

Granskning av efterföljsamhet till nationella kunskapsstöd inom hälso- och sjukvården

Revisionskontoret

Projektledare: Josefin Blyrup, yrkesrevisor

Projektmedarbetare: Dag Boman, yrkesrevisor och Julius Jönson,
yrkesrevisor

April 2024

Innehållsförteckning

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Sammanfattning..... | 3 |
| 1 | Syfte och genomförande..... | 4 |
| 1.1 | Bakgrund, syfte och avgränsning | 4 |
| 1.2 | Revisionskriterier, metod och genomförande..... | 5 |
| 1.3 | Projektorganisation..... | 5 |
| 2 | Resultat av granskningen..... | 6 |
| 2.1 | Ansvarsfördelning och implementering av nationella kunskapsstöd | 6 |
| 2.1.1 | Kunskapsstyrningsrådet..... | 6 |
| 2.1.2 | Implementering av kunskapsstöd | 7 |
| 2.1.3 | Styrelsernas och nämndernas styrning | 10 |
| 2.2 | Bedömning | 12 |
| 2.3 | Uppföljning | 13 |
| 2.3.1 | Kunskapsstyrningsrådets uppföljning..... | 13 |
| 2.3.2 | Uppföljning och rapportering till kvalitetsregister | 13 |
| 2.3.3 | Nämndernas uppföljning | 15 |
| 2.4 | Bedömning | 15 |
| 3 | Samlad bedömning | 16 |
| 3.1 | Bedömning per revisionsfråga..... | 16 |
| 3.2 | Rekommendationer | 18 |
| | Bilaga 1 | 19 |

1 Sammanfattning

Syftet med granskningen har varit att bedöma om det i Region Skåne finns ett ändamålsenligt system som säkerställer följsamhet till de nationella kunskapsstöden i hälso- och sjukvården.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt sjukhusstyrelserna inte helt säkerställt en efterföljsamhet till nationella kunskapsstöd inom hälso- och sjukvården.

Vår bedömning grundar sig i att det saknas en tydlig styrning och uppföljning från nämndernas sida avseende följsamheten till de nationella kunskapsstöden. Det saknas en strukturerad uppföljning och analys av såväl implementering som efterlevnad av kunskapsstöden i verksamheterna. Det är vår bedömning viktigt att uppföljning görs för att kunna verka för en jämlik vård då det saknas en samlad uppföljning av hur implementeringen av vårdförlopp fortskrider och huruvida vård ges i enlighet med vårdförloppen. En sådan uppföljning sker varken på politisk eller tjänstemannanivå i dagsläget. I samband med granskningen är det endast hälso- och sjukvårdsnämnden som följt upp arbetet med implementeringen av nationella kunskapsstöd.

Vidare bedömer vi att ingen av de granskade nämnderna har tydliga förutsättningar att styra genomförandet av kunskapsstöd. Kunskapsstyrningsrådet, som fattar de formella besluten om att anta och implementera kunskapsstöd, förfogar inte över de verksamhetsbudgetar och uppdrag som aktualiseras av nya eller ändrade kunskapsstöd. Vår bedömning är också att den prioritering som sker avseende nya eller ändrade kunskapsstöd främst sker inom kunskapsstyrningsrådet och inom respektive verksamhetsområden inom sjukhusen. På politisk nivå har det under granskningsperioden inte skett några beslut om prioritering mellan eller inom de fält som omfattas av kunskapsstöd.

Vi bedömer samtidigt att det system som kunskapsstyrningsrådet tillämpar för att implementera nationella kunskapsstöd löpande i de kliniska verksamheterna är välstrukturerat. Det är respektive verksamhetschef i sjukhusen som har det yttersta ansvaret att se till att aktuella kunskapsstöd implementeras, vilket anses vara välfungerande då det ligger i verksamheternas intresse att arbeta utifrån bästa medicinska kunskap. Tillika är ansvarsfördelningen inom kunskapsstyrningsrådet tydligt.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderas regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, sjukhusstyrelse Trelleborg, sjukhusstyrelse Landskrona och sjukhusstyrelse Hässleholm att:

1. en tydligare roll behöver utformas för nämnd och styrelser i beslutsprocessen om nationella kunskapsstöd särskilt vad gäller budgetering av resurser samt prioritering för implementering av nationella kunskapsstöd.
2. genomföra en årlig översikt över status och läge för implementering av nationella kunskapsstöd samt säkerställa en strukturerad uppföljning och analys av kunskapsstöd som underlag för politiska prioriteringar.

1 Syfte och genomförande

1.1 Bakgrund, syfte och avgränsning

Bakgrund

Kunskapsstöd är ett samlingsbegrepp för olika typer av stödmaterial anpassade för olika målgrupper inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Kunskapsstöden utgör en central del i det nationella systemet för kunskapsstyrning och inom Socialstyrelsen. I dagsläget finns många olika typer av kunskapsstöd, bland annat nationella riktlinjer, vårdprogram och standardiserade vårdförlopp som är utarbetade av flera aktörer inklusive medicinska specialistföreningar.

Kunskapsstyrning innebär att låta bästa tillgängliga kunskap vägleda hälso- och sjukvården och dess beslutsfattare. Genom att sammanställa, sprida och tillämpa denna kunskap inom hälso- och sjukvården nås syftet att åstadkomma en god och jämlik hälsa och vård över hela landet. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig i allt från de prioriteringar som behöver göras på styrnings- och ledningsnivå till det personcentrerade mötet mellan vårdprofessionella och patient.

De nationella riktlinjerna är främst riktade till beslutsfattare i vården som ett stöd för resursfördelning¹. De diagnoser som riktlinjerna omfattar är vanligt förekommande och samtidigt vårdkrävande. Om riktlinjerna inte följs finns risk att Region Skånes resurser används på ett sätt som inte är effektivt med ökade kostnader som följd. Det riskerar även att leda till att patienter behandlas olika inom vården. Risk finns också för försämrad patientsäkerheten om inte alla vårdgivare i Region Skåne använder de mest lämpliga och effektiva metoderna eller behandlingarna.

Av Region Skånes behovsrapport för planering av hälso- och sjukvård 2023 framgår bland annat att följsamheten till nationella och regionala kunskapsstöd är nödvändiga för att uppnå en god och jämlik vård.

Region Skånes revisorer avser att granska området för att bedöma om följsamheten till dess kunskapsstöd är ändamålsenliga.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen har varit att bedöma om det i Region Skåne finns ett ändamålsenligt system som säkerställer följsamheten till de nationella kunskapsstöden i hälso- och sjukvården.

Följande revisionsfrågor har besvarats:

1. Är ansvarsfördelningen för tillämpning av kunskapsstöden inom hälso- och sjukvården i Region Skåne tydlig?
2. Har nämnderna utifrån sitt uppdrag vidtagit tillräckliga åtgärder för att de nationella kunskapsstöden ska implementeras och tillämpas på ett ändamålsenligt sätt?
3. Sker besluten om att implementera nya eller reviderade kunskapsstöd på ett regelrätt sätt?
4. Har nämnderna en tillräcklig uppföljning av att vården ges i enlighet med de nationella kunskapsstöden?

¹ Det finns även Riktlinje för hälso- och sjukvård, även kallad vårdriktlinje som främst riktar sig till medarbetare och omfattar och ger stöd om hur endast en eller ett fåtal åtgärder ska genomföras. Den liknar det innehåll som finns i ett nationellt vårdprogram, men är mindre omfattande.

Avgränsning

Granskningen har avgränsats till att omfatta Region Skånes följsamhet till de nationella kunskapsstöden på övergripande nivå, det vill säga hur Region Skåne medverkar i kunskapsstyrningsprocessen och hur kunskapsstöd implementeras i organisationen. En fördjupning av ett nationellt kunskapsstöd görs för att belysa kedjan från förarbete, implementering, tillämpning och uppföljning.

Granskade nämnder har varit regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, sjukhusstyrelse Landskrona, sjukhusstyrelse Trelleborg och sjukhusstyrelse Hässleholm.

1.2 Revisionskriterier, metod och genomförande

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de grunder som bildar underlag för granskningens analyser, slutsatser och bedömningar. Följande revisionskriterier tillämpas i denna granskning:

- 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725)
- Reglemente för styrelser och nämnder i Region Skåne, 2023 – 2026 (RF 2022-12-12/13)
- Region Skånes verksamhetsplan och budget 2023 med plan för 2024 – 2026 (RF 2022-12-12/13)
- Hälso- och sjukvårdsbudget med uppdrag och regionbidragsfördelning 2023 (hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-10-20)
- Nationellt kliniskt kunskapsstöd och vårdförlopp – Hjärtsvikt – nydebuterad

Metod och genomförande

Granskningen har genomförts med hjälp av dokumentstudier och intervjuer. Intervjuerna har omfattat totalt elva företrädare från Enheten för kunskapsstyrning, Koncernkontoret och sjukhusförvaltningarna. Representanterna från sjukhusförvaltningarna sitter också med som ledamöter i kunskapsstyrningsrådet. Därutöver har den tidigare ordförande i kunskapsstyrningsrådet intervjuats (ordförande fram till och med 31 december 2023).

Dokumentanalysen har bland annat omfattat arbetsordning för kunskapsstyrningsrådet, arbetsordning för lokala programråden och lokala arbetsgrupper, gap-analys avseende vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad, nämndernas verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser samt protokoll.

I samband med granskningen har de intervjuade beretts tillfälle att faktakontrollera innehållet i rapporten. Detta för att säkerställa att granskningen bygger på korrekta iakttagelser och fakta.

1.3 Projektorganisation

Revisionskontoret har genomfört granskningen under perioden oktober 2023 – juni 2024. Granskningsansvarig har varit Josefin Blyrup, yrkesrevisor. Projektmedarbetare har varit Julius Jönson, yrkesrevisor och Dag Boman, yrkesrevisor. Revisionsdirektör George Smidlund, certifierad kommunal revisor, har varit ansvarig för kvalitetssäkring av rapporten. Kontaktperson från revisorskollegiet har för denna granskning varit Kerstin Lingebrant Vinka.

2 Resultat av granskningen

2.1 Ansvarsfördelning och implementering av nationella kunskapsstöd

I detta avsnitt redogörs iakttagelser och bedömning avseende revisionsfrågorna 1 – 3 som lyder:

1. Är ansvarsfördelningen för tillämpning av kunskapsstöden inom hälso- och sjukvården i Region Skåne tydlig?
2. Har nämnderna utifrån sitt uppdrag vidtagit tillräckliga åtgärder för att de nationella kunskapsstöden ska implementeras och tillämpas på ett ändamålsenligt sätt?
3. Sker besluten om att implementera nya eller reviderade kunskapsstöd på ett regelrätt sätt?

2.1.1 Kunskapsstyrningsrådet

Under 2018 gick alla Sveriges regioner samman i ett nationellt system för kunskapsstyrning. Regionerna har politiskt förbundit sig att stödja modellen och bidra med resurser och kompetens. Det nationella systemet för kunskapsstyrning ska speglas lokalt i Region Skånes hälso- och sjukvård. Den 27 juni 2019 beslutade regiondirektören att inrätta ett kunskapsstyrningsråd med representanter från linjeorganisationen och Skånes digitala vårdssystem (SDV). Region Skånes organisation för kunskapsstyrning ska bland annat stå i samklang med det nationella systemet för kunskapsstyrning liksom med SDV och den pågående omställningen av hälso- och sjukvården.

Kunskapsstyrningsrådet har ett helhetsansvar för Region Skånes system för kunskapsstyrning och i uppdragsbeskrivningen ingår bland annat att:

- Leda, styra och samordna Region Skånes system för kunskapsstyrning
- Säkerställa länken mellan det lokala (Region Skåne) system för kunskapsstyrning och det nationella, sjukvårdsregionala och kommunala systemet för kunskapsstyrning
- Fastställa och besluta om regiongemensamma prioriteringar avseende exempelvis olika kunskapsstöd och beslutsstöd, samt säkerställa att beslutade prioriteringar blir genomförda
- Samordna uppföljning av Region Skånes system för kunskapsstyrning

Vidare anges att kunskapsstyrningsrådet är ett beslutande organ med rätt att besluta om bland annat:

- Implementering och utmönstring av metoder och behandlingar
- Besluta om införande av nya nationella kunskapsstöd
- Godkänna regionala medicinska riktlinjer och vårdprogram
- Besluta om inrättande och avveckling av lokala programråden (LPO) samt lokala arbetsgrupper (LAG)

Kunskapsstyrningsrådet består av en ordförande och femton ledamöter med rösträtt. Chefen för Enheten för kunskapsstyrning vid Avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrning, är ordförande i rådet och ordinarie ledamöter är representanter från sjukhus-, förvaltnings-, eller organisations ledningsgrupp med beslutsmandat från respektive förvaltningschef.

Ordförande i kunskapsstyrningsrådet är sammankallande och ansvarar för att bland annat leda kunskapsstyrningsrådets arbete, förse ledamöterna med beslutsunderlag, tillse att beslut tas samt följa upp beslut. Ledamöternas ansvar är bland annat att kommunicera och förankra de beslut som fattas i rådet till sina respektive verksamheter, säkerställa att genomförda beslut implementeras i respektive verksamhet, säkerställa att verksamheterna inte utfärda egna rekommendationer om det finns

nationella eller sjukvårdsregionala samt säkerställa uppföljning och återkoppling av genomförda beslut.

Som stöd till kunskapsstyrningsrådet finns Enheten för kunskapsstyrning som bland annat ska bereda ärenden/frågor från nationell och sjukvårdsregional nivå, ta emot och bereda ärenden/frågor från LPO och övriga råd inom systemet för kunskapsstyrning. Enheten ska även stödja och säkerställa implementering av beslut och följa upp implementering av fattade beslut.

2.1.2 Implementering av kunskapsstöd

Nationella riktlinjer

Sveriges regioner har ett gemensamt system för kunskapsstyrning (Nationellt system för kunskapsstyrning), där staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR) har tecknat en överenskommelse om att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för ett antal sjukhusområden. Härtill finns ett nationellt kliniskt kunskapsstöd², som är regionernas gemensamma rekommendationer för utredning, behandling och uppföljning.

Nationella riktlinjer ska bidra till att hälso- och sjukvården arbetar kunskapsbaserat och ändamålsenligt, så att patienter får en god vård och omsorg. Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer inom de områden som kräver stora resurser. Riktlinjerna fokuserar på frågor där det finns ett stort behov av vägledning och ska innehålla rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar. Syftet med riktlinjerna är att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården genom att säkerställa att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp. Nationella riktlinjer ska fungera som stöd för verksamhetschefer och beslutsfattare samt politiker att prioritera i enlighet med den etiska plattformen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Vidare är nationella riktlinjer mer övergripande i sin utformning än vårdförlopp och vårdprogram som snarare riktar sig till den kliniska verksamheten på ett tydligare sätt.

Nationella vårdprogram och vårdförlopp

Nationella vårdprogram och vårdförlopp riktar sig främst till professioner inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst men där verksamhetschefer, beslutsfattare inklusive politiker är målgrupper för definierade delar av kunskapsstödet. Nationella vårdförlopp bygger på bästa medicinska kunskap och ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering, primärprevention, ärftlighet och uppföljning av patienter och brukare. Ett vårdförlopp beskriver och ger stöd om hur åtgärder ska genomföras och omfattar således flera åtgärder relaterat till ett sjukdomsområde.

Nationellt kliniskt kunskapsstöd och vårdförlopp – Hjärtsvikt – nydebuterad

I samband med granskningen har vi tittat närmre på implementeringen av vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad som bland annat de tre granskade sjukhusstyrelserna ska implementera i sina respektive verksamheter. Nedan följer en kort beskrivning av sjukdomsförloppet hjärtsvikt.

Hjärtsvikt är ett allvarligt och vanligt tillstånd som medför stora negativa konsekvenser för patienten. Besvär som trötthet, andfåddhet och sänkt fysisk kapacitet försvårar för många patienter att utföra vanliga aktiviteter i sitt dagliga liv. Tillståndet är behandlingsbart men underbehandling är vanligt. Mellan 200 000 till 300 000 svenskar har hjärtsvikt och dödligheten är hög, i synnerhet inom det första året efter diagnosen. Varje år insjuknar uppemot 40 000 personer i Sverige med en nyupptäckt hjärtsvikt och vårdförloppet är tillämpligt för majoriteten av dem. Ett fokus i vårdförloppet är att göra

² Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK) är en webbplats som samlar kunskapsstöd för det patientnära arbetet inom hälso- och sjukvården.

rätt från början vid nydebuterad hjärtsvikt. Rätt insatt behandling i ett tidigt skede kommer att ge stor effekt med minskat antal sjukhusinläggningar, förbättrade symtom samt minskad dödlighet.

Vårdförloppet börjar vid välgrundad misstanke om hjärtsvikt och sträcker sig som längst fram till och med ställningstagandet till andra linjens behandling³. Fokus ligger på de åtgärder som har starkast rekommendationsgrad och där skillnaderna i landet är störst vilket ska ske genom att:

- tiden till första ekokardiografiundersökning kortas
- tiden till optimal behandling kortas
- andelen patienter som behandlas vid hjärtsviktsmottagningarna ökar
- andelen patienter som får ett individuellt besök hos fysioterapeut i enlighet med vårdförloppet ökar
- andelen patienter som erhåller adekvat behandling ökar

Inför beslut av implementering av vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad

Det är kunskapsstyrningsrådet som har fått mandat till att fatta beslut om införandet av nya vårdförlopp i Region Skånes sjukhusverksamheter, vilket anges i kunskapsstyrningsrådets arbetsordning.

Inför beslut om implementering av nya vårdförlopp tillsätts det av kunskapsstyrningsrådet en lokal arbetsgrupp (LAG) inom ett lokalt programområde (LPO). De utpekade LPO:erna ansvarar för ledning, styrning och samordning av kunskapsstyrningsarbetet inom respektive område. LPO:erna arbetar gentemot samtliga vårdgivare, oavsett driftform, inom den skånska hälso- och sjukvården. Ett LPO är tvärprofessionellt sammansatt och består av såväl experter som chefer från olika vårdnivåer och förvaltningar. När ett nytt vårdförlopp ska implementeras genomförs alltid så kallade gap-analyser, som är en metod för att få en bild av nuläge i relation till vårdförloppets intention. Gap-analyserna genomförs av lokala arbetsgrupper (LAG), som även dem tillsätts av kunskapsstyrningsrådet.

Avseende vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad, genomfördes gap-analys under hösten 2021 – 2022 av en lokal arbetsgrupp som bestod av totalt 17 personer från bland annat Koncernkontoret, Skånes universitetssjukhus, Lasarettet i Ystad, Centralsjukhuset i Kristianstad, Helsingborgs lasarett, Hässleholms sjukhus samt representanter från vårdcentral (privat och egen regi). Personerna som deltog bidrog med en geografisk representation och specialistkunskap samt kunskap från patientförening.

I den genomförda gap-analysen framgår bland annat vårdförloppets omfattning och mål samt vilka befintliga riktlinjer som finns i Region Skåne. Vidare framgår det styrkor, svårigheter och risker som arbetsgruppen identifierat och som kan eventuellt påverka införandet av vårdförloppet. Exempel på styrkor som kan underlätta införandet är:

- att det på samtliga sjukhus finns specialistmottagningar för hjärtsvikt med hög kompetens med tillgång till eko och ekolab,
- att den behandling som kan ges är effektiv och bra
- att det finns möjligheter att utbilda patienter på distans.

Exempel på svårigheter som lyfts i gap-analysen som kan påverka införandet är:

³ Andra linjens behandling innebär den behandling man byter till om den första behandlingen inte fungerar.

- brist på utbildad personal både inom specialistvård och primärvård, vilket försvårar möjligheter till ett säkert remissflöde mellan vårdnivåer
- patienter upplever brist på tillgänglighet och kontinuitet
- behov av lokaler
- det saknas en regional struktur för hjärtsviktsmottagningar.

Risker som anges är bland annat; om volymerna av nydebuterad hjärtsvikt ökar inom specialistvården finns risk för undanträngningseffekter och påverkan på andra patientgrupper samt en risk för försenad diagnosställning av nydebuterad hjärtsvikt vid annan diagnosställning.

Utifrån identifierade gap anges ett antal åtgärdsförslag för de svårigheter och risker som arbetsgruppen kommit fram till. Bland annat anges det att bedömningen av nuläget är att målvärdet avseende ledtider för att utförda eko och besvarade remisser inte uppnås. Arbetsgruppens åtgärdsförslag till detta är; ökade resurser för eko, läkartider samt ett snabbspår för vårdcentraler för eko och kardiologbedömningar samt att erbjuda uppföljning via hjärtsviktsteam.

Efter att åtgärdsförslagen presenterats i gap-analysen gör arbetsgruppen en bedömning av den förändring som krävs för att verksamheterna ska lyckas med implementeringen av vårdförloppet. Här beskrivs att det redan finns grund för att arbeta i enlighet med vårdförloppet, men att det krävs förbättringar av den organisation som redan finns på plats. Det betonas att vårdförloppet omfattar redan befintlig patientgrupp och att det inte krävs någon ny teknologi samt att det inte handlar om något paradigmskifte.

I de fall som åtgärdsförslag rör budget eller personalresurser ska det hanteras inom ordinarie process med beslut i respektive sjukhusförvaltning. I samband med intervjuer med representanter för sjukhusen uppges att om införandet av nya vårdförlopp skulle innebära ökade kostnader för verksamheten förutsätts det ske inom befintliga budgetramar. Det är respektive verksamhetschef som har att inom sina ekonomiska ramar försöka införa vårdförloppet. Vid intervju med representant för Enheten för kunskapsstyrning, anges det att vårdförloppen ska kunna införas utan större påverkan på budget, vilket är en av anledningarna till att det görs gap-analys inför varje nytt beslut om implementering av vårdförlopp. Detta för att undersöka huruvida införandet av vårdförloppet kommer ha en större budgetpåverkan eller inte. Införandet av vårdförlopp ska ske utifrån respektive sjukhus möjligheter utan att det får en alltför stor budgetpåverkan. Om ett vårdförlopp skulle innebära stora kostnadsdrivande insatser är det tänkt att frågan ska eskaleras till regional hälso- och sjukvårdsledning via hälso- och sjukvårdsdirektören. Eskalering till hälso- och sjukvårdsnämnden för beslut sker endast om insatserna inte kan finansieras inom nämnders och styrelsers befintliga budgetram. Enligt företrädare för Enheten för kunskapsstyrning, har detta ännu inte varit nödvändigt eftersom samtliga vårdförlopp som har implementerats de senaste åren har inte haft någon större påverkan på verksamheternas budget.

Efter att arbetsgruppen genomfört gap-analysen tas en handlingsplan fram för implementeringen av vårdförloppen. Innan kunskapsstyrningsrådet beslutar om implementeringen får samtliga ledamöter i rådet möjlighet att ge sin input kring huruvida åtgärdsförslagen i gap-analysen är möjliga att genomföra i respektive sjukhus som ledamöterna representerar. Till hjälp får ledamöterna ett frågeformulär att besvara. Formuläret innehåller åtgärdsförslagen och ger ledamöterna möjlighet att framföra vad som krävs av respektive sjukhus för att kunna genomföra åtgärderna. Att besvara frågeformuläret är frivilligt men det ger kunskapsstyrningsrådet möjlighet att få information om vilka hinder som finns för implementeringen av vårdförlopp.

I frågeformuläret som avser införandet av vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad anges det totalt fem åtgärdsförslag. Gap-analysen med åtgärdsförslagen har behandlats vid kunskapsstyrningsrådets sammanträde den 27 januari 2023. I samband med den här granskningen har det framkommit att ledamöter för Lasarettet i Landskrona inte besvarat frågeformuläret. Ledamöterna har fått möjlighet att inkomma med de förutsättningar som respektive sjukhus har avseende implementeringen av vårdförloppet efter det att rådet beslutat om införandet, vilket dem har gjort.

Den 27 oktober 2023 beslutade kunskapsstyrningsrådet att vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad ska implementeras. I samband med beslutet har en handlingsplan för implementeringen tagits fram av den lokala arbetsgruppen.

Enligt intervju med representant från Enheten för kunskapsstyrning har det inte förekommit någon oenighet bland ledamöterna i kunskapsstyrningsrådet när beslut om implementering av vårdförlopp ska fattas. När ärenden ska beslutas om i rådet är dessa redan väl förankrade i rådet uppger representanten. Om det skulle finnas en oenighet när beslut ska tas ska frågan enligt arbetsordningen för kunskapsstyrningsrådet, eskaleras till regional hälso- och sjukvårdsledning via hälso- och sjukvårdsdirektör.

Implementering av vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad

Implementeringen av vårdförlopp påbörjas efter att kunskapsstyrningsrådet fattat beslut om det. I samband med att rådet fattar beslut om implementering har den lokala arbetsgruppen tagit fram en handlingsplan som avser implementeringen. I handlingsplanen anges åtgärder och kommunikationsaktiviteter kopplat till implementeringen. Det anges även att det är upp till varje verksamhet att utifrån sina lokala gap-analyser bedöma vilka åtgärder som behöver genomföras för att kunna erbjuda vård i enlighet med vårdförloppet. Vidare anges det att vårdförloppets resultat kommer att följas upp genom ett antal kvalitetsindikatorer även efter att införandet är avslutat.

Ansvaret för att verksamheterna arbetar enligt vårdförloppet förvaltas av verksamheterna själva. Det är enligt kunskapsstyrningsrådets arbetsordning, ledamöterna i rådets uppgift att se till att vårdförloppet implementeras i respektive verksamhet. Utifrån intervjuer med ledamöterna tas information om implementering av nytt vårdförlopp till den berörda verksamheten och sen är det upp till respektive verksamhetschef att se till vårdförloppet implementeras. Det anges också vid intervjuerna att verksamheterna ofta är pålästa och uppdaterade kring nya vårdförlopp och tillämpar dessa i den mån det går, utifrån de förutsättningar som finns redan innan ett formellt beslut har tagits av kunskapsstyrningsrådet. Det innebär således att det inte blir någon överraskning för verksamheterna när beslut om införandet av vårdförlopp ska ske eftersom verksamheterna redan i viss utsträckning arbetar utifrån det, uppger de intervjuade.

Utifrån det medicinska ansvaret är det verksamhetscheferna som är huvudaktörer när nya vårdförlopp ska implementeras och tillämpas. Vi har noterat i samband med granskningen att det på förvaltningschefsnivå, vid de sjukhus som har granskats, inte finns en fullständig överblick över vilka nya kunskapsstöd som är aktuella och vilka de sammanlagade effekterna blir för sjukhusens resurser.

Vad gäller implementeringen av vårdförloppet Hjärtsvikt – nydebuterad har Lasarettet i Trelleborg, Lasarettet i Landskrona och Hässleholms sjukhus påbörjat implementeringen av vårdförloppet, enligt intervjuade representanter för sjukhusen. Representant från Lasarettet i Trelleborg uppger dock att införandet har fått hållas tillbaka lite på grund av resursbrist avseende kardiologer. Detta har förmedlats tillbaka till kunskapsstyrningsrådet.

Vid intervju med representant för Enheten för kunskapsstyrning, bekräftas bilden att en av utmaningarna med implementeringen av vårdförlopp är sjukhusens löpande prioriteringar i förhållande till resurser. Sjukhusens verksamheter och primärvård har i dag en hög belastning vilket skapar generella svårigheter att omhänderta samtliga nya vårdförlopp som beslutas om. Detta har lett till att Enheten för kunskapsstyrning tagit fram en tidplan för införandet av vårdförlopp och som har presenterats för kunskapsstyrningsrådet.

2.1.3 Styrelsernas och nämndernas styrning

Regionstyrelsen

Enligt *Reglemente för styrelser och nämnder i Region Skåne* har regionstyrelsen tillsammans med hälso- och sjukvårdsnämnden ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården i Skåne.

Regiondirektören beslutade 2019 som ovan nämnt att kunskapsstyrningsrådet skulle införas, sedan dess har kunskapsstyrningsrådet organisatoriskt legat under Koncernkontoret.

Vid regionstyrelsens sammanträde i oktober 2022 beslutade styrelsen om att godkänna och ställa sig bakom SKR:s *Rekommendation om inriktning för fortsatt utveckling av det nationella systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet 2023 – 2027*. Det är således styrelsen för SKR som har vid ett sammanträde i juni 2022 beslutat om att rekommendera samtliga regioner om att utveckla det nationella gemensamma systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet. I förslaget anges bland annat att regionerna ska fokusera på:

- det lokala införandet i form av implementering och tillämpning av bästa tillgängliga kunskap – med prioriteringar utifrån lokal analys
- uppföljning, medicinska resultat, oönskade variationer samt effektivitet i användningen av befintliga resurser
- att enkelt tillgängliggöra aktuella kunskapsstöd för vårdens personal
- att leverera underlag till den politiska ledningen för ett kunskapsbaserat beslutsfattande och den egna regionala och lokala planeringen och prioriteringen

Det anges också ett antal rekommendationer som SKR föreslår regionerna, bland annat:

- en effektiv och ändamålsenlig informationsförsörjning, genom att fortsatt utveckla arbetet med strukturerad vårdinformation i regionernas vårdinformationssystem
- att utveckla en mer sammanhållen, ändamålsenlig och effektiv uppföljning och analys
- ett systematiskt arbete för en ändamålsenlig utveckling och användning av nationella kvalitetsregister utifrån vårdens behov.

I regionstyrelsens beslutsunderlag anges det att uppföljning ska ske som en del i hälso- och sjukvårdsnämndens årsredovisning.

Vidare har vi under granskningsperioden inte stött på några övriga dokument eller liknande kopplat till kunskapsstyrning och/eller kunskapsstöd/vårdförlopp som regionstyrelsen har beslutat om.

Sjukhusstyrelserna

I reglementet anges att sjukhusstyrelserna är ansvariga för sjukhusens verksamhet, vilket inkluderar ett övergripande ansvar för att verksamheternas resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet.

Vid granskning av sammanträdesprotokoll för de tre sjukhusstyrelser som omfattas av granskningen har inga styrande beslut kopplat till arbetet med vårdförlopp identifierats. Bilden har bekräftats vid genomförda intervjuer med representanter för sjukhusen. Vid intervjuerna uppges det att införandet av nya kunskapsstöd och vårdförlopp inte sällan blir en fråga om resurser och prioriteringar inom verksamheterna. I de fall verksamheten bedömer att det saknas förutsättningar för att fullt ut kunna implementera ett nytt vårdförlopp så är det till kunskapsstyrningsrådet detta delges, utan inblandning från sjukhusstyrelserna, trots att det är styrelserna som är ansvariga för verksamheten, inte minst när det handlar om resurs- och prioriteringsfrågor.

Ingen av intervjuobjekten efterlyser att arbetet med kunskapsstöd – som så ofta kräver medicinsk kunskap – ska detaljstyras av sjukhusstyrelserna. Däremot ses tydliga fördelar med att sjukhusstyrelserna har en förståelse för arbetet, exempelvis genom att styrelserna får ta del av uppföljning och statistik. Detta särskilt då införandet av vårdförlopp ofta kan bli en politisk prioriteringsfråga.

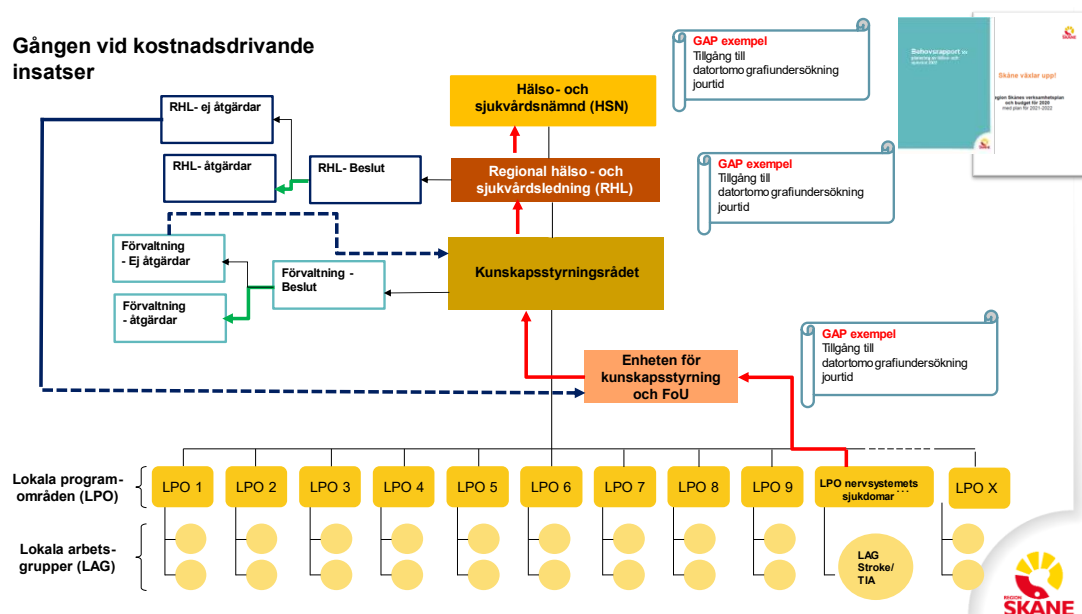
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Enligt reglementet har hälso- och sjukvårdsnämnden ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården i Region Skåne tillsammans med regionstyrelsen enligt hälso- och sjukvårdslagen. I reglementet anges också att nämnden ska lämna förslag till hälso- och sjukvårdsbudget inför beslut i fullmäktige, där förslaget ska innehålla uppdrag, inriktning, prioriterade områden och övergripande mål för utveckling av den skånska hälso- och sjukvården.

I nämndens verksamhetsplan för 2022 anges följande riktade uppdrag från regionfullmäktige till nämnden; *Personcentrerade sammanhållna vårdförlopp ska införas enligt nationell plan och Region Skånes implementeringsmodell*. Uppdraget berör hälso- och sjukvårdsnämnden, samtliga sjukhusstyrelser, primärvårdsnämnden samt psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden.

I nämndens verksamhetsplan för 2023, bilaga uppföljningsplan, anges att arbetet med införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska följas upp under juni månad 2023. Nämnden har även under ett av vårens sammanträde 2023 fått en utbildning om kunskapsstyrning av dåvarande chef för Enheten för kunskapsstyrning.

Enligt intervjuade på Enheten för kunskapsstyrning, har nämnden, som tidigare nämnt, möjlighet att fatta beslut om införande av nya kunskapsstöd och vårdförlopp för de fall dessa skulle innebära stora kostnadsdrivande insatser. Nedan bild illustrerar den tänkta beslutsvägen avseende detta.



I samband med intervjun uppges det att nämnden inte har behövt fatta något sådant beslut då samtliga vårdförlopp som har införts de senaste åren inte bedömts ha någon större budgetpåverkan. Vid genomgång av sammanträdesprotokoll under 2023 för hälso- och sjukvårdsnämnden kan konstateras att inga beslut kopplat till arbetet med kunskapsstöd har fattats.

2.2 Bedömning

Vår bedömning är att det finns en organiserad styrning i Region Skåne för implementering av kunskapsstöd och vårdförlopp som är välfungerande samt att ansvarsfördelningen inom kunskapsstyrrådet är tydligt. Det är respektive verksamhetschef som har det yttersta ansvaret att se till att aktuella kunskapsstöd implementeras, vilket också anses vara välfungerade då det ligger i verksamheternas intresse att arbeta utifrån bästa medicinska kunskap.

Vidare har granskningen visat att det inte finns några politiska beslut från sjukhusstyrelserna gällande implementering av vårdförlopp. Det är vår bedömning att ingen av de berörda sjukhusstyrelserna har

tydliga förutsättningar att kunna styra genomförandet av nya kunskapsstöd och vårdförlopp. Kunskapsstyrningsrådet, som fattar de formella besluten om att anta vårdförlopp, förfogar inte över de verksamhetsbudgetar och uppdrag som aktualiseras av nya eller ändrade vårdförlopp. Vår bedömning är också att den prioritering som sker avseende nya eller ändrade vårdförlopp främst sker inom kunskapsstyrningsrådet och inom respektive verksamhetsområde inom sjukhusen. På politisk nivå har det under granskningsperioden inte skett några uttryckliga beslut om prioritering mellan eller inom de fält som omfattas av kunskapsstöd. Verkställighet förväntas normalt ske inom befintlig budgetram.

Det har i samband med granskningen framkommit att införandet av vårdförlopp kan vara resurskrävande och även aktualisera frågor om så kallad horisontell prioritering. Horisontell prioritering kan innebära att tillämpningen av ett standardiserat vårdförlopp inom ett medicinskt område sker i konkurrens med andra medicinska områden. Vår bedömning är att det finns oklarheter om mandat och gränsdragning mellan verkställighetsbeslut och beslut som bör fattas politiskt. Denna problematik gäller både hälso- och sjukvårdsnämnden och sjukhusstyrelserna.

2.3 Uppföljning

I detta avsnitt redogörs iakttagelser och bedömningar avseende revisionsfråga 4 som lyder:

4. Har nämnderna en tillräcklig uppföljning av att vården ges i enlighet med de nationella kunskapsstöden?

2.3.1 Kunskapsstyrningsrådets uppföljning

I kunskapsstyrningsrådets arbetsordning framgår det att ledamöterna ansvarar för att säkerställa uppföljning och återkoppling av genomförda beslut. Enligt vad som framkommit i granskningen har det inte skett någon explicit uppföljning i vilken utsträckning verksamheterna arbetar i enlighet med vårdförloppen.

I handlingsplanen som LAG tog fram avseende införandet av vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad framgår det att en uppföljning av själva handlingsplanen ska ske. Det anges bland annat att handlingsplanen ska följas upp kvartalsvis där planen som helhet stäms av. Det innebär bland annat avstämning av risker och riskhantering, gemensamma åtgärder, lokala åtgärder samt kommunikationsinsatser. Uppföljning ska ske i samband med uppföljningsmöten med LAG.

Vid intervju med Enheten för kunskapsstyrning uppges att det finns en avsaknad av systematisk uppföljning avseende implementeringen av vårdförloppen. Det finns således inga riktlinjer för hur den kliniska verksamheten ska arbeta med uppföljning. Vid intervju med representanter för respektive sjukhus anges att det till stor del faller på den enskilda verksamhetschefen att följa upp verksamheten vilket innebär att nivån på uppföljning och analys kan variera mellan olika enheter. Den uppföljning som görs är inte heller något som återrapporteras till vare sig kunskapsstyrningsrådet eller sjukhusstyrelserna.

Enligt företrädare för Enheten för kunskapsstyrning, finns det en medvetenhet kring bristen av uppföljning avseende implementering av vårdförlopp men det att det pågår ett förbättringsarbete på enheten. I samband med granskningen har vi fått ta del av arbetsmaterial som ska presenteras till kunskapsstyrningsrådet under våren 2024. Arbetsmaterialet innehåller en strategi avseende uppföljning av vårdförlopp.

2.3.2 Uppföljning och rapportering till kvalitetsregister

I Region Skånes verksamhetsplan och budget för 2023 med plan för 2024 – 2025 framgår det att god vård är en inriktning och ett samlingsbegrepp i skånsk hälso- och sjukvård som innefattar områden som är väsentliga förutsättningar för kvalitet i hälso- och sjukvården. Tillgänglig, jämlik, kunskapsbaserad, personcentrerad, säker, hälsofrämjande och effektiv hälso- och sjukvård är viktiga

områden var för sig och även tillsammans då dessa sammantaget skapar förutsättningar för en god vård som tillgodoser befolkningens behov. Inom dessa områden finns mål, regler och lagkrav som samtliga verksamheter behöver uppfylla och som ska följas upp i verksamheterna och regionalt.

I dokumentet Förslag hälso- och sjukvårdsbudget med uppdrag och regionbidragsfördelning 2023 som hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om framgår det att uppföljning avseende kunskapsstöd och vårdförlopp ska ske genom bland annat regiongemensamma indikatorer, som också ska ses som underlag för uppföljning av måluppfyllelse. De regiongemensamma indikatorerna beskrivs i de flesta fall i Region Skånes Indikatorsbibliotek. Här återfinns bland annat kvalitetsuppföljning och indikatorer för uppföljning avseende vårdförloppet Hjärtsvikt – nydebuterad.

För vårdförloppet Hjärtsvikt – nydebuterad finns det nio indikatorer som ska följas upp. I bilaga 1 redovisas sex av nio indikatorer som ska följas upp.

I samband med granskningen har vi tagit del av sjukhusstyrelsernas uppföljning av kvalitetsindikatorer (Bilaga för kvalitetsindikatorer tillhörande verksamhetsberättelse för januari – december 2023). I bilagan för kvalitetsindikatorer framgår det ingen uppföljning avseende vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad, det enda vårdförlopp som följs upp är vårdförlopp inom cancervård. Det har framkommit i granskningen att det som följs upp i kvalitetsbilagan är beslutat på förhand och ingenting som sjukhusen själva styr över.

Vid intervju med representanter för sjukhusen uppges att verksamheterna är anslutna till ett flertal kvalitetsregister som respektive verksamhet rapporterar in till. Inrapporteringen till kvalitetsregisterna kan variera mellan verksamheterna uppges de intervjuade. Det yttersta ansvaret för inrapportering till registerna ligger hos verksamhetscheferna men en viss överblick finns hos förvaltningarna. Skulle det förekomma en låg rapporteringsgrad kan det påpekas för verksamhetscheferna men utöver det vidtas inga övriga åtgärder. Det är upp till respektive verksamhetschef att omhänderta statistik och sammanställa och analyser hur den egna verksamheten presterar jämfört med andra. Enligt intervjuade från sjukhusen är det inte helt enkelt att få fram denna statistik för sammanställning från kvalitetsregisterna, detta på grund av att olika indikatorer följs upp på olika sätt och på olika nivåer inom verksamheten samt att inrapporteringsgraden varierar vilket medför att resultatet inte alltid blir jämförbart.

Vi har inom ramen för granskningen inte tagit del av någon uppföljning av kvalitetsindikatorer som avser vårdförloppet Hjärtsvikt – nydebuterad.

I samband med intervjuer med både representanter för sjukhusen och representant för Enheten för kunskapsstyrning nämns Skånes digitala vårdssystem (SDV) som ett möjligt sätt att i framtiden kunna underlätta uppföljningen av kunskapsstöd och vårdförlopp.

Vid intervju med medicinsk programchef och dennes kollegor på Koncernkontoret som arbetar med SDV uppges att det finns en koppling mellan SDV och kunskapsstyrning. Den senaste kunskapen ska vävas in och tillgängliggöras i SDV. I nuläget planeras implementering av kunskapsstöd i SDV på fyra sätt:

1. Notifikationer som informerar vårdgivaren, exempelvis information om att två mediciner reagerar med varandra.
2. Notifikationer likt ovanstående, men som inte aktivt måste klickas bort av vårdgivaren.
3. Stöd som aktiveras när ett visst steg har nåtts i behandlingsprocessen.
4. En informationsbank där vårdgivaren kan läsa mer om ett givet ämne.

Långsiktigt är intentionen att vårdgivaren ska få information direkt i datorn i stället för att själv aktivt behöva rådfråga kollegor eller leta upp informationen i databaser. Vid intervjun betonar de intervjuade att det rör sig om ett stöd och att det i slutändan inte är tänkt att ersätta den medicinska bedömningen som vårdpersonalen gör.

Vidare uppges de intervjuade att handlingar som utförs i SDV kommer kunna spåras i uppföljnings- och förbättringssyfte. I dagsläget delger samtliga intervjuade företrädare för sjukhusen att det finns

svårigheter med att utvärdera och dra lärdomar av arbetet med kunskapsstöd och att det kan vara svårt att få ut relevant information utifrån det som rapporteras i nuvarande system och kvalitetsregister.

2.3.3 Nämndernas uppföljning

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sin verksamhetsberättelse för både 2022 och 2023 följt upp arbetet med införandet av vårdförlopp. I nämndens verksamhetsberättelse från 2022 anger nämnden bland annat ”att införandet av 18 personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp pågår varav fem införanden är i ett tidigt stadium”. Vidare anger nämnden i verksamhetsberättelsen från 2022 att ”kunskapsstyrningsorganisationen, med fokus på personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och riktlinjer, är en viktig förutsättning för en ökad jämlikhet i hälso- och sjukvården. Den bredd av LPO (lokala programområde) som inrättats i Region Skåne, totalt 26, utgör en grund för kvalitetsarbete och utveckling utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Samtliga LPO har i uppdrag att utveckla en jämlik vård genom att analysera och utvärdera kvalitetsutfall samt stödja implementering av riktlinjer, vårdprogram och vårdförlopp”.

I nämndens verksamhetsberättelse för 2023 har nämnden följt upp arbetet med införandet. I verksamhetsberättelsen anges bland annat; ”vid årets slut befann sig 27 av 32 nationellt godkända vårdförlopp i någon fas av den regionala införandeprocessen och förflyttningen går framåt. Beslut om införande med stöd av handlingsplaner fattas i det regionala kunskapsstyrningsrådet. Under 2023 fattades beslut om handlingsplaner avseende vårdförloppen kritisk benischema, schizofreni (del 1), stroke och TIA (del 1) och hjärtsvikt – nydebuterad”.

Vidare anges det i nämndens verksamhetsberättelse för 2023 att kunskapsstyrning och ökad standardisering med hög sannolikhet bidrar till att minska omotiverade skillnader i skånsk hälso- och sjukvård, men att någon effekt ännu inte har följts upp. Det anges också att ett projekt *Hälso- och sjukvårdsuppföljning jämlik vård* genomfördes under 2023 tillsammans med Lunds universitet vars syfte var att föreslå hur uppföljning av jämlik vård kan stärkas.

Regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna

I samband med granskningen har ingen uppföljning kopplat till kunskapsstyrning, kunskapsstöd eller vårdförlopp identifierats avseende regionstyrelsen eller sjukhusstyrelserna. I det beslutsunderlag som regionstyrelsen beslutade om avseende SKR:s *Rekommendation om inriktning för fortsatt utveckling av det nationella systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet 2023 – 2027* anges det att uppföljning ska ske som en del i hälso- och sjukvårdsnämndens årsredovisning.

Enligt vad som framkommit vid intervjuer bekräftas bilden av att det inte har skett någon uppföljning avseende kunskapsstöd och vårdförlopp till politiken. Förutom det som följts upp i respektive sjukhusstyrelses verksamhetsberättelse och bilaga med kvalitetsindikatorer (vårdförlopp cancervård) har inga övriga kvalitetsindikatorer (exempelvis vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad) rapporterats till de politiska styrelserna.

2.4 Bedömning

Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden har till viss del följt upp att vården ges i enlighet med de nationella kunskapsstödet och vårdförlopp då nämnden har följt upp arbetet med implementering av vårdförlopp. Vidare gör vi bedömningen att regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna inte på ett tydligt sätt följt upp att vården ges i enlighet med de nationella kunskapsstöden och vårdförloppen. Det är vår bedömning att det saknas strukturerad uppföljning och analys av såväl implementering av kunskapsstöd men även efterlevnad av kunskapsstöd i verksamheterna. Kunskapsstyrning och kunskapsstyrningsrådet är en viktig förutsättning för en ökad jämlikhet i hälso-

och sjukvården. De lokala programområdena har i uppdrag att utveckla en jämlik vård genom att analysera och utvärdera kvalitetsutfall. Det är vår bedömning viktigt att uppföljning görs för att kunna verka för en jämlik vård då det saknas en samlad uppföljning av hur implementeringen av vårdförlopp fortskrider och huruvida vård ges i enlighet med vårdförloppen. En sådan uppföljning sker varken på politisk eller tjänstemannanivå i dagsläget.

Det förekommer viss inrapportering till aktuella kvalitetsregister men arbetet kräver manuell handpåläggning samt att nuvarande kvalitetsregister upplevs som svårarbetade. Då det faller på respektive verksamhetschef att ansvara för efterlevnad och rapportering i kvalitetsregister bedömer vi att det är viktigt att det finns uppföljning och att åtgärder vidtas vid låg inrapportering. Detta för att verksamheterna ska kunna identifiera utvecklingsområden och förbättringsområden.

3 Samlad bedömning

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt sjukhusstyrelserna inte helt säkerställt en efterföljsamhet till nationella kunskapsstöd inom hälso- och sjukvården.

Vår bedömning grundar sig i att det saknas en tydlig styrning och uppföljning från nämndernas sida avseende följsamheten till de nationella kunskapsstöden. Det saknas en strukturerad uppföljning och analys av såväl implementering som efterlevnad av kunskapsstöden i verksamheterna. Det är vår bedömning viktigt att uppföljning görs för att kunna verka för en jämlik vård då det saknas en samlad uppföljning av hur implementeringen av vårdförlopp fortskrider och huruvida vård ges i enlighet med vårdförloppen. En sådan uppföljning sker varken på politisk eller tjänstemannanivå i dagsläget. I samband med granskningen är det endast hälso- och sjukvårdsnämnden som följt upp arbetet med implementeringen av nationella kunskapsstöd.

Vidare bedömer vi att ingen av de granskade nämnderna har tydliga förutsättningar att styra genomförandet av kunskapsstöd. Kunskapsstyrningsrådet, som fattar de formella besluten om att anta och implementera kunskapsstöd, förfogar inte över de verksamhetsbudgetar och uppdrag som aktualiseras av nya eller ändrade kunskapsstöd. Vår bedömning är också att den prioritering som sker avseende nya eller ändrade kunskapsstöd främst sker inom kunskapsstyrningsrådet och inom respektive verksamhetsområden inom sjukhusen. På politisk nivå har det under granskningsperioden inte skett några beslut om prioritering mellan eller inom de fält som omfattas av kunskapsstöd.

Vi bedömer samtidigt att det system som kunskapsstyrningsrådet tillämpar för att implementera nationella kunskapsstöd löpande i de kliniska verksamheterna är välstrukturerat. Det är respektive verksamhetschef i sjukhusen som har det yttersta ansvaret att se till att aktuella kunskapsstöd implementeras, vilket anses vara välfungerande då det ligger i verksamheternas intresse att arbeta utifrån bästa medicinska kunskap. Tillika är ansvarsfördelningen inom kunskapsstyrningsrådet tydligt.

3.1 Bedömning per revisionsfråga

I tabellen nedan följer bedömning per revisionsfråga.

| Revisionsfråga | Bedömning |
|--|---|
| Är ansvarsfördelningen för tillämpning av kunskapsstöden inom hälso- och sjukvården i Region Skåne tydlig? | Vår bedömning är att det finns en organiserad styrning i Region Skåne för implementering av kunskapsstöd och vårdförlopp som är välfungerande samt att ansvarsfördelningen inom kunskapsstyrningsrådet är tydligt. Det är respektive verksamhetschef som har det yttersta ansvaret att se till att aktuella kunskapsstöd implementeras, vilket också anses vara välfungerande då det ligger i |

| | |
|---|---|
| | <p>verksamheternas intresse att arbeta utifrån bästa medicinska kunskap. Vidare har granskningen visat att det inte finns några politiska beslut från sjukhusstyrelserna gällande implementering av vårdförlopp. Det är vår bedömning att ingen av de berörda sjukhusstyrelserna har tydliga förutsättningar att kunna styra genomförandet av nya kunskapsstöd och vårdförlopp.</p> |
| <p>Har nämnderna utifrån sitt uppdrag vidtagit tillräckliga åtgärder för att de nationella kunskapsstöden ska implementeras och tillämpas på ett ändamålsenligt sätt?</p> | <p>Vår bedömning är att ingen av de granskade nämnderna har tydliga förutsättningar att styra genomförandet av kunskapsstöd. Kunskapsstyrningsrådet, som fattar de formella besluten om att anta kunskapsstöd, förfogar inte över de verksamhetsbudgetar och uppdrag som aktualiseras av nya eller ändrade kunskapsstöd. Vår bedömning är också att den prioritering som sker avseende nya eller ändrade kunskapsstöd främst sker inom kunskapsstyrningsrådet och inom respektive verksamhetsområden inom sjukhusen. På politisk nivå har under granskningsperioden inte skett några uttryckliga beslut om prioritering mellan eller inom de fält som omfattas av kunskapsstöd.</p> |
| <p>Sker besluten om att implementera nya eller reviderade kunskapsstöd på ett regelrätt sätt?</p> | <p>Vår bedömning är att det finns oklarheter om mandat och gränsdragning mellan verkställighetsbeslut och beslut som bör fattas politiskt.</p> |
| <p>Har nämnderna en tillräcklig uppföljning av att vården ges i enlighet med de nationella kunskapsstöden?</p> | <p>Vår bedömning är att den granskade politiska styrningen inte har på ett tydligt sätt följt upp att vården ges i enlighet med de nationella kunskapsstöden. Det saknas en strukturerad uppföljning och analys av såväl implementeringen av kunskapsstöd men även efterlevnad av kunskapsstöd i verksamheterna. Vidare bedömer vi att det saknas en samlad uppföljning av hur implementeringen av kunskapsstöd fortskrider. En sådan uppföljning sker varken på politisk eller tjänstemannanivå i dagsläget. I samband med granskningen är det endast hälso- och sjukvårdsnämnden som följt upp arbetet med implementeringen av nationella kunskapsstöd.</p> |

3.2 Rekommendationer

Utifrån granskningsresultatet rekommenderas regionstyrelsen hälso- och sjukvårdsnämnden, sjukhusstyrelse Trelleborg, sjukhusstyrelse Landskrona och sjukhusstyrelse Hässleholm att:

1. en tydligare roll behöver utformas för nämnd och styrelser i beslutsprocessen om nationella kunskapsstöd särskilt vad gäller budgetering av resurser samt prioritering för implementering av nationella kunskapsstöd.
2. genomföra en årlig översikt över status och läge för implementering av nationella kunskapsstöd samt säkerställa en strukturerad uppföljning och analys av kunskapsstöd som underlag för politiska prioriteringar.

Bilaga 1

Bild 1: *Tabell 1: Resultatmått*

| Indikator | Målvärde | Mätning och åter-rapportering | Källa |
|--|----------|-------------------------------|----------------------------|
| Andel patienter som avlidit ett år efter hjärtsviktsdiagnos | Saknas | Årlig mätning | Nationell datakälla saknas |
| Oplanerad inläggning för hjärtsvikt inom ett år efter hjärtsviktsdiagnos | Saknas | Årlig mätning | Nationell datakälla saknas |

Bild 2: *Tabell 2: Processmått*

| | | | |
|---|------|---------------|--|
| Andel remisser för ekokardiografi vid välgrundad misstanke om nydebuterad hjärtsvikt som besvaras inom 30 kalenderdagar | 90 % | Var 3:e månad | Nationell datakälla saknas |
| Andel patienter med hjärtsvikt med LVEF <40 % (HFrEF) som genomfört minst ett uppföljningsbesök inom 30 dagar från diagnos på hjärtsviktsmottagning | 90 % | Var 3:e månad | Nationell datakälla saknas Åtgärdskod KVÅ DT003 inställning och utprovning av läkemedel Diagnoskod: ICD-10-SE I50.1a Vänsterhjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion (HFrEF) |

Bild 3: *Tabell 2: Processmått*

| | | | |
|---|------|---------------|--|
| Andel patienter med hjärtsvikt med LVEF <40% (HFrEF) som hämtat ut recept på ACE-I eller ARB samt betablockad inom 120 dagar från diagnos | 90 % | Var 6:e månad | Nationell datakälla saknas Diagnoskod: ICD-10-SE I50.1a Vänsterhjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion (HFrEF) |
| Andel patienter med hjärtsvikt med LVEF <40% (HFrEF) som hämtat ut recept MRA inom 120 dagar från diagnos | 50 % | Var 6:e månad | Nationell datakälla saknas Diagnoskod: ICD-10-SE I50.1a Vänsterhjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion (HFrEF) |