Kunskapsstyrning hälso- och sjukvården

En överenskommelse inom Samverkan Blekinge

2024-04-03

Ett samarbete mellan

Karlshamns kommun · Karlskrona kommun · Ronneby kommun · Region Blekinge · Olofströms kommun · Sölvesborgs kommun

1. Dokumentnamn: Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. En överenskommelse inom Samverkan Blekinge [Region Blekinge och kommunerna Karlskrona, Ronneby, Karlshamn, Sölvesborg och Olofström]		2. Revision: **01**
3. Dokumenttyp:	4. Dokumentnummer:	
5. Detta dokument gäller för: Region Blekinge och länets samtliga kommuner	6. Funktionsområde:	
7. Dokumentansvarig:	8. Beslut av: LSVO	
9. Beslut datum: 2024-05-24	10. Nästa revidering: 2027-01-01	

I samverkan med regional arbetsgrupp är överenskommelsen författat av:

Birgitta Nilsson	Forskning- och utvecklingsstrateg
Gunilla Månsson	Hälso- och sjukvårdsstrateg

Innehållsförteckning

Inledning **5**

1.1 Syfte 5
1.2 Villkor för överenskommelse 6
1.2.1 Giltighetstid och revidering 6

2 Bakgrund **6**

2.1 Utveckling av kunskapsstyrning 6
2.2 Individen som medskapare 7
2.3 Partnerskap med myndigheter 7
2.4 Kunskapsstöd 7
2.4.1 Nationellt kliniskt kunskapsstöd 8
2.5 Stöd för uppföljning, öppna jämförelser och analys 9

3 Struktur för kunskapsstyrning **10**

3.1 Nationell nivå 10
3.1.1 Nationella programområden (NPO) 11
3.1.2 Nationella arbetsgrupper (NAG) 11
3.1.3 Nationella samverkansgrupper (NSG) 11
3.2 Sjukvårdsregional nivå 11
3.2.1 Regionalt programområde (RPO) 12
3.2.2 Regional arbetsgrupp (RAG) 12
3.2.3 Regional samverkansgrupp (RSG) 12
3.3 Lokal nivå 12
3.3.1 Lokalt programområde (LPO) 12
3.3.2 Lokal arbetsgrupp (LAG) 13
3.3.3 Lokal samverkansgrupp (LSG) 13
3.4 Kommunala representanter 14

4 Lokal samverkan och styrning **15**

4.1 Regionens förvaltningsansvar 15
4.2 Länsgemensam struktur 15
4.2.1 Strategisk nivå 15
4.2.2 Taktisk nivå 16
4.2.3 Operativ nivå 16
4.3 Ersättning för uppdrag i lokala, sjukvårdsregionala och nationella grupper 17
4.4 Ordnat införande 17
4.4.1 Remisshantering och införande 17
4.5 Nomineringsprocess 19
4.5.1 Lokal nomineringsprocess 20
4.5.2 Patient och närståendeföreträdare i arbetsgrupper 21

Undertecknande **22**

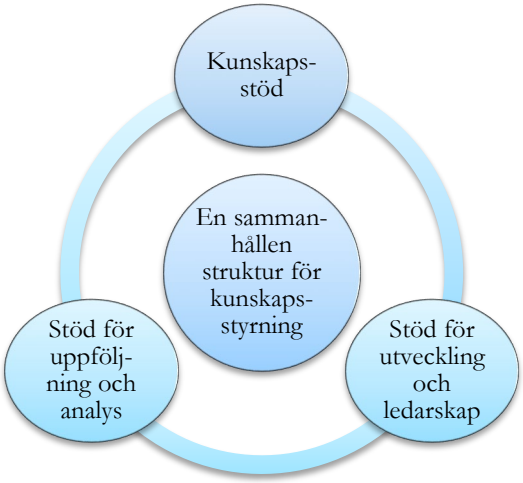
Bilagor **23**

1: Begreppsdefinition 23
2: Kunskapsrådet i Region Blekinge 24
3: Lokal nomineringsblankett 25

Inledning

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Kunskapsstyrning är en gemensamt formaliserad struktur för kunskapsöverföring och samverkan för Sveriges regioner sedan 2018 med målsättningen att kunna ge en mer kunskapsbaserad, säker, personcentrerad, jämlik, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. Arbetet sker i samarbete mellan regionerna och i samarbete med kommuner, patient- och professionsföreningar, nationella myndigheter och forskarsamhället. Samarbetet tydliggör vårdens och patientens gemensamma utvecklingsarbete för att skapa rätt vård och behandling för varje individ.

Kunskapsstyrningen bygger på tre delar; kunskapsstöd, uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap. Kunskapen ska utgöra ett stöd för professionen i mötet med patienten och är ett verktyg så patienten kan bli mer delaktig i sin vård tillsammans med professionen (kunskapsstyrningvard.se).



”Kunskapsstyrningen ska bidra till förändrade arbetssätt för en hållbar utveckling av framtidens hälso- och sjukvård där en personcentrerad och nära vård och omsorg tillämpas”

Figur 1 Ett lärande, sammanhållet system för kunskapsstyrning (SKR, 2023)

Ytterst handlar kunskapsstyrning om att använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte[1] och att systematiskt utveckla, dela och omsätta ny kunskap. Det är ett arbete som behöver pågå hela tiden och som aldrig kan bli färdigt. Kunskapsstyrning bygger på att ständigt utvärdera och lära för att ständigt kunna förbättra.

1.1 Syfte

Syftet med överenskommelsen är att regionen och länets kommuner överenskommer om samverkan i de sex av 26 nationella programområdena (NPO) som beslutats av den nationella styrgruppen för kunskapsstyrning i socialtjänsten (S-KiS). Dessa sex programområden är:

1. barn och ungas hälsa
2. psykisk hälsa
3. primärvård (privat och offentlig aktör)
4. äldres hälsa och palliativ vård

[1] I innevarande överenskommelse används företrädelsevis begreppet patient avseende den person som söker eller tar emot vård oavsett individens ålder.

5. rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
6. levnadsvanor.

samt i tre av sex samverkansgrupper:

- data och analys
- patientsäkerhet
- stöd för utveckling.

Överenskommelsen inkluderar ett gemensamt utvecklingsarbete för patient- och brukarmedverkan och ett gemensamt ställningstagande avseende ett ordnat införande hos varje huvudman med början i behov, nomineringsprocess och remisshantering för kunskapsstöd för hälso- och sjukvården samt strukturen med forum som är kopplade till kunskapsstyrningen.

1.2 Villkor för överenskommelse

Parter i denna överenskommelse är Region Blekinge och var och en av kommunerna i Blekinge.

Innevarande dokument är en överenskommelse mellan parterna om ramar och intentioner avseende samverkan för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård.

1.2.1 Giltighetstid och revidering

Överenskommelsen gäller för tidsperioden 2024–2027 och överensstämmer med nuvarande nationell utvecklingsplan för kunskapsstyrning till och med 2027. Varje part har möjlighet att aktualisera en uppsägning. Uppsägningstiden för innevarande avtal är tolv månader och om ingen part skriftligen sagt upp överenskommelsen förlängs avtalet efter nuvarande tidsperiod med två år i taget.

Revidering sker årligen under tidsperioden för överenskommelsen eller om det sker väsentliga förändringar i omvärlden med bäring på kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvården.

2 Bakgrund

För att ge en översiktlig bild av kunskapsstyrning ges en beskrivning av hur kunskapsstyrningen utvecklats från de regionala cancercentrum 2010, individens förändrade roll som medskapare, styrningen av nationellt partnerskap med myndigheter, beskrivningen av kunskapsstöd som samlingsbegrepp och tillgängligheten av kunskapsstöd genom digitalisering samt avslutningsvis inriktningen för uppföljning, öppna jämförelse och analys.

2.1 Utveckling av kunskapsstyrning

Kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård grundas i arbetet med de regionala cancercentrum (RCC) som på uppdrag av Regiondirektörerna i Sverige 2010 bildade en nationell grupp, Regionala cancercentrum i samverkan. Gruppen består av sex RCC chefer och en Cancersamordnare från Sveriges kommuner och regioner (SKR), som leder gruppen.

Utifrån RCC utformades ett gemensamt system för kunskapsstyrningens i hälso- och sjukvården med en skapande nationell nivå, en samordnande sjukvårdsregional nivå och en lokal införande och utfalsande nivå för att nå en mer jämlik hälso- och sjukvård för alla i Sverige. En utvärdering av strukturen genomfördes 2015 som ledde fram till en nationell avsiktsförklaring och en överenskommelse mellan svenska staten och SKR om systemet för Kunskapsstyrning 2017. Den första utvecklingsplanen 2018–2022 hade fokus på etablering och uppbyggnad av lokal och sjukvårdsregional struktur.

I januari 2023 påbörjades den andra utvecklingsplanen 2023–2027 och nu har fokus förflyttas till hållbar drifts- och utvecklingsfas. Med en tydlig inriktning på implementering och tillämpning av bästa tillgängliga kunskap, uppföljning och resultat. Samtliga regioner i Sverige har på politisk nivå under hösten 2023 ställt sig bakom att följa den nationella överenskommelsen och utvecklingsplanen.

2.2 Individen som medskapare

I mötet med individen som patient och anhörig blir kunskapen ett stöd för professionen och ett verktyg för att göra patienten mer delaktig i sin vård tillsammans med professionen. Denna delaktighet är grundläggande för en utveckling som utgår från patientens perspektiv och egen kunskap. Patientens roll förändras från att vara mottagare av vård till att i ökad utsträckning vara medskapare. Genom medskapandet tas erfarenheter, kunskap och synpunkter från individen som patienter, närstående, patientföreträdare och patientföreningar tillvara.

2.3 Partnerskap med myndigheter

För att stärka den nationella kunskapsstyrningen har ett antal myndigheter i Rådet för styrning med kunskap ingått partnerskap med kommuner och regioner. Det finns två partnerskap: Partnerskap till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården och Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning i socialtjänsten.

Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård är en modell för långsiktig samverkan på nationell nivå i kunskapsstyrningsfrågor. I partnerskapet ingår Styrgruppen för nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och myndigheterna i Rådet för att styra med kunskap[2].

Det övergripande målet med partnerskapet är att samverka för en god vård, det vill säga att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv.

För att skapa förutsättningar för en god vård ska partnerskapet bidra till…

- ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ för behovsanpassad kunskapsutveckling,
- att befintlig kunskap kan användas på ett effektivt sätt,
- att resurserna i vården används på bästa sätt,
- att bästa tillgängliga kunskap finns tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient för en vård av hög kvalitet.

2.4 Kunskapsstöd

Inom systemet för kunskapsstyrning används begreppet kunskapsstöd som ett samlingsbegrepp för olika stödmaterial. Det finns flera olika typer av kunskapsstöd från olika aktörer. Nationella programområden och de nationella arbetsgrupperna tar fram några av dessa.

Ett kunskapsstöd innehåller information som bedöms vara nödvändig för att berörda professioner och verksamheter ska vara trygga i vilka åtgärder som ska utföras och när de ska utföras. Informationen i ett kunskapsstöd kan innehålla riktlinjer från Socialstyrelsen, vårdprogram, vårdriktlinjer, standardiserade vårdförlopp (SVF) och personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSV). Gemensamt för kunskapsstöd

[2] Rådet består av nio myndigheter varav följande sex myndigheter är aktiva i partnerskapet: e-Hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

är att det ska vara tydligt och enkelt att veta vad som ska göras, när och i vilken ordning. Denna process beskrivs i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.

Tidigare kunskapsstöd såsom vårdriktlinjer och vårdprogram inom hälso- och sjukvården har haft ett medicinskt fokus. Syftet med kunskapsstödet personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Intentionen är också att patienten ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Vårdförloppen ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering. Till varje vårdförlopp skrivs därför en konsekvensbeskrivning om vilken påverkan vårdförloppet har på vården och vilka förändringar som behöver göras och vad det innebär för individen[3].

Vid införande av kunskapsstöd görs gapanalyser och flera av de gap som framkommer i analyser kan vara kända sedan tidigare som exempelvis resurs- och kompetensbrist och långa ledtider. Det kan även framkomma saker som är lättare att arbeta med såsom att vissa behandlingsmetoder inte är utmönstrade, förtydliga samverkan, förtydliga ansvarsområden eller att utveckla informations- och utbildningsmaterial. Tanken är att börja med det nödvändiga och därefter med det som anses möjligt, och att införandet sker stegvis.

Kunskapsstöd finns även inom områden som, styrning och ledning, vägledning och patientsäkerhet.

2.4.1 Nationellt kliniskt kunskapsstöd

På den nationella nivån finns Nationellt kliniskt kunskapsstöd – 1177.se för vårdpersonal, som är en infrastruktur för att ta fram och tillgängliggöra kunskapsstöd för utredning, behandling och uppföljning i olika vårdsituationer. Stödet ägs av Sveriges 21 regioner och är en del av det nationella systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Kunskapsstöden författas och publiceras nationellt och regionerna kan sedan göra lokala tillägg som författas och publiceras i samma verktyg[4].

Syftet med nationellt kliniskt kunskapsstöd är att bidra till en god och jämlik vård i hela landet genom att kunna erbjuda bästa möjliga kunskap i enskilda vårdmöten. Kunskapsstödet ska kunna fungera som stöd när en yrkesutövare behöver stämma av vilka prover som bör tas, vilka behandlingar som rekommenderas eller vilka differentialdiagnoser hen ska vara uppmärksam på.

Innehållet i kunskapsstöden och styrningen av produktionen är regionernas gemensamma ansvar och koordineras av Sveriges sex sjukvårdsregioner och av stödfunktionen vid SKR. Digitaliseringsbolaget Inera AB svarar för redaktionellt stöd och Nationellt kliniskt kunskapsstöds IT-infrastruktur.

För att bidra till kunskapsutveckling inom kommunal hälso- och sjukvård finansierar Socialstyrelsen Kunskapsguiden.se. Innehållet på Kunskapsguiden är uppbyggt kring områden och teman och det går även att nå myndigheternas gemensamma författningssamling (HSLF-FS).

[3] Konsekvensbeskrivningar finns publicerade för varje vårdförlopp på kunskapsstyrningvard.se

[4] Beslut att flytta innehållet på nationellt kliniskt kunskapsstöd till 1177 Vårdpersonal togs i juni 2023 av SKS och Ineras styrelse.

2.5 Stöd för uppföljning, öppna jämförelser och analys

Kunskapsstyrning bygger på att genom uppföljning och analys ständigt utvärdera och lära för att oupphörligen kunna förbättra. Det är ett arbete som pågå hela tiden och som aldrig kan bli färdigt.

För att följa vårdens utveckling och kvalitet behövs genomtänkta analyser utifrån jämlikhet, tillgänglighet och effektivitet. Idag följs hälso- och sjukvården genom Vården i siffror som är Sveriges regioners och kommuners gemensamma sajt för att visa olika kvalitetsdata. För att hälso- och sjukvården ska kunna fatta väl underbyggda beslut behöver kvalitetsindikatorer och annan uppföljningsdata ständigt utvecklas och presenteras på ett tillgängligt sätt. Kunskapsstyrningen kan bidra till att hälso- och sjukvården tar ett samlat grepp kring struktur i rapportering och analys av utveckling och kvalitet, men alla parter behöver samarbeta och dela erfarenheter med varandra. Steg i riktningen mot en regiongemensam vårddatastrategi togs i juni 2023 som handlar om…

- att den hälsodata som ska förekomma i regiongemensam och nationell uppföljning har en specifikation som är fastslagen av NSG Strukturerad Vårdinformation/NSG Data och analys. Det gäller såväl registervariabler som definitioner av termer och begrepp kring vårdplatser, överbeläggningar m fl.
- att verka för en hälsodatahantering som möjliggör för respektive region att från en och samma egna IT-miljö tillgängliggöra den hälsodata som olika nationella användare ska kunna använda, för regiongemensamma syften och andra statliga hälsodataregister, forskarsamhället etcetera.
- att ett nytt regiongemensamt vårddatalager etableras, till stöd för en brett syftande uppföljning av kvalitet och resursanvändning i hälso- och sjukvården.

Dessa förändring behövs eftersom det idag saknas vårddatamässiga förutsättningar för en regiongemensam kapacitet för bred uppföljning och analys, som inkluderar jämförelser mellan regioner. Dagens regiongemensamma vårddatainsamlingar är uppbyggda för att stödja ett specifikt och avgränsat uppföljningssyfte (väntetider/vårdgaranti, kostnad per patient, slutenvårdanvändning etcetera). De kan inte på ett bra sätt användas utanför detta, vilket hämmar förmågan till bred uppföljning och de behov som systemet för kunskapsstyrning har. Dessutom är det alltför resursresurskrävande att varje region för sig ska beräkna enkel statistik och de indikatorer för uppföljning som ska sammanställas på nationell nivå.

Den nationella samverkansgruppen Data och analys har ansvar och uppdraget att:

- Kraftsamla och stärka arbetet kring uppföljning, analys och kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården.
- Säkra helhetssyn, strategisk inriktning, taktisk förflyttning och prioritering.
- Utveckla ett mer modernt, sammanhållet och integrerat uppföljningssystem, för att möta upp mot ökat tryck på och behov av tillgång till relevanta data.
- Säkra en bred helhetssyn på hur vårddatainsamlingar, kvalitetsregister och hälsodataregister motsvarar aktuella behov och hur dessa informationsförs.
- Nå ut med tydliga budskap och strategisk inriktning från regioner i samverkan, i syfte att skapa samsyn och för att gå i takt med initiativ från staten.

3 Struktur för kunskapsstyrning

Den nationella strukturen för kunskapsstyrning ska speglas på sjukvårdsregional och lokal nivå. Detta arbete är under utveckling i Blekinge såväl som i landet i övrigt. I detta avsnitt återges strukturen först översiktligt för att därefter beskrivas på varje nivå och avslutningsvis den kommunala representationen.

- Nationell nivå – tar fram kunskapsstöd, uppföljning
  - NPO – nationellt programområde
  - NAG – nationell arbetsgrupp
  - NSG – nationell samverkansgrupp

- Sjukvårdsregional nivå – samordnar, informerar
  - RPO – sjukvårdsregionalt programområde
  - (RAG – sjukvårdsregional arbetsgrupp)
  - RSG – sjukvårdsregional samverkansgrupp

- Lokal (läns) nivå – inför, uppföljning
  - LPO – lokalt (län) programområde
  - LAG – lokal arbetsgrupp
  - LSG – lokal samverkansgrupp

3.1 Nationell nivå

Den nationella nivån består av staten och regioner i samverkan, och där SKR utgör stödfunktion för systemet. Regioner och myndigheter bidrar till nationella insatsområden och kunskapsstöd samt metoder att följa upp kvalitet och resultat i hälso- och sjukvård med.

Det finns tjugosex nationella programområden (NPO) som leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område och inom varje område finns ett eller flera insatsområden. För varje programområde finns det en sjukvårdsregion som har värdskapet, med undantag för cancersjukdomar där SKR har värdskapet. Värdskapet innebär att förse programområdet med stödresurser såsom processledare, kompetens och utvecklingskraft. Där det nationella primärvårdsrådet också ska bidra i omställningen till Nära vård.

NATIONELLA PROGRAMOMRÅDEN (NPO) – 26 stycken

Akut vård	Levnadsvanor	Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
Barn och ungdomars hälsa	Lung- och allergisjukdomar	Reumatiska sjukdomar
Cancersjukdomar (utgörs av RCC i samverkan)	▶ Nervsystemets sjukdomar	Rörelseorganens sjukdomar
Endokrina sjukdomar	▶ Njur- och urinvägssjukdomar	Sällsynta sjukdomar
Hjärt- och kärlsjukdomar	Mag- och tarmsjukdomar	▶ Tandvård
Hud- och könssjukdomar	Medicinsk diagnostik	Äldres hälsa
Infektionssjukdomar	Perioperativ vård, intensivvård och transplantation	Ögonsjukdomar
Kvinnosjukdomar och förlossning	Psykisk hälsa	Öron-, näsa- och halssjukdomar
Kirurgi och plastikkirurgi		▶ Nationella primärvårdsrådet

▶ Södra sjukvårdsregionen är värdregion

Figur 2 Nationella programområden (NPO)

Styrgruppen för nationell kunskapsstyrning i socialtjänsten (S-KiS) tar ställning till i vilka sammanhang kommunal medverkan är relevant. Valet av områden utgår ifrån målgrupper där hög grad av samverkan är

nödvändig utifrån invånarnas bästa. S-KiS beslutade våren 2019 att rekommendera kommunal medverkan i sex NPO, som framgår i syftet med denna överenskommelse samt kommunal medverkan i tre nationella samverkansgrupper (NSG) och förnärvarande i närmare 20 nationella arbetsgrupper (NAG).

3.1.1 Nationella programområden (NPO)

Ett NPO består av experter med bred kompetens inom respektive område, och representation från samtliga sex sjukvårdsregioner. De nationella programområdena ska bland annat…

- leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt område,
- följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser och gapanalyser (till exempel identifiera när det saknas kunskapsstöd),
- arbeta med kunskapsstöd för jämlik hälsa och vård, såsom behandlings-rekommendationer, personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp,
- utse nationella arbetsgrupper,
- arbeta utifrån beslutad process för ordnat införande och ordnad utfasning av läkemedel, medicinteknik och behandlingar.

3.1.2 Nationella arbetsgrupper (NAG)

Nationella programområden (NPO) och nationella samverkansgrupper (NSG) tillsätter nationella arbetsgrupper (NAG) inom olika områden och vid behov för specifika frågor. NAG bistår NPO i att utföra dess uppdrag.

I de nationella arbetsgrupperna finns alla sjukvårdsregioner representerade. En jämn könsfördelning ska eftersträvas och att grupperna ska ha en multiprofessionell sammansättning med representanter från primärvård, specialistvård, för kvalitetsregister och vårdprogram, patientföreträdare och i förekommande fall kommunrepresentant.

Sammansättningen av gruppens medlemmar är viktig för att patients perspektiv och vårdkedjan i möjliga mån ska speglas i arbetssätt och prioriteringar som görs både i NAG och NPO.

3.1.3 Nationella samverkansgrupper (NSG)

Nationella samverkansgrupper (NSG) leder och samordnar regionernas gemensamma arbete i olika insatsområden. Varje programområde innehåller ett eller flera insatsområden.

De nationella samverkansgrupperna har nationella arbetsgrupper (NAG) för att driva förbättringsarbete inom olika områden.

3.2 Sjukvårdsregional nivå

Det är på sjukvårdsregional nivå som kunskapsstöd samordnas och behov identifieras. På denna nivå finns sjukvårdsregioner, regioner med hälso- och sjukvårdsledning och samarbete med kommuner. Deras uppgift är att stödja vårdgivare i att använda bästa tillgängliga kunskap och att utveckla och förbättra verksamheter.

Region Blekinge tillhör Södra sjukvårdsregionen (SSVR) tillsammans med Skåne, Kronoberg och del av Halland. SSVR har värdskap för fyra programområden; nervsystemets sjukdomar, njur- och urinvägssjukdomar, tandvård och avslutningsvis nationella primärvårdsrådet. Inom SSRV finns även andra gemensamma arbeten såsom samarbete för bättre vård och beslut utifrån nationell högspecialiserad vård, som ger upphov till förändringar i vårdprocesser inom Blekinge län. Dessa delar bör samordnas tillsammans med behoven från kunskapsstyrningen i en gemensam struktur för ett ordnat införande.

3.2.1 Regionalt programområde (RPO)

De tjugosex nationella programområdena speglas på sjukvårdsregional nivå i sjukvårdsregionala programområden (RPO).

Huvudsakliga uppdraget för RPO är att…

- bidra med behovsanalys och omvärldsbevakning till NPO,
- initiera och proaktivt arbeta med frågor för nationell och regional samordning,
- ta emot och samordna implementering av nationella kunskapsunderlag.

Huvudansvaret för fastställande och införande av nationella kunskapsunderlag åligger respektive region.

Varje RPO består av 1–2 ledamöter från respektive Blekinge, Halland, Kronoberg och Skåne. En av dessa ledamöter medverkar i det nationella programområdet (NPO), för respektive område och en representant medverkar i respektive regions lokala kunskapsstyrningsgrupp, dvs i det lokala programråd (LPO).

3.2.2 Regional arbetsgrupp (RAG)

Vid behov kan tillfälliga grupper etableras för specifika frågor. Dessa grupper benämns, regional arbetsgrupp (RAG). En restriktiv hållning finns för att skapa RAG eftersom den regionala nivån främst har som uppgift att samordna och identifiera behov där det kan finnas vinster med att inte alla fyra regionerna i sjukvårdsregionen ”gör allt”.

3.2.3 Regional samverkansgrupp (RSG)

De nationella samverkansgrupperna (NSG) speglas på sjukvårdsregional nivå i sjukvårdsregionala samverkansgrupper (RSG). Det huvudsakliga uppdraget för RSG är att…

- vara en länk mellan nationell och regional (lokal) nivå,
- samverka med övriga sjukvårdsregionala samverkansgrupper,
- vara sjukvårdsregional referens- och remissinstans,
- stödja de sjukvårdsregionala programområdena (RPO),
- identifiera och precisera vad som är relevant att samverka kring på sjukvårdsregional nivå.

Varje RSG består av 1–2 ledamöter från Blekinge, Halland, Kronoberg och Skåne och det är den sjukvårdsregionala styrgruppen för kunskapsstyrning som leder och samordnar arbetet.

3.3 Lokal nivå

Lokal nivå är den operativa nivån med ansvar att föra in ny kunskap, fasa ut det som inte ska göras, implementera och följa upp initiativ som kommer från myndigheter och staten via NPO och RPO.

Lokala nivån utgörs av länets kommuner och Region Blekinge inom offentlig såväl som av privat utförare av hälso- och sjukvård.

På lokal nivå möter patienter och vårdgivare varandra. Här finns vårdteam, stödsystem och verksamhetschefer. Det är på lokal nivå som systemet behöver skapa värde för att få effekt och göra skillnad för länets invånare. Här ska finnas tillgång till bästa möjliga kunskap som skall vara ett stöd i varje möte. Arbetet ska fokusera på patienternas behov och erfarenheter ska spridas vidare i systemet.

3.3.1 Lokalt programområde (LPO)

Syftet med lokala programområden (LPO) i Region Blekinge och länets kommuner är att inom ramen för kunskapsstyrningssystemet vara en länk mellan nationell och sjukvårdsregional nivå och den lokala nivån.

För att nå målet att realisera en personcentrerad och sammanhållen hälso- och sjukvård, vård och omsorg samt social välfärd som främjar god hälsa och utveckling för invånarna i Blekinge samarbetar Lokalt programområde med andra lokala programområden (LPO), lokala samverkansgrupper (LSG), lokala arbetsgrupper (LAG), aktuella hälso- och sjukvårdsregionala grupperingar inom strukturen för vårdsamverkan i Blekinge, berörda patientföreningar samt övriga samarbetspartners och aktörer.

LPO är drivande av utveckling inom sitt programområde. Vilket innebär att…

- göra behovsinventering som kan användas på lokal, sjukvårdsregional och nationell nivå.
- identifiera oönskade variationer inom regionen och ge förslag till förbättringsåtgärder samt följa upp resultat.
- vara mottagare av nationella och sjukvårdsregionala kunskapsstöd.
- ordnat införande/ordnad utfasning av läkemedel/behandlingar.
- medverka med svar till remissrundor och synpunktsinhämtningar.
- initiera, stödja och samordna processer för implementering av Kunskapsstöd.
- fungerar som rådgivande expertfunktion till ledningsgrupper inom hälso- och sjukvården i länet.
- fungera som beredande inom sitt programområde till Kunskapsrådet och LSVO.
- tillsätta ändamålsenliga lokal arbetsgrupp (LAG) och förmedla och tydliggöra uppdrag till LAG.

De sex LPO som har kommunala representanter har mandat att besluta om att starta LAG med kommunala representanter. För övriga LPO bereder Interkommunalt forum (IKF) i Blekinge frågan om kommunal medverkan.

3.3.2 Lokal arbetsgrupp (LAG)

LPO tillsätter lokala arbetsgrupper (LAG) inom olika områden och vid behov för specifika frågor. LAG bistår LPO i att utföra dess uppdrag.

De lokala arbetsgrupperna ska ha en multiprofessionell sammansättning med representanter från både primärvård, kommun, specialistvård, representanter ifrån området medicinsk diagnostik och det bör även finnas patientföreträdare med.

Sammansättningen av gruppens medlemmar är viktig för att patients perspektiv och vårdkedjan i möjligaste mån ska speglas i arbetssätt och prioriteringar som görs i LAG och LPO.

3.3.3 Lokal samverkansgrupp (LSG)

Syftet med lokal samverkansgrupp (LSG) i Region Blekinge och länets kommuner är att vara en länk mellan nationell, sjukvårdsregional nivå och den lokala nivån inom ramen för kunskapsstyrningssystemet. Utifrån underlag från statlig, nationell, sjukvårdsregional och lokal nivå ska den lokala samverkansgruppen genomföra åtgärder inom respektive område:

- Vara mottagare för nationella, sjukvårdsregionala och lokala vårdprocesser och kunskapsunderlag.
- Vara avsändare och mottagare för frågor som behöver lyftas mellan lokal nivå och sjukvårdsregional och nationell nivå.
- Samverkansgruppens arbete speglar nationella och sjukvårdsregionala insatsområden.
- Genomföra behovsinventering som kan användas på lokal, sjukvårdsregional och nationell nivå samt kommunicera detta genom systemet.
- Identifiera variationer inom regionen och vid behov ge förslag till förbättringsåtgärder samt följa upp resultat.

- Initiera, stödja och samordna aktiviteter för implementering av vårdprocesser kunskapsunderlag, medicintekniska produkter, läkemedel och behandlingar.
- Prioritera och föreslå lokala arbetsgrupper inom samverkansgruppens specifika område för beslut av Kunskapsrådet/ LSVO.

Lokal samverkansgrupp samarbetar med andra LSG, LPO, LAG, aktuella sjukvårdsregionala grupperingar, berörda patientföreningar och övriga samarbetspartners och aktörer.

3.4 Kommunala representanter

Arbetet med kunskapsstyrning kräver insatser på nationell, regional och lokal nivå. De regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) som finns i varje län, har uppdraget att på en övergripande nivå organisera samverkan i frågor som rör socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård. Vid kommunal representation på sjukvårdsregional nivå likväl som nationell nivå förekommer samverkan via den regionala samverkan- och stödstrukturen (RSS) med övriga RSS i aktuella län inom Södra sjukvårdsregionen.

Kommunerna finns representerade i de tidigare nämnda sex NPO som nationell styrgrupp för kunskapsstyrning socialtjänst (S-KiS) beslutat om. Dessa NPO har mandat att besluta om att starta NAG med kommunala representanter. För övriga NPO tar S-KiS ställning om kommunal medverkan ska förekomma eller inte.

När kommunala representanter ska ingå i NPO rekryteras de via S-KiS och de regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS). Inkomna nomineringar bereds i beredningsgruppen till styrgruppen (BG-SKS) och sammansättningen fastställs sedan av styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan (SKS).

Inom två av de sex aktuella NPO finns sex kommunala ledamöter, en från varje sjukvårdsregion och i resterade finns två representanter. Principen är att dessa två rekryteras från kommunerna inom den sjukvårdsregion där värdskapet för programområdet finns. Om ingen hittas breddas frågan om nominering till resten av landet. Nomineringar utifrån NPO – se vidare under Nomineringsprocess.

Om en kommunal representant vill avsluta sitt uppdrag vänder sig personen till processledaren för den nationella gruppering som personen ingår i. Processledaren återkopplar till SKR att personen avslutar sitt uppdrag och om representanten behöver ersättas eller inte.

De kommunala representanterna deltar som sakkunniga inom sin profession och företräder det kommunala perspektivet i gruppens uppdrag. Uppdraget för den kommunala representanten på nationell nivå har förtydligats i särskilt nationellt dokument[5].

De kommunala representanterna har expertis som behövs i arbetet och för att säkra att kunskapsstöd som tas fram, och analyser som görs, är användbara även i den kommunala verksamheten.

[5] Uppdrag som kommunal representant som fastställdes av S-KiS i december 2022.

4 Lokal samverkan och styrning

Det är viktigt att det kunskapsutvecklande arbetet är förankrat hos ledningen i regionen och länets kommuner för att professionen ska få tid och resurser till att arbeta med kunskaps- och metodutveckling.

Den gemensamma strukturen för kunskapsstyrningen bör bygga på befintlig samverkansstruktur i länet. Över tid kan lokala strukturer förändras med hänsyn till den omställning som sker mot en nära vård som kan komma att påverka strukturen för vårdsamverkan i Blekinge och därigenom kunskapsstyrningens system.

4.1 Regionens förvaltningsansvar

Region Blekinge har ansvar för förvaltning och utveckling av systemet för Kunskapsstyrning och att bjuda in kommuner och andra samarbetspartner till delaktighet och samverkan. Med andra samarbetspartners avses myndigheter, professionsföreningar, patientföreningar samt instanser och nätverk inom civilsamhället. I ansvaret ingår att tillse att revidering av innevarande överenskommelse årligen genomförs gemensamt av samverkansparterna.

Region Blekinge ansvarar även för att tillhandahålla processledare[6] och webbredaktörer kopplat till samtliga programområden. Dessa ger stöd och koordinerar programområdets olika insatser. De publicerar och samordnar kunskapsstöd på nationell webbplats samt på de lokala samarbetsytor som finns för länets gemensamma åtkomst.

4.2 Länsgemensam struktur

I detta avsnitt beskrivs samspelet mellan befintliga beslutsforum inom strukturen för Samverkan Blekinge[7] och den lokala Kunskapsstyrningen. Utöver befintlig struktur finns det inom länet professionsspecifika- och sakområdesnätverk, som kan komplettera den länsgemensamma strukturen avseende kunskapsstyrningen såsom MAS/MAR-nätverket[8].

4.2.1 Strategisk nivå

På strategisk nivå sker ansvar för sortering, prioritering, beslut och uppföljning. Inom befintlig samverkansstruktur finns på politisk nivå - rådet för Politisk samverkan vård och omsorg (PSVO) och på tjänstemannasidan finns länets direktörsgrupp och LSVO. Inom ramen för innevarande överenskommelse har LSVO ett nytt uppdrag som länsgemensam styrgrupp för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård för de delar som avses i innevarande överenskommelse. För styrning av övriga områden i kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård har regionen inrättat ett Kunskapsråd efter nationellt gemensamt beslut för regionerna.

Det behövs en beredningsgrupp/kansli som samordnar det lokala länsövergripande arbetet genom att bereda och fördela kunskapsstyrningsärenden till Region Blekinges Kunskapsråd och LSVO.

- LSVO: uppdrag som länsgemensam styrgrupp inom ramen för innevarande överenskommelse. Den lokala länsnivån är den mest centrala för att kunna nå målet att bästa kunskap ska finnas tillgängligt vid varje patientmöte. Den länsövergripande styrgruppen är en viktig

[6] Processledare - se bilaga 1 Begreppsdefinition

[7] Mer information finns i Samverkan Blekinge – Samverkan mellan Region Blekinge och länets kommuner inom hälsa, vård, lärande och social välfärd.

[8] MAS – medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAR – medicinskt ansvarig för rehabilitering

mottagarorganisation för de underlag och prioriteringar som genomförs på nationell och sjukvårdsregional nivå samt för de behov som identifieras på lokal nivå, inom de områden som överenskommelsen omfattar.

- Kunskapsrådet: Regionens struktur för Kunskapsstyrning utgår från Kunskapsrådet, som ska leda, styra och samordna länets kunskapsstyrning och stödja det lokala kunskapsstyrningsarbetet. De funktioner som finns representerade i Kunskapsrådet framgår i bilaga 2.

4.2.2 Taktisk nivå

Ansvar för införande och uppföljning.

- Inom Samverkan Blekinge möts **linjechefer** såsom verksamhetschefer etcetera från regionen och länets kommuner i de länsgemensamma samverkansgrupperna Att växa upp, Mitt i Livet och Att åldras.
- Inom systemet för Kunskapsstyrningen möts **professionerna** från regionen och länets kommuner, privat såväl som offentlig vårdgivare i lokala programområden (LPO) samt lokala samverkansgrupper (LSG) tillsammans med invånarna.

Dessa båda grupperingar finns till varandras förfogande, för att effektivt använda resurser och kompetens.

4.2.3 Operativ nivå

Ansvar för implementering av kunskapsstöd och att det sker en utmönstring av de åtgärder, processer etcetera som inte längre är aktuella.

Respektive huvudman har ansvar för sin struktur för det operativa arbetet med implementering i de verksamheter som berörs.

Den gemensamma samverkansstrukturen med lokala samverkansgrupper inom Samverkan Blekinge överlappar det arbete som sker i de Lokala arbetsgrupperna (LAG) inom kunskapsstyrnings-organisationen.

De LAG som lokala programområdena (LPO) och lokala samverkansgrupperna (LSG) tillsätter, är multiprofessionella, och från vårdens olika huvudmän, samt privat och offentliga vårdgivare. Patient eller närstående bör delta som fullvärdig deltagare.

LAG arbetar fram gapanalyser, handlingsplaner, etableringsplaner och förvaltningsplaner för det insatsområde och de kunskapsstöd de arbetar med. Regionens processmetodik används i arbetet när det handlar om en större process. Nationellt beslutade kunskapsstöd som innehåller en konsekvens-beskrivning är att betrakta som en större process. Ett exempel på ett sådant kunskapsstöd är person-centrerade sammanhållna vårdförlopp.

Vid arbete med en större process utses en medlem ur LPO till processägare[9]. Det kan vara en person från regionen eller från en av länets kommuner. Regionen stödjer LAG med processledare och webbredaktör.

Processägaren har mandat att genomföra och införa förändringar som inte har påverkan på budget eller personal. LAG, genom processägare och processledare överlämnar de delar inom processen som är linjechefernas ansvar att införande hos respektive huvudman. Denna överlämning ska ske tydligt i ett samverkansforum alternativt beslutande forum på verksamhetsnivå.

[9] Processägare – se bilaga 1 Begreppsdefinition

4.3 Ersättning för uppdrag i lokala, sjukvårdsregionala och nationella grupper

Huvudregeln är att respektive hälso- och sjukvårdsregion och kommun ansvarar för ersättning till de nominerade ledamöterna. Det är den arbetsgivare där företrädaren är anställd som står för såväl arbetstid som kostnader för resor, övernattningar etcetera

För ledamöter, anställda i någon av regionerna inom Södra sjukvårdsregionen (SSVR) som ingår i NPO och NAG inom de områden som SSVR har värdskap för utgår ersättning från SSVR för resor och logi vid möten utanför SSVR.

Vid medverkan på nationell nivå beslutar styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvården (SKS) om ersättning till kommunala representanter som deltar i NAG. I de fall är det den sjukvårdsregion som har värdskapet för aktuellt NPO som vårdförloppsarbetet är kopplat till som står för ersättningen till kommunen.

Södra sjukvårdsregionen (SSVR) har även upprättat principer för när de ersätter medverkan av patientrepresentanter.

Representanter ska alltid anmälas till SSVR:s kansli. För vidare aktuell information se SSVR hemsida.

4.4 Ordnat införande

Ett ordnat införande innebär att det finns en process för hur regionen och länets kommuner ska föra in ny kunskap och andra insatsområden. Det kan exempelvis omfatta igångsättning av arbetsgrupp, arbete med gap- och konsekvensanalyser, kartläggning, implementera godkända vårdförlopp och övergång till förvaltningsläge. Vid införandet av ny kunskap är även data- och analysstöd samt kommunikation viktiga delar. Inom regionen pågår ett utvecklingsarbete i form av projekt processorienterat arbetssätt där framtagandet av delen ordnat införande pågår, i samarbete med samordnare för Kunskapsstyrningen.

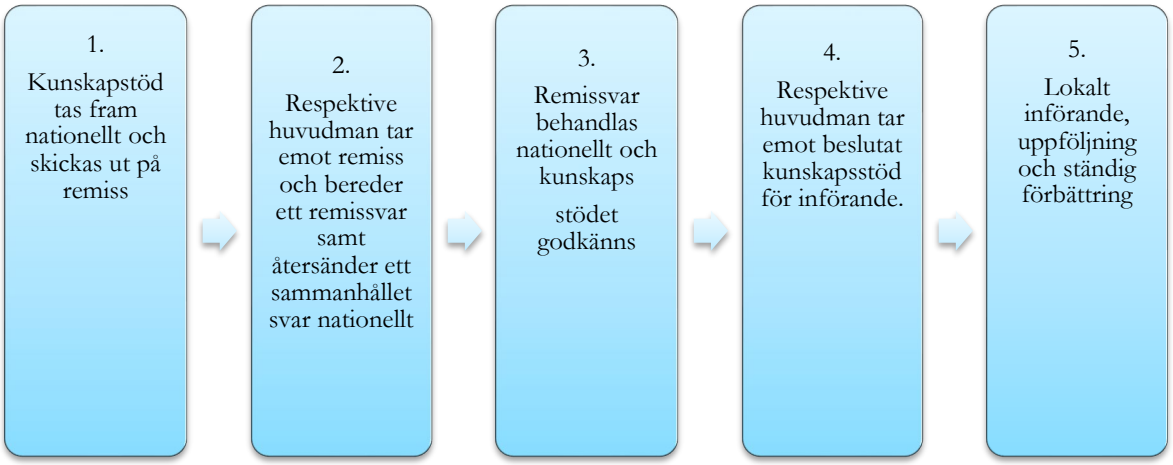
Det bör beaktas att regionen såväl som respektive kommun kan ha olika förutsättningar och kapacitet att genomföra ett ordnat införande. Processen för ett ordnat införande kommer succesivt att utvecklas och kommer därför att vara rörlig över tid när kunskapsstöd, metoder, nya läkemedel och medicinsktekniska produkter utvecklas.

4.4.1 Remisshantering och införande

Kunskapsstöd tas fram på den nationella nivån och skickas ut på remisser till samtliga regioner och kommuner i utvalda län. Därutöver är remisser öppna för alla att svara på.

Nya remisser publiceras under fyra perioder per år med startdatum 15 februari, 15 april, 15 september och 15 november.

Remissvaren behandlas av respektive nationell arbetsgrupp (NAG) som därefter reviderar kunskapsstödet. Beslut om fastställande av kunskapsstödet fattas av nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS). Därefter beslutar respektive region om införande.



Figur 3 Process för remisshantering

1. Kunskapsstöd tas fram nationellt och skickas ut på remiss. Remissen skickas till samtliga regioner. De län vars kommuner får i uppdrag att besvara remisser beslutas nationellt. Däremot har alla möjlighet att besvara remisser.

2. Region Blekinge tar emot remiss via funktionsbrevlåda. Lokal samordnare för Kunskapsstyrning tillsammans RSS funktion i Blekinge bereder ett remissvar genom att först identifiera vilka av de aktuella remisserna som skall hanteras inom ramen för denna överenskommelse. Därefter inhämtas svar via LPO, LSG, Chefsamråd samt Länssamverkansgrupp. Avslutningsvis sammanställer lokal samordnare svaret och återsänder ett gemensamt svar till nationella Kunskapsstyrning i särskilt webbverktyg.

I vissa remisser finns flera underlag som kan rikta sig till olika målgrupper. Ett exempel på det är kunskapsstödet Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp där det finns två underlag. Där linjechefer, ekonomer och verksamhetsutvecklare kan lämna svar på den konsekvensanalys som följer med aktuell remiss medan LPO och LSG i första hand kan prioritera att lämna svar avseende vårdförloppet.

Till varje vårdförlopp/andra kunskapsstöd skrivs en konsekvensbeskring om vilken påverkan vårdförloppet har på vården och vilka förändringar som kan behövas och vad det innebär för individen. I uppställningen nedan återfinns exempel på vad respektive dokument omfattar.

Konsekvensanalysen omfattar	Vårdförloppet omfattar
• Nytta eller risker för individen • Etiska aspekter • Verksamhet och organisation • Kostnad • Kompetensförsörjning • Påverkans på andra kunskapsstöd • Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvård • Uppföljning	• Beskrivning av tillståndet och omfattning • Vårdförloppets mål samt in och utgång • Flödesschema • Åtgärder • Personcentrering och patientkontrakt • Uppföljning • Nulägesbeskrivning utifrån patientperspektiv • Kunskapsunderlag

Figur 4 Beskrivning av vad konsekvensanalyser respektive vårdförlopp kan omfatta.

3. Remissvar behandlas nationellt och vårdförloppet godkänns.

4. Respektive huvudman tar emot beslutat kunskapsstöd för införande. Beslutade kunskapsstöd som inryms inom överenskommelsen anmäls in till beredning inom Länsgemensam styrgrupp för

Kunskapsstyrning. Beredning sker i styrgruppen och beslut fattas att ge LPO i uppdrag att förbereda för ett ordnat införande alternativt att avvakta med tillhörande argumentation.

5. Lokalt införande, uppföljning och ständig förbättring.

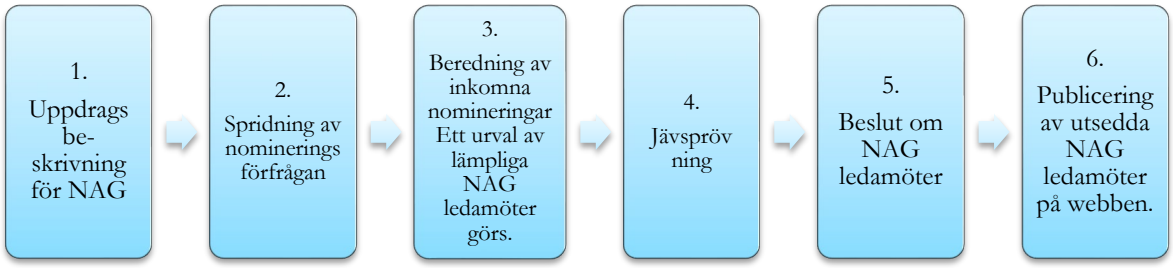
Ansvarigt programområde, LPO, tar emot uppdraget om att förbereda för ett ordnat införande. LPO tillsätter LAG, utser processägare och anmäler in behov av start av införandeprocessen till LSVO. LPO är ansvarig för uppföljning och ständig förbättring i de insatsområden som de implementerat. Hänvisning till arbetet med process för ordnat införande.

4.5 Nomineringsprocess

I detta avsnitt beskrivs först processen för att utse person till representant i ett nationellt uppdrag utifrån NPO. För nominering av kommunrepresentant till NPO – se tidigare avsnitt Kommunala representanter. Nomineringsprocessen på sjukvårdsregional och lokal nivå speglas även den utifrån nationell nivå. I avsnittet beskrivs processen för att utse person till representant i ett lokalt och sjukvårdsregionalt uppdrag separat.

Nominering innebär att en person utses/föreslås att vara den person som representerar exempelvis det kommunala perspektivet i en specifik arbetsgrupp. Personen som nomineras fyller själv i nomineringsansökan efter samråd med sin chef.

Inom Kunskapsstyrningen finns en nationellt beslutad nomineringsprocess i sex steg, se nedan figur. I steg 2 och 4 finns behov av lokal hantering i den nationella processen.



Figur 5 Nationell nomineringsprocess

I första steget identifierar NPO olika insatsområden och beslutar att starta NAG och nedan beskrivs steg två till fyra.

Steg 2. Spridning av nomineringsförfrågan och jävshantering.
Vid kommunal medverkan skickas frågan till RSS i den sjukvårdsregionen som har värdskapet för aktuell NPO, med undantag för psykisk hälsa och primärvårdsrådet där det är en representant per sjukvårdsregion.
I länet sker spridning av nomineringsförfrågan till de länsövergripande samverkansgrupper, LPO, LSG och regionens chefsamråd, MAS/MAR-nätverket och i förekommande fall till MLA-nätverket (medicinskt ledningsansvar för elevhälsa) och för kännedom till kommunens hälso- och sjukvårdschefer och/eller till Interkommunalt forum.

Steg 3. Beredning av inkomna nomineringar. Ett urval av lämpliga NAG ledamöter görs.
Den nominerade ombeds själv fylla i nomineringsformuläret som återfinns på webben. En förutsättning vid nominering är att det finns godkännande av närmaste chef och möjlighet att genomföra uppdraget utifrån aktuella ersättningsprinciper.

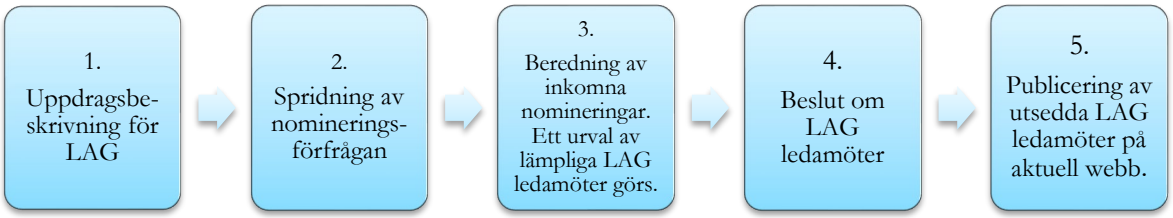
När nomineringstiden är slut bereds alla inkomna nomineringar. Efter att NPO beslutat om sammansättning meddelas vilka som kommer att ingå i den nationella arbetsgruppen. Alla som utses att ingå i arbetsgruppen ska lämna in en jävsdeklaration och kontaktas om detta.

Steg 4. Jävsprövning
Syftet med jävsdeklaration är att göra en bedömning av möjligt jäv, intressekonflikter och andra bindningar för uppdragstagare för att utesluta förekomsten av vad som, enligt Kommunallagen och Förvaltningslagen, kan anses som jäv och kan skada tilltron till resultatet av det uppdrag som uppdragstagaren medverkar i. Samtliga personer som deltar i nationellt och sjukvårdsregionalt programområde (NPO), samverkansgrupp (NSG) och arbetsgrupp (NAG) ska deklarera jävsförhållanden.

För uppdrag till NPO/NSG och NAG där regionernas och privata aktörers medarbetare efterfrågas hanteras detta av de sjukvårdsregionala samordnarna (södra sjukvårdsregionen) med kontakt och hantering av samordnare för Kunskapsstyrning i Blekinge enligt rutin för jävsprövning inom Region Blekinge. Innebär att jävsbedömning sker i enlighet med de processer och beslut som bestäms utanför ramen för innevarande överenskommelse [10]. För kommunrepresentanter sker jävsprövningen inom respektive huvudman där aktuell person har sin anställning i enlighet med de processer och beslut som bestäms utanför ramen för innevarande överenskommelse.

4.5.1 Lokal nomineringsprocess

Om en representant vill avsluta sitt uppdrag i ett LPO/LSG vänder sig personen till ordförande/ samordnare för LPO/LSG som personen ingår i. Ordförande/samordnare återkopplar till samordnare för Kunskapsstyrning att personen avslutar sitt uppdrag och om representanten behöver ersättas eller inte. När en person ska ersättas vid uppdrag kopplat till LPO/LSG börjar nomineringsprocessen i steg två eftersom det redan finns en uppdragsbeskrivning sedan tidigare.



Figur 6 Lokal nomineringsprocess

I första steget identifierar LPO olika insatsområden och beslutar om behov att starta LAG och nedan beskrivs steg två till fyra.

Steg 2. Spridning av nomineringsförfrågan
I länet sker spridning av nomineringsförfrågan till länsövergripande samverkansgrupper, LPO, LSG och regionens Chefsamråd, MAS/MAR-nätverket och i förekommande fall till MLA-nätverket (medicinskt ledningsansvar för elevhälsa) och för kännedom till kommunens hälso- och sjukvårdschefer och/eller till Interkommunalt forum. Vilka grupper som blir aktuella för spridning beror på vilken kompetens som

[10] Se länk för mer information nationellt: Nominering och jäv.

efterfrågas. Vid all nominering sker spridning både inom chefslinje och professionsgrupperingar. LPO använder samordnare för Kunskapsstyrning som stöd i hantering av detta steg.

Steg 3 och 4. Beredning och beslut av inkomna nomineringar för urval av lämpliga ledamöter till LAG.

Den nominerade ombeds själv fylla i nomineringsformuläret som återfinns på webben. En förutsättning vid nominering är att det finns godkännande av närmaste chef och möjlighet att genomföra uppdraget utifrån aktuella ersättningsprinciper.

När nomineringstiden är slut bereds alla inkomna nomineringar. Efter att LPO beslutat om sammansättning meddelas vilka som kommer att ingå i den lokala arbetsgruppen.

I de fall nomineringen gäller person till uppdrag i LPO hanterar LPO beredningen i samråd med samordnare för Kunskapsstyrning.

4.5.2 Patient och närståendeföreträdare i arbetsgrupper

Det pågår ett arbete i Region Blekinge att ta fram en rutin för patientmedverkan via patientföreningarna i Blekinge. Denna rutin planeras att utgå från den ersättningsmodell som funnits inom Regionala cancercentrum och som finns från den nationella rutinen inom systemet för kunskapsstyrning[11].

[11] Se länk för mer information om rollen som patient- och närståendeföreträdare i nationella arbetsgrupper Patientföreträdare i arbetsgrupper.

Undertecknande

Denna överenskommelse har upprättats i sex exemplar, varav parterna har tagit var sitt exemplar.

För Region Blekinge

Karlskrona den / 2024

Namn
Regionstyrelsens ordf./Regiondirektör

För Karlskrona kommun

Karlskrona den / 2024

Namn
Kommunstyrelsens ordf./Kommundirektör

För Ronneby kommun

Ronneby den / 2024

Namn
Kommunstyrelsens ordf./Kommundirektör

För Karlshamns kommun

Karlskrona den / 2024

Namn
Kommunstyrelsen ordf./Kommundirektör

För Sölvesborgs kommun

Sölvesborg den / 2024

Namn
Kommunstyrelsen ordf./Kommunchef

För Olofströms kommun

Olofström den / 2024

Namn
Kommunstyrelsens ordf./Kommunchef

Bilagor

1: Begreppsdefinition

LPO LAG LSG	Lokalt programområde Lokal arbetsgrupp Lokal samverkansgrupp
NKK	Nationellt kliniskt kunskapsstöd
NPO NAG NSG	Nationellt programområde Nationell arbetsgrupp Nationell samverkansgrupp
NSK NSK-R NSK-S	Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning regiongrupp Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning socialtjänst
RCC	Regionala cancer centrum i samverkan
RPO RAG RSG	Regionalt programområde Regional arbetsgrupp Regional samverkansgrupp
RSS	Regional samverkan och stödstruktur
S-KiS	Styrgrupp för nationell kunskapsstyrning i socialtjänsten
SKR	Sveriges kommuner och regioner
SKS	Styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan
SSVR	Södra sjukvårdsregionen
UPH	Uppdrag psykisk hälsa

Processansvarig - är en roll som skall säkerställa att processarbetet får nödvändig uppmärksamhet i ledningen och kan bistå med beslut i frågor som berör fler delar av linjeorganisationen.

Processägare – har både utvecklings- och förvaltningsansvar. Svarar för att processen som helhet är ändamålsenlig, effektiv, flexibel och har en hög etableringsgrad. Säkerställer att processen stödjer den strategiska inriktningen, sätter ramar. Skapar förutsättningar för arbete på taktisk och operativ nivå. Ger processledare uppdrag och stödjer processledare i sitt arbete med att etablera teamet.

Processledare – driver arbetet för processen mot inriktningen. På taktisk nivå styra utvecklings- och förvaltningsarbete. På operativ nivå etablera processteam och leda arbetet och genomföra det praktiska och löpande arbetet med hjälp av teamet. Arbeta med att kartlägga och utveckla processen, följa upp och analysera och komma med förslag på utvecklings- och förbättringsinsatser för processen. Använder tilldelade resurser för att utveckla processen.

Verksamhetsutvecklare process - är en metodkunnig stödperson inom processorientering.

2: Kunskapsrådet i Region Blekinge

- Ordförande
    - Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Sekreterare
    - Lokal samordnare för kunskapsstyrning
- Ledamöter
    - Områdeschefer Hälso- och sjukvård
    - Avdelningschef, Enheten för kvalitet och utveckling
    - Ansvarig för Kunskapsstyrning Tandvård
    - Beställarchef för Hälsoval
    - Ordförande för lokalt primärvårdsråd
    - Ordförande/samordnare för samverkansgrupperna patientsäkerhet, läkemedel och medicinteknik, dataanalys, SVI, forskning/Life science
    - Chefläkare
    - Chefssjuksköterska
    - Lokal cancersamordnare
    - Blekinges representant i SSVR
    - Projektledare för projekt processorienterat arbetssätt
    - Blekinges representant för Metod och prioriteringsrådet
- Kommunrepresentation
    - Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)/medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
    - Socialt ansvarig samordnare inom socialtjänst (SAS) eller motsvarande.

3: Lokal nomineringsblankett

[Titel]

Syfte och omfattning

Syftet med dokumentet är att säkra kontaktinformation, meriter, visioner och mål för uppdraget från den nominerade representanten. Samt att nomineringen är förankrad och godkänd av närmaste verksamhetschef. Dokumentet avser nomineringar till lokala programområden (LPO), lokala samverkansgrupp (LSG) och lokala arbetsgrupper (LAG) inom organisationen för kunskapsstyrning i Region Blekinge och Blekinge län.

Lokal gruppering, kunskapsstyrning

Fyll i namnet på (LPO), (LSG) eller (LAG).

Nominerad person

Följande person är tillfrågad och införstådd med vad uppdraget innebär:

Namn:	Fyll i för- och efternamn.
Titel:	Fyll i titel.
Arbetsplats:	Fyll i namn på arbetsplats.
Telefonnummer:	Fyll i telefonnummer.
E-postadress:	Fyll i e-postadress.

Närmaste verksamhetschef

Nomineringen är förankrad hos och godkänd av närmaste verksamhetschef:

Namn:	Fyll i för- och efternamn.
Titel:	Fyll i titel.
Arbetsplats:	Fyll i namn på arbetsplats.
Telefonnummer:	Fyll i telefonnummer.
E-postadress:	Fyll i e-postadress.

Den nominerades meriter

Klinisk erfarenhet, forskning eller annan kompetens lämplig för uppdraget:

Klicka eller tryck här för att ange text.

Övriga meriter:

Klicka eller tryck här för att ange text.

Dokumenthistorik för lokal nomineringsblankett

Författare

Gunilla Månsson, Samordnare för Kunskapsstyrning i Blekinge.

Nomineringsblanketten har tagits fram med den nationella nomineringsblanketten som förlaga.

Datum

2021-12-07 Nytt dokument.

När nomineringen gäller LAG skickas ifylld blanketten till ordförande för aktuellt LPO.
När nomineringen gäller LPO/ LSG skickas ifylld blankett till samordnare för Kunskapsstyrning:

gunilla-maria.mansson@regionblekinge.se

Hanteringen av lokal kommunal nominering är under utveckling men hanteras under perioden via RSS i samverkan med lokal samordnare för Kunskapsstyrning.