

Kunskapsstyrning...?

Intervju Anne Ekdahl

*Text och intervju: Annsophie Svensson, Kunskapscentrum demenssjukdomar Juni 2021
Annsophie.Svensson@skane.se*



Foto: Jakob Dahlström/TV4

Syftet med denna text och valet att intervjua Anne Ekdahl är dels att sprida information om den nya kunskapsstyrningsorganisation som är under uppbyggnad i Region Skåne, dels att få en inblick i vad som händer inom programområde Äldres hälsa där Anne är ordförande och vår målgrupp, personer med demenssjukdom ingår.

Anne berättar att den kunskapsstyrningsstruktur som nu är under byggnad inom samtliga regioner i Sverige har sitt ursprung från Region Jönköping, och utifrån önskemålet om att skapa en jämlik vård i Sverige.

- För jämlik är den inte idag, utan den är ganska beroende av eldsjälar, har olika kunskapsnivåer och ibland är den inte speciellt evidensbaserad. Det ville man försöka ändra på. Att få till den bäst tillgängliga vården i varje patientmöte. Men också att göra den effektivare. Inte slösa med resurser.

Nationella, regionala, lokala programområden

Som Anne säger är syftet med det nationella gemensamma systemet för kunskapsstyrning att skapa en mer "kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet." Nationellt har strukturen byggts upp i 26 olika programområden och ett primärvårdsråd som leder kunskapsstyrningen inom sina respektive områden. Utöver detta finns även åtta nationella samverkansgrupper (NSG). Strukturen med programområden utgör grunden i den kunskapsstyrningsorganisation som nu byggs upp även på sjukvårdsregional och lokal (regional) nivå och har gett oss en del nya förkortningar: Nationella programområden (NPO), (Sjukvårds)regionala programområden (RPO) och på region-nivå Lokala programområden (LPO).

Jag själv har ställt mig lite undrande till att demenssjukdomar placerats inom programområde (PO) "Äldres hälsa". Istället för att lyftas fram som den allvarliga neurodegenerativa sjukdom den faktiskt är så hamnar den inom ett "hälso-begrepp". Som exempel återfinns hjärtsvikt inom PO Hjärt- och kärlsjukdomar, stroke inom PO Nervsystemets sjukdomar och så vidare. Vet du om det nationellt förekom diskussioner om var demenssjukdomar borde placeras, eller om det ansågs ha sin självklara plats inom PO Äldres hälsa?

*Anne W Ekdahl,
Överläkare, Geriatriska
sektionen Helsingborg,
docent, universitetslektor
i geriatrik*

*Inst. för Klin.
vetenskaper, med.fak.
Lunds Universitet*

*Ledamot i NPO äldres
hälsa för Södra
Sjukvårdsregionen*

*Ordförande i RPO och
LPO Äldres Hälsa*

- I Sverige i stort hade det sin självklara plats i Äldres hälsa. Men framför allt i Västra Götaland var man missnöjd med placeringen och ville ha det inom psykiatri och i Skåne ville man ha det i neurologin och psykiatri, så som det har varit historiskt i dessa regioner. Jag personligen har inga invändningar, bara det sköts och att man samverkar över olika kompetensområden.

Hon förklarar vidare:

- Demenssjukdomar ingår ju som en ganska stor del i ST-utbildningen till att bli geriatraker och så när som i Skåne och Västra Götaland så är det ju geriatriken som sköter demenssjukdomarna i Sverige.

"Äldre ska ju ses som en helhet och inte som en diagnos!"

Samtliga regioner i Sverige har skrivit på och förbundit sig att följa denna nationella struktur. Men kommunernas roll upplever jag inte som lika självklar. Jag har inte läst eller hört något om att samma struktur byggs upp på kommunal nivå. Görs denna satsning på kunskapsstyrning i praktiken ändå i samverkan mellan regioner och kommuner på något sätt?

- Ja, och det kommer finnas med representanter där det behövs. Vi från Region Skåne vänder oss till Skånes Kommuner och ber dem utse representanter. Vi kan föreslå vilken typ av profession eller kompetens vi efterfrågar, men det är de själva som utser representant. I LPO Äldres hälsa finns två kommunrepresentanter med.

På tal om LPO Äldres hälsa. Något som är intressant ur vår målgrupps perspektiv är då vem/vilka personer inom LPO Äldres hälsa som representerar vårt sjukdomsområde, demenssjukdomar?

- När vi ska ha vår LAG, alltså vår arbetsgrupp som ska införa vårdförloppet, där kommer representanter komma in. Där ska vi även ha patient- och anhörigföreträdare till en person med demenssjukdom. Vi har inte med företrädare för exempelvis hjärtsjukdomar eller lungsjukdomar heller, alltså äldre har ju de här sjukdomarna och vi har inte en företrädare för varje sjukdomsgrupp. Äldre ska ju ses som en helhet och inte som en diagnos.

Anne Ekdahl är den person som företräder Södra Sjukvårdsregionen som ledamot i NPO Äldres hälsa. Utöver detta är hon ordförande i både RPO och LPO Äldres hälsa. Som medlemmar och representanter för Region Skåne inom RPO Äldres hälsa har hon även sällskap av Sölve Elmståhl, professor och överläkare i geriatrik samt Håkan Toresson, docent och utvecklare på KC demenssjukdomar som är adjungerad företrädare. Båda anställda inom SUS.

Nationella och lokala arbetsgrupper

En av delarna inom kunskapsstyrningen är att ta fram och implementera kunskapsstöd inom relevanta områden; Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (PSVF), som grundar sig på en överenskommelse mellan staten och SKR. Framtagande av PSVF sker på nationell nivå inom respektive programområde (NPO) med hjälp av sakkunniga i olika arbetsgrupper (NAG). Och med samma struktur sker införandet av PSVF inom respektive programområde på lokal (regional) nivå (LPO) tillsammans med sakkunniga i olika arbetsgrupper (LAG).

Inom NPO Äldres hälsa finns idag beslut om tre olika NAG; Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, Palliativ vård samt Skörhet.

I Region Skåne har beslutats om fyra olika LAG inom LPO Äldres hälsa vilka förutom ovan nämnda även innefattar LAG Läkemedel äldres hälsa. Förteckning över vilka personer som är medlemmar inom LPO Äldres hälsa samt tillhörande LAG uppdateras vartefter det blir klart på Vårdgivare Skåne.

Beslut om inrättande av LPO och LAG i Region Skåne åligger Kunskapsstyrningsrådet, vars uppdrag även är att fastställa dess uppdrag och medlemmar. Uppdraget att stödja arbetet inom LPO och LAG åligger processledare inom Enheten för kunskapsstyrning och FoU.

Trots att arbetet med kunskapsstyrningen och organisationen av den har varit igång ett tag nu upplever vi på KC demenssjukdomar att kunskapen om den ute i verksamheterna inte är så stor, vilket Anne inte alls tycker är konstigt.

- Inom hälso- och sjukvården så får man ju ta emot så otroligt mycket information hela tiden, väldigt många omorganisationer, ständigt nya läkemedel, nya chefer. Man stänger av öronen. Ah, nu har man hittat på nåt nytt där, så det tror jag väl har med det att göra faktiskt.

För det är väl inte tänkt att kunskapsstyrningsorganisationen ska verka lite i bakgrunden utan man vill väl att personalen ska känna till den, och vara aktiva? Man vill nå ut med kunskapen och informationen?

- Ja verkligen.

LPO Äldres hälsa i Region Skåne

Region Skånes LPO Äldres hälsa är igång och har hittills haft två möten. Av de fyra arbetsgrupper som beslutat bildas är det i dagsläget endast medlemmarna i LAG Läkemedel äldres hälsa som tillsatts. Innan tillsättandet av medlemmar till LAG Sköra äldre samt LAG Palliativ vård kan ske inväntas deras respektive Vårdförlopp. PSVF Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom är däremot färdigt och publicerades i mars i år.

Innan tillsättandet av medlemmar till detta LAG kan ske ska en GAP-analys utifrån vårdförloppet utföras, där vi på KC demenssjukdomar kommer vara delaktiga. I detta arbete kommer även en representant från varje specialistminnesmottagning samt vårt sjukdomsområdes allmänläkarkonsulter (AKO) och även en representant från Skånes Kommuner att delta. Arbetet med GAP-analysen kommer ledas av två processledare från Enheten för kunskapsstyrning och FoU som även ansvarar för att utforma en handlingsplan utifrån resultatet. Första mötet var i måndags 21 juni och planeras fortsätta efter sommaren.

- Jag tror att innan vi landat i målnivåer och handlingsplan, det kan ta lite tid. Men under hösten bör vi kunna ha allt på plats och påbörja arbetet i en LAG.

Arbetsgången är således att det ska göras en regional GAP-analys utifrån vårdförloppet.

Något som slår mig är att denna struktur förutsätter att ett stort antal medarbetare involveras. Medlemmar till 26 olika programområden på lokal, sjukvårds-regional respektive nationell nivå och därutöver arbetsgrupper inom respektive programområde på såväl lokal som nationell nivå. Är det tänkt att dessa personer ska göra detta arbete inom ramen för sina egna tjänster?

- Ja. Det är bara de inom Enheten för kunskapsstyrning och FoU som är anställda, våra processledare bl a. Övriga utför uppdragen inom sina befintliga tjänster. Detta ser lite olika ut i Sveriges regioner. I Region Skåne, såväl som övriga inom Södra sjukvårdsregionen, görs det inom ramen för sin ordinarie tjänst, vilket kan göra det svårt att få tillgång till vissa professioner som måste producera vård. Det blir en intäktsförlust för deras arbetsgivare. Jag själv som är medlem på både lokal, regional och nationell nivå är ju mycket borta från min ordinarie tjänst. Arbetsgivaren får ingen ersättning för min frånvaro.

På basen av identifierade GAP ska en handlingsplan upprättas och medlemmar i LAG kognitiv svikt tillsättas. Kommer jag och andra, som enskilda medarbetare ute i verksamheterna kunna följa de pågående arbetena inom vårt LPO och LAG, om jag vill hålla mig uppdaterad? Jag tänker då framför allt på LPO Äldres hälsas sida på Vårdgivare Skåne.

- Uppdatering av denna hemsida ligger på Enheten för kunskapsstyrning och FoU, inte oss som medlemmar. Men minnesanteckningar kommer inte att läggas ut. De är ju inga protokoll utan diskussioner högt och lågt och brainstorming, så det skulle nog bli förvirrat.

Hur är det tänkt att beslut som berör mig i min profession ute i verksamheten, ska kunna nå fram till mig som enskild medarbetare?

- Det måste skapas riktiga kommunikationsplaner för detta. På något sätt måste vi få ut budskapet. Men även detta ligger på Enheten för kunskapsstyrning och FoU. Detta kommer bli tydligare vartefter, vi är fortfarande i början.

Att det är två olika huvuddelar inblandade i dessa processer blir tydligare för mig nu. Dels de sakkunniga inom programområdena och arbetsgrupperna, dels de anställda inom Enheten för kunskapsstyrning och FoU där processledarnas uppdrag är att leda arbetet och vara länken mellan de sakkunniga och Kunskapsstyrningsrådet, där de formella besluten ska tas.

PSVF kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom

Arbetsgången med GAP-analys, handlingsplan, uppföljning, utvärdering och riktade insatser upplever jag själv som väldigt positiv. Att det nu finns en mottagare av producerade styrdokument och att det finns en tydlig struktur. Men inom demensområdet finns fler styrdokument än PSVF Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom. Vilken plats har de övriga styrdokumenten inom ramen för LPO Äldres hälsas och kunskapsstyrningens arbete?

- Vårdförloppet bygger på de av Socialstyrelsen framtagna nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom och de utvärderingar som gjorts. Utöver detta är det den nationella demensstrategin och det standardiserade insatsförloppet. Det personcentrerade vårdförloppet är kopplade till dem.

Det standardiserade insatsförloppet är väl mest det jag tänker på, som ska ta vid efter diagnos är satt, och är det styrdokument som är av störst betydelse för den direkta vården och omsorgen av patient och anhörig. Men det formella uppdraget inom ramen för kunskapsstyrningen, är det enbart egentligen införandet av PSVF?

- Ja så är det. Men jag skulle ju inte bli förvånad om vi i Region Skåne och även på andra ställen inte kommer att koppla ihop utredningen med insatsförloppet, annars är det ju värdelöst. Men samtidigt, får vi till fler diagnoser så betonar Vårdförloppet vikten av vårdgivarens aktiva ansvar för samordnade uppföljningar. På detta sätt synliggörs patienten och anhöriga i alla fall. Identifierar och diagnostiserar vi inte dem, blir ingenting alls gjort.

Att personer med misstänkt demenssjukdom inte identifieras i så hög utsträckning och tidigt som man önskar, upplever jag grundar sig i den på många håll bristande kunskapen om vad kognitiv svikt är för någonting.

Om du vill läsa mer:

Kunskapsstyrning [Hälso- och sjukvård](#)
Kunskapsstyrning [Södra Sjukvårdsregionen](#)
Kunskapsstyrning [Region Skåne](#)
PSVF [Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom](#)

- Jaa, kanske. Man vet nog vad det är. Men man kanske inte riktigt vet hur det ger sig uttryck och att så många är så fantastiskt bra på att dölja det.

Har man vid framtagandet av vårdförloppet diskuterat möjligheten att rekommendera användande av bedömningsinstrument inom olika vårdnivåer för att identifiera kognitiv svikt? Alltså inget kognitivt test, utan frågor som riktar sig mot nedsättning inom de kognitiva domänerna, för att underlätta för personal som inte har tillräckliga kunskaper att ställa den typ av frågor som kan vara tecken på en kognitiv svikt?

- Det jag kan säga är att vi tänker oss göra en rekommendation till äldremottagningarna eftersom det idag ser väldigt olika ut. Vi tycker ju egentligen att man där ska göra en MINI-CGA, en helhetsbedömning, med tillägg av kognitiva tester. Men vi är inte där än. Den nationella arbetsgruppen för sköra äldre är inte igång än, men planer finns, och de tittar på detta.

I Skåne precis som övriga Sverige har vi regionala riktlinjer/vårdprogram och även lokala på sina håll, som har sin utgångspunkt i de nationella riktlinjerna. Kommer man även att kunna göra regionala eller lokala avsteg eller förtydliganden utifrån Vårdförloppet?

- Att vi inte direkt kommer kunna uppfylla målen i vårdförloppet är inget konstigt utan detta är sådana saker vi får arbeta mot. Men nej, avsteg kommer inte kunna göras. Målet är att andemeningen i Vårdförloppet följs, att man sen behöver göra lokala förtydliganden för att få det till stånd, det är ju jättebra. Det är ju så att Region Skåne har förbundit sig till att följa de vårdförlopp som tas fram inom Kunskapsstyrningen. Det innebär ju att de ska tillsätta resurser och göra de omorganisationer som behövs så att man kan följa vårdförloppen.

Avslutningsvis Anne vill jag tacka dig för att du tog dig tid för detta och vill avsluta med att fråga dig; Vilka möjligheter eller utmaningar ser du själv med detta system för kunskapsstyrning?

- En jättebra fråga. Det är svårt innan vi ser resultat av det. Det ska ju inte bara vara kejsarens nya kläder. Nej men det är ju stora utmaningar. Att få det hela att fungera på ett bra och positivt sätt, det är väl en möjlighet men det är också en farhåga om vi inte får till det helt enkelt. Att vi inte får till implementering av Vårdförloppet, det är ju inte bra.