier, patientsäkerhetsaspekter, omvärldshändelser i Sverige och internationellt.
- Verka för kommunikation av ny kunskap.
- Medverka i implementering av Stockholms läns landstings läkemedelsstrategi.
- Föreslå kvalitetsindikatorer för god läkemedelsanvändning.
- Verka för uppföljning av läkemedelsbehandling via kvalitetsregister.
- Verka för hög kvalitet i forskning och utveckling kring läkemedel.
- Medverka till att tydliggöra alternativa behandlingar till läkemedel, som t ex förändrade levnadsvanor.
- Samverka med berörda myndigheter, universitet och högskolor samt med övriga läkemedelskommittéer.
- Stödja avdelningen Upphandling inom Stockholms läns landsting vid upphandling av läkemedel för rekvisition enligt Lag (1992:1528) om offentlig upphandling (9)

Uppdragen till specialitetsråden och SMR är mindre tydligt formulerade än de för expertråden och SLK. Specialitetsrådens uppdrag är övergripande och allmänt beskrivna, vilket har gett möjligheter för råden att agera själva och utveckla arbetet åt de håll de vill. Det har också varit otydligt vem som gett uppdragen till specialitetsråden eller vilka de viktigaste uppgifterna är. Är det HSF, politiken, vårdgivarna eller ”professionen”.

Mappning mot nya nationella modellen

Indelningen av specialitets- och expertråden i SLL följer till stora delar den nya nationella modellen, men med vissa undantag (Tabell 2). Den främsta skillnaden är att det i SLL finns specialitetsråd för sjukdomsgemensamma frågor som det saknas fasta grupperingar för i den nationella modellen. Här ingår kirurgi, rehabilitering, bild och funktion, internmedicin och laboratoriemedicin. Region Gotland saknar egen sakkunnigstruktur och finns därför inte med i tabellen.

Tabell 2. Mappning mellan nationella programområden och regionala sakkunniga

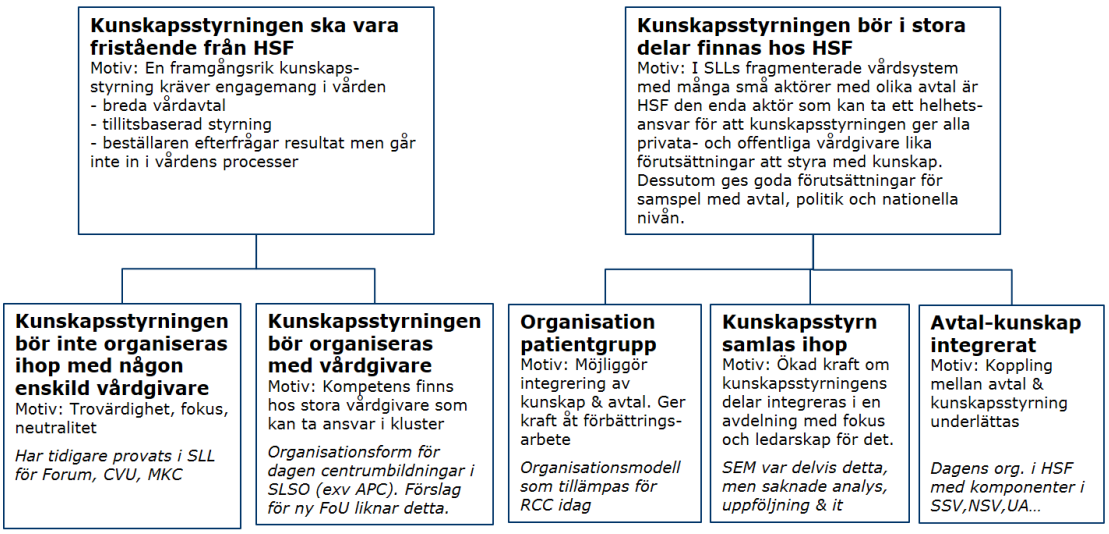
Nationellt programområde (19)	**Specialitetsråd i SLL (28)**	**Expertråd i SLL (21)**
Nära vård	Allmänmedicin	Allmänmedicin
	Hälsofrämjande arbete	
	Geriatrik	Geriatriska sjukdomar
Akut vård	Akut omhändertagande	
	Anestesi och intensivvård	Anestetika, vätsketerapi och nutrition
Infektionssjukdomar	Infektionssjukdomar	Infektionssjukdomar
		Vaccinationer
Cancersjukdomar	Tumörsjukdomar	Onkologiska och hematologiska sjukdomar
Endokrina sjukdomar	Endokrinologi och diabetologi	Endokrinologiska och metabola sjukdomar
Psykisk hälsa	Psykiatriska sjukdomar	Psykiatriska sjukdomar
Nervsystemets sjukdomar	Neurologiska sjukdomar	Neurologiska sjukdomar
Ögonsjukdomar	Ögonsjukdomar	Ögonsjukdomar

Öron-näsa- och halssjukdomar	Öron-, näs- och halssjukdomar	
Hjärt- och kärlsjukdomar	Hjärt- och kärlsjukdomar	Hjärt- kärlsjukdomar
Lung- och allergisjukdomar	Lung- och allergisjukdomar	Luftvägs- och allergisjukdomar
Rörelseorganens sjukdomar	Ortopediska sjukdomar	
	Reumatologiska sjukdomar	Analgetika och reumatologiska sjukdomar
Hud- och könssjukdomar	Hud- och könssjukdomar	Hudsjukdomar
Mag- och tarmsjukdomar	Mag- och tarmsjukdomar	Gastroenterologiska sjukdomar
Njur- och urinvägssjukdomar	Njurmedicin	Medicinska njursjukdomar
	Urologiska sjukdomar	Urologi
Kvinnosjukdomar och förlossning	Reproduktion	Obstetrik och gynekologi
Barn och ungdomars hälsa	Barn och ungdom	
Sällsynta sjukdomar		Särläkemedel
Tandvård	Tand- och käksjukdomar	
	Kirurgi	
	Rehabilitering	
	Bild och funktion	Radiologiska läkemedel
	Internmedicin	
	Laboratoriemedicin	
		Plasmaprodukter och vissa antitrombotiska läkemedel

Stödstrukturerna i SLL

Organisatoriska alternativ för kunskapsstyrningen

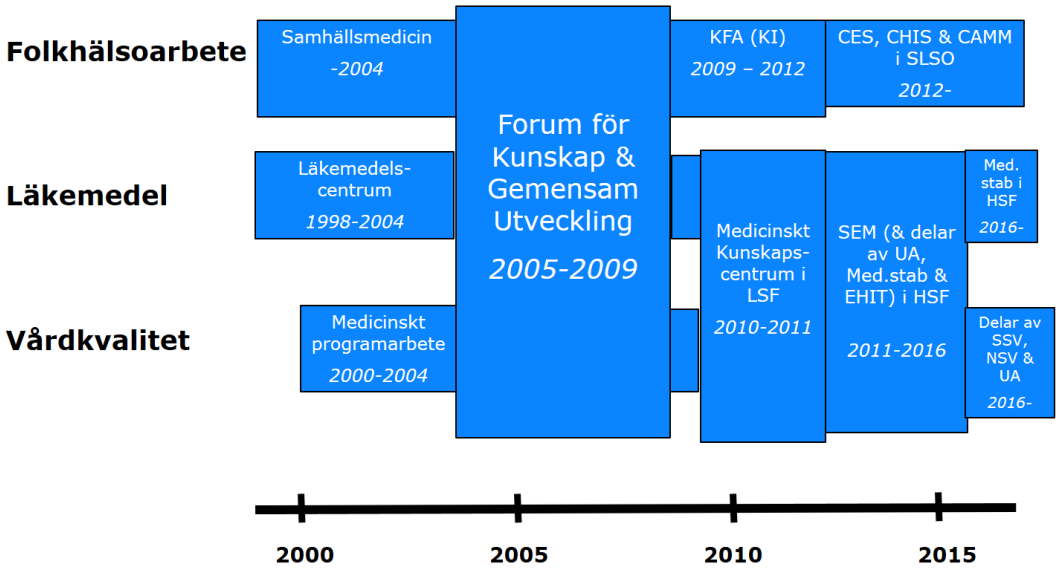
En fungerande kunskapsstyrning behöver att aktivt samspel mellan kunskaps-stöd (framtagande av vårdprogram, riktlinjer), uppföljning (kvalitetsregister, öppna jämförelser, analyser, indikatorer & målnivåer) och stöd till förbättringsarbete i vården (fortbildning, träning i förbättringsarbete och ledarskap). Expertkunskapen som ligger till grund för rekommendationerna finns i vården och det faktiska förbättringsarbetet måste också ske ute i vården. Stödstrukturerna (såsom sakkunnigkansli, HTA-verksamhet, analysverksamhet, registerutveckling och fortbildning) behöver dock samordnas. Det finns argument för olika organisatoriska varianter och de flesta har provats vid olika tillfällen i historien. De olika alternativen illustreras i Figur 10.



Figur 10. Vägval för Kunskapsstyrningens organisatoriska tillhörighet

Tidigare organisationsformer i SLL

SLLs sakkunnigorganisationer och stödstrukturer har varit i ständig förändring. Det speglar delvis svårigheter att finna den mest lämpliga organisationsformen för att åstadkomma en effektiv kunskapsstyrning som genomsyrar beslut i vården, men också andra samtidiga förändringar som skett i landstingets styrning och ledning, såsom ändringar i beställar-utförarmodellen och införande av vårdval. En bild som illustrerar kunskapsstyrningens organisation genom åren återfinns i Figur 11. I figuren saknas RCC och QRC som tillkom parallellt med särskild finansiering och styrning.



Figur 11. Kunskapsstyrningens organisation i SLL genom tiden

I maj 2000 fattades beslut om att starta *medicinskt programarbete* (MPA) inom landstinget för att tillvarata expertkunskap i planeringen av en god och jämlik vård (21). För genomförandet skapades en kunskapsorganisation med SMR som sammanhållande forum. MPA innebar att ta fram medicinska program (regionala vårdprogram) och kvalitetsindikatorer som underlag för beställning, produktion och kvalitetsuppföljning av hälso- och sjukvården. En sakkunnigutredning genomfördes 2006 och resulterade i att antalet regionala sakkunniggrupper reducerades från cirka 80 till 27 specialitetsråd med var sin avlönad ordförande. Varje specialitetsråd skulle ha en vårdsak och det skulle finnas en spesak per nationell specialitet. Uppdragen definierades för vårdsak, spesak, ordförande och specialitetsråd. Organisation respektive nominerings- och valprocessen definierades.

I juni 2004 beslöt Landstingsstyrelsen att inrätta ”Forum för kunskap och gemensam utveckling” som en särskild enhet inom Landstingsstyrelsens förvaltning. Forum var en gemensam funktion för utvecklingsarbete både hos vårdgivare och beställare, med inriktning på både vård och hälsa. Den nya enheten var direkt underställd landstingsdirektören. Forum formerades i två större resurs- och kompetenscentrum, Centrum för folkhälsa (i huvudsak f d Samhällsmedicin) och ett blivande centrum för vårdutveckling (med bl a Centrum för Läkemedel, tidigare beställaravdelningen Medicin och omvårdnad samt avdelningen för vårdersättningar från ”gamla landstingskontoret”.) Veksamheten hade tydliga målsättningar att ge ökat stöd till verksamhetsnära förbättringsarbete och ta ett samlat grepp om uppföljningen av vård och hälsa, dvs i stora delar målsättningar som ligger bakom de förändringar som föreslås i nya kunskapsstyrningen. Verksamheten hade en betydande forsknings-anknytning, något som Johan Calltorp i sin rapport ” Kunskapsbaserad

ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården" (8) drog följande slutsats om *"En notering är att denna typ av tjänster eller enheter i fältet mellan forskning och praktik har en svår mellanroll och är sårbara för kritik från båda hållen. Därför behövs ett tydligt och uthålligt stöd från huvudmannen för att de ska vara lyckosamma i sin uppgift."*

Så särskilt långsiktigt blev inte Forum. Redan den 1 januari 2009, bildades Karolinska Folkhälsoakademi då Karolinska Institutet tog över verksamheten inom dåvarande Centrum för folkhälsa från SLL. Under tre år bedrevs verksamheten med Karolinska Institutet som huvudman, men 2012 återfördes verksamheten till Stockholms läns landsting (SLL), som centrumbildningarna CHIS (Centrum för Hälsoekonomi, Sjukvårdsforskning, och Informatik), CES (Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin) och CAMM (Centrum för Arbets- och MiljöMedicin) inom SLSO. Skälet till återföringen till SLL var att överflyttningen inte lett till en sådan utveckling av verksamheten som båda parter hade hoppats på. Utvecklingsavdelningen hos HSF utsågs till avtalspart, och avtalsansvaret följde med till närsjukvårdsavdelningen i samband med förvaltningens omorganisation i september 2016.

Under 2009 beslutades Landstingsstyrelsen (LS 0812-1179) att inrätta *Medicinskt kunskapscentrum (MKC)* i SLL genom en sammanslagning av de två avdelningarna Stöd till kunskapsstyrning och Läkemedelscentrum inom LSF, inklusive respektive expertstrukturer och kommittéer. Samtidigt togs beslut om en landstingsövergripande läkemedelskommitté. Ett koncentrerat läkemedelsarbete syftade till att harmonisera och effektivisera arbetet med riktlinjer och kommunikation. Sammanförandet av läkemedelskommittén och dess expertgrupper med sakkunnigstrukturen (spesak/vårdsak) i en och samma kunskapsorganisation syftade till en bättre samordnad styrning och en tydlig stark kanal för gemensamma kunskapsfrågor. Vid årsskiftet 2010-11 överfördes MKC från Landstingsstyrelsens förvaltning (LSF) till Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSF). Syftet var att ytterligare förbättra och effektivisera kunskapsstyrningen av vården inom SLL genom att i högre utsträckning samla och samordna beställare och ansvariga för den långsiktiga sjukvårdsplaneringen inom HSF.

Initialt var avsikten att bibehålla en sammanhållen organisation för kunskapsstyrning i HSF med de tre komponenterna i kunskapsstyrningen – kunskapsunderlag, uppföljning/analys och stöd till förbättringsarbete. En organisationsöversyn gjordes dock och redan i juni 2011 splittrades kunskapsstyrningen. Den nya avdelningen Stöd för evidensbaserad medicin (SEM) inrättades med de tre enheterna Läkemedelsstöd, Medicinsk fortbildning och Vårdgivarstöd från tidigare MKC. MKCs tidigare enheter för IT, e-hälsofrågor och tekniskt stöd för kunskapsstyrning (exempelvis databasen för läkemedelsinteraktioner, SFINX) flyttade till den nybildade avdelningen för Ehälsa och Strategisk it samtidigt som enheterna för vårdinformatik och analys & jämförelser flyttades till Utvecklingsavdelningen.

I samband med organisationsöversynen inom HSF under 2016 togs ytterligare ett steg bort från en sammanhållen kunskapsstyrning och ett sammanhållet

arbete för läkemedel och övriga vårdfrågor i syfte att integrera avtals- och kunskapsstyrning inom förvaltningen. SEM lades ned och avdelningens tre enheter för kunskapsstyrning, vårdgivarstöd med administrativt ansvar för SMR, läkemedelsstöd med dito för SLK och medicinsk fortbildning kom att flyttas till HSF avdelningarna Somatisk specialistsjukvård (SSV), den Medicinska staben och avdelningen för Närsjukvård (NSV).

Dagens stödstrukturer i HSF, SLL

Den största kunskapsstödjande verksamheten finns idag inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Forskningsstrategi och forskningsbudget ligger dock på landstingsstyrelsens förvaltning liksom det strategiska personal- och utbildningsansvaret. Det finns också stora strukturer för kunskapsstyrning hos vårdgivarna. Här återfinns t.ex. de centrumbildningar i SLSO som tidigare var organiserade ihop med kunskapsverksamheterna i HSF.

De enheter som arbetar med kunskapsstyrning i HSF, SLL är främst….

- **Enheten för vårdgivarstöd vid SSV** – enhetschefen är ordförande i SMR. Enheten ansvarar för samordning av SMR, samordning av experterna bakom Viss.se – Spesam, framtagning av regionala vårdprogram och HTA-verksamhet.
- **Enheten för medicinsk fortbildning vid NSV -** ansvarar för vidareutbildning och kommunikation om läkemedel och annan medicinsk kunskap
- **Enheten för Hälsoutveckling vid NSV –** ansvarar för det strategiska folkhälsoarbetet i SLL, men har också avtalsansvaret för de centrumbildningar i SLSO som arbetar med kunskapsstyrning i SLL. Här återfinns även centrum för akademiskt primärvårdscentrum (APC) och Centrum för Psykiatriforskning (CPF) vars avtal ligger på andra enheter i NSV (se vidare på sid 40)
- **Enheten för läkemedelsstöd vid Medicinsk Stab** - enhetschefen är ordförande i SLK. Ansvarar för informationen på Janusinfo och, sedan omorganisation inom UA i september 2017, uppföljning inom läkemedelsområdet.
- **QRC** –Kvalitetsregistercentrum Stockholm (Stödfunktion till kvalitetsregister.). Arbetar med registerutveckling, patientinvolvering och stöd till förbättringsarbete i vården.
- **Regionalt Cancercentrum** – innehåller kunskapsstyrningens alla delkomponenter med kunskapsstöd, uppföljning och processledning/stöd till förbättringsarbete specifikt inom cancerområdet.
- **Enheten för Vårdanalys och statistik vid UA** – ansvarar för drift och utveckling av landstingets centrala databaser, utveckling av kvalitetsindikatorer för uppföljning och analyser

Kunskapsstyrningen berör dock samtliga avdelningar i HSF och kompetens och verksamhet finns inom Särskilda vårdfrågor (bl.a. tandvård, prehospitala frågor, rehabilitering), Medicinska staben (vårdhygien), E-hälsa & Strategisk it (medicinska beslutsstöd), Avdelningen för patientsäkerhet och kvalitet.

Stödstrukturer hos vårdgivarna i SLL

Omfattande stödstrukturer för kunskapsstöd, uppföljning och förbättrings-arbete finns även hos flera vårdgivare. Inom SLSO finns centrumbildningarna CHIS, CES & CAMM som tidigare var organiserade ihop med de kunskaps-strukturer som idag finns inom HSF. Här finns även Akademiskt primärvårdscentrum och Centrum för Psykiatriforskning, som båda är viktiga pusselbitar i att utveckla kunskapsstyrningen i regionen. Dessa centrumbildningar beskrivs kort nedan. En djupare analys av några av dem kommer att göras inom ramen för projektet.

Akademiskt primärvårdscentrum (APC) servar personal och studenter vid primärvårdsenheter (oberoende av driftsform) med utbildning, forskning och utvecklingsfrågor. Verksamheten bedrivs i nära samverkan med akademin. Motorn i det arbetet är de åtta s.k. akademiska vårdcentralerna (AVC) Gustavsberg, Huddinge/Flemingsberg, Hässelby/Akalla, Jakobsberg, Liljeholmen, Mörby, S:t Erik och TioHundra AB. I AVCs verksamhet ingår att ta emot vård- och medicinstudenter inom deras verksamhetsförlagda utbildning. En annan kärnverksamhet för APC är att samordna, kvalitetssäkra och arrangera utbildningar och fortbildning för olika yrkesgrupper. APC utvecklar även andra verktyg och erbjuder olika former av projekt- och analysstöd. Se vidare om APC på http://akademisktprimarvardscentrum.se

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) bedriver folkhälso-vetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt folkhälsoarbete i samarbete med Karolinska Institutet. Verksamheten omfattar epidemiologisk bevakning och analys, utveckling, utvärdering och stöd till implementering av metoder för hälsofrämjande och förebyggande arbete samt riktlinjer och policys inom folkhälsoområdet. CES driver webbplatsen Folkhälsoguiden, Sluta-Röka-Linjen, Alkohollinjen, SkolmatSverige och Elevhälsoportalen. Det är främst kring analys/uppföljning och implementering som CES har tydliga kopplingar till övrig kunskapsstyrning. Inom CES finns dock även en särskild enhet fr psykisk hälsa som arbetar med att kartlägga förekomst och orsaker till psykisk ohälsa och psykiatrisk vårdkonsumtion. Enheten arbetar även med utveckling av metoder för att förebygga psykisk ohälsa, samt för att möjliggöra tidig upptäckt och tidiga insatser inom vården. Enhetens verksamhet kommer därmed att utgöra en del av projektets utredning kring hur centrum för psykisk hälsa bör se ut i regionen. Se vidare om CES på http://ces.sll.se/

Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS) består av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) och Hälsoekonomi. NASP erbjuder expertstöd och utbildning kring prevention av självmord, analyser/uppföljning av epidemiologiska data samt utveckling av metoder för att förebygga självmord. Inom CHIS finns även särskild expertis för att genomföra hälsoekonomiska utvärderingar och följa upp vilka effekter olika reformer gett på t.ex. på kostnader, produktivitet,

tillgänglighet och kvalitet. Enheten har t.ex. på uppdrag av HSF utvärderat införandet av vårdval och effekter av förändrade ersättningsmodeller. Vid CHIS finns även kunnande om mätningar av hälsorelaterad livskvalitet (PROM), en verksamhet som i övriga delar är koncentrerad till kvalitetsregistercentrum QRC.

Centrum för psykiatriforskning (CPF) bedriver utbildning och forskning inom psykiatri och beroendevård. CPF bistår även vårdverksamheter med kunskap och verktyg för intervention, implementering, utvärdering och stöd till förbättringsarbete. http://www.psykiatriforskning.se/

Utöver dessa centrumbildningar finns även många andra ”kunskapscentra” i SLL, ofta i samarbete med KI. Dessa beskrivs i särskilt avsnitt på sidan 54.

Mappning av strukturer mot nya nationella modellen

En mappning mellan samverkansgrupperna i den nya nationella modellen, uppdraget för den tilltänkta regionala stödfunktionen och dagens stödstrukturer i HSF och hos vårdgivarna återfinns i Tabell 3.

Tabell 3. Mappning mellan nationella tvärsamverkansgrupper, regionala stödfunktionen och dagens strukturer i SL

Tvärsamverkansgrupp nationellt	**Strukturer i HSF/LSF**	**Strukturer hos vårdgivarna**
Metoder för kunskapsstöd	Vårdgivarstöd (SSV) QRC (UA) RCC Beslutsstöd (EHIT)	Patientprocesser SLL + strukturer inom bl.a. centrumbildningar, SLSO & Karolinska
Kvalitetsregister	QRC (UA) RCC	
Uppföljning & Analys	UA RCC	APC, CPF, CES & CHIS inom SLSO
Läkemedel/medicinteknik	Läkemedelsstöd (Med.stab)	Läkemedelsråd på sjukhusen
Forskning/life science	SLL FoU	FoU hos vårdgivarna
Patiensäkerhet	Avd. för patientsäkerhet & kvalitet	
Uppdrag för regional stödfunktion	**Strukturer i HSF**	**Strukturer hos vårdgivarna**
Administrativt stöd till de regionala programområdena	Vårdgivarstöd (SSV)	
Stödja de regionala programområdenas kommunikation	Vårdgivarstöd (SSV) Medicinsk fortbildning (NSV)	

Bidra till att det finns strukturer för spridning, implementering och förbättringsarbete	Medicinsk fortbildning (NSV) QRC (UA) RCC	APC (SLSO) Andra strukturer hos bl.a. SLSO & K?
Utbilda processledare för det regionala processarbetet	Vårdgivarstöd (SSV) RCC	Patientprocesser ?
Stödja de regionala programområdena vid behov av samverkan med kommunerna	NSV	
Stödja de regionala programområdena i analysarbete och statistikhantering	UA RCC	
Stimulera öppen redovisning av resultat och jämförelser på enhetsnivå	UA RCC	

Kostnader för kunskapsstyrningen i SLL

I rapporten från LSF Analys & Utveckling beräknades *kostnaderna för de enheter inom HSF* som arbetar med kunskapsstyrning sammanlagt uppgå till 150 miljoner kronor inklusive landstingets bidrag till nationella kvalitetsregister (cirka 30 miljoner kronor) (se Figur 12). Av detta utgjorde direkta ersättningar till sakkunniga i SMR, SLK och Spesam-råden cirka 15 miljoner kronor.
De enheter som stöder sakkunnigstrukturen (vårdgivarstöd och läkemedels-stöd) har en budget på ca 34 miljoner. Deras verksamhet omfattar kanslistöd, projektledning vid framtagande av vårdprogram, redaktionellt stöd till webbar.

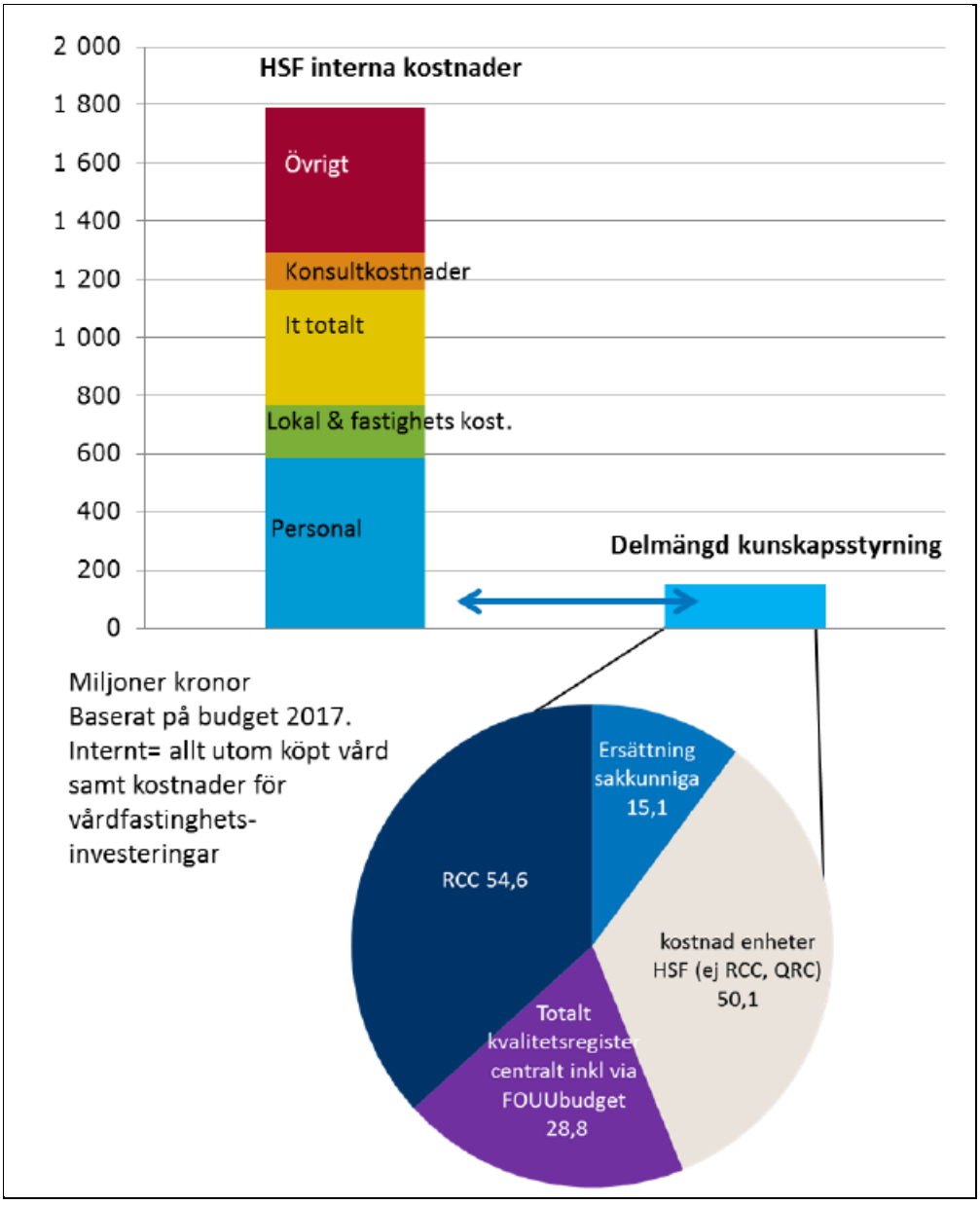
I rapporten saknas dock en beskrivning av kostnaderna för andra verksamheter som ingår i eller är en förutsättning för kunskapsstyrningen. Här finns:

- Vårdinformatik, analys och statistik vid Utvecklingsavdelningen (X Mkr)
- Kunskapsstöd relaterat till vårdhygien och smittskydd (xMkr)
- Medicinska kunskapstjänster vd avdelningen för E-hälsa och Strategisk it (xMkr)
- Avtalen med centrumbildningarna inom SLSO hos NSV (160Mkr?)
- Enheten för patiensäkerhet och kvalitet sant olika kommittéer som administeras från enheten (CDK- Centrala donationskommittén. FÖRKOM-Försäkringsmedicinska kommittén, PSK- Patientsäkerhetskommittén, Centrala gaskommittén och Centrala strålsäkerhetskommittén)

Ytterligare centrala kostnadsposter relaterade till kunskapsstyrningen finns inom LSFs FoUU-budget.

Stora kostnader utgörs också av tiden som alla ledamöter lägger på möten. Med undantag av spesak, ordföranden i specialitetsråd och i expertråd så utgår ingen arvodering för deltagande i olika sakkunniggrupper. Totalt sett uppgår antalet

personer i olika sakkunnig-grupper i länet till cirka 1000. Om man antar att det åtgår 6 arbetsdagar per år uppgår den samlade kostnaden till nästan 50Mkr.



Figur 12. Kunskapsstyrningens andel av HSFs budget. Från LSFs rapport ”Framtidsplan för kunskapsstyrningen. Vem styr vad hur då?” 2017

Stödstrukturerna i Region Gotland

De enheter som arbetar med stödprocesser inom kunskapsstyrning i HSF, RG är i första hand medarbetare inom förvaltningsledning och kansli. Där finns funktioner med uppdrag att samordna och utveckla nedanstående områden:

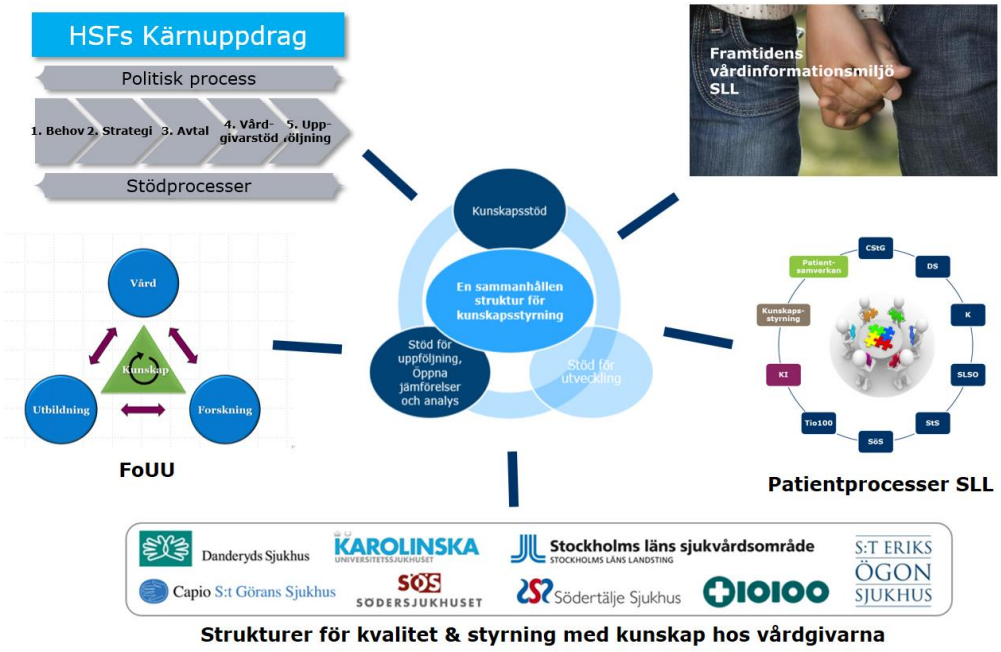
- Medicinsk och omvårdnadskvalitet
- Analys och uppföljning
- Patientsäkerhet
- Läkemedelsstöd
- Ehälsa MIT, strategisk IT
- Smittskydd och hygien
- Fortbildning
- Utvecklingsstöd
- Samordning vårdöverenskommelser

Samverkan sker också med Regional stödstrukturer, VuxenSam och BarnSam.

Kunskapsstyrningen berör dock samtliga verksamheter inom förvaltningen inom ramen för verksamhetschefens ansvar och professionsansvar.

Närliggande projekt/verksamheter

Kunskapsstyrningen har kopplingar till många olika verksamheter och projekt inom SLL och Region Gotland. Om projektet ska leda till förändring och lyckas nå de uppsatta effektmålen är det nödvändigt att dessa kopplingar tydliggörs. De viktigaste kopplingarna är till hälso- och sjukvårdsförvaltningens *avtalsprocess* och *politiska process*, till vårdens *it/informationsmiljö* (FVM i SLL), till *FoU* samt till *vårdgivarnas strukturer för styrning* baserad på kvalitet och kunskap (Figur 13). I den strategiska planen kommer dessa kopplingar att beskrivas i detalj och förslag ges till hur samspelet ska ske för största möjliga effekt i sjukvårdssystemet. Några av dem beskrivs mer i detalj nedan.



Figur 13. Projekt/verksamheter med tydlig koppling till kunskapsstyrningen i SLL och Region Gotland

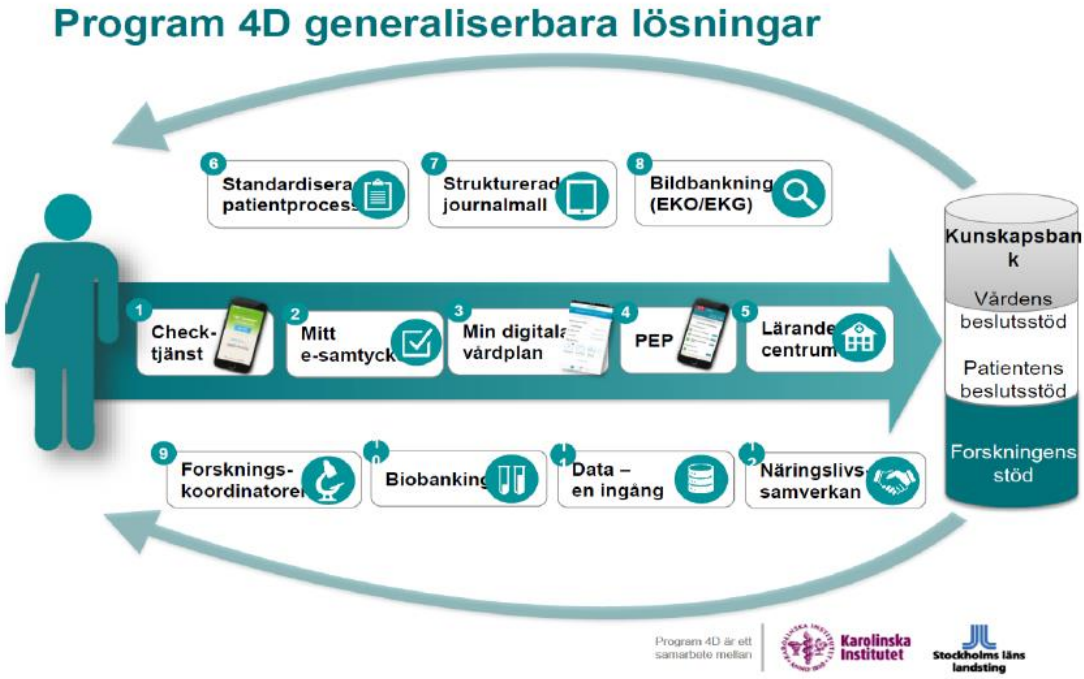
Projekt 4D

Program 4D (D som i diagnos) är namnet på det samverkansprogram mellan Stockholms läns landsting, SLL, och Karolinska institutet, KI. Programmet startade 2012 och avslutas under 2017. Fokus har varit på de fyra diagnoserna:

- artriter
- bröstcancer
- diabetes typ 2
- hjärtsvikt.

Utöver de fyra diagnoserna har programmet omfattat särskilda satsningar på informatik för att möjliggöra att information från journaler, e-hälsokonton, kvalitetsregister och biobanker kan länkas samman.

Syftet med 4D har varit att skapa bättre förutsättningar för vård och forskning som gör det möjligt att omsätta ny kunskap till individanpassad prevention, tidig diagnostik och behandling. Målet har varit att skapa generaliserbara modeller - beslutsstöd för patienten, vården och forskningen - som passar flera diagnoser (Figur 14).



Figur 14. Övergripande bild för program 4D

En extern utvärdering av 4D genomfördes under våren 2017 (22). Den visar att programmet har bidragit till förbättrade patientprocesser för de aktuella sjukdomarna. En omfattande utveckling av nya kunskapsstöd har också skett för vårdgivare och patienter, vårddokumentation har strukturerats och standardiserade mätprocesser införts. Programmet har också bidragit till ett utvecklat samarbete mellan sjukvården och akademin. Utvärderingen pekar dock på brister i förbättringskunskap och förändringsledning samt att det varit för lite lärande och erfarenhetsutbyte mellan de olika D:na. Erfarenheterna från 4D är viktiga att ta med i det fortsatta arbetet med kunskapsstyrningen i SLL.

Värdelyftet - systematiskt utvecklingsarbete inom SLSO

Värdelyftet är ett systematiskt, verksamhetsdrivet utvecklingsarbete inom SLSO. Syftet är att involvera medarbetarna i arbetet med att utforma Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) och uppnå målen med Framtidsplanen. Inom ramen för värdelyftet har nya arbetssätt för att göra patienterna mer delaktiga utvecklats. Vårdprocesser har kartlagts med inriktning mot Personcentrerad vård (utgå ifrån patientens behov) enligt Evidens (följa vårdprogrammen). Arbetet har lagts upp i form av lärandeseminarier för nätverksutbyte mellan utvecklingsledare, processhandledare och chefer. För att ta tillvara patientkraften har brukar- och patientrepresentanter systematiskt medverkat i vårdprocessarbetet. Värdelyftet beskrivs mer i slutrapporten från projektet (23).

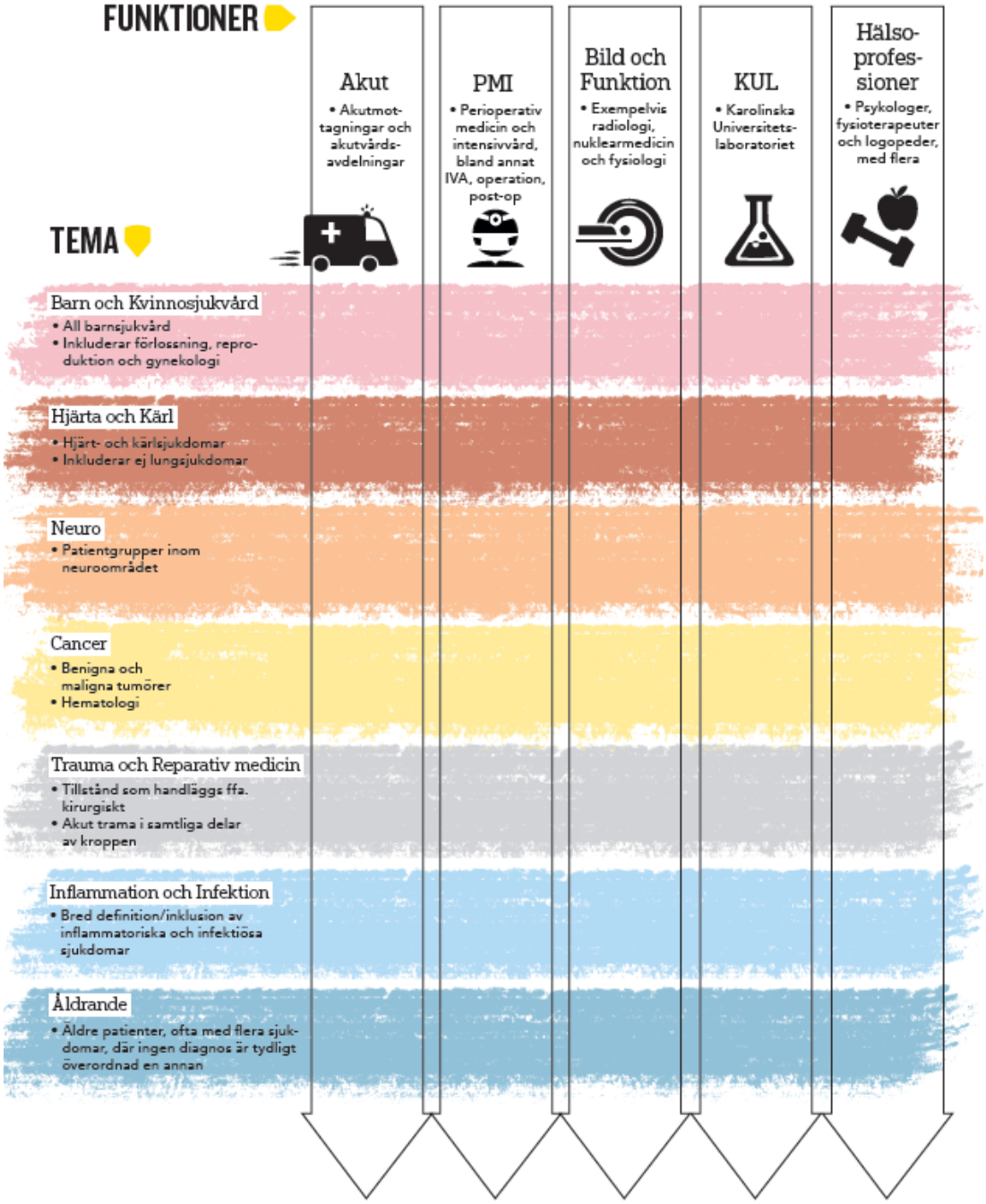
Tematisk organisation på Nya Karolinska Sjukhuset.

Karolinska Universitetssjukhusets nya temaorganisation byggs utifrån patienter och patientflöden där patientens resa genom vården är i fokus. Vården kring patienten är organiserad i interprofessionella och interdisciplinära team.

Varje tema samlar flera patientområden, som i sin tur består av ett antal patientgrupper. I alla teman samlas sjukhusets samlade uppdrag inom ramen för universitetssjukvård – vård, forskning och utbildning. Temaindelningen utgår från de patientgrupper som idag finns beskrivna i Karolinska Universitets-sjukhusets uppdrag (Figur 15).

Organisationen har utvecklats i samarbete med Karolinska Institutet för att stärka integrationen mellan vård och FoU, forskning och utbildning. Samarbete finns på alla nivåer mellan sjukhus och universitet i den nya verksamhets-modellen. Styrmodellen bygger på principerna kring värdebaserad vård (sidan 12), det vill säga ett ökat fokus på att följa upp samlade vårdepisoder och de utfallsmått som är viktiga för patienten och identifiera möjligheter till förbättring.

Den nya temaorganisationen ersätter successivt den tidigare divisions- och klinikstrukturen.

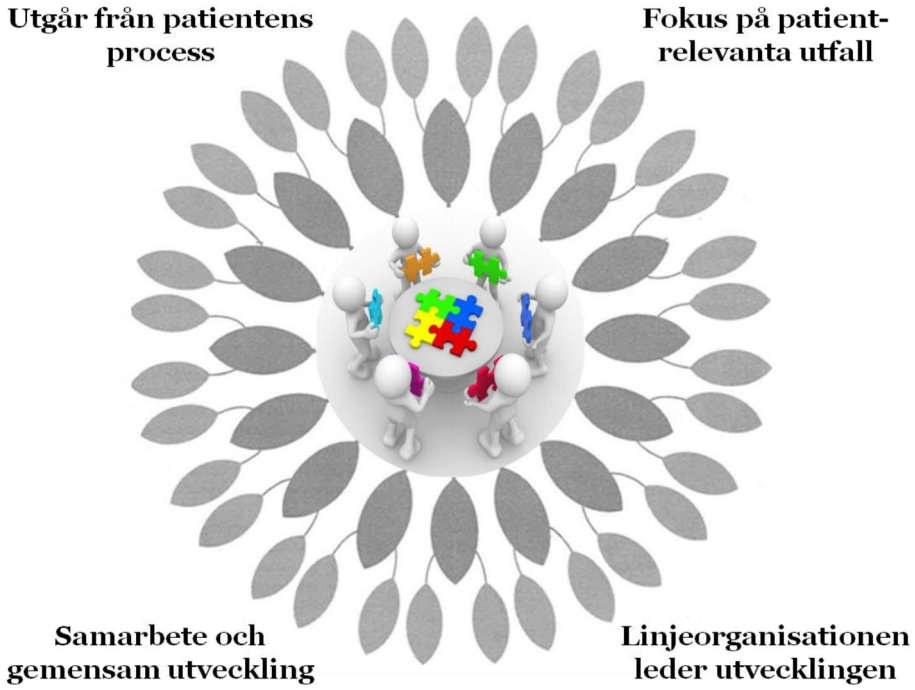


Figur 15. Tematisk organisation på Karolinska Universitetssjukhuset

Patientprocesser SLL

Processorienterat arbetssätt inom vården i SLL har även utvecklats inom Program 4D i de fem patientprocessområdena; diabetes, hjärtsvikt, bröstcancer, inflammatorisk ledsjukdom och psykisk ohälsa vid somatisk sjukdom. Resultat och erfarenheter från 4D arbetet har bl.a. förts vidare i projekt Patientprocesser SLL (Figur 16). Projektet är en viktig länk mellan kunskapsstyrning och it och

erfarenheterna kommer att analyseras mer i detalj i arbetet med den strategiska planen.



Figur 16. Patientprocesser SLL

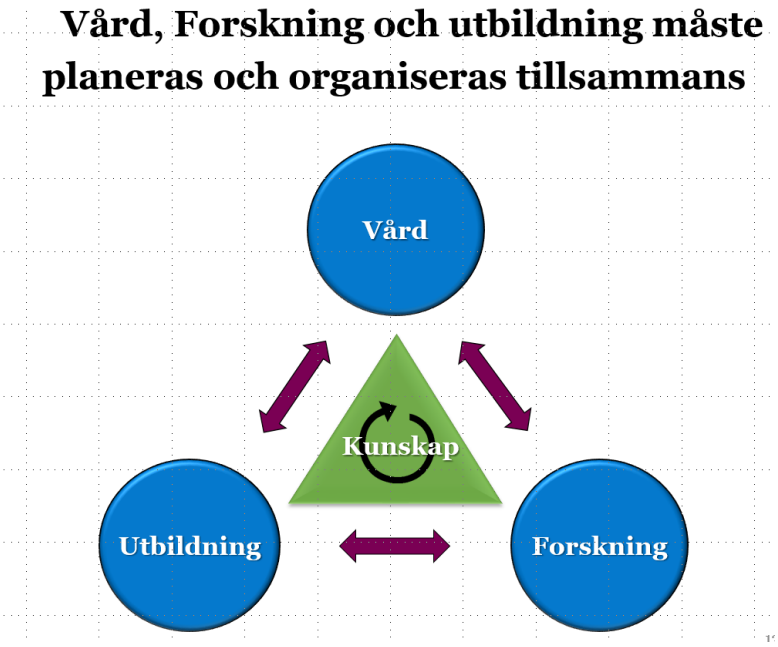
FoU

En fungerande kunskapsstyrning behöver ha ett nära samspel med FoU. Vad som betecknas som bästa kunskap förändras över tid och inom flera områden i vården finns det stora kunskapsluckor där ny kunskap behöver genereras. Akademin bidrar även med undervisning/utbildning, metodkunnande för uppföljning och analys samt kritiskt tänkande, något som är en viktig del i HTA och introduktion/utfasning av nya metoder inom hälso- och sjukvården. Det har sedan länge funnits ett väl fungerande samarbete mellan universitet och högskolor och regionens organisation för kunskapsstyrning, men det behöver ses över och utvecklas vidare.

Under våren 2017 initierade landstingsdirektören i SLL projekt ”Utbildning och forskning i egenproducerad och upphandlad vård” vars mål var att enas om styrningen av forskning och utbildning i vården samt klargöra roller och ansvar kopplade till dessa frågor. Projektet skulle också ge förslag till lösningar samt förtydliga SLL:s interna operativa arbete med forskning och utbildning.

I projektets första delrapport ”Klinisk forskning i nätverkssjukvården (bilaga 10) poängteras vikten att FoU organiseras och planeras ihop med vården med kunskapen i centrum (Figur 17). En hälso- och sjukvård som inte deltar i forskning och/eller tar till sig nya forskningsrön, blir snabbt omodern och ineffektiv, med sämre resultat som följd. En framgångsrik sjukvård bör därmed

vara organiserad på ett sådant sätt att den skapar goda förhållanden för klinisk forskning och utbildning. I centrum finns kunskapen. Inom vården ställs frågor som besvaras inom forskningen. Svaren sprids via utbildning och återförs sedan till och kommer till användning i vården.



Figur 17. Samspel mellan vård-forskning-utbildning. Från utredning om forskning i närverssjukvården i SLL

I utredningen ges nedanstående förslag, där universitetsjukvårdsenheterna föreslås ha en viktig roll även i nya kunskapsstyrningen.

- Gör ledningsgruppen KI/SLL till en grupp med strategiska uppdrag men också med omfattande operativa uppgifter att styra och stödja forskning och utbildning i landstinget
- Skapa USV-enheter som är kongruenta med de forskningsmiljöer som beskrivs i rapporten. Gör dessa till ”horisontella” SLL gemensamma strukturer som, i enlighet med ALF-avtalet, leds av en FoUU kommitté
- Skapa möjligheter till utveckling av en förbättrad kunskapsutveckling och kunskapsstyrning inom SLL. Detta kan ske genom att USV-enheten får ett särskilt ansvar att samverka med andra enheter vad gäller forskning.
- Förtydliga roller när det gäller vårdavtalens utformning och uppföljning. HSF bör ha ansvaret för processen men ett fungerande samarbete måste skapas i vilket HSF utformar krav på och utvärdering av vården medan LSF svarar för kompetensen när det gäller avtalstext och avtalsuppföljning i frågor om forskning och utbildning.
- Det ska förtydligas vad som är obligatoriskt i vårdavtalen enligt LOU och LOV avseende forskning och utbildning. En lista bör upprättas över exakt vilka

forskningsaktiviteter som ingår i avtalet utan extra ersättning. Avtalsuppföljningen av utbildnings- och forskningsuppdragen blir mycket tydligare och välstrukturerad så att det blir klart vad som förväntas av vårdgivarna.

- Förtydliga kopplingen mellan FoUU-strukturen och linjeorganisationen. I ledningsgrupper med FoU koppling är det viktigt att det finns linjeansvariga som kan återföra beslut till verkställighet. I vissa fall kan FoU ansvariga dock ha linjeansvar.
- Inrätta fler akademiska specialistcentra för att implementera samverkan mellan vård, forskning och utbildning utanför akutsjukhusen. Ledningsgruppen KI-SLL och dess kansli bör ha ett särskilt ansvar att, tillsammans med SLL:s linjeorganisation prioritera inom vilka områden sådana specialistcentra bör inrättas och var de ska vara belägna för att ge bästa möjliga effekter på forskningen och utbildningen och för samverkan med existerande FoUU-miljöer vid sjukhusen.
- Inled arbete med att skapa ett för KI och SLL gemensamt Centrum för uppföljningsforskning där klinisk epidemiologi, kvalitetsregistercentrum och hälsoinformatik bör utgöra några av grundstenarna.

Förslag på organisation, uppdrag, roller och ansvar för ett framtida FoUU-arbete inom region Gotland finns sammanställda i utredningen ”Etablering av FOUU-verksamhet inom HSF, Region Gotland” 2015.

En djupare analys över sambandet mellan FoU-frågorna och kunskaps-styrningen i SLL och region Gotland kommer att göras som del av den strategiska planen.

Framtidens vårdmiljö - FVM

Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) är namnet på det omfattande programmet för att modernisera vårdens it i SLL. Programmet tar sin utgångspunkt från Framtidens hälso-och sjukvård och landstingets strategi för digitalisering. Programmet innebär såväl investeringar som verksamhets-utveckling hos de olika egenägda vårdgivarna. Syftet med FVM är att skapa digitala förutsättningar och verksamhetsutveckling av den egenägda vården samt förmåga till regional nätverkssjukvård genom att etablera en ny vårdinformationsmiljö.”

Programmet bygger vidare på det tidigare samarbetet med Region Skåne och Västra Götalandsregionen i 3R. I detta program genomfördes patientscenario-arbete för att fånga behov som vårdens medarbetare, patienter, invånare och närstående har av information, kommunikation och dokumentation i vårdens processer. Vårdrepresentanter från olika yrkeskategorier arbetade med att ta fram nuläge och förbättringsförslag för olika patienters resor i vården.

Programmet har tre övergripande effektmål

- **Göra det lättare för patienten**, vilket innebär:

  Kommunikation

  • Lätt att kommunicera med vården

  • Nya sätt att kommunicera på med vården (Chat, video konferens)

  • Möjlighet att dela information med närstående

  • Tydlig rollfördelning vid delad information

  Delaktighet

  • Lätt att bidra till informationen som rör den egna hälsan och vården

  • Besluts-/kunskapsstöd

  • Förberedelser inför vårdbesök

  • Tester på nätet för tidig upptäckt

  Information

  • Tillgång till sin egen vård- och hälsodata

  • Gemensam läkemedelslista

  • Målgruppsanpassat gränssnitt

  • Kartbild över vilken hjälp jag kan få

  • Tolkstöd

  Vård på distans

  • Vårdundersökning på distans

  • Egenvård med behovsstyrda push-notiser

  • Hjälp till självhjälp

  • Nätmonitorering

- **Göra det lättare för vårdens medarbetare**, vilket innebär:

  Lättarbetat digitalt stöd

  • Mera lättarbetat digitalt stöd med färre inloggningar, smidiga, moderna gränssnitt och intuitiva funktioner

  • Vårdundersökning på distans

  • Automatiserad resurs- och logistikplanerare

  • Färre onödiga och kostsamma undersökningar.

  Utbyte av patientinformation

• Utbyte av patientinformation mellan vårdgivare

• Samordnad hantering av vårdplan

• Samordnad tidbokning på nätet

Data av hög kvalitet

• Tillgång till anonymiserade och avidentifierade data av hög kvalitet

• Standardiserade termer och begrepp

• Uppföljning av information i realtid.

Besluts- och kunskapsstöd

• Tillgång till patientens vård- och hälsodata

• Multidisciplinära videomöten

• Gemensam läkemedelslista

- **Göra det lättare att optimera kvalitet och effektivitet inom vården**

  Innebär

  • Gemensam digital plattform som möjliggör nätverkssjukvård

  • Standardisering och gemensamma arbetssätten

  • Lättare kvalitetsuppföljning samt planering av vårdproduktionen och förbättringsarbete

  • Ökad informations- och IT-säkerhet

  • Effektivare och uppstädat systemlandskap där data hanteras enligt rådande lagstiftning

FVM förväntas bidra med nytta ut fyra olika perspektiv (Figur 18)



Figur 18. Förväntad nytta med FVM

Kunskapscentrum

Inom Hälso- och sjukvården finns ett stort antal verksamheter som kallas ”Kunskapscentrum” och som inte knyter an till den befintliga strukturen för kunskapsstyrning. Dessutom finns åtskilliga andra ”centrumbildningar”. I en rapport från 2013 (”Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Nationella kunskapscentra och andra nationella/regionala kunskapskluster inom socialtjänsten”) (23) beskrivs tre viktiga funktioner för ett kunskapscentrum och författarna skiljer mellan olika typer av centra beroende vilka delar av verksamheten som betonas utav uppföljning, utvärdering, forskningsstöd, förbättringsarbete, implementering och utbildning:

- Sammanställning av befintlig kunskap, bedömning av dess kvalitet utifrån utgivarna av kunskapsstödet, strukturering och paketering av innehållet i syfte att ge stöd till implementering i verksamheten.
- Kunskapsutveckling med sikte på innovation och utveckling av ny kunskap och nya metoder.
- Metodförvaltning och metodförbättring, inklusive implementering genom att tillhandhålla utbildning, handledning samt stöd till effektuppföljning och kvalitetssäkring till dem som använder metoderna.

Oavsett om ett kunskapscentrum arbetar mest med sammanställning, paketering och implementering av kunskap eller innovation (inom verksamhetsområden med svagt kunskapsstöd) eller metodförvaltning och metodutveckling, behöver ett kunskapscentrum….

- Arbeta med relevanta frågeställningar och mål.
- Ha goda kontakter med verksamheterna och med forskarvärlden, även internationellt.
- Ha en högt utvecklad webbaserad kommunikation.
- Bjuda in till seminarier, workshops som arenor för diskussion (för metodcentrum behövs även utbildning och handledning).
- Kunna ta fram relevant och lättillgängligt informations- och utbildningsmaterial och vara beredda att stödja lokalt engagemang för implementering och/eller utveckling.

Det finns ett stort antal verksamheter i SLL som kallas ”kunskapscentrum”. Flera av dem drivs i samarbete med KI. Landstinget samverkar också med SKL och i nationella kunskapscentra i Socialstyrelsens regi. I en rapport från 2015 sammanställs de kunskapscentrum som då fanns (bilaga 11). Dessa är dock i ständig förändring. I HSFs budget för 2018 anges att kunskapscentrum ska etableras för barn med diabetes, barn med födoämnesallergi och neonatalvård. En analys av relevanta ”kunskapscentrum” och dess kopplingar till nya kunskapsstyrningen görs som det av den strategiska planen.

Bilagor & referenser

Bilageförteckning

- Bilaga 1. Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning, maj 2017
- Bilaga 2. Intermountain Healthcare. Styrning för kvalitet i ett högpresterande system, SKL 2014
- Bilaga 3. Sakkunnigutredningen HSF 2016, utkast till slutrapport.
- Bilaga 4. Liv Fries och Rebecca Schlottau. Framtidsplan för kunskapsstyrningen. Vem styr vad hur då? SLL Analys och utveckling, rapport om kunskapsstyrning 170315 (LS 2017-0522)
- Bilaga 5. Liv Fries och Rebecca Schlottau. Framtidsplan för kunskapswebbar. SLL Analys och utveckling (LS 2017-0523)
- Bilaga 6. Liv Fries, Mikael Antonsson & Rebecca Schlottau. Rapport om QRC. SLL Analys och utveckling (LS 2016-0199)
- Bilaga 7. Socialstyrelsen. Uppbyggnaden av regionala cancercentrum. En samlad bedömning från fyra års uppföljning
- Bilaga 8. PM om kunskapsstyrning inom SLL (Diarienummer: HSN 1208-1012).
- Bilaga 9. Dokument om Forum
- Bilaga 10. FoU i nätverkssjukvården

Andra referenser

1. Kunskapsbaserad och jämlik vård. Slutbetänkande från utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (SOU 2017:48).
2. SKL. Hälso- och sjukvården till 2030. Om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt. SKL, Stockholm, 2005
3. Framtidens hälso- och sjukvård. Långtidsutredning om sjukvården i Stockholms läns landsting 2008–2025. Arthur D. Little AB. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholm, 2009
4. Barker R. 2030 - The Future of Medicine. Avoiding a Medical Meltdown. Oxford University press, 2011
5. Effektiv vård - Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. SOU 2016:2
6. SKL. Hälso- och sjukvården år 2035, Stockholm 2016

7. McKinsey & co. Digitizing Sweden – möjligheter för Sverige i digitaliseringens spår
8. Calltorp J, Maatz G, Johansson A: Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården. SKL och Socialdepartementet, 2006
9. Calltorp J, Maatz G. Strategier och ledningsredskap för framgångsrik Hälso- och sjukvård. SKL
10. Porter M, Olmsted Teisberg E. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston, MA: Harvard Business Review Press; 2006.
11. Porter M. A strategy for health care reform - toward a value-based system. N Engl J Med. 2009;361:109-12.
12. Porter M. What is value in health care? N Engl J Med. 2010;363:2477-81
13. Boston Consulting Group. Value guided healthcare as a platform for industrial development in Sweden - a feasibility study. Final documentation. 28 aug 2009. https://www.bcg.com/documents/file148780.pdf
14. KPMG. As strong as the weakest link. Creating value-based healthcare organizations, 2015
15. Fernler K. Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete. Leading Healthcare, 2012
16. Socialstyrelsen. Öppna Jämförelser 2016 – en god vård? Stockholm, 2017
17. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser Säker vård 2016" Stockholm, 2017
18. Myndigheten för Vårdanalys. Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister Rapport 2017:4
19. Pettersson A, Lundberg B, Ohlsson A. Styrning av IT för Nationella kvalitetsregister. Rapport av Tagore på uppdrag av SKL, 2017
20. Tjänsteutlåtande avseende Utveckling av kunskapsstyrning i Stockholms läns landsting, sakkunnigstruktur och läkemedelskommitté, 2009 (LS 0812-1179 med bilaga 1 och 2)
21. Medicinskt Program Arbete - Samverkan kring vårdens utveckling, inklusive Arbetssätt och Rapportstruktur (2003)
22. Andersson Gäre B, Bergman B. Utvärdering 4D lärdomar och möjligheter, Jönköping Academy for Improvement of Health and Wellfare, 2017
23. SLSO. Slutrapport för projekt Värdelyftet i SLSO. Stockholm, 2017
24. Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Nationella kunskaps¬centra och andra nationella/regionala kunskapskluster inom socialtjänsten" (Ulf-Johan Olson/ Utvecklingspartner i Stockholm AB, publicerad i Mars 2013

Kunskapsstyrning i Region Stockholm-Gotland

Förslag till ny struktur för regionalt programarbete med regionala programområden och samverkansgrupper
version 1.0

Bilaga till strategiska planen för att anpassa regionens strukturer för kunskapsstyrning till alla landsting och regioners nationellt sammanhållna system för kunskapsstyrning.

- Beskrivning av regionalt programarbete med ansvar att samordna kunskapsstyrningen mellan nationell, regional och lokal nivå.
- Uppdragsbeskrivningar för regionala programområden och kommittéer i Stockholms läns landsting och Region Gotland
- Ledamöter och rapportering
- Samordning och ledning
- Stöd till sakkunniga med metoder för kunskapsstöd, analys/uppföljning och patientsamverkan

Region Gotland

Stockholms läns landsting

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2018-12-09
Diarienr: HSN 2017–1868 (Stockholms läns landsting), 2017/418 (Gotland)

Innehåll

Regionalt programarbete 4
Struktur 4
Skillnad mot tidigare struktur 6
Bemanning - regionala sakkunniga och stöd 7
Regionala programområden 9
Uppdrag 9
Ansvar 9
Sammansättning & roller 10
Nominering 11
RPO med särskilda uppdrag 12
Samverkansgrupp läkemedel och medicinteknik 12
Uppdrag 12
Ansvar 13
Sammansättning och roller 13
Nominering 14
Expertgrupper för läkemedel och medicinteknik 14
Uppdrag 14
Ansvar 15
Sammansättning och roller 15
Nominering 15
Patientsäkerhetskommittén 16
Uppdrag 16
Ansvar 16
Sammansättning & roller 16
Stöd till regionala programarbetet 17
Metoder för kunskapsstöd 17
Patientsamverkan 17
Kompetenscentrum för vårddataanalys 17
Samordning och ledning 18
Samordningskansli SLL 18
Regional beslutsprocess vid behov av större horisontella prioriteringar 19
Prioriteringsråd SLL 19
Rådet för kunskapsstyrning/vårdkommitté (Region Gotland) 19
Kunskapsstyrningsråd Stockholm-Gotland 20

Regionalt programarbete

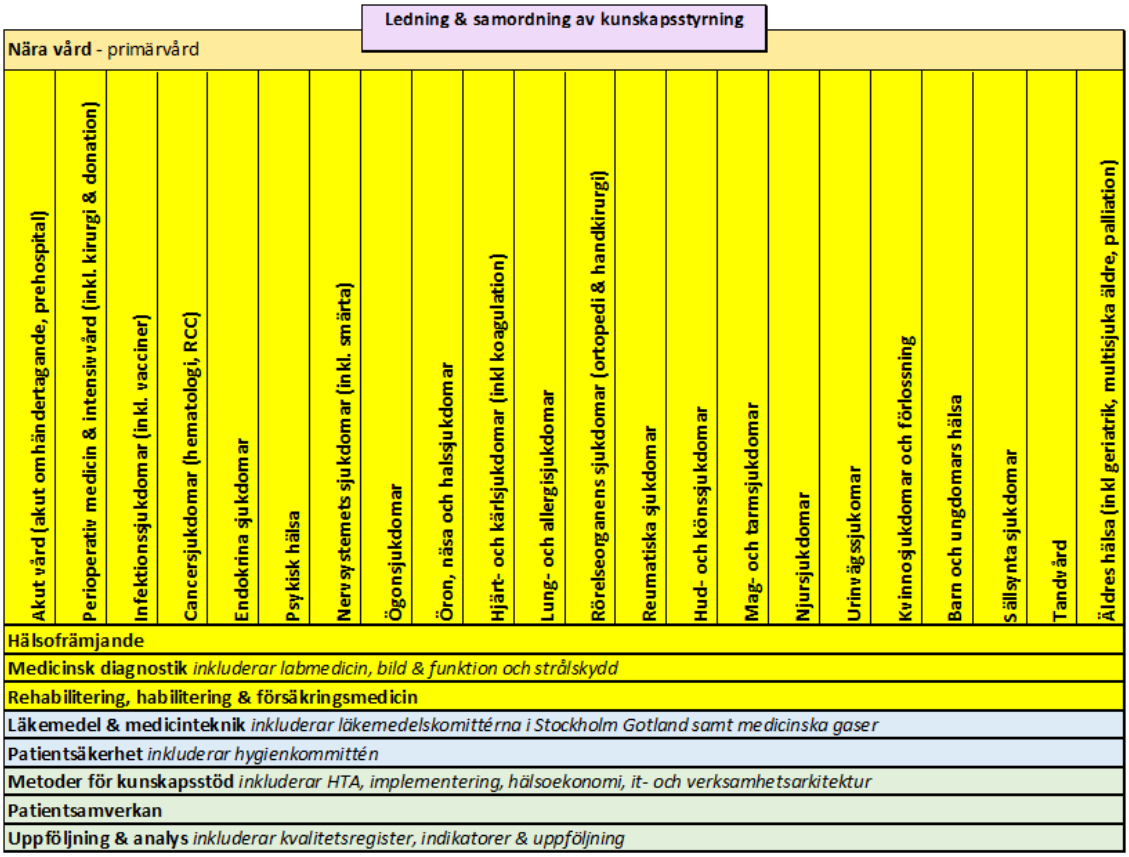
I denna bilaga till strategiska planen för kunskapsstyrningen i Region Stockholm-Gotland beskrivs roller och ansvar för en ny sakkunnigstruktur med kliniska experter som ger stöd för kunskapsbaserade beslut inom vårdgivarnas linjeorganisationer samt respektive hälso- och sjukvårdsförvaltning och politiska organ i Stockholms läns landsting och Region Gotland.

Struktur

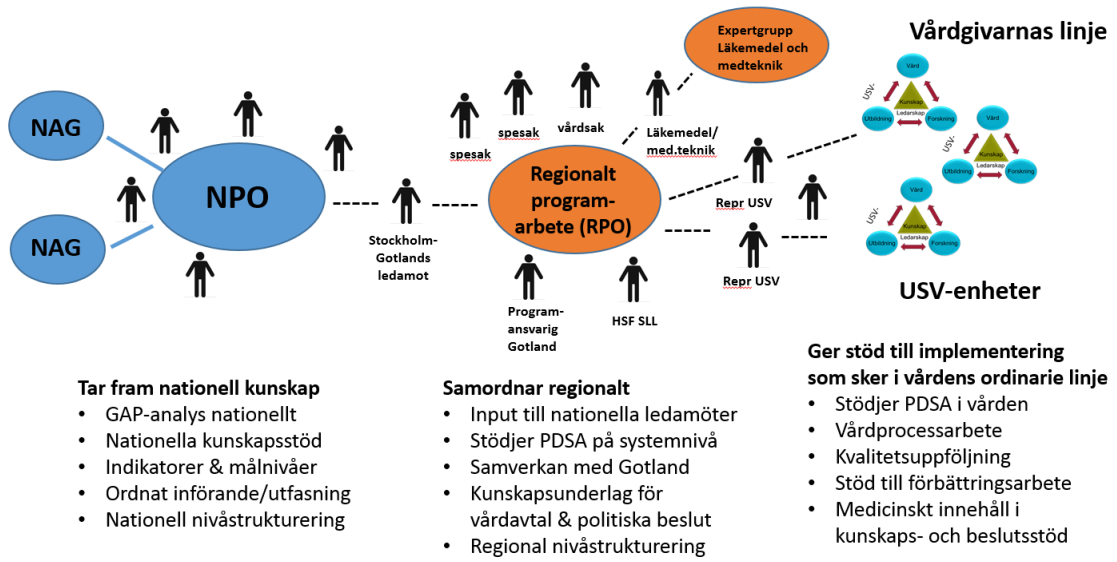
Det regionala programarbetet i Stockholm-Gotland skall vara ett forum för att bereda systemövergripande frågor kring kunskapsstyrning och samordna kunskapsutbytet mellan nationell, regional och lokal nivå. Programarbetet organiseras i form av regionala programområden (RPO) och samverkansgrupper; Samverkansgruppen för läkemedel och medicinteknik som består av Stockholms läns läkemedelskommitté och Läkemedelskommittén på Gotland samt patientsäkerhetskommittén (Figur 1). Verksamheten leds av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting och får operativt stöd av linjeenheter med läns/regionövergripande uppdrag inom Stockholms läns landsting och Region Gotland.

Med stöd från sakkunniga ansvarar respektive hälso- och sjukvårdsförvaltning (HSF) för vårdavtal, politisk process samt samverkan med kommuner, patient- och pensionärsorganisationer. Med stöd av USV-enheter ansvarar vårdgivarnas linjeorganisationer för implementering av ny kunskap och att ett systematiskt förbättringsarbete bedrivs i verksamheten. HSF i SLL tecknar avtal med USV-enheterna som därmed får ett regionalt uppdrag att stödja implementering av ny kunskap och lokal verksamhetsutveckling. Region Gotland saknar USV-enheter och motsvarande uppdrag att sprida och implementera svarar dess vårdgivare, ett kunskapsråd och adjungerade funktioner för. Inriktningen är dock att samverkan även skall etableras direkt mellan SLLs USV-enheter och motsvarande verksamheter i Region Gotland.

USV-enheterna bidrar även med verksamhetsrepresentanter i kravställning mot IT-stöd och kvalitetsgranskning av kunskapsinnehåll i IT-stöd. Detta inkluderar framtagning av regionala vårdprocesser och kravställande kring strukturerade vårddata. HSF behåller ansvaret för spesakfunktionen, HTA, läkemedelskommittén och patientsäkerhetskommittén samt skapar ett kompetenscentrum för vårddataanalys som skall bistå RPO med data och analyskompetens. Roller och ansvar – nationellt, regionalt-lokalt illustreras i figur 2.



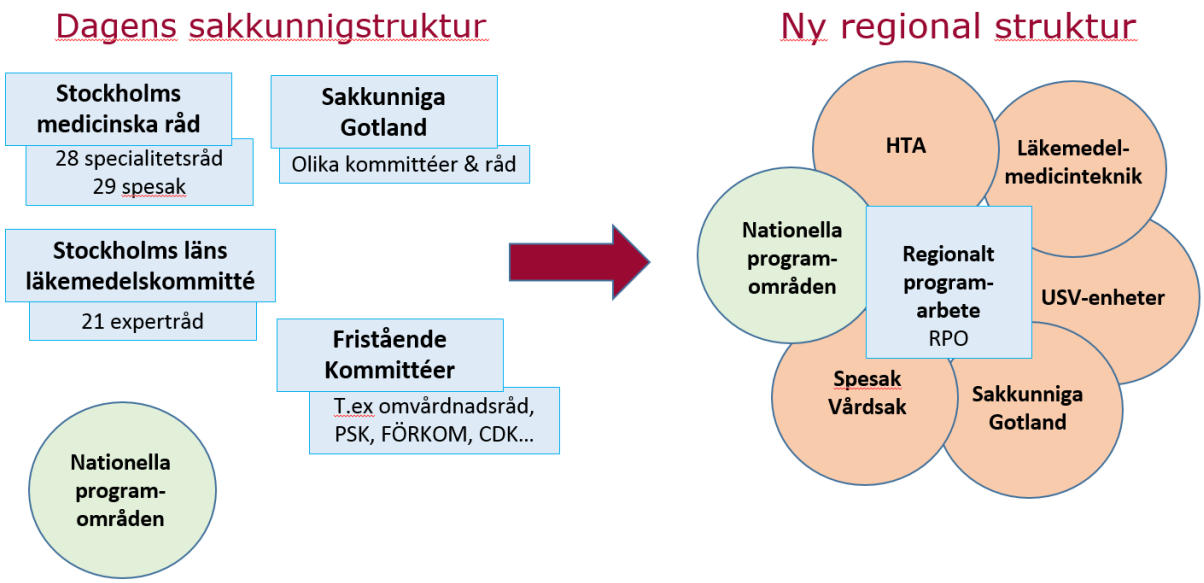
Figur 1. Ny sakkunnigstruktur med regionala programområden (brun, gul), samverkansgrupper (blå), stödstrukturer (grön) samt ledning och samordning (lila)



Figur 2. Roller och ansvar för nationella, regionala och lokala strukturer inom kunskapsstyrningen i Region Stockholm-Gotland.. Representanter för NPO utses av en valberedning och RPO företrädarna tas från USV enheterna och utses av HSF i SLL. Representant från Region Gotland utses av HSF Gotland. HSF i SLL stöder verksamheten med processtöd och analys.

Skillnad mot tidigare struktur

Dagens sakkunnigstruktur inom Stockholms läns landsting består av 28 specialitetsråd med specialsakkunniga (spesak) och vårdsakkunniga (vårdsak), samt Stockholms läns läkemedelskommitté (SLK) med 21 expertråd inom olika terapiområden (Figur 3). Därutöver finns ett tiotal olika kommittéer såsom omvårdnadsrådet, CDK- Centrala donationskommittén. FÖRKOM-Försäkringsmedicinska kommittén, PSK- Patientsäkerhetskommittén, Centrala gaskommittén och Centrala strålsäkerhetskommittén. Inom Region Gotland finns ett mindre antal kommittéer. Totalt sett uppgår antalet personer i olika sakkunniggrupper i regionen till cirka 1 000. Till stöd för kunskapsstyrningen finns ett tiotal linjeenheter i HSF/SLL och centrumbildningar som är organisatoriskt placerade inom Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO, men har ansvar för att stödja både offentliga och privata vårdgivare. Därutöver finns ett stort antal andra fristående små och stora ”kunskapscentrum” knutna till olika vårdgivare, ibland i samverkan med KI. Dagens sakkunnigstruktur och dess styrkor och svagheter beskrivs i detalj i kunskapsstyrningsprojektets ”nulägesanalys inför införande av ny kunskapsstyrning”.



Figur 3. Omställning till ett mer sammanhållet regionalt system för kunskapsstyrning

Genom en omställning av sakkunnigstrukturerna till ny modell förändras sammansättningen och bemanningen och antalet ledamöter i regionala forum (RPO, läkemedelskommitté och expertråd) kommer att uppgå till mindre än hälften av idag. De flesta ledamöterna har även sin grundförankring i den kliniska verksamheten direkt i linjen och bidrar till ett effektivt kunskapsutbyte mellan olika aktörer. Den frigjorda tiden möjliggör att fler experter engageras nationellt i NPO och nationella arbetsgrupper samt att experter engageras i USV-enheternas verksamhet och stöd till vårdgivarna i implementering av ny kunskap. Genom att USV får en tydlig roll inom det regionala programarbetet stärks också samverkan mellan SLL och KI och kopplingen mellan kunskapsstyrning, forskning och utbildning.

Verksamheterna kommer även att behöva vissa övergripande stödstrukturer som skall finnas inom HSF i SLL och centrumbildningar placerade hos vårdgivare med uppdrag att vara resurser för hela det regionala programarbetet. Verksamheter som idag arbetar med kunskapsstyrning i HSF/SLL är sakkunnigkansliet och metodrådet Stockholm-Gotland (som bedriver Health Technology Assessment, HTA), fortbildning, läkemedelsarbetet, vårdhygien, QRC - kvalitetsregistercentrum, regionalt cancercentrum och centrala funktioner för analys och statistik. Inom SLSO finns centrumbildningarna CHIS - Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, CES - Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning & CAMM – Centrum för arbets- och miljömedicin, Akademiskt primärvårdscentrum och Centrum för psykiatriforskning. Utöver detta finns stödresurser kring digitala kunskapsstöd inom avdelningen för digital hälsa och vård i HSF-SLL. Sammansättning, kompetenser, organisation och uppdrag för dessa enheter behöver förändras för att möta den nya kunskapsstyrningen. Projektet kommer inom dessa områden att etablera en samverkan med motsvarande strukturer inom KI.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Gotland, har funktioner som täcker in samtliga områden för kunskapsstyrning på en övergripande nivå. Antal funktioner/tjänster är få och ofta har en funktion uppdrag inom flera områden. Flertalet av stödfunktioner återfinns i förvaltningsledning, kansli och e-hälsa/MIT. Samverkan sker idag i viss utsträckning med stödresurser inom SLL.

Hur dagens stödfunktioner i SLL och Region Gotland är organiserade och beskrivs i detalj i kunskapsstyrningsprojektets ”nulägesanalys inför införande av ny kunskapsstyrning”. Förslag till framtida uppdrag och processer för stödstrukturerna beskrivs mer i detalj i strategiska planens bilaga 2.

Bemanning - regionala sakkunniga och stöd

- **Regionala programområden, RPO**
  Antalet RPO anpassas efter den nationella strukturen. Respektive RPO bemannas med den expertis som behövs för att säkerställa att programrådet kan fullgöra sitt uppdrag på ett kostnadseffektivt sätt. Uppdragets omfattning skiljer mellan olika RPO och kommer att kunna variera över tid t.ex. styrt av beslut om nationella eller regionala satsningar. Bemanningen av olika RPO kommer därmed att variera från start och över tid.
  Som utgångspunkt föreslås följande ledamöter hämtade från privat eller offentlig vård:
  - Ordföranden, om möjligt regionens representant i nationella programområdet
  - Ansvariga för USV-enheterna inom specifikt ämnesområde
  - Specialsakkunnig läkare, spesak (1-3 personer)
  - vårdsakkunnig sjuksköterska, vårdsak (1-2 personer)
  - Programansvarig/kontaktperson Gotland
  - Expert inom läkemedel/medicinteknik, tillika ordförande i expertgrupp (vb)
  - Kliniska experter från andra relevanta hälsoprofessioner efter behov
  - HSF-representant från beställarorganisationen i SLL. HSF stöder även RPOs arbete med processledning och analysstöd.

  I de råd där det är ändamålsenligt bör även representanter för kommunerna medverka.

  De regionala programområdena för nära vård/primärvård, hälsofrämjande, medicinsk diagnostik samt rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin har ett uppdrag att

bevaka sitt ansvarsområde tvärs genom alla terapiområden. Till vissa RPO, terapiområden med många läkemedel eller omfattande medicinteknik, kopplas regionala expertgrupper för läkemedel och/eller medicinteknik. Dess ordföranden är ledamot i programområdet. En expertgrupp bör bestå av ordföranden, klinisk farmakolog, apotekare, expert inom medicinteknik och kliniska experter med kompetens inom läkemedel och medicinteknik vb

- **Läkemedelskommittén**
  Samverkansgruppen läkemedel och medicinteknik består av Stockholms läns läkemedelskommitté och Läkemedelskommittén på Gotland. Samverkansgruppen får även ansvar för rekommendationer kring medicinteknik. Läkemedelskommittéerna bemannas med den expertis som behövs för att säkerställa att de kan fullgöra sina uppdrag på ett kostnadseffektivt sätt. Som utgångspunkt föreslås följande kompetenser ingå i samverkansgruppen/läkemedelskommittén:
  - Ordföranden
  - Farmaceutisk sekreterare
  - Läkemedelsansvarig Region Gotland
  - Ordförandena från akutsjukhusens läkemedelsråd och medicintekniska råd
  - Ordförande i expertgrupper läkemedel och/eller medicinteknik) inom stora terapiområden
  - Kliniska experter representerande relevanta områden
  - Representant för akademin

- **Patientsäkerhetskommittén**
  Regional samverkansgrupp för patientsäkerhet består av patientsäkerhetskommittén i SLL och motsvarande funktioner i Region Gotland. Patientsäkerhetskommittén består av:
  - Ordförande –regionens chefläkare, HSF i SLL
  - Sekreterare – utsedd av ordförande
  - Chefläkare eller kvalitets-/patientsäkerhetssamordnare hos ett antal vårdgivare
  - Företrädare från patientnämndens förvaltning
  - Representant för HSF i SLL

- **Stödstrukturer för HTA, it, patientsamverkan och uppföljning/analys**

  Operativt stöd till det regionala programarbetet med analys, HTA, hälsoekonomi, IT- och verksamhetsarkitektur fås från HSF i SLL och linjeenheter/centrumbildningar/USV-enheter placerade hos vårdgivare med regionalt uppdrag. För att säkra att digitaliseringens möjligheter tillvaratas är det avgörande att kliniskt verksamma representanter för professionerna involveras i utvecklings- och implementeringsarbete.

- **Ledning och samordning av kunskapsstyrning**
  För att få bästa effekt av nationell, regional och lokal kunskapsstyrning krävs prioriteringar och koordinering av arbetet i de olika nivåerna och programområdena. Ledningsfunktionen koordinerar arbetet på de olika nivåerna, prioriterar på regional nivå mellan initiativ från de olika RPO och förankrar koordineringar och prioriteringar hos berörda verksamheter. Ledningsfunktionen arbetsleder det regionala stödet till RPO och regionens värdskap för NPO. Ledningen är direkt underställd hälso- och sjukvårds-direktörerna i SLL och Region Gotland, men i större frågor utgör direktörsgruppen i Stockholms läns landsting och sjukvårdsledningen i Region Gotlands referensgrupp. Större ärenden bereds av ett prioriteringsråd för beslut på tjänstemannanivå eller politiskt. Frågor som berör kommunerna skall även beredas med företrädare för kommunerna.

Regionala programområden

Uppdrag

Programområdena ska verka för en mer kunskapsbaserad, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård. Uppdraget utgår från det gemensamma systemets vision ”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa. Tillsammans gör vi varandra framgångsrika” samt från systemets övergripande mål som utgår från kriterierna i ”God vård” dvs. att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv. Målen ska preciseras i en årlig verksamhetsplan och kommer att ligga till grund för uppföljning.

De regionala programområdena (RPO) bereder frågor som berör hela regionen, t.ex. identifierade förbättringsområden eller vilka konsekvenser nya vårdprogram/ metoder medför för regionen vad gäller hälso- och sjukvårdens arbetssätt, utrustning, kompetens, organisation och samverkan mellan vårdgivare. De fungerar även som regionövergripande rådgivare, tex. avseende rekommendationer kring klinisk praxis. RPO ger underlag för både nationell och regional nivåstrukturering av vård. Uppdraget omfattar hela vårdkedjan inom det aktuella området såsom t.ex. prevention, screening, primärvård, specialistvård, rehabilitering, omvårdnad, medicinsk diagnostik, läkemedel och försäkringsmedicin.

De regionala programområdena arbetar på uppdrag av HD i Stockholms läns landsting och Region Gotland i samverkan med kommunföreträdare. Baserat på en årlig GAP-analys lämnar RPO underlag till budgetarbetet inom Stockholms läns landsting och Region Gotland i form av åtgärdsförslag för att förbättra identifierade brister eller för införande av ny kunskap.

RPO bidrar aktivt i det nationella programområdets arbete genom att lyfta behov, förankra rekommendationer och identifiera experter att medverka i nationella arbetsgrupper. De ansvarar också för underliggande utredningar kring hälso- och sjukvårdskvalitet, FoUU-frågor och strategisk bedömning kring val av hälso- och sjukdomsområden som lämpar sig för nationell nivåstrukturering.

Ansvar

Det regionala programområdet ansvarar för att

- I samverkan med nationella programområden (NPO) göra en årlig analys av hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting och Region Gotland avseende patient- och anhörigas behov, vårdens utbud, kvalitet och strategiskt viktiga frågor såsom nya metoder och förändringar i hälsa, ohälsa och välbefinnande.
- Bedöma vad som krävs för att förbättra följsamheten till aktuell kunskap eller hantera identifierade kvalitetsbrister i regionen samt bidra till att ta fram beslutsunderlag för regionala satsningar som syftar till förbättring.
- Bidra i arbetet med att regionalt tillämpa nationellt framtagen kunskap. Ge stöd till arbetet med VISS.nu och andra kunskapswebbar samt vid behov identifiera kliniska experter för att uppdatera, revidera och ta fram regionala vårdprogram.

- Stödja tillämpning av kunskapsunderlagen t.ex. genom att delta i fortbildning och beställarens dialogbaserade uppföljning av vården.
- Bidra med sakkunskap i HSF:s arbete med att utveckla och följa upp vårdavtal som stödjer en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård.
- Stödja respektive HSF i dialog med de politiskt förtroendevalda avseende vårdens innehåll och kvalitet.
- Bidra med sakkunskap om på vilken vårdnivå eller i vilken vårdform olika tillstånd skall bedömas och behandlas i det nationella och regionala nivåstruktureringsarbetet.
- Stödja regionens nationella ledamöter med kompetens och förankring olika frågor samt medverka i att ta fram förslag till personer att representera regionen i programområdets nationella och regionala arbetsgrupper.
- Samverka med hälso- och sjukvård inom kommunerna

Sammansättning & roller

Det regionala programområdet (RPO) består av cirka 10 personer med klinisk förankring. Samtliga har en tydlig roll då de representerar berörda USV-enheter, är ämnesföreträdare (spesak, vårdsak) eller representant för HSF i SLL respektive Region Gotland. Patientinvolvering säkerställs genom en strukturerad dialog med patientföreträdare. Respektive råd har möjlighet att tillsätta tillfälliga arbetsgrupper om de bedömer att det behövs för sitt arbete. Varje RPO skall även ha en regelbunden dialog med verksamhetschefer som inte finns representerade i rådet.

Alla programområden får operativt stöd med processledning och analys av HSF i SLL. Processledaren säkerställer också att arbetet samordnas med övriga programområden och andra relevanta arbetsgrupper och stödstrukturer inom kunskapsstyrningen.

Ordförande ska

- Styra och leda arbetet inom programområdet och kalla till möten
- Aktivt utvärdera erfarenheter från programområdets arbete och bidra till utveckling av regionens samlade system för kunskapsstyrning

Regionens nationella ledamot är ordförande. När så inte är möjligt är spesak ordförande.

Regionens representant i NPO ska

- Förmedla kunskap och information från det nationella programområdet till det regionala arbetet
- Inhämta, sammanställa och utvärdera kunskap och erfarenheter från regionen och förmedla dessa till det nationella programområdet
- Säkra att regionen bidrar med rätt kompetenser i nationella arbetsgrupper
- Vid förfrågan om regionala vårdprogram och vid behov av metodutvärdering (HTA) lyfta dem för att möjliggöra prioritering ur ett nationellt perspektiv

Spesak och vårdsak ska

- Följa utvecklingen av kunskapsläge och praxis inom specialiteten ur ett helhetsperspektiv såsom vårdutveckling, omvårdnad och prevention inklusive nya metoder
- Vara rådgivare i frågor gällande specialitetens innehåll och utveckling
- Stödja tillämpning av aktuella kunskapsstöd

Programansvarig/kontaktperson Region Gotland ska

- Företräda hälso- och sjukvården i Region Gotland och säkerställa att programområdets arbete inhämtar behov från och återkopplas till regionens vårdverksamheter och förvaltning
- Följa utvecklingen av kunskapsläge och praxis inom specialiteten ur ett helhetsperspektiv såsom vårdutveckling, omvårdnad och prevention inklusive nya metoder
- Vara rådgivare i frågor gällande specialitetens innehåll och utveckling
- Stödja tillämpning av aktuella kunskapsstöd

Expert inom läkemedel och/eller medicinteknik ska

- Bidra med särskild kompetens i frågor som rör läkemedel, medicinteknik och andra behandlingsmetoder.
- Leda den expertgrupp för läkemedel/medicinteknik som kopplar till programrådet
- Delta i läkemedelskommitténs arbete med rekommendationer, upphandling samt ordnat införande och uppföljning av nya terapier

Kliniska experter

USV ansvar att tillse att rätt kompetens knyts till rådets arbete vid behov. I USV ingår samverkan med relevanta hälsoprofessioner såsom barnmorskor, logopeder, psykologer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, audionomer, apotekare och biomedicinska analytiker.

Representant från HSF ska

- Tillse att ny kunskap får betydelse vi beställning av vård
- Bidra med kunskap om vårdavtal och vårdstruktur (avtal, uppdrag och uppföljning)
- Utgöra länk till HSF i Stockholms läns landsting och Region Gotland i arbete med utveckling och revidering av vårdavtal och uppdrag samt politisk beredning

Nominering

Nominering av regionens ledamot i NPO, spesak och vårdsak samt rådets läkemedelsexpert (läksak – läkemedelssakkunnig) sker via valberedningen för sakkunniga Stockholm-Gotland och beslut fattas av hälso- och sjukvårdsdirektörerna i Stockholms läns landsting och i Region Gotland efter presentation i direktörsgruppen Stockholms läns landsting och sjukvårdsledningen för Region Gotland. Ordförandeskapet has av regionens ledamot i NPO eller av spesak.

Programansvarig Region Gotland utses av hälso- och sjukvårdsdirektören i Region Gotland. HSF i SLL förser respektive råd med processledare och analysstöd.

RPO med särskilda uppdrag

Det regionala programområdet för **nära vård** inkluderande primärvård är illustrerat som ett tvärgående område för att betona primärvårdens del i alla programområden. RPO nära vård bör även bevaka frågor runt multisjuklighet och horisontell prioritering för att motverka undanträngningseffekter mellan olika RPOs ansvarsområden i förhållande till de ramar som ges för primärvården. Ett regionalt programområde för nära vård inkluderande primärvård ska samla primärvårdsföreträdare i övriga RPO för att skapa gemensamma uppföljningsmodeller anpassade till primärvården. RPO nära vård skall ha en tydlig förankring i USV-strukturen för primärvården och ha en aktiv samverkan med kommunerna kring bl.a. hemsjukvård och socialtjänst.

Det regionala programområdet för **hälsofrämjande** säkerställer att ett långsiktigt arbete med hälsofrämjande och goda levnadsvanor beaktas i alla delar av kunskapsstyrningen inom regionen. Samverkansgruppen är även policyorgan i dessa frågor för Stockholms läns landsting och region Gotland. Programområdet skall ha en nära samverkan med kommunerna och de strukturer som arbetar med regional utveckling.

Det regionala programområdet för **medicinsk diagnostik** har ansvar att bevaka kunskapsområden som mikrobiologi, klinisk kemi, klinisk fysiologi/neurofysiologi, radiologi, transfusionsmedicin, klinisk immunologi, klinisk genetik och patologi inom samtliga programområden. Rådet ansvarar även för strålskyddskommittén.

Det regionala programområdet för **rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin** har ansvar för ett kunskapsområde som bland annat omfattar funktionshinder, habilitering, rehabilitering och försäkringsmedicin. Uppdraget omfattar hela vårdkedjan inom det aktuella området såsom primär- och sekundärpreventiva insatser, primär- och specialistvård, rehabilitering i öppen och slutenvård, specialiserad rehabilitering, arbetsrehabilitering och habilitering samt försäkringsmedicinska bedömningar. Programområdet har även ansvar för rekommendationer kring hjälpmedel. Programområdet skall ha en nära samverkan med kommunerna och Försäkringskassan.

Samverkansgrupp läkemedel och medicinteknik

Uppdrag

Regionala samverkansgruppen för läkemedel, medicinteknik utgörs av Stockholms läns och region Gotlands läkemedelskommittéer enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer. Läkemedelskommittérna får därmed i nya strukturen även ansvar för medicintekniska produkter – och kommittéerna behöver utökas med medicinteknisk kompetens.

Läkemedelskommittén är ett rådgivande expertorgan i frågor kring läkemedel, medicintekniska produkter och andra terapier med huvuduppdrag att verka för och främja en säker, rationell och kostnadseffektiv användning av läkemedel, medicinteknisk utrustning och andra terapier. Till kommitténs ansvarsområde hör

även medicinska gaser. Läkemedelskommittén är även policyorgan för frågor kring läkemedel och medicintekniska produkter för Stockholms läns landsting och region Gotland.

Läkemedelskommittéerna arbetar på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektörerna i Stockholms läns landsting och Region Gotland.

Ansvar

Samverkansgruppen läkemedel och medicinteknik ansvarar för att:

- Tillsammans med de regionala programområdena analysera hälso- och sjukvården i regionen avseende utvecklingen kring läkemedel och andra terapier.
- Initiera och kommentera förslag till landstingets policy och strategi i frågor kring läkemedel och medicinteknik.
- Utarbeta rekommendationer för tillförlitlig och rationell användning av läkemedel (bl.a. Kloka listan) och medicintekniska produkter samt, där sådana saknas från nationell nivå, rekommendationer kring introduktion och uppföljning av nya läkemedel och medicintekniska produkter.
- Följa upp kvalitet och kostnader för läkemedel och medicintekniska produkter i regionen och identifiera förbättringsområden inklusive åtgärdsförslag.
- Ge stöd till arbetet med janusinfo.se och att uppdatera, revidera samt ta fram regionala rekommendationer om läkemedel och medicinteknik -som är grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet och tillse att de integreras med övriga regionala kunskapsunderlag.
- Stödja implementering av nationella och regionala rekommendationer om läkemedel och medicinteknik.
- Leda regionens arbete med ordnat införande av nya läkemedel och medicintekniska produkter.
- Samverkansgruppen är regionens remissinstans för NT-rådet (nya terapier) vid rekommendationer för nationellt ordnat införande.
- Medverka i dialog och kommunikation avseende läkemedel och medicintekniska produkter med de politiskt förtroendevalda inom Hälso- och sjukvårdsnämnden och Vårdens kunskapsstyrningsnämnd.
- Stödja sjukvårdens ledningar med kompetens, omvärldskunnande och vetenskapligt kunnande i frågor kring läkemedel och medicinteknik .
- Samverka med nationella samverkansgruppen för läkemedel och medicinteknik och berörda myndigheter samt med övriga läkemedelskommittéer i Sverige, universitet och högskolor.
- Ansvara för dialog med företag verksamma inom läkemedel och medicinteknik.

Sammansättning och roller

Samverkansgruppen med ansvar för läkemedel och medicinteknik består av cirka 10–20 personer, både från privat och offentligt driven vård. Läkemedelskommittéerna bemannas med den expertis som behövs för att säkerställa att de kan fullgöra sina

uppdrag på ett kostnadseffektivt sätt. I gruppen skall medicinsk, farmaceutisk och klinisk farmakologisk expertis ingå liksom medicinteknisk expertis. Samverkansgruppen skall säkerställa patientinvolvering. De skall även genomföra regelbundna avstämningar med de regionala programområdena och övriga strukturer för kunskapsstyrning bl.a. genom arbete i Kunskapsstyrningsrådet SLL-Gotland.

Läkemedelskommittén har möjlighet att tillsätta arbetsgrupper om kommittén bedömer att det behövs för sitt arbete. I arbetet med introduktion av nya läkemedel har läkemedelskommittén möjlighet att tillsätta en arbetsgrupp med exempelvis representanter från läkemedelskommittén, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, SLL Upphandling samt berörda expertgrupper och vårdgivare.

Ledamöterna får inte ha jäv som är oförenliga med uppdraget.

Som utgångspunkt föreslås följande roller ingå i samverkansgruppen/ läkemedelskommittén:

- Ordförande
- Farmaceutisk sekreterare
- Läkemedelsansvarig Region Gotland
- Ordförandena från akutsjukhusens läkemedelsråd och medicintekniska råd
- Ordförande i expertgrupper läkemedel och/eller medicinteknik inom stora terapiområden
- Kliniska experter representerande relevanta områden
- Representant för akademin

Nominering

Ordförande i läkemedelskommittén ska vara specialistkompetent läkare, . Nominering sker via valberedningen för sakkunniga Stockholm-Gotland och beslut fattas av hälso- och sjukvårdsdirektörerna i Stockholms läns landsting och i Region Gotland efter presentation i direktörsgruppen Stockholms läns landsting och sjukvårdsledningen för Region Gotland. Vice ordförande väljs av ordförande, förankras i valberedningen och bör vara specialistkompetent läkare eller apotekare. Ordförande, vice ordförande och ledamöter utses på tre år med möjlighet till förlängning.

Expertgrupper för läkemedel och medicinteknik

Uppdrag

Regionala expertgrupperna för läkemedel och/eller medicinteknik bidrar till en säker, rationell och kostnadseffektiv användning av läkemedel och medicintekniska produkter inom respektive programområdes ansvarsområde. Expertgrupper finns för de RPO där så behövs. Läkemedelskommittén bedömer för vilka områden det finns

behov av expertgrupper och dessa beslutas i samråd med respektive RPO. För övriga RPO hanteras frågorna av en utsedd expert.

Ansvar

Utöver att aktivt bidra med kunskap om läkemedel respektive medicintekniska produkter inom alla delar av programområdets ansvar skall expertgrupperna särskilt ansvara för att:

- Utarbeta förslag till rekommendationer för tillförlitlig och rationell användning av läkemedel (t.ex. Kloka listan) och medicintekniska produkter för beslut i läkemedelskommittén
- Säkerställa att aktuella rekommendationer för läkemedel och medicintekniska produkter beaktas i relevanta vårdprogram
- Fortlöpande bevaka utvecklingen inom området, nya läkemedel och medicintekniska produkter, nya rekommendationer för diagnostik och behandling, men också biverkningar och andra vetenskapliga publikationer av värde
- Följa upp kvalitet och kostnader för läkemedel och medicintekniska produkter i regionen
- Tillsammans med nationella strukturer (landstingens samverkansmodell för nya terapier (NT-rådet) medverka i ordnat införande och uppföljning av nya terapier
- Stödja avdelningen upphandling inom Stockholms läns landsting vid upphandling av läkemedel för rekvisition och medicintekniska produkter enligt Lag (1992:1528) om offentlig upphandling

Sammansättning och roller

En expertgrupp för läkemedel och/eller medicinteknik består av 5–10 personer med klinisk förankring, önskvärt både från privat och offentligt driven vård. Ordföranden är ledamot i det regionala programområdet. I expertgrupperna för läkemedel och medicinteknik skall ingå medicinsk, farmaceutisk och klinisk farmakologisk expertis samt klinisk expertis kring läkemedel, medicinteknik. Koordinator och analytiker delas med det regionala programområdet. Ledamöterna får inte ha jäv som är oförenliga med uppdraget.

Nominering

Ordförande för en expertgrupp läkemedel/medicinteknik ska vara specialist-kompetent läkare. Nominering av ordförande sker via valberedningen för sakkunniga Stockholm-Gotland och beslut fattas av hälso- och sjukvårdsdirektörerna i Stockholms läns landsting och i Region Gotland efter presentation i direktörsgruppen Stockholms läns landsting och sjukvårdsledningen för Region Gotland.

Övriga ledamöter nomineras av ordföranden i expertgruppen och beslutas av ordföranden i läkemedelskommittén, i dialog med RPO. Ordförande och ledamöter utses på tre år med möjlighet till förlängning.

Patientsäkerhetskommittén

Uppdrag

Patientsäkerhetskommittén ska säkerställa utveckling och samordning av patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården samt tandvården inom Stockholms läns landsting och Region Gotland. I uppdraget ingår att utifrån nationella riktlinjer utfärda riktlinjer och rekommendationer för patientsäkerhetsarbetet hos vårdgivarna i den landstingsfinansierade vården.

Syftet med arbetet är att långsiktigt säkerställa och förbättra patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården och tandvården inom Stockholms läns landsting och Region Gotland. Patientsäkerhetskommittén (PSK) arbetar på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektörerna i Stockholms läns landsting och Region Gotland.

Ansvar

Patientsäkerhetskommittén ansvarar för att

- Utfärda och fastställa landstingsövergripande riktlinjer och rekommendationer för patientsäkerhetsarbetet baserat på nationella underlag. Innan nya riktlinjer och rekommendationer genomförs ska en analys av konsekvenserna genomföras. Beroende på konsekvensernas omfattning ska beslut om genomförande tas i enlighet med kunskapsstyrningens beslutsprocess.
- Genom ovanstående verka för att vårdgivare följer gällande lagar, förordningar och föreskrifter.
- Följa och i samråd inom kommittén stödja patientsäkerhetsarbetet hos vårdgivarna bl.a. genom av kommittén fastställda fokusområden.
- Fånga upp principiellt viktiga risker och avvikelser hos vårdgivarna och sprida information för lärande till andra vårdgivare.
- Vara landstingets referens- och remissinstans för och samordnare av patientsäkerhetsfrågor och -frågeställningar.
- Ta del av vårdgivarnas årliga patientsäkerhetsberättelse.
- Samlat följa efterlevnad och effekter av patientsäkerhetsarbetet inom respektive landsting i regionen och vid behov föreslå åtgärder.
- Utgöra kanalen till den nationella nivån. Både förmedla behov, underlag och åsikter till den nationella nivån och tillämpa nationella riktlinjer på regional nivå.

Sammansättning & roller

Patientsäkerhetskommittén består av cirka 10–20 personer, både från privat och offentligt driven vård. Kommittén skall skapa mötesplatser för lärande och erfarenhetsutbyte och genom sina ledamöter vara en kanal både till och från respektive vårdgivares verksamheter. Kommittén skall även samverka med handikapp- och patientorganisationer.

Stöd till regionala programarbetet

Operativt stöd med analys, hälsoekonomi, IT- och verksamhetsarkitektur fås från HSF eller linjeenheter hos vårdgivarna med regionalt uppdrag. Stöd kring kvalitetsuppföljning, implementering och FoUU få från universitetssjukvårdsenheter, USV-enheter. Det samlade stödet beskrivs i den strategiska planen för kunskaps-styrningen.

Metoder för kunskapsstöd

Stödet för ”metoder för kunskapsstöd” utgörs av de enheter som idag arbetar med vårdprogram, läkemedelsrekommendationer, HTA och hälsoekonomi inom hälso- och sjukvårdsförvaltningarna i Stockholms läns landsting och Region Gotland. Dessa enheter stödjer programområden i förbättrings- och utvecklingsarbete genom att tillhandahålla metoder, verktyg och arbetssätt för att säkerställa ett enhetligt och effektivt arbete

Patientsamverkan

Stöd för att utveckla formerna för patientinvolvering i kunskapsstyrningen fås från de enheter som idag arbetar med patientsamverkan inom QRC och RCC Stockholm-Gotland. Patient- och närståendeinflytande är en viktig komponent i kunskapsstyrningen där patient och närståendes erfarenheter skall tas till vara. Dialog med patienter och närstående bidrar till perspektiv som är viktigt för patienterna, identifierar eftersatta behov och kvalitetsbrister samt ger förslag på förbättringsåtgärder. Patient- och närståenderepresentanter skall vara med och bestämma vilka utvecklingsidéer och områden som är viktiga att arbeta med.

Patientinvolvering säkerställs genom en strukturerad årlig dialog med patient-företrädare. Patient- och närståenderepresentant kan även adjungeras till RPO.

Kompetenscentrum för vårddataanalys

En statistik- och analysfunktion som kan följa upp medicinska resultat, kostnader och patientupplevelser och analysera orsaker och samband är en framgångsfaktor för en fungerande kunskapsstyrning. Stödet till sakkunniga inom uppföljning och analys fås från kompetenscentrum vårddata – en samverkansstruktur för statistik, analys och kvalitetsregister inom regionen. Verksamheten samordnas av hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom Stockholms läns landsting. Resurser och kompetens för uppföljning och analys behöver även finnas inom respektive förvaltning för en stärkt avtalsuppföljning och hos vårdgivarna för att stimulera och stödja det aktiva förbättringsarbetet.

Samordning och ledning

Samordning och ledning av sakkunnigarbetet:

- Hanterar operativ ledning av stödfunktioner till sakkunniga, samordnings-kansliet
- Äger, driver och faciliterar kunskapsstyrningens regionala beslutsprocess
- Driver kunskapsstyrningsrådet för region Stockholm-Gotland bestående av ordföranden i alla RPO och samverkansgrupper
- Stöder regionens nationella värdskap för NPO

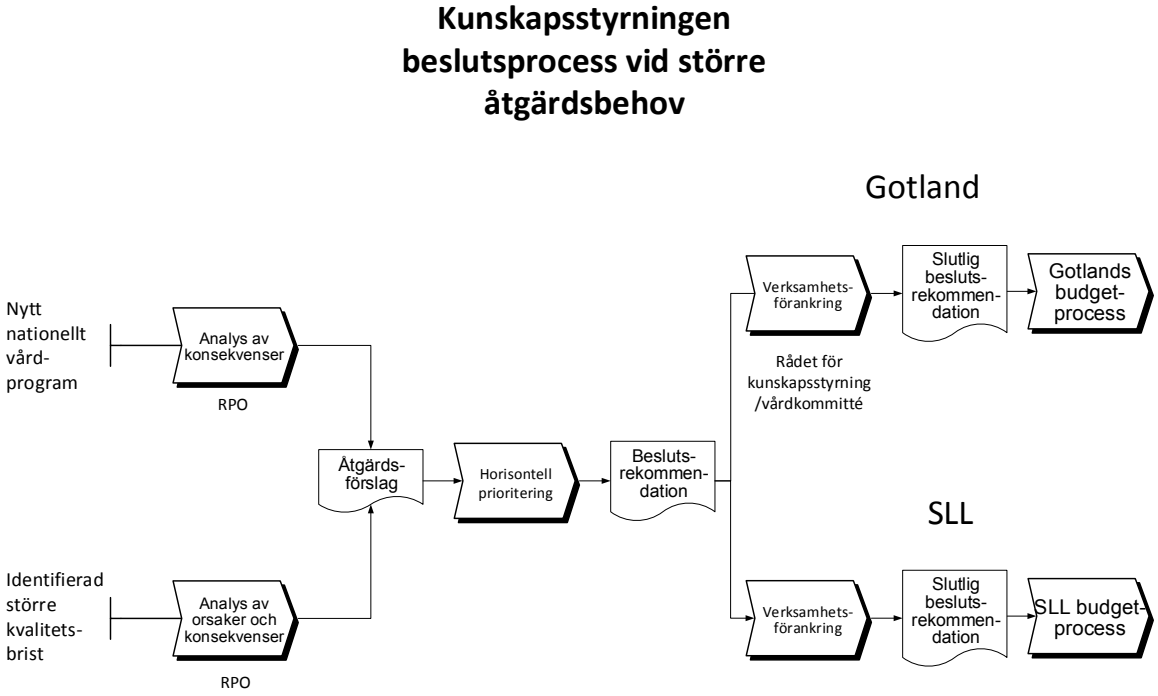
Samordningskansli SLL

Samordningskansliet ersätter nuvarande Sakkunnigkansli på HSF/SLL och stöder den regionala sakkunnigstrukturen. Samordningskansliet ansvarar för att:

- Samordna och tillhandahålla administrativt stöd för regionala programområden och samverkansgrupper samt de nationella programområden regionen har värdskap för
- Säkra att nationella programområdena, samverkansgrupper och nationella arbetsgrupper bemannas med rätt kompetens från regionen
- Säkerställa förordnanden för spesak, vårdsak och nationella ledamöter
- Stödja de regionala programområdena vid behov av samverkan med kommunerna.
- Hantera rutiner för nominering och bemanning i de olika programområdena och processteamen
- Säkerställa att jävsregler finns och följs för ledamöter/experter i de olika programområdena med tillhörande expert- och projektgrupper
- Kompetensutveckling erbjuds till ledamöterna i sakkunnigorganisationen
- Rutiner för ersättningar, avtal och jävsdeklarationer för sakkunniga

Regional beslutsprocess vid behov av större horisontella prioriteringar

När nya nationella kunskapsunderlag (vårdprogram, nya metoder) har en stor ekonomisk eller organisatorisk påverkan *eller* då det finns omfattande kvalitetsbrister inom regionen som kräver större insatser föreslås nedanstående beslutsprocess för horisontella prioriteringar.



Figur 4. Beslutsprocessen för större åtgärder

Prioriteringsråd SLL

Rådet ersätter nuvarande beredningsgrupp för KUST och har som huvuduppdrag att bereda större frågor för hälso- och sjukvårdsdirektören för beslut i politisk nämnd eller på tjänstemannanivå. Rådet tar fram rekommendationer för beslut om horisontella prioriteringar kring t.ex. nya vårdprogram, nya metoder, identifierade regionala brister och regional nivåstrukturering av vård. Arbetet utgår från underlag från RPO i form av åtgärdsförslag med medicinska, ekonomiska, organisatoriska konsekvenser beskrivna.

Rekommendationen om horisontell prioritering förankras i berörda verksamheter. Därefter utgör rekommendationen inklusive alla åtgärdsförslag underlag för budgetprocessen i Stockholms läns landsting.

Rådet för kunskapsstyrning/vårdkommitté (Region Gotland)

Rekommendationen om horisontell prioritering mellan föreslagna åtgärder behandlas i rådet för kunskapsstyrning för ytterligare verksamhetsförankring innan hälso- och sjukvårdsdirektören i Region Gotland tar beslut om den. Förslag på sammansättning och arbetsformer är under framtagande.

Därefter utgör rekommendationen inklusive alla åtgärdsförslag underlag för budgetprocessen i Region Gotland.

Kunskapsstyrningsråd Stockholm-Gotland

Rådet ersätter nuvarande Stockholms medicinska råd (SMR) och består av ordföranden från respektive regionalt programområde (RPO), läkemedelskommittén och patientsäkerhetskommittén. Rådet ansvarar för det medicinska sakinnehållets kvalitet genom att samordna och utveckla arbetssätt och metoder för kunskapsstyrning. Rådet utgör ett forum för att sätta det egna arbetet och en plattform för samverkan mellan olika RPO. Att aktivt bidra i uppbyggnaden av det nya kunskapsstyrningssystemet och processen för den regionala nivåstruktureringen av hälso- och sjukvården är också en viktig del av rådets arbetsuppgifter.