

**Rapport-
serie
2017:5**

**Nationellt kliniskt
kunskapsstöd
primärvård i Region
Skåne och Södra
sjukvårdsregionen 2017**

Rapporten publicerades december 2017 på www.skane.se/ako

AKO-riktlinjer och information om Region Skånes arbete med Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård hittas via www.skane.se/ako

Ansvarig för rapporten: Sten Tyrberg, teamledare Allmänläkarkonsult Skåne

Kontakt: ako@skane.se

Förord

Svensk hälso- och sjukvård är mitt uppe i en transformation. En lång rad nationella initiativ har tagits med syfte att kunna erbjuda en likvärdig vård i hela Sverige. Goda exempel är fokus på primärvården och den nära vården samt beslutet kring samverkan för nationell kunskapsstyrning som bygger på nationell nivå, de sex sjukvårdsregionerna och samtliga landsting/regioner. Samverkan mellan de regionala cancercentra har varit framgångsrikt genom att de tagit fram gemensamma vårdprogram och arbetar med nationell och regional nivåstrukturering. Socialstyrelsen påbörjar nu arbetet med nationell nivåstrukturering som ska omfatta fem procent av alla vårdprocesser. I Södra sjukvårdsregionen pågår ett gemensamt arbete med projekt kring arbetsfördelning för att bättre kunna använda våra resurser för ökad tillgänglighet och kvalitet.

Många av initiativen handlar om att göra vården mer patientcentrerad och säkra att patienterna erhåller en likvärdig vård oavsett var den tillhandahålls. Det är viktigt att kunna ta tillvara digitaliseringens möjligheter och i ett modernt dokumentationssystem kunna bygga in beslutsstöd. Resultaten kommer att vara beroende av vår förmåga att på nationell, regional och verksamhetsnära nivå samverka och genomföra förändringar i ett komplext system.

Den här rapporten är ett bra exempel på hur man gemensamt kan arbeta med nationellt beslutsstöd som omfattar alla vårdnivåer för att kunna erbjuda den bästa tillgängliga vården för Patienterna.

Rita Jedlert

TF Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Skåne
Direktör för Södra sjukvårdsregionens kansli

Innehåll

Förord	3
Medverkande i rapporten	5
Bakgrund	7
Vikten av bra kunskapsstöd och kunskapsstyrning för en jämlik och säker vård.....	9
Bästa möjliga kunskap i varje patientmöte	11
Från evidensbaserad medicin till kliniskt kunskapsstöd	14
Strukturen inom Södra sjukvårdsregionen	17
En glimt av vår medicinska redaktion	19
Vad gör man i ämnesgrupperna?.....	21
Kan man förenkla komplicerade tillstånd?.....	23
Samarbete mellan Allmänläkarkonsult Skåne och den lokala läkemedelsorganisationen	26
Hur kan kunskapsstöd integreras i sammanhållen digital vårdmiljö?	28
Förhoppning – Nationellt kliniskt kunskapsstöd för alla – vision eller utopi?	30
Framtid – hur ska vi få detta arbete att fungera nationellt och regionalt/lokalt?.....	32
Bilaga 1. Södra sjukvårdsregionens arbetsflöde för Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård	34
Bilaga 2. Informationsbrev granskning Nationellt kliniskt kunskapsstöd Södra sjukvårdsregionen.....	37
Bilaga 3. Mall utkast till riktlinje för nationellt kliniskt kunskapsstöd	38
Bilaga 4. Statistik AKO-riktlinjer 2017	40
Anteckningar	41

Medverkande i rapporten

Kapitel 1 – Bakgrund

Sten Tyrberg, specialist i allmänmedicin, teamledare Allmänläkarkonsult Skåne, ordförande Regional resursgrupp allmänmedicin Södra sjukvårdsregionen

Kapitel 2 – Vikten av ett bra kunskapsstöd och kunskapsstyrning för att få en jämlik och säker vård

Sven Oredsson, Enhetschef, medicinsk rådgivare, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, Region Skåne

Kapitel 3 - Bästa möjliga kunskap i varje patientmöte

Therese Eklöv, projektledare Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård SKL

Kapitel 4 – Från evidensbaserad medicin till kliniskt kunskapsstöd

Susanna Calling, docent, specialist i allmänmedicin, Centrum för Primärvårdsforskning, SFAMs forskningsråd

Kapitel 5 – Strukturen inom Södra sjukvårdsregionen

Sten Tyrberg, specialist i allmänmedicin, teamledare Allmänläkarkonsult Skåne, ordförande Regional resursgrupp allmänmedicin Södra sjukvårdsregionen
Lisa Johansson, folkhälsovetare och koordinerande projektsekreterare Nationellt kliniskt kunskapsstöd Södra sjukvårdsregionen, Allmänläkarkonsult Skåne

Kapitel 6 – En glimt av vår medicinska redaktion

Johanna Cederholm, specialist i allmänmedicin, Dalby vårdcentral, medicinsk redaktör, Södra sjukvårdsregionen

Kapitel 7 – Vad gör man i ämnesgrupperna?

Catarina Canivet, specialist i allmänmedicin Vårdcentralen S:t Lars, Lund, ordförande i ämnesgrupp Smärta och neurologi

Kapitel 8 – Kan man förenkla komplicerade tillstånd?

Jesper Petersson, verksamhetschef, docent, Verksamhetsområde neurologi och rehabiliteringsmedicin, Skånes universitetssjukvård

Kapitel 9 – Lokalt arbete med läkemedelsråd

Emma Kolbus, apotekare, Enheten för läkemedelsstyrning, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, Region Skåne
Johanna Cederholm, specialist i allmänmedicin, Dalby vårdcentral, medicinsk redaktör, Södra sjukvårdsregionen

Kapitel 10 – Hur kan kunskapsstöd integreras i sammanhållen digital vårdmiljö?

Pia Czarnecki, strateg, Framtidens vårdinformation, leg. IVA-sjuksköterska, Enheten för digitalisering och IT

Kapitel 11 – Användning av nationellt kunskapsstöd i fortbildning och läkarutbildning

Lena Bååth, specialist i allmänmedicin, allmänläkarkonsult fortbildning, Vårdcentralen Lomma, handledare på läkarprogrammet Malmö/Lund

Kapitel 12 – Framtid – hur ska vi få detta arbete att fungera nationellt och regionalt/lokalt?

Sten Tyrberg, specialist i allmänmedicin, teamledare Allmänläkarkonsult Skåne, ordförande Regional resursgrupp allmänmedicin Södra sjukvårdsregionen
Staffan Ekedahl, specialist i allmänmedicin, medicinskt ansvarig Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård SKL

Bakgrund

Kapitel 1 – Sten Tyrberg

Allmänläkarkonsult Skåne (AKO Skåne) har sedan dess start i mitten av 1990-talet haft som en av sina viktigaste arbetsuppgifter att i samverkan med specialiserad vård ta fram olika former av vårdriktlinjer som både beskriver medicinsk viktig information och lokala rutiner. I början var det ett arbete som bedrevs lokalt mellan AKO och det lokala sjukhusets specialister och motsvarande privata specialister i öppenvård. Sedan fokuserades arbetet allt mer till att gälla gemensamma riktlinjer för hela Skåne, dels för all primärvård som kunde se ganska olika ut, dels för all specialiserad vård som ofta också såg väldigt olika ut.

De senaste fem – tio åren har begrepp som kunskapsstöd och kunskapsstyrning ofta bollats och med det har viktiga frågor kring medicinsk kunskap och erfarenhet som sådan varit ett stort samtalsämne. Finns det en Medicinsk Kunskap med stort K som gäller? Och om det finns, går den att applicera på alla de skiftande patientmöten som hanteras dagligdags såväl inom primärvården som inom specialiserad vård? Är inte i själva verket undantagen så många att de tar överhanden?

Vårt uppdrag inom primärvården är att sätta patienten, personen i centrum. Och även om det går att använda kunskapsstöd ibland, så är det inte så att våra olika förutsättningar är så olika, att det inte går att jämföra den ene läkarens mottagning med den andres? Kanske nya kunskapsstöd bara blir nya tvångströjor för både läkare och patient? Samtidigt tillsammans med sådana tankar har förstås många andra tankar funnits om både behovet och nyttan av att ha lättillgängliga tydliga och uppdaterade riktlinjer. Riktlinjer som beskriver medicinsk kunskap kortfattat och som lika kortfattat även beskriver medicinska rutiner och flöden i Skåne.

Av flera skäl har dessa och liknande frågor lyfts från att vara landstingsvisa till att bli frågor som gäller för hela Södra sjukvårdsregionen och för alla landsting/regioner i Sverige. Inte så att sjukvårdsstruktur och uppdrag är desamma över hela Sverige. Men om det finns en Medicinsk Kunskap, som bakomliggande ska hjälpa läkare och patient i det enskilda unika och personcentrerade mötet, borde det gå att gemensamt ta fram och synliggöra den Kunskapen. Med bland annat den intentionen startades det nationella projektet att ta fram ett nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården.

Relativt tidigt bestämde vi oss i Region Skåne att vi ville vara med och testa de idéer och lösningar som man tog fram i det nationella projektet. Naturligtvis ville vi också vara med för att ge avtryck och påverka resultatet.

Ett så stort projekt, att ta fram ett gemensamt nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården, kan väcka både beundran, farhågor och en mängd frågor av både mer teoretisk och praktisk art. För även om det finns många likheter mellan de olika landstingen/regionerna finns det också stora skillnader i deras sjukvårdssystem. Det finns också stora socioekonomiska och geografiska skillnader. Hur ska allt detta kunna överbryggas? Och för oss som arbetar inom vården finns andra mycket stora

dagliga frågor: vad hjälper det med riktlinjer när vi inte har några läkare/sjuksköterskor/arbetsterapeuter och så vidare som kan ta hand om våra patienter?

Mitt i allt detta, har arbetet med att ta fram ett nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården, fortsatt i mycket högt tempo. Vi har från Region Skåne deltagit i piloter och arbetsgrupper. Vi har sett att det finns en stor förståelse och välvilja från alla sjukvårdens parter, men också att arbetet många gånger behövt få ta mycket tid. Och inte alltid är det så lätt som att det finns en Medicinsk Kunskap. Ibland finns det olika vid sidan om varandra, befintliga kunskaper. Och inte alltid finns det enbart en bästa utredningsväg, utan ofta finns det flera, ibland beroende på sjukvårdsstruktur och geografiska förutsättningar. Det nationella kliniska kunskapsstödet för primärvården behöver ta hänsyn till allt detta och mycket mer. Och för att fungera krävs idag ofta viktig lokal anpassning.

Från Region Skånes sida har vi också sagt, att när ett kunskapsdokument i det nationella kliniska kunskapsstödet på detta sätt anpassat till de skånska förhållandena, så ska den viktigaste visningsytan vara densamma som för alla de vårdriktlinjer som gäller inom Region Skåne. Det vill säga det vi i dagligt tal kallar Region Skånes Vårdgivarwebben.

Med detta bidrag i form av en rapportbok vill vi ge en bild av detta pågående arbete i Region Skåne och i Södra sjukvårdsregionen. Ett arbete som fastän det hållit på ett bra tag ändock bara är i sin inledningsfas. Vi räknar med att det kommer att ta en eller två eller flera nationella och lokala genomarbetningar av alla dessa kunskapsdokument och riktlinjer, innan vi ser hur de kommer att användas i det lokala arbetet på vårdcentralen och hur de i framtiden kommer att kunna arbetas in i mer ”intelligenta” journalsystem, journalsystem som nu står och stampar på tröskeln.

Vikten av bra kunskapsstöd och kunskapsstyrning för en jämlik och säker vård

Kapitel 2 - Sven Oredsson

Svensk hälso- och sjukvård uppvisar inom många områden mycket goda resultat vid jämförelse med andra länder men ojämlikheterna mellan enskilda yrkesutövare, olika vårdgivare och olika huvudmän är tyvärr fortfarande stora och till och med växande. Även kommissionen för jämlik vård kom till denna slutsats i sin rapport 2015 samtidigt som man också pekade på klyftorna mellan olika socioekonomiska grupper som en viktig bidragande orsak. Exempel på områden inom hälso- och sjukvård som uppvisar ojämlikheter avseende utredning, behandling och tillgänglighet är osteoporos, hjärtsvikt, demens och kronisk smärta.

Kunskapsstyrning innebär att bästa tillgängliga kunskap tas fram, sprids och används. Den aktuella frågan är - kan kunskapsstyrning bidra till en mer jämlik och säker vård? Mitt svar är ett oreserverat ja, även om kunskapsstyrning förstås inte löser allt. Till exempel är samhällets insatser för att utjämna socioekonomiska skillnader sannolikt ännu viktigare.

Ny medicinsk kunskap tillkommer i hög hastighet. Jag har någonstans läst att det varje minut publiceras 2-3 nya medicinska originalartiklar. Till detta kan sedan också läggas alla de kunskapssammanställningar och kunskapsstöd som varje år tas fram av olika myndigheter och yrkesföreningar. Det är förstås en omöjlighet att vara uppdaterad inom alla områden, inte minst för allmänläkaren som i sitt dagliga arbete möter helt ”osorterade” patienter och patienter med många olika diagnoser. Samtidigt har hälso- och sjukvårdspersonal en lagstadgad skyldighet att i alla situationer verka enligt vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen 2010:659).

I de enkäter som genomfördes inom ramen för den nationella kunskapsstödsutredningen (Sofia Wallström 2017) framkom att de kunskapsstöd som idag mest används är kommersiella webbstöd eller att fråga en kollega. Även om dessa sätt säkert i många fall är adekvata pekar enkätsvaren på brister i vår egen kunskapsorganisation. Vi vet att det idag tas fram ett mycket stort antal kunskapsstöd (riktlinjer, vårdprogram, PM mm) lokalt, regionalt och nationellt. Det som tyvärr är gemensamt för många av dessa kunskapsstöd är att de är ostrukturerade, svåra att hitta och att de alldeles för ofta är alltför omfattande för att vara ett stöd i mötet med patienten. Dessutom är de ibland till och med motsägelsefulla och bristfälligt uppdaterade. Det är därför inte överraskande att såväl Myndigheten för Vårdanalys (”Lång väg till patientnytta” 2015) som kunskapsstödsutredningen konstaterar att genomslaget av alla de kunskapsstöd som redan idag finns är blygsamt och att de oönskade variationerna inte har minskat.

Varför är det så här och vad kan vi göra för att ändra på detta? För det första måste vi inse att värdet i vården skapas i mötet mellan patienten och vårdens professioner – inte i ledningsrum och på konferenser. I patientmötet tas beslut om utredning och behandling – beslut som är grunden för en kunskapsbaserad och jämlik vård. Besluten är ibland små och triviala men ibland livsavgörande. Många beslut tas på rutin, medan andra behöver tillgång till besluts- och kunskapsstöd.

För det andra måste vi också inse att de flesta vårdkedjor – inte minst inom primärvården – börjar med en symptombild och att diagnosen klarnar först i ett senare skede. Dagens kunskapsstöd utgår i stor utsträckning från diagnoser. I vissa fall är det inte ens möjligt att sätta en exakt diagnos. Till detta ska också läggas att den typiske patienten i primärvården ofta har flera diagnoser.

För att kunskapsstyrningen ska bidra till jämlik och säker vård måste vi därför ställa specifika krav – inte minst inom primärvården. För det första måste kunskapsstöden utgå från både symptom och diagnos och ta hänsyn till att samma patient har flera olika diagnoser. För det andra måste kunskapsstödet vara lätt att hitta, även i en stressig vardag. Kunskapsstöden måste också vara kortfattade och välstrukturerade och förstås uppdaterade.

Det är här det nationella kliniska kunskapsstödet kommer in i bilden. Äntligen, efter många års funderande och planerande är vi – Sverige – nu på väg. Inom en snar framtid kommer det att finnas kortfattade och välstrukturerade stöd för de vanligaste diagnos- och symptomområdena. Det framtagna konceptet inkluderar även kontinuerlig uppdatering och möjlighet att komplettera med lokala tillämpningar – när detta behövs. En stor organisation håller på att byggas upp och engagemanget är stort. Visst krävs det både tålamod och överseende med ”barnsjukdomar” för att nå hela vägen – men det är min förhoppning att tillräckligt många nu är med på tåget för att vi ska lyckas.

För att få ut maximal nytta av det nya kunskapsstödet krävs också att det integreras i framtida vårdinformationssystem, ett arbete som för Region Skånes del nu står för dörren. Ett integrerat och uppdaterat kunskapsstöd innebär också att trivsel och arbetsmiljö för vårdens personal främjas. Men, även om detta förstås är viktigt, så är det yttersta syftet med ett nytt och lättillgängligt kunskapsstöd att vården ska bli mer jämlik och säker. Som patient ska man känna sig trygg med att den vårdpersonal man möter känner till och alltid använder den bästa tillgängliga kunskapen. Att få tillgång till kunskapsbaserad vård ska inte vara avhängigt vem man är eller var man söker vård.

Bästa möjliga kunskap i varje patientmöte

Kapitel 3 – Therese Eklöv

Syftet med att utveckla ett gemensamt kunskapsstöd är att skapa förutsättningar för säker och jämlik vård i hela landet. Som patient ska jag känna mig trygg med att vårdpersonalen utgår från samma kvalitetssäkrade kunskap oavsett var någonstans jag söker vård.

Utgångspunkter för utvecklingen är:

- Ett behov av ett samordnat kunskapsstöd anpassat för primärvården uttryckt av vården.
- En ökad ambition från landstingen och regionerna att samverka och därigenom bland annat bättre värna professionernas tid.
- Ett behov av ett samlat grepp kring utveckling av beslutsstöd och struktur i vårddokumentationen som utgår ifrån verksamheternas behov.
- Ökade krav på jämlik vård.

I utvecklingsprojektet som startade 2015 har landstingen och regionerna tillsammans med SKL skapat en organisation med grupper som ansvarar för nationella diagnos- och behandlingsrekommendationer och en teknisk plattform för att lagra, redigera, granska och distribuera ett enhetligt strukturerat innehåll.

Projektet har finansierats genom SKL:s överenskommelse med staten kring insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Från och med årsskiftet finansierar landstingen och regionerna kunskapsstödet tillsammans.

Kunskapsstödet är anpassat för användning i patientmötet i primärvården. Det ska stödja vårdteamet att fatta beslut om utredning, behandling och klinisk uppföljning. Det kan även användas i kompetensutveckling och introduktion av nya medarbetare.

Projektet har bland annat samverkat med Socialstyrelsen, de nationella programråden, RCC i samverkan, Primärvårdskvalitet och NSK-regiongrupp. Samarbete har också påbörjats med Rikshandboken för barnhälsovården, Vårdhandboken och 1177 Vårdguiden.

Möjligheter och mål

Visionen för utvecklingen av ett nationellt kliniskt kunskapsstöd är ”Bästa möjliga kunskap i varje patientmöte”.

Det nationella kliniska kunskapsstödet ska:

- bidra till att medarbetare har förutsättningar att ge god, säker och jämlik vård i hela landet
- vara multiprofessionellt och multidisciplinärt
- vara aktuellt, tillgängligt, överskådligt och sökbart
- stimulera samverkan mellan vårdnivåer på lokal nivå

- stimulera utveckling av landstingens kunskapsorganisationer
- ge möjlighet att samordna och effektivisera landstingens produktion av kunskapsdokument
- kunna integreras med landstingens egna IT-system
- skapa möjligheter att utveckla framtida beslutsstöd

Nationella rekommendationer

23 ämnesgrupper fördelade på landets sjukvårdsregioner ansvarar för att förvalta och utveckla de nationella diagnos- och behandlingsrekommendationerna för primärvården.

Grupperna har börjat arbetet med en första revision av ungefär 360 kunskapsdokument som projektet samlat in från befintliga och väl etablerade kunskapsstöd i Stockholms läns landsting, Region Jönköpings län och Region Skåne.

Ämnesgrupperna ska säkerställa att rekommendationerna är aktuella och evidensbaserade, att de stämmer med Socialstyrelsens nationella riktlinjer och att de är och väl förankrade hos flera professioner och delar av hälso- och sjukvården. Till sin hjälp har ämnesgrupperna redaktörer i sina sjukvårdsregioner och projektgruppen som hittills koordinerat arbetet och utvecklingen av kunskapsstödet IT-plattform och kvalitetssäkringsprocess.

Att samla ihop befintliga kunskapsdokument var landstingen och regionernas strategiska beslut för att vinna utvecklingstid. Urvalet gjordes av en oberoende grupp erfarna distriktsläkare.

Teknisk infrastruktur

Kunskapsstödet tekniska infrastruktur består av:

- databas med nationellt innehåll och landstingens tillägg
- behörighetsstyrt administrationsverktyg med granskningsfunktion
- distribution via öppen data
- nationell visningsyta

Kunskapsstödet innehåll administreras och lagras i mindre avsnitt för att lättare kunna integreras med landstingens och regionernas egna system, och som förberedelse för utvecklingen av beslutsstöd.

Respektive landsting och region ansvarar för att göra kunskapsstödet tillgängligt för sina medarbetare. Det kommer man från början av 2018 att kunna göra via Ineras plattform för öppen data eller en nationell visningsyta på internet.

Den nationella visningsytan har tagits fram på önskemål från landstingen och regionerna. Den finns ännu bara i en testversion.

I slutet av 2017 startade en förstudie för att se hur den framtagna informationsmodellen och tekniska plattformen bör vidareutvecklas.

Förstudien ska bland annat identifiera landstingen och regionernas krav och behov av hur Nationellt kliniskt kunskapsstöd kan vidareutvecklas för att möta upp behov inom ramen för ett sammanhållet system för kunskapsstyrning samt krav på utveckling mot mera aktiva kunskapsstöd och beslutstöd. Förstudien beräknas pågå till mitten av mars 2018.

Landstingens tillägg

Respektive landsting har möjlighet att komplettera de nationella diagnos- och behandlingsrekommendationer med tillägg utifrån lokala riktlinjer, rutiner och resurser ungefär som på 1177 Vårdguiden.

I nuvarande testversion av den nationella visningsytan kan användaren välja att se de nationella rekommendationerna tillsammans med sitt eget eller andra landstings tillägg.

Kunskapsstyrning i samverkan

Under 2017 har landstingen och regionerna beslutat att tillsammans långsiktigt finansiera och driva det nationella kunskapsstödet för primärvården. Man har också ställt sig bakom att integrera kunskapsstödet med landstingens och regionernas nya system för kunskapsstyrning i samverkan.

Tanken är att långsiktigt stödja kunskapsstyrning på olika nivåer för att skapa förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård. Tillsammans ska landstingen och sjukvårdsregionerna göra varandra framgångsrika.

I slutet av 2017 startades en särskild utredning för att se hur integrationen ska gå till.

”Tillsammans har vi kommit en bit framåt, men vi är fortfarande i början på en mycket spännande utvecklingsresa.”

Från evidensbaserad medicin till kliniskt kunskapsstöd

Kapitel 4 – Susanna Calling

Allmänmedicin är ett brett område som spänner över många sjukdomstillstånd, med fokus på patientcentrering. Inom många områden sker en snabb kunskapsutveckling och rekommendationer för utrednings- och behandlingsstrategier uppdateras hela tiden. För en allmänläkare kan det vara svårt att hålla sig uppdaterad och tidsbrist begränsar möjligheterna att leta kunskap i det dagliga kliniska arbetet.

Digitalisering och ökande tillgång till information via internet gör att patienter är alltmer pålästa och förberedda. Detta ger dock inte bara adekvat kunskap utan även information som ligger långt från vetenskap och beprövad erfarenhet. Även medarbetaren inom sjukvården riskerar att ta till sig information som inte är faktagranskad. För att kunna förklara för patienten vilken information som är pålitlig, är det av stort värde att kunna hänvisa till information som är kvalitetssäkrad utifrån evidens.

Evidensbaserad medicin

Evidensbaserad medicin (EBM) innebär ett vetenskapligt kritiskt förhållningssätt till vården och en integration av systematisk forskning i klinisk praxis. Med systematisk forskning menas att upprepade studier med olika populationer och studiedesign har genomförts inom ett område, och sammanställts i en systematisk översikt. Förändringar i den kliniska vardagen kan dock vara svårgenomförda och det krävs god interaktion mellan klinik och forskning vid implementering av nya riktlinjer. Kliniker bör också erbjudas möjlighet till fortbildning inom evidensbaserad medicin.

Evidensbaserad medicin i primärvården

Även om allmänmedicinsk forskning är ett växande forskningsområde i Sverige, baseras många riktlinjer på sjukhusbaserad forskning. Patienter i primärvården utgör delvis ett annat patientklientel, och förutsättningarna för vård skiljer sig från sjukhusets. Till primärvårdens styrkor hör en patientcentrerad vård där hänsyn tas till patientens behov samt sociala och demografiska faktorer. Riktlinjer bör därför baseras på evidens från allmänmedicinska studier, och primärvården bör sträva efter ett genomgående akademiskt tänkande.

Ibland kan evidens saknas eller vara svag inom ett visst område. Detta gäller särskilt i primärvården, där många patienter söker för diffusa symtom eller social problematik. Dessutom är många primärvårdspatienter multisjuka, vilket gör att enskilda kunskapsstöd för en viss sjukdom inte är tillräckliga. Kunskapsstöd som tar dessa aspekter i beaktande är av särskilt värde inom allmänmedicin.

Effektivitet och resursutnyttjande

Primärvården befinner sig i ett ansträngt läge med bristande resurser. Det är därför av yttersta vikt att de åtgärder man gör är effektiva och utnyttjar resurserna på bästa sätt. Allmänläkare bör handlägga vanliga allmänmedicinska tillstånd, och vid ovanliga tillstånd bör det finnas lättillgängliga riktlinjer för snabb remittering. Detta är kanske den största utmaningen för kunskapsstöden. Idag får allmänläkare alltför ofta remisser och rekommendationer om provtagning, utredning och behandling som hör hemma i högspecialiserad vård, vilket tar tid och tränger undan vården av våra kroniker.

Ytterligare en aspekt är risken för överdiagnostik och överbehandling. Långt ifrån alla åtgärder gagnar patienten, och man måste beakta patientens hela livssituation. Det är viktigt att indikationen för en åtgärd är korrekt bedömd för varje enskild patient. För att undvika undanträngningseffekter och överdiagnostik, bör kunskapsstöden värdera på vilken vårdnivå den bästa kompetensen finns och bedöma om evidens för en åtgärd finns bland patienter i primärvården.

Nuvarande kunskapsstöd i primärvården

Det finns redan ett stort utbud av kunskapsstöd, t ex nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, kunskapssammanställningar från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), terapiriktlinjer från Läkemedelsverket samt regionala och lokala vårdprogram. Läkemedelsboken, som ges ut av Läkemedelsverket, är ett exempel på kunskapsstöd som i vissa landsting är kopplat till rekommendationslistor och kan användas som stöd vid förskrivning. Utöver dessa finns andra källor, exempelvis rekommendationer av specialistföreningar, Läkartidningen och kommersiella aktörer. Kommersiella reklamfinansierade hemsidor används i relativt hög grad av läkare i primärvården. Dessa hemsidor syftar naturligtvis till att öka försäljning av de produkter man marknadsför vilket kan vara kostnadsdrivande och framför allt leda till avsteg från terapiriktlinjer. För en allmänläkare i primärvårdens pressade tidsschema kan det vara svårt att snabbt bedöma huruvida informationen är korrekt och kvalitetssäkrad.

Kliniskt kunskapsstöd i Skåne

Ett kliniskt kunskapsstöd som är tillförlitligt och lättillgängligt kan höja kvaliteten, jämlikheten och patientsäkerheten i primärvården. För att upprätthålla en hög evidens krävs regelbunden uppdatering och granskning, utifrån både kliniska och vetenskapliga perspektiv. Å andra sidan är evidensen inom vissa områden av allmänmedicin begränsad, vilket medför en risk att felaktigheter kan smyga sig in.

I Region Skåne är AKO (allmänläkarkonsulter) en etablerad verksamhet med ett brett utbud för allmänläkare. Inom regionen finns också rekommendationer från sakkunniggrupper och expertgrupper, t ex Läkemedelsrådets Bakgrundsmaterial till Skånelistans läkemedelsrekommendationer. Trots detta är det långt ifrån alla allmänläkare i Skåne som utnyttjar dessa riktlinjer eller ens vet var de finns. Tillgänglighet och användarvänlighet av regionens hemsidor bör ständigt utvärderas och förbättras. För att de kliniska kunskapsstöden ska nå en bred front krävs ett fortsatt arbete med utvärdering, information och fortbildning.

Referenser

1. SOU, Statens Offentliga Utredningar 2017:48. Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården. Stockholm 2017.
2. Health Navigator Rapport 2015. Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad? En kartläggning av primärvårdens användning av och uppfattning om evidensbaserad praktik vid kronisk sjukdom.

Strukturen inom Södra sjukvårdsregionen

Kapitel 5 – Sten Tyrberg och Lisa Johansson

De nationella rekommendationerna tas fram och förvaltas av tvärprofessionella ämnesgrupper fördelade mellan samtliga sjukvårdsregioner. Södra sjukvårdsregionen ansvarar för fyra ämnesgrupper och för knappt 100 kunskapsstöd inom dessa fyra ämnesområden.

- Smärta och neurologi – ordförande Catarina Canivet
- Njuror, urologi och mäns hälsa – ordförande Gunilla Malm
- Barn- och ungdomars hälsa – ordförande Tina Runeke
- Ögon – ordförande Anders Lundqvist

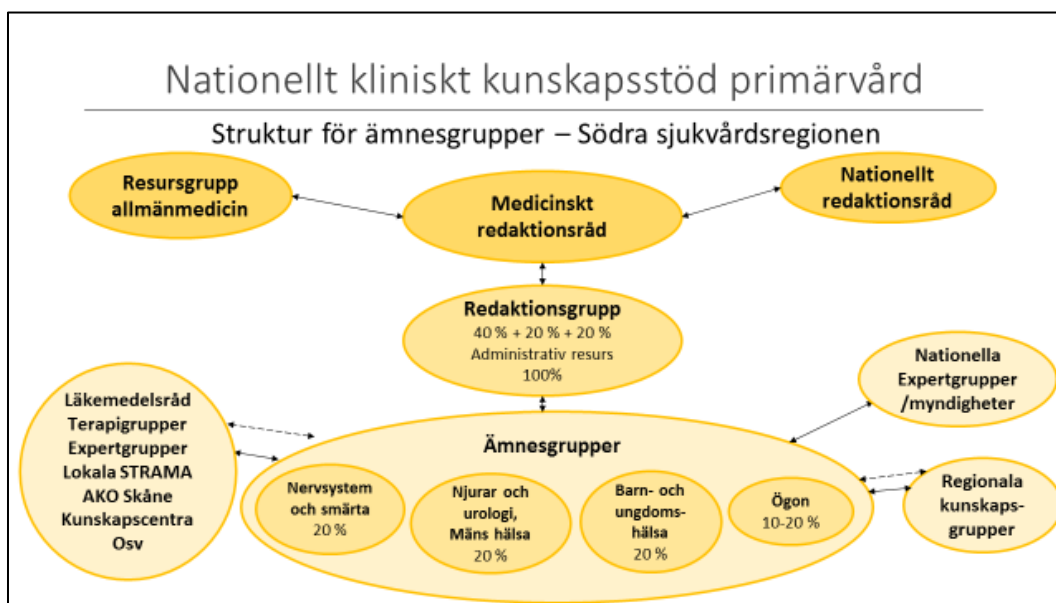


Bild 1. Struktur för ämnesgruppernas arbete i Södra sjukvårdsregionen.

En redaktionsgrupp inom Södra sjukvårdsregionen ansvarar för struktur samt stöd till ämnesgrupperna. Redaktionsgruppen består av både medicinska redaktörer, som är specialister i allmänmedicin, och administrativ personal. Redaktionsgruppen ansvarar för att kunskapsstöden för Södra sjukvårdsregionen får en likartad utformning och att de är anpassade till den nationella mallen.

Innan ett nytt kunskapsstöd är färdigt har det varit på en remissrunda till läkemedelsråd, olika expert- och terapigrupper inom samtliga landsting i Södra sjukvårdsregionen och ibland också till andra grupper. Detta omfattande arbete hålls samman av den administrativa resurspersonen. När förslaget till nytt eller reviderat kunskapsstöd är färdigt, ska det innehålla både den gemensamma nationella texten och de lokala tillägg, som kan behövas till varje enskilt landsting i Södra sjukvårdsregionen.

Det medicinska redaktionsrådet som består av representanter från samtliga ingående landsting beslutar sedan om att det nya kunskapsstödet kan skickas för vidare remissrunda nationellt och till det nationella redaktionsrådet. Regional medicinsk resursgrupp allmänmedicin som är en del av kunskapsstyrningsorganisationen för Södra sjukvårdsregionen utser vilka som sitter i det medicinska redaktionsrådet.

På detta sätt ansvarar respektive ämnesgrupp för att deras förslag till nytt kunskapsstöd är förankrat i hela Södra sjukvårdsregionen och att det från början är ett heltäckande kunskapsstöd med både nationell och eventuell landstingsvis text.

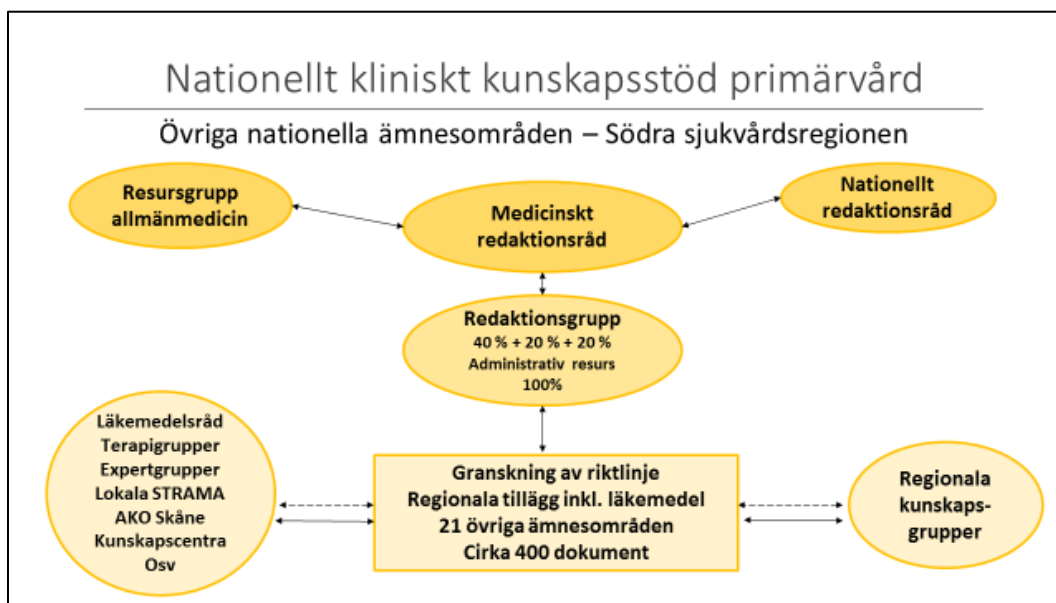


Bild 2. Struktur för redaktionsgruppens arbete i Södra sjukvårdsregionen.

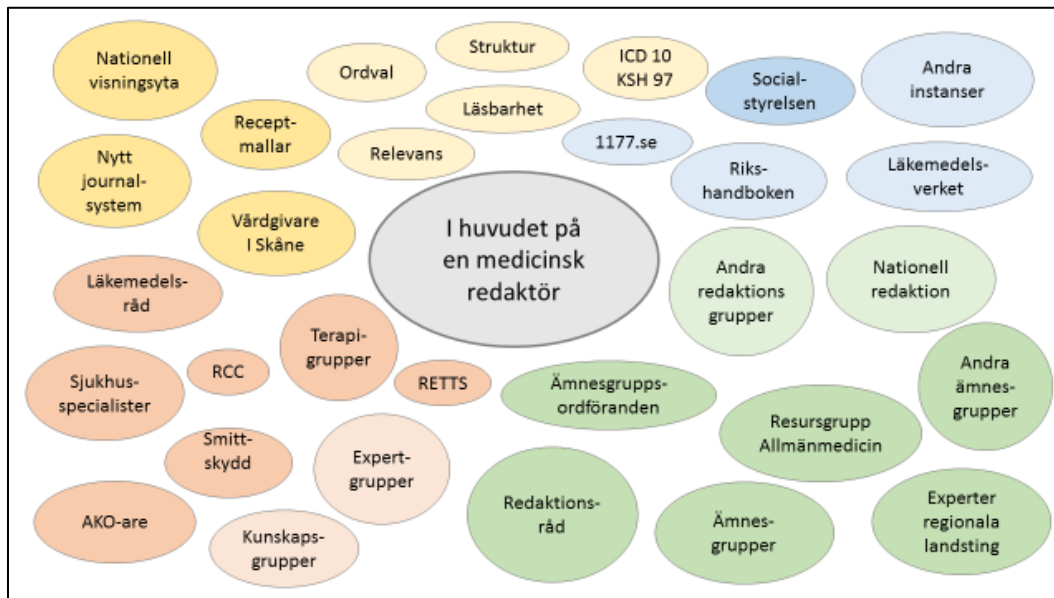
Redaktionsgruppen har dessutom ansvar för att anpassa de nationella kunskapsstöden till Södra sjukvårdsregionen. I både redaktionsrådet och redaktionsgruppen ska det ingå representanter från samtliga landsting i Södra sjukvårdsregionen. I dagsläget innehåller redaktionsgruppen enbart representanter från Region Skåne, vilket gör att än så länge kan det inte göras landstingsvisa anpassningar till fler landsting än Region Skåne.

Det har varit ett lärorikt arbete att försöka anpassa de nationella kunskapsstöden till att bli fungerande riktlinjer inom Region Skåne. I vissa fall har det gått ganska lätt. I andra fall kommer Region Skåne sannolikt att vänta med anpassning tills det kommer en ny version av det aktuella nationella kunskapsstödet. I flera fall finns det redan väl genomarbetade vårdprogram som uttrycker arbetssättet i Region Skåne.

På samma sätt som ämnesgruppernas nya förslag till nationella kunskapsstöd skickas runt på remiss inom Södra sjukvårdsregionen så skickas varje förslag till regional anpassning av ett nationellt kunskapsstöd på samma sorts remissrunda. Detta omfattande hålls ihop av den medicinska redaktionsgruppen.

En glimt av vår medicinska redaktion

Kapitel 6 – Johanna Cederholm



Välkomna in till Södra sjukvårdsregionens medicinska redaktionsgrupp. Här jobbar vi intensivt med allt från kommatecken till vårdprocesser. Det blir många ord, mycket struktur och medicinska frågor samt en del organisatoriska utmaningar.

Här har vi Lisa, som fått en fråga om det ska stå < eller mindre än? Och här är Tina, som sitter och funderar över om specialistens granskningskommentar verkligen stämmer, ska primärvården ta U-katekolaminer, IGF-1 och U-5HIAA före en eventuell remiss? Och själv fick jag just en klurig fråga om vilken diagnoskod som blir korrekt.

Igår hade vi de nationella glasögonen på oss när vi justerade smärtriktlinjer och nu hoppas alla att innehållet stämmer i 21 landsting. Idag håller vi oss kvar i Skåne, då vi skapar lokala anpassningar enligt Region Skånes läkemedelslista och vårdprogram. Sedan är det dags att tänka vårdprocess, när tre nya Standardiserade vårdförlopp ska omvandlas till primärvårdsriktlinjer.

Om en stund ska vi ringa Emma på SKL (Sveriges Kommuner och Landsting). Vi deltar i en pilot för att testa granskningsverktyget i inmatningsgränssnittet! Ja, ni hör ju själva hur fokuserade vi måste vara i dessa stunder. Samtidigt blir det spännande att se hur de reviderade barnriktlinjerna kommer att tas emot, nu när de ska skickas på nationell granskning.

Lokalt granskas för närvarande 70 riktlinjer av expertgrupper, terapigrupper, smittskydd, RCC och kunskapsgrupper. Många förbättringsförslag kommer in men ibland tycker experterna olika och vilken handläggning har egentligen bäst evidens?

I struktur och innehåll arbetar vi utifrån ett för oss nytt perspektiv, nämligen att textinnehållet i varje riktlinje snart ska koda och införas i nya journalsystem. Det ska bli väldigt roligt att få arbeta med (särskilt som användare).

I redaktionsgruppen arbetar vi såväl nära som på distans. Vi har förstås meningsskiljaktigheter, men samtidigt många skratt och vi tycker mycket om att skriva. Som ni kan se på bilden så har vi ofta huvudet fullt. Ibland tappar vi bort oss men vårt mål är klart. Vi vill bidra till att läkaren i primärvården får ett bättre verktyg i mötet med patienten.

Vill ni veta mer och vill ni samarbeta med oss framöver så kom in, mejla eller ring oss.

Vad gör man i ämnesgrupperna?

Kapitel 7 – Catarina Canivet

”En 71-årig man söker på vårdcentralen för prostatitproblematik som han haft av och till sedan 80-talet. Han har ingen feber. Vad ska du som distriktsläkare tänka på när det gäller utredning och behandling?”

En obekväm fråga

Denna fråga ställdes av ämnesgruppsordföranden för urologi, Gunilla Malm, på en informationsdag om det nationella kunskapsstödet. Den ställdes rakt ut i auditoriet av skånska distriktsläkare. Jag kunde se hur flera skruvade på sig, och även jag kände ett lätt obehag när jag tänkte mig in i att ha denna patient framför mig. Varför? Jo, för att i alla fall mina kunskaper, och säkert många andras, är ålderstigna. Under läkarutbildningen fick vi lära oss att behandla inflammation i prostatakörteln med antibiotika, gärna i många veckor. Samtidigt fick vi redan då veta att det kanske egentligen inte fanns några bakterier där i körteln. Det var lite svajigt, kanske berodde inflammationen på för glest sexualliv? Var det psykosomatiskt det hela? Det fanns till och med urologer som på osäker grund förordade att läkaren genom analkanalen skulle massera prostatakörteln för att bota tillståndet. Nu vet vi att antibiotika måste användas återhållsamt, om vi ska ha något att ta till i framtiden vid livshotande infektioner. Samtidigt känns det som att denna patientgrupp kanske blivit lite mer sällsynt – är det så? Allt detta skvalpar runt i mitt läkarmedvetande, medan den fiktive patienten undrar vad jag tänker göra för att hjälpa honom.

Kondenserad kunskap – vid behov

Det är i detta läge – och i massor av liknande situationer som inträffar dagligen – som vi behöver pålitliga kunskapsstöd. Vi vill inte ha informationssidor sponsrade av läkemedelsbolag, hur attraktiva och lättillgängliga de än är. Vi vill nämligen inte till varje pris hitta ett läkemedel, utan istället den senast uppdaterade, sakliga evidensen inom varje område. I den här tidspressade situationen, med patienten i rummet, och med nästa väntande utanför dörren, har vi inte heller någon glädje av sjukhuskollegans fem sidor långa, heltäckande, resonerande text om tillståndet. En text där alla sällsynta komplikationer också lyfts fram och diskuteras. Det måste vara kort! Fördjupning får ske vid andra tillfällen.

Gunilla visade oss ett par power-point-slides med den allra senaste kunskapen sammanfattad i punktform. Precis det vi hade behövt i mötet med den 71-årige mannen. Efter att ha läst igenom detta, och kanske lite till, hade vi med större trygghet kunnat vidga dialogen med patienten, och säga till exempel: ”Man ser ju lite annorlunda på det här med prostatakörtelinflammation nuförtiden...” Kanske har patienten själv hört och läst något i den riktningen. Mötet går vidare – berikat med en liten kompakt, men gedigen guldklimp av nytt vetande. Det är just dessa

guldklimpar som Gunilla och jag själv, som ämnesgruppsordförande, arbetar med att försöka få fram.

”Persongalleriet” hjälper oss

Vi bygger på lång erfarenhet av att som distriktsläkare ha mött ett enormt ”galleri” av olika patientfall, med varierande symtombeskrivningar, farhågor som uttryckts, vad vi funnit vid kroppsundersökningarna, hur det hela ”slutade” – våra lyckade insatser såväl som våra tillkortakommanden. Vi vet vad som är oklart och svårt i situationen, och vi vet vad som brukar saknas i läroböcker och web-texter. Det är en viktig och spännande uppgift att försöka fylla glappen och ge svar på frågorna direkt, så att läsaren aldrig hinner bli frustrerad eller osäker.

Många kloka ögon granskar

I vårt arbete utgår vi från färdiga texter om diagnoser och symptom som vi ofta möter i primärvården. Jag har 23 stycken på min lott inom Smärta och neurologi, och det kommer säkert att bli fler i framtiden. Dessa dokument är redan i ursprungsformen ganska väl anpassade, men kan förbättras. Det gör jag med vederhäftiga källor, till exempel från Läkemedelsverket eller från nya nationella vårdprogram. När jag skrivit mina texter bollar jag dem först med en av AKO-redaktörerna (också allmänläkare), som alltid kommer med relevanta och förbättrande inspel. När vi båda är nöjda är det dags för de sjukhusbaserade specialisterna att dra sitt strå till stacken. I mitt fall är det neurologspecialister och specialister i smärtrehabilitering, och i Gunillas förstås urologer. Eftersom även de har ont om tid så har samarbetet i vår lilla grupp ”Smärta och neurologi” hittills skett enbart via mail och telefon. Kollegorna upptäcker viktiga saker som missats, de vill ändra någon formulering etc. Det bollas åter fram och tillbaka. Flera instanser, lokalt, regionalt och nationellt kommer sedan att vid olika tidpunkter fortsätta nagelfara och förbättra.

500 diagnoser

Jag har här fokuserat på allmänläkarens kunskapsbehov, men även andra personalkategoriernas informationsbehov kommer att täckas i dessa dokument. En normal vårdcentral handlägger ungefär 500 olika diagnoser under ett år, och patienterna har självklart allt att vinna på en ökad samsyn över professionsgränserna i denna komplexa verklighet.

Kan man förenkla komplicerade tillstånd?

Kapitel 8 – Jesper Petersson

Som företrädare för neurologi har man många gånger ställt sig frågan om en ganska ofta framförd bild av specialiteten som ”svår” egentligen stämmer. Det börjar redan när vi väljer ut vilka områden vi ska förmedla på grundutbildningen. Basal kunskap i neuroanatomi är ett måste för att ens kunna diskutera sjukdomarnas symtombilder. Det tar för långt tid och är sannolikt heller inte ens meningsfullt att alla studenter ska kunna neuroanatomi i varje detalj. Därför måste vi på de kliniska terminerna undervisa om sjukdomarna och anatomi samtidigt. Det bidrar i hög grad till att studenterna kan uppleva det som att neurologi är ett tungt och lite krångligt ämne. Detta förhållande fortplantar sig sedan varje gång man ska utforma en guideline, ett PM, en läkemedelsrutin med mera. Risken att texten blir lång och svårläst finns där hela tiden.

Trots att neurologin ofta står för det mindre vanliga omfattar den i själva verket en rad mycket vanliga tillstånd som exempelvis stroke, epilepsi och migrän. De kan vara både ofarliga (migrän) och mycket allvarliga som de två förstnämnda. Det finns därmed ingen möjlighet att avgränsa den neurologiska kunskapen till ett fåtal experter inom sjukvården. Neurologisk kunskap måste ut till så många som möjligt, även till allmänheten där strokekampanjen nyligen föredömligt beskrivit typiska neurologiska symtom. Arbetet med att ta fram information till allmänheten bidrar också till att vi tvingas tänka alltmer kring förenkling.

Varför är det så svårt?

En särskild utmaning med neurologi är att just den delen av människan som finns till för att förmedla intryck från omgivning och den egna kroppen är drabbad. Det kan leda till närmast filosofiska resonemang. Hur vet man att ett intryck som hjärnan registrerar och medvetandegör verkligen finns? Ibland eller till och med ganska ofta, är det en fantastisk fördel, till exempel en smärta som precis följer en nervrot. Man kan direkt utan någon som helst aparatundersökning säga att den här nervroten är sjuk. Kan det vara bältros? Se där, några små blåsor och rodnader på huden. Hur lätt kan det vara? Är detta en svår specialitet? Behöver man ens vara läkare för att ställa diagnos?

Sedan tar vi raskt nästa fall, en patient med brännande värk i ett knä sedan några månader. Ingen svullnad i knät och har blivit onormalt trött de senaste veckorna. Detta var en borrelia. I efterhand typisk bild men likväl tog det flera månader att ställa diagnos. Då var det kanske ändå inte så enkelt även om det var en nervrot som var påverkad igen? Stor risk att man gjort MR på knät, remiss till specialist i ortopedi och sjukskrivning med oklar prognos. Allt detta hände i det aktuella fallet. Är detta ett exempel på krånglig neurologi? Egentligen kanske inte. Knästatus visade ingen belastningssmärta eller svullnad. Man borde nog ha funderat på att inte bara bindväv, brosk och skelett förmedlar smärta. Smärta i avgränsat område utan annan förklaring? Det kan ju vara en nerv!

Som neurolog tar man till ett systematiskt tänkande när man lyssnar på patientens berättelse. Utifrån symtomen som patienten beskriver ställer man sig ett antal frågor. Kan det vara påverkan på en perifer nerv, ryggmärgen, hjärnstammen, lillhjärnan, hjärnans hemisfärer? Låter ju ganska enkelt. Men redan där är det lätt att tappa bort både studenter och kollegor från andra specialiteter. För varje nivå finns det flera sätt som sjukdomen kan yttra sig – olika typer av känselpåverkan, påverkan på kraft eller koordination. Och därtill frågan om hur symtomen tillkom – plötsligt, över lång tid eller rentav intermitterant, finns det i släkten? Senast här brukar man ta ett djupt andetag och inse att detta PM inte blir användbart för särskilt många utanför den neurologiska sfären.

Är det möjligt?

Men går det då att ta fram beslutsstöd utan att behöva hänvisa till läsning av cirka 30-40 sidor i en aktuell lärobok plus en del letande på nätet avseende funktionell neuroanatomi? Vi måste vända på resonemanget och utgå från vanliga symtom och reducera antalet sjukdomsentiteter till de som är vanligast, men även de som är allvarligast. En stor fördel med ett sådant arbete är att man kan befästa vilka neurologiska sjukdomar som de flesta bör känna till i stället för att väcka intrycket att man skall behärska stora delar av neurologin. När man väl bestämt det så kan man i nästa steg koncentrera sig på beskrivning av de typiska symtomen för de utvalda sjukdomarna samt den initiala handläggningen.

Vad kan man inte ta bort?

Förloppet är väldigt avgörande vid neurologiska bedömningar, både för att kunna säga att det är en neurologisk sjukdom och för att lista ut vilken det är. Det betyder att till de typiska symtomen lägger man det vanligaste förloppet dels vad gäller själva symtomutvecklingen (sekunder, timmar, dagar och så vidare) och dels när sjukdomen väl är etablerad (långsamt kroniskt förlopp, tillkomst av andra symtom med mera).

Utredningsstegen är inte särskilt svåra när man väl är inne på rätt spår. En utmaning med neurologin är att man kan hamna i rätt så breda utredningar. Det beror på att alltifrån genetiska faktorer, bristtillstånd, inflammationer, infektioner, skador (enklast! patienten kan helt enkelt berätta hur det hände), maligniteter och degenerativa processer (till exempel Parkinson) kan utlösa symtom i nervsystemet. Här kommer ett beslutsstöd väl till pass. Man får ett stöd för var man ska börja och för när det är dags att skicka fallet vidare eller åtminstone få råd.

Hur har det gått?

Ett mycket givande samarbete mellan specialist i allmänmedicin och neurologi. Ett sunt bollande mellan vanliga/ovanlig symtom. Uppställning av symtom enligt neurologiskt systemtänk. En reduktionistisk syn på förklaringar. En ambition att tydliggöra lämplig nivå för utredning och behandling. Hoppas det är så det blivit. Den intresserade kommer likväl att ta till andra nätbaserade resurser. En bra sökning i databaser förutsätter dock att man vet i vilken riktning man ska gå.

Beslutsstödet som grund för den framtida remissen

Ett annat personligt mål med arbetet med beslutsstöd är att remisskommunikationen kan bli så mycket bättre. I den optimala världen går remittenten igenom punkt för punkt i beslutsstödet i en app och har nästan ett färdigt svar innan man trycker på sänd. Jag tror att detta arbete utgör ett utomordentligt utgångsläge för sådana system. Erfarenheten när vi skriver remissvar är att man ofta ger likartade råd som lämpar sig för digitalisering.

En sak glömde jag nästan: visst är neurologi ganska enkelt?

Samarbete mellan Allmänläkarkonsult Skåne och den lokala läkemedelsorganisationen

Kapitel 9 – Emma Kolbus och Johanna Cederholm

Bakgrund Läkemedelsrådet

Läkemedelsrådet är ett expertorgan, som på hälso- och sjukvårdsdirektörens uppdrag har att utveckla och samordna läkemedelsfrågor samt vara tillgängligt för och arbeta mot samtliga vårdgivare inom den skånska hälso- och sjukvården.

Läkemedelsrådet är, i legal mening, den regionala läkemedelskommittén. Verksamheten baseras på kunskapsbaserad medicin och beprövad erfarenhet. Till verksamheten knyts sakkunniga inom läkemedelsområdet (t ex terapi- och expertgrupper) vilka tillsammans ska verka för en medicinskt ändamålsenlig, effektiv, säker och kostnadseffektiv användning av läkemedel inom öppen och sluten vård, tandvård samt inom den primärkommunala sjukvården i Region Skåne.

Läkemedelsrådet består av 9-13 ledamöter som representerar närsjukvård, specialiserad vård och högspecialiserad vård, samt farmaceutisk och klinisk farmakologisk kompetens. Det finns representanter från både offentlig och privat vård.

Enheten för läkemedelsstyrning stödjer Läkemedelsrådet och dess terapigrupper. Läkemedelsrådet och terapigrupperna utgör medicinskt sakkunnigstöd till Enheten för läkemedelsstyrning.

Till huvuduppgifterna hör att årligen revidera och ta fram Skånelistan, en skånegemensam lista med rekommenderade läkemedel, fastställa regionala riktlinjer för läkemedelsbehandling, utgöra det medicinska expertorganet vid upphandling av läkemedel, följa förskrivningsmönster och kostnader, verka för ökad läkemedelssäkerhet samt utbilda och informera.

Samarbetsformer mellan Läkemedelsrådet och AKO – varför och hur

Samstämmiga och väl förankrade läkemedelsrekommendationer är en förutsättning för medicinskt ändamålsenlig, effektiv, säker och kostnadseffektiv användning av läkemedel. Sedan 2016 har därför Läkemedelsrådet tillsammans med Allmänläkarkonsult Skåne (AKO) påbörjat ett utökat samarbete i syfte att förenkla, förtydliga och förbättra arbetet med olika läkemedelsrelaterade frågor.

Som en del i det ökade samarbetet mellan Läkemedelsrådet och AKO utgörs en av de ordinarie medlemmarna i Läkemedelsrådet av en representant från AKO.

Läkemedelsrådets terapigrupper fungerar som remissinstans då nya AKO-riktlinjer ska tas fram eller revideras. I nuläget har över 130 riktlinjer från AKO samordnats med läkemedelsrekommendationerna på Skånelistan. På så vis ökar förutsättningarna för en god kvalitet, enhetlighet och inte minst trovärdighet i

riktlinjerna, vilket är en förutsättning för en säker och effektiv användning av läkemedel.

Årligen sker en uppdatering av AKOs runt 200 riktlinjer utifrån den reviderade och aktuella Skånelistan.

En del av arbetet på Enheten för läkemedelsstyrning består av uppsökande verksamhet mot vårdcentraler och kliniker, då informationsapotekare ur ett producentneutralt perspektiv för dialog med förskrivare kring bl a rationell läkemedelsanvändning.

Kontinuerliga avstämningar görs med AKO för att finna synergieffekter, lyfta de ämnen som för tillfället är aktuella i den uppsökande verksamheten, stämna av så att innehållet i planerade material är relevant och få in ämnesförslag till vår gemensamma målgrupp från AKO. På så sätt utnyttjas en väl fungerande informationskanal med synkroniserat innehåll från både Läkemedelsrådet och AKO.

Som ett led i att ytterligare förankra och sprida läkemedelsinformation skickas ett uppföljningsbrev ut efter varje vårdcentralsbesök. Uppföljningsbrevet innehåller bl a aktuella presentationsbilder samt i förekommande fall information om samt relevanta länkar till exempelvis aktuella AKO-utbildningar och webinarier.

Utöver den ordinarie uppsökande verksamheten från Enheten för läkemedelsstyrning sker även övriga utbildningsaktiviteter där möjligheten att sprida aktuell information från AKO utnyttjas.

Årligen arrangerar Läkemedelsrådet ”Läkemedel i Skåne”, en utbildningsdag kring läkemedel och kliniska vardagsfrågor. Syftet är att ge möjlighet till diskussion kring bakgrund till de preparatval som gjorts på Skånelistan, att erbjuda en bred utbildning i läkemedelsfrågor samt att involvera förskrivare i Skånes läkemedelshantering. På mässan deltar även ett stort antal utställare, däribland med representation från AKO.

Som exempel på ytterligare samarbetsformer kan nämnas att representanter från läkemedelsorganisationen även har deltagit som föreläsare vid flera AKO-webbinarier bland annat om hjärtsvikt och Premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS). Representanter för organisationen har även föreläst om läkemedel och äldre, hjärtsvikt, lipidbehandling och astma-KOL på AKO-utbildningar runt om i Skåne.

I arbetet med framtagande av Nationellt kliniskt kunskapsstöd deltar en eller flera representanter från Läkemedelsrådet på de möten som arrangeras av AKO för att, ur ett läkemedelsperspektiv, kunna bidra med synpunkter och sakkunskap vid behov, samt, inte minst, få ökad kännedom om och insikt i det omfattande arbete som pågår.

Hur kan kunskapsstöd integreras i sammanhållen digital vårdmiljö?

Kapitel 10 – Pia Czarnecki

Kunskapsstöd skapar förutsättningar för en evidensbaserad och jämlik vård genom att bästa tillgängliga kunskap ska finnas tillgänglig för vårdutförare vid varje patientmöte. Vid tillämpningen av kunskapsstöd måste det finnas rätt förutsättningar för journalföring.

För att möta framtidens behov av hälso- och sjukvård med en åldrande befolkning och ökad efterfrågan av vård måste vårdutförare ändra och effektivisera sina arbetssätt och främja patientens delaktighet i sin vård. För att kunna tillmötesgå detta ställs det ny krav på våra digitala system. De journalsystem som används inom hälso- och sjukvård i Sverige är i mångt och mycket en digital kopia av pappersjournalen och bygger oftast på gammal teknik vilket innebär att journaldokumentation inte hanteras på ett strukturerat sätt. Genom införande av upphandlat system för Sammanhållen Digital Vårdmiljö (SDV) ges det möjlighet att förenkla och stödja vårdverksamhetens processer och främja patientens påverkan på sin vård. Nedan kommer funktionaliteten för beslutsstöd och patientens medverkan att beröras.

De moderna system som finns på marknaden innehåller funktionalitet utifrån best practise och är i hög grad konfigurerbara för att anpassas efter ”lokala” behov. Vårdplaner/åtgärds paket knutna till olika diagnoser finns att tillgå och måste inte skapas vid varje tillfälle vilket leder till en tidsbesparing och ökad patientsäkerheten när samma diagnos ställs, vilket är användbart för primärvården där en stor del av tiden ägnas åt att diagnostisera och dokumentera vårdkontakter med ett fåtal återkommande diagnoser. Genom att samla information kring patienten i ett system elimineras behovet av dubbeldokumentation.

Beslutsstöd

Beslutsstöd är ett samlingsbegrepp som vi här väljer att dela upp i tre delar:

- diagnostisk vägledning
- processtöd
- varningar och rådgivningar

Systemstödet som har efterfrågats i SDV-upphandlingen ska ha förmågan att ge diagnostisk vägledning där exempelvis kontaktorsak i kombination med ett antal parametrar så som hereditet, längd, vikt, vitala parametrar, mm ska kunna generera förslag på diagnos. Om förslaget beslutsstöd accepteras kan detta leda till aktivering av processtöd i form av en vårdplan. En vårdplan kan bestå av ett ordinationspaket innehållande åtgärder så som läkemedel, diagnostiska test (prover, röntgen...), vårdåtgärder och eller andra aktiviteter där hela eller delar av innehållet kan accepteras.

Varningar/rådgivningar bistår klinikern/förskrivaren med funktioner så som presentation av allergier och interaktioner i samband med ordination. Beslutsstöd för parameterbaserade (vikt, ålder kroppsytta, mm) rekommendationer för läkemedelsdosering. När beslutsstödet genererar en varning kan den granskas och accepteras eller avfärdas. Om varningen avfärdas måste en orsak anges och man kan på så vis följa upp avvikelser från gällande praxis och dess orsak.

Kunskapsstöd skapar möjligheten för enhetliga arbets sätt för klinikerna vilket är ett av målen med SDV. Detta betyder inte att tillämpningen av kunskapsstödet i mötet med patienten blir oberoende av patientens unika behov utan kan individanpassas.

Tillämpning av kunskapsstöd och enhetliga arbetsflöden skapar förutsättningar för uppföljning och kan kopplas till resultatrapportering vilket stöds av SDV.

Patientengagemang

Patientens delaktighet i sin vård är av vikt och det måste finnas möjlighet att digitalt kunna interagera med sin journal. Exempel på detta är återkoppling på behandling, rapportering av egna provtagningar, mm. Aktiviteter som i förlängningen kan minska belastningen på mottagningar genom att behovet av besök minskar och resultera i snabbare återkoppling till patienten. Möjligheten för patienten att dela information om användning av läkemedel eller naturläkemedel som inte ordinerats i samband med erhållen vård kan också leda till en högre patientsäkerhet och en bättre dialog mellan patienten och hälso- och sjukvården.

Patientinformation ingår som en del av kunskapsstödet och bör kunna förmedlas till patienten via SDV till patientens egen portal, 1177. I patientportalen bör patienten också kunna få tillgång till individanpassad information om egenvård.

Integration av kunskapsstöd med SDV

Kliniskt verksamma bör på ett lättillgängligt sätt kunna använda kunskapsstödet utan att behöva lämna den digitala miljö man vanligtvis arbetar i under kontakten med en patient. Kunskapsstödet bör därför ligga till grund för konfigurationen av SDV så att vårdutföraren kan följa rekommenderade riktlinjer för behandling och förebyggande insatser genom sitt arbetsflöde i SDV.

Om den kliniskt verksamma personen behöver kompletterande information utöver det stöd som SDV erbjuder ska användaren kunna länka sig till kunskapsstödet.

Inom hälso- och sjukvården i Sverige används i skrivande stund ett flertal olika vårdinformationssystem och denna situation kommer sannolikt inte att förändras. Många system kommer att ersättas genom redan pågående och kommande upphandlingar och projekt, men sannolikt kommer inte alla regioner och landsting att välja samma system. Därmed bör det vara av intresse att ha ett nationellt format för kodning av kunskapsstöd genom standardiserade termer/begrepp/arketyper, så att kunskapsstödet kan ligga till grund för beslutsstöd oavsett vilket system man använder i sin kliniska verksamhet i Sverige.

Förhoppning – Nationellt kliniskt kunskapsstöd för alla – vision eller utopi?

Kapitel 11 – Lena Bååth

Att kunna få en gemensam riktlinje över ett ämnesområde förefaller mycket lockande. Vardagen för specialister i allmänmedicin innebär alltid att arbeta med en viss osäkerhet trots frekvent och ambitiös fortbildning. Ibland tänker jag att vi är ”experter” på osäkerhet. Detta är inbyggt i allmänläkarrollen. Vad jag ser fram emot är att vi förhoppningsvis får kunskapsstöd, som nås inom någon minut, i en länk i den framtida patientjournalen.

Jag föreställer mig framtiden med de nationella kunskapsstöden på följande sätt:

Läkarutbildningen

Kursen *Individ och Samhälle* ligger på sista terminen i Läkarprogrammet vid Lunds universitet och täcker in många områden inom de stora folksjukdomarna. Den är till mycket stor del uppbyggd på kliniska fall, som speglar många aspekter avseende faktakunskap, men också förhållningssätt gentemot patienten. Det är tilltalande att tänka sig att kunskapsstöden skulle kunna användas både på de kliniska kurserna, med placering inom organspecialiteterna, som av allmänmedicinen. Detta skulle också kunna bli ett moment av igenkänning för studenterna, när de slutligen går kursen i *Individ och Samhälle*. Kunskapsstöden skulle kunna bli en form av avstamp i studiemålen för studenterna och utgöra underlag för tentamensfrågor.

Fortbildning

Allmänläkarkonsult Skåne (AKO Skåne) ska stå för producentneutral fortbildning. En del av vår fortbildning kan nås via nätet i vårt videotek samt via våra webinarier.

- Videotek: korta filmer där doktorn frågar doktorn, oftast allmänläkare och organspecialist, om till exempel antikoagulationsbehandling vid förmaksflimmer.
- ”Webbinarier”: direktsänds på nätet med korta föreläsningar följt av frågor från lyssnare. Dessa kan ses vid valfritt tillfälle till exempel genom att läkargruppen samlas på vårdcentralen.

Både videotekfilmer och webinarier används som studiematerial på våra regionala fortbildningsdagar. Likaså används AKO-riktlinjer på samma sätt och utgör även ett underlag för val av ämnesområden på AKO:s fortbildningsdagar.

Kunskapsstöden skulle kunna användas på samma sätt, både för val av adekvata fortbildningsområden och för studiematerial. Min förhoppning är att fördjupningskurser inom de stora folksjukdomarna alltid ska finnas och uppdateras inför varje ny kursomgång.

Kunskapsstöden skulle kunna vara ett medel för att konkret visa verksamhetschefer vad enhetens allmänläkare förväntas vara väl uppdaterade kring. De skulle kunna användas i medarbetarsamtal, som bas för att planera det närmaste årets fortbildning, samt vara till hjälp i att se till att successivt täcka in kunskap kring alla de sjukdomar som allmänläkare förväntas vara väl insatta i.

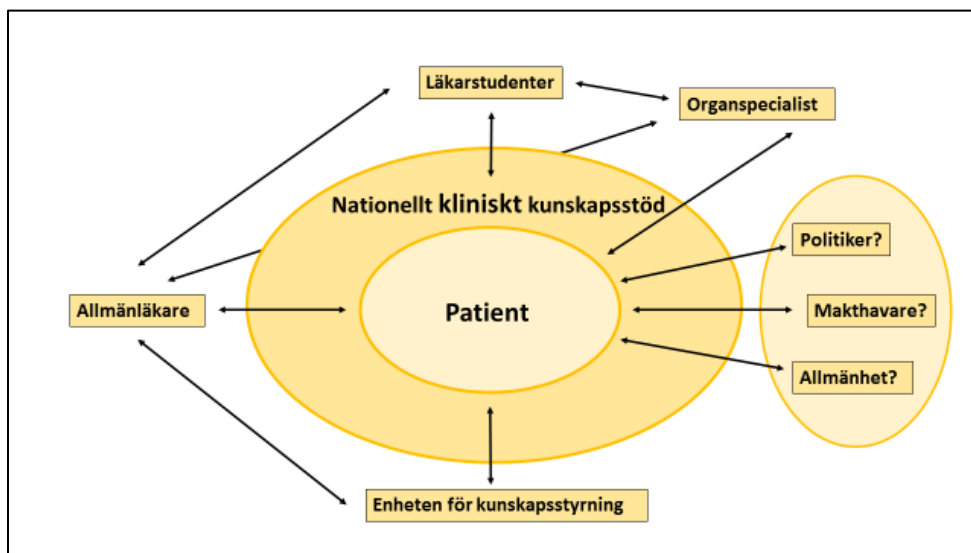
Personcentrerat arbetssätt – samarbete allmänläkare och organspecialist

De nationella kunskapsstöden kan vara något att samlas kring och användas som underlag för samsyn tillsammans med patienten, allmänmedicinaren och organspecialisterna.

I den bästa av världar skulle kunskapsstöden i ”anpassad” form kunna vara ett stöd för både allmänläkare och patient. Som allmänläkare är man inte bara pedagog, för yngre kollegor, utan även för sin patient. Finessen här blir ju förstås att kunna använda dessa dagligdags, genom att man når dem direkt i patientjournalen – vilket nog skulle leda till större följsamhet och konkret tillämpning i handläggningen.

Våra studenter på kursen *Individ och Samhälle* skulle då också möta dessa kunskapsstöd även under den praktiska tjänstgöringen under kursen.

Jag skulle i en framtid vilja se kunskapsstöden och det personcentrerade arbetssättet, samt användning av nätet, som en naturlig del i vår fortbildning. Det är en stor uppgift att kunna göra patienten delaktig i sin vård.



Konklusion

Med kunskapsstöden i vardagens allmänmedicin, på läkarprogrammet, hos organspecialisterna och i mötet med patienten, skulle vi få ett mycket starkt verktyg i att hålla oss både uppdaterade och samspelta med organspecialisterna. Först då kan vi alla ge patienterna den bästa tillgängliga, likvärdiga vård nationellt sett. En vision vore också att kunskapsstöden skulle kunna användas i kommunikation med andra aktörer i samhället.

Framtid – hur ska vi få detta arbete att fungera nationellt och regionalt/lokalt?

Kapitel 12 – Sten Tyrberg och Staffan Ekedahl

När vi var unga läkare hade vi olika egna små kompendier i våra läkarrockar. Ofta var de handskrivna. Ibland maskinskrivna. En del hade små ringpärmar för att bifoga olika små PM från olika kliniker man passerade som läkare. Hur man tolkade EKG, behandling vid akut hjärtinfarkt, utredning och behandling vid ischias och så vidare. Var och en skrev och samlade sitt kompendium av behandlingsriktlinjer och medicinsk klokskap. En del kollegor var driftiga och skrev små böcker och efterhand fylldes ens bokhyllor på läkarexpeditionen av sådana ofta mycket välskrivna kompendier.

Idag har, för de flesta läkare, datorn och mobilen ersatt dessa kompendier eller tryckta böcker. Via internet läser man senaste informationen på antingen en medvetet vald hemsida eller googlar man fram ett antal förslag på hemsidor utifrån aktuell medicinsk frågeställning.

Nu finns ett nytt alternativ – Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård. Hur kan den plantan växa till och överleva? Det finns idag många kommersiella aktörer som presenterar olika kokböcker på nätet som på flera sätt liknar delar av Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Det finns också andra offentliga initiativ, till exempel den väl inarbetade Läkemedelsboken eller Socialstyrelsens Nationella riktlinjer. Men ingen av dessa alternativ motsvarar helt Nationellt kliniskt kunskapsstöd. I olika landsting finns det också flera liknande produkter. Några av dem har använts för att skapa första versionen av Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård. Idag finns cirka 400 riktlinjer som förberetts för en nationell arena, men som från början inte var skrivna för att vara nationella kunskapsdokument utan enkom för att vara en riktlinje i ett visst landsting.

Det har varit ett stort arbete för projektgruppen och landstingen att komma hit. Och ändå är det nu som arbetet börjar. Strukturerna är satta och ämnesgrupper över hela landet har påbörjat sitt arbete. Det är först efter att dessa ämnesgrupper hunnit revidera textmassan en eller två gånger som vi kommer att börja ana hur Nationellt kliniskt kunskapsstöd Primärvård kommer att se ut och fungera framöver över hela Sverige.

Upplägget bygger på att varje landsting har möjlighet att göra sina egna tillägg relaterat till sina rutiner och läkemedelsval med mera. Det kommer att ta tid innan varje landsting hunnit ta ställning till samtliga kunskapsdokument, i nuvarande eller kommande versioner, och skapa ett ändamålsenligt stöd för det egna kliniska arbetet inom varje landsting. Nästan inga riktlinjer fungerar utan samspel med den specialiserade vården. För att ett kunskapsstöd för primärvården ska fungera inom primärvården är det sannolikt mycket viktigt att det skrivs av medarbetare i primärvården. Men det är lika viktigt att kompetens från den specialiserade vården

finns med. Både primärvården och den specialiserade vården inom ett landsting måste vara överens om riktlinjerna. Det betyder sannolikt att de lokalt framtagna textavsnitten kommer att bli mycket viktiga att formulera.

Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård är framtaget för att vara ett stöd åt framför allt medarbetaren inom primärvården för att kunna erbjuda patienten bästa möjliga vård. Utmaningen blir att skapa ett kunskapsunderlag som samtidigt möjliggör en unik, personcentrerad vård utifrån just den personens förutsättningar och egna önskemål.

Om riktlinjerna börjar användas för att kontrollera och värdera ”uppifrån” hur vården ges kan det leda till en rad nya problem. Medarbetarna i primärvården kan börja uppleva riktlinjerna som uppifrån komna direktiv och krav i stället för ett kunskapsstöd framtaget av professionen och därigenom distansera sig från riktlinjerna. Riktlinjerna kan också riskera att uppfattas som styrande i varje enskilt patientfall med starka kopplingar till detaljerad uppföljning och mätning som kan ge negativa konsekvenser.

I framtiden blir det mycket viktigt att arbeta med och mer förstå att säker och jämlik vård är oftast inte detsamma som lika vård. Varje patient har unika förutsättningar och det måste speglas i respektive medarbetares beslut och agerande i patientkontakten.

Inom några år kommer nya digitala vårdmiljöer med integrerade informations-, journal- och uppföljningssystem. Önskemålet från varje medarbetare är då att i journalen ha tillgång till ett adekvat kunskapsstöd som även kan ”flagga” för olika väsentligheter. Och att systemet ska hjälpa medarbetaren att plocka fram redan tillgänglig kunskap och servera den på ett syntetiserat optimalt sätt. För att detta ska kunna fungera behövs ett bakomliggande kunskapsstöd. Det är viktigt att det är ett stöd som är anpassat för svensk primärvård. Det blir en utmaning för Nationellt kliniskt kunskapsstöd att kunna vara det alternativet.

Idag är Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård huvudsakligen skrivet för läkare i primärvård. Behovet finns givetvis även för övriga professioner och arbetet med att göra kunskapsstödet multiprofessionellt bör intensifieras. Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård är framtaget av professionen utan några kommersiella bindningar. Det är viktigt att behålla den obundenheten vilket betyder att landstingen/regionerna måste vara beredda att satsa långsiktigt ekonomiskt på detta. Det måste både finnas nationella sammanhållande resurser och medicinska redaktioner inom varje sjukvårdsregion eller landsting/region.

Utmaningen för Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård blir att vara minst lika användbar och värdefull som den gamla lilla ringpärmen. Med god sökbarhet och kliniskt praktisk utformning via en app i mobiltelefonen i bussarongfickan bör den kunna bli långt bättre.

Bilaga 1. Södra sjukvårdsregionens arbetsflöde för Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård

Arbetsflöde för nationella riktlinjer för Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård och lokala landstingstillägg, inom Södra sjukvårdsregionen.

Nationellt kliniskt kunskapsstöd Primärvård

- Består av runt 400 riktlinjer som bör uppdateras minst vart tredje år
- Södra Sjukvårdsregionen ansvarar för knappt 100 riktlinjer inom fyra ämnesområden
- Södra Sjukvårdsregionen ansvarar för lokala anpassningar (och uppdateringar enligt exempelvis läkemedelslistor) av de resterande drygt 300 riktlinjerna.

Södra sjukvårdsregionens ämnesområden:

- Smärta och neurologi – ordförande Catarina Canivet
- Njurar, urologi och mäns hälsa – ordförande Gunilla Malm
- Barn- och ungdomars hälsa – ordförande Tina Runeke
- Ögon – ordförande Anders Lundqvist

Medicinsk redaktionsgrupp

- Region Skåne:
 - Ansvarig medicinsk redaktör - Johanna Cederholm
 - Medicinsk redaktör – Tina Runeke
 - Koordinerande projektsekreterare – Lisa Johansson
- Landstinget Blekinge: Vakant
- Region Halland: Vakant
- Region Kronoberg: Vakant

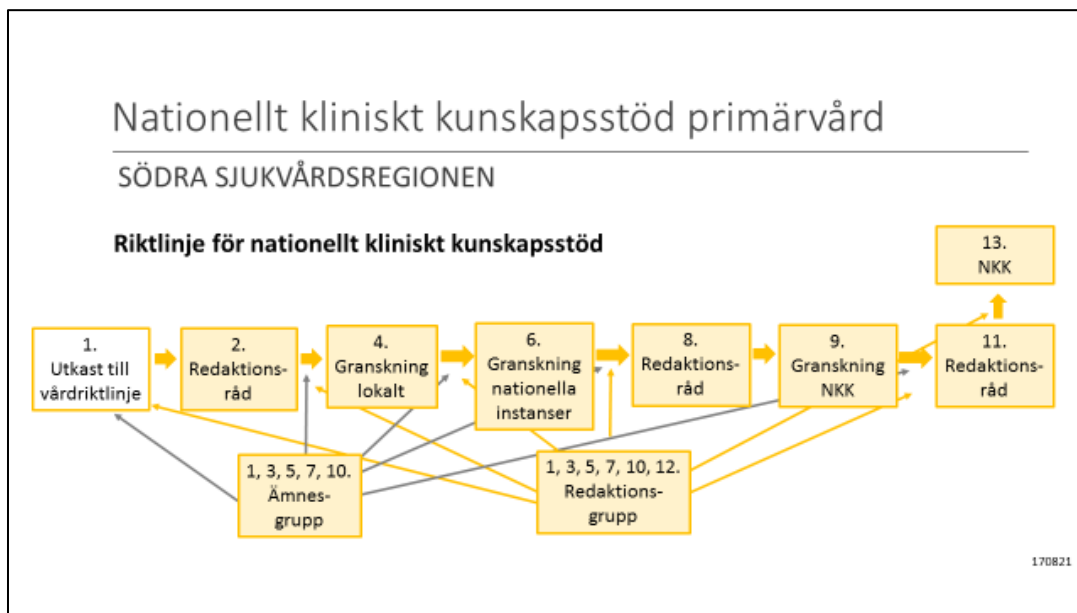
Medicinskt redaktionsråd

- Region Skåne:
 - Sten Tyrberg, teamledare AKO Skåne
 - Gunilla Malm, AKO-koordinator
 - Cecilia Ervander, AKO-koordinator
 - Anders Lundqvist, AKO-koordinator
 - Johanna Cederholm, medicinsk redaktör
 - Ann Frödeberg, webbredaktör
 - Lisa Johansson, koordinerande projektsekreterare
- Landstinget Blekinge: Christer Olofsson
- Region Halland: Magdalena Barkström
- Region Kronoberg: Vakant

Malmö 171205

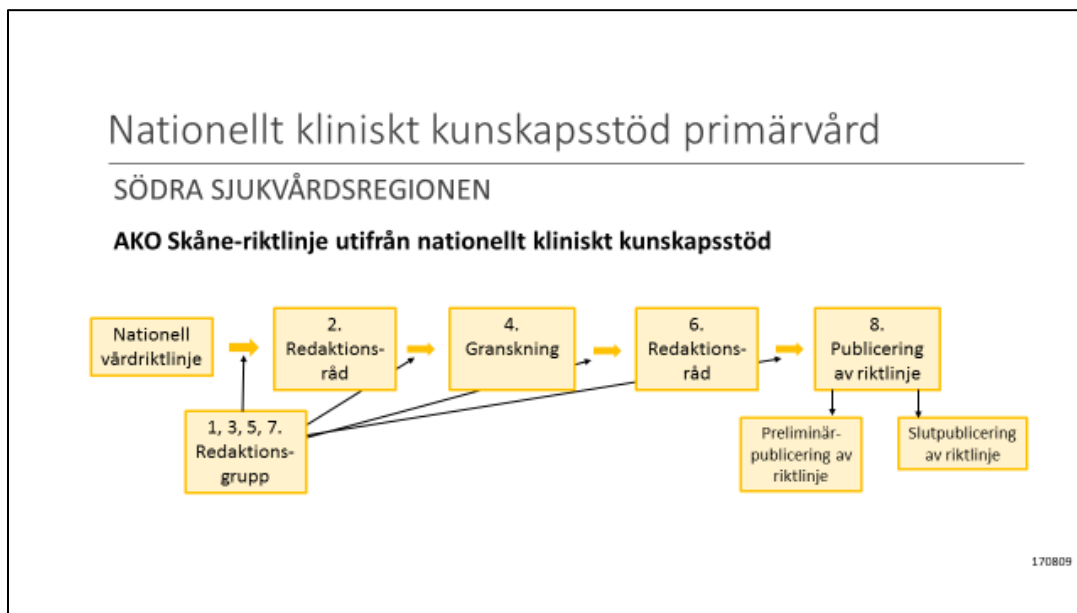
Sten Tyrberg
Ordförande Regional medicinsk resursgrupp allmänmedicin

Riktlinje för nationellt kliniskt kunskapsstöd



1. **Ämnesgrupp** och redaktionsgrupp – tar fram ett utkast till en nationell riktlinje med lokala tillägg
2. **Redaktionsråd** – bedömer och godkänner granskning i Södra sjukvårdsregionen
3. **Redaktionsgrupp** och ämnesgrupp justerar vid behov och skickar till terapi-, kunskaps- och expertgrupper i Södra sjukvårdsregionen.
4. **Granskning lokalt** – pågår under två till tre veckor
5. **Ämnesgrupp** och redaktionsgrupp justerar, redigerar, korrekturläser och skickar på granskning nationellt
6. **Granskning nationella instanser** – riktlinjen skickas ut på granskning till nationella instanser som programråd, läkemedelsverket etc.
7. **Ämnesgrupp** och redaktionsgrupp justerar, redigerar, korrekturläser och förbereder för redaktionsråd
8. **Redaktionsråd** – beslutar om utskick på nationell granskning till samtliga landsting (och nationell redaktion)
9. **Granskning Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK)** – riktlinjen granskas av nationell redaktion och redaktioner i övriga landsting/regioner
10. **Ämnesgrupp** och redaktionsgrupp justerar, redigerar, korrekturläser och förbereder för redaktionsråd
11. **Redaktionsråd** – beslutar om att skicka för publicering nationellt och att publicera på lokal visningsyta
12. **Redaktionsgrupp** – publicerar riktlinjen lokalt samt skickar den till nationell redaktion
13. **Nationellt kliniskt kunskapsstöd** – nationell redaktion beslutar om publicering på den nationella visningsytan

AKO Skåne-riktlinje utifrån nationellt kliniskt kunskapsstöd



1. **Redaktionsgrupp** – avgör om en nationell riktlinje ska publiceras i Skåne, tar fram förslag på struktur och lokala tillägg
2. **Redaktionsråd** – bedömer och godkänner för granskning
3. **Redaktionsgrupp** – justerar vid behov och skickar till terapi-, kunskaps- och expertgrupper i Region Skåne
4. **Granskning** – pågår under två till tre veckor
5. **Redaktionsgrupp** – redigerar och korrekturläser
6. **Redaktionsråd** – beslutar om primärpublicering på Vårdgivare i Skåne
7. **Redaktionsgrupp** – justerar inför publicering
8. **Publicering** – preliminärpublicering under 1 månad så användare kan ge synpunkter, därefter slutpublicering direkt eller efter ny justering av redaktionsgrupp och nytt beslut av Redaktionsråd

Bilaga 2. Informationsbrev granskning Nationellt kliniskt kunskapsstöd Södra sjukvårdsregionen

Till

- Ledamöter i respektive kunskapsgrupper/expertgrupper/motsvarande och terapigrupper/läkemedelsrådsgrupper/motsvarande via respektive grupps ordförande
- Allmänläkarkonsulter inom Region Skåne och Allmänläkarkonsultkoordinatorer inom Region Skåne och via dem till respektive kontaktläkare inom specialiserad vård
- Andra kontaktpersoner utsedda av respektive landsting/region inom Södra sjukvårdsregionen

För kännedom

- Ledamöter i Resursgrupp allmänmedicin
- Ledamöter i Södra sjukvårdsregionens styrgrupp för kunskapsstyrning
- Ordförande i Läkemedelsrådet i Region Skåne

[Om respektive landsting/region vill förändra listan över mottagare, anmäl detta till Lisa Johansson mejl se ovan]

Till vederbörande

Vi är inne i en nya era. Genom SKL skapas nu ett Nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården. I detta arbete kommer Södra sjukvårdsregionen att ta fram nya nationella medicinska riktlinjer för primärvårdens läkare inom ämnesområdena barn- och ungdomshälsa, ögon, smärta- och neurologi samt njurar, urologi och mäns hälsa.

Varje gång vi nu framöver tar fram nya primärvårdsriktlinjer inom något av dessa områden behöver vi er hjälp inom olika grupperingar. Riktlinjerna består av nationellt formulerad text samt text som anpassas efter lokala förutsättningar i varje landsting/region.

Vi ber er nu att beträffande bifogade förslag till riktlinjer ta ställning till:

- Det medicinska faktainnehållet i den bifogade riktlinjen
- Texten i eventuella lokala anpassningar i de olika avsnitten:
 - Vårdansvar och samverkan
 - Utredning
 - Behandling
 - Remissrutiner

Tänk särskilt på ditt landstings/regions gränssnittsfrågor och lokala läkemedelslistor

I bifogade riktlinjer finns enbart lokala anpassningar för Region Skåne. Vår önskan är att varje landsting/region i Södra sjukvårdsregionen vid behov justerar förslagen på lokala anpassningar. Vi önskar svar från varje landsting/region inom Södra sjukvårdsregionen på varje utskickat förslag.

Med detta brev bifogas en eller flera riktlinjer och synpunkter på dessa önskas senast XXXX 2017. Vi är tacksamma för er granskning och har ni några funderingar/frågor, vänligen hör av er enligt kontaktuppgifter ovan.

Med vänliga hälsningar

Sten Tyrberg

Ordförande Resursgrupp allmänmedicin

Sten.tyrberg@skane.se

Bilaga 3. Mall utkast till riktlinje för nationellt kliniskt kunskapsstöd

Huvudrubrik

Utkast till riktlinje för nationellt kliniskt kunskapsstöd (Diagnos)

Vårdsnivå och samverkan

Primärvård

-

Specialistmottagning

- Xx

Bakgrund

- Xx

Risikfaktorer

- Xx

Utredning

Symtom

- Xx

Anamnes

- Xx

Status

- Xx

Undersökning

- Xx

Lab

- Xx

Bilddiagnostik

- Xx

Fortsatt handläggning

- Xx

Differentialdiagnoser

- Xx

Behandling

Allmänt

- Xx

Läkemedelsval

- Xx

Remissrutiner

Remissindikation

- Xx

Remissinnehåll

- Xx

Sjukskrivning

Komplikationer

Klinisk uppföljning

Kvalitetsuppföljning

Patientinformation

Relaterad information

Om dokumentet

Publicerat: 2017-00-00

Giltigt till: 2020-00-00

Faktaägare: AKO Skåne

Bilaga 4. Statistik AKO-riktlinjer 2017

Nationella kunskapsstöd anpassade till Region Skåne från ämnesgrupper vi ej ansvarar för i Södra sjukvårdsregionen:

32	På granskning inom Endokrina sjukdomar och Hjärta
17	Granskade, bearbetas till publicering inom Blodsjukdomar och Infektion
51	Publicerade Vårdgivare Skåne – 29 preliminärpublicerade, 22 slutpublicerade
100	Totalt

Ämnesgrupperna

Revidering av nationella kunskapsstöd

22	Färdiga att skicka ut på nationell granskning <ul style="list-style-type: none"> • 10 Barn- och ungdomars hälsa • 3 Njurar, urologi och mäns hälsa • 9 Smärta och neurologi • 0 Ögon
24	Revidering pågår i ämnesgrupperna <ul style="list-style-type: none"> • 5 Barn- och ungdomars hälsa • 5 Njurar, urologi och mäns hälsa • 7 Smärta och neurologi • 7 Ögon
46	Totalt

Övriga AKO-riktlinjer publicerade 2017

29	KOL, Anemi, Anemi hos barn, Enteral nutrition, 25 SVF
----	---

Nuläge antal publicerade AKO-riktlinjer 2017

176	Totalt till och med dec 2017, varav 80 publicerade i år
-----	---

Anteckningar

skane.se/ako

[vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/
primarvardens-utbildningsenhet/](https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/primarvardens-utbildningsenhet/)

Nationellt kliniskt kunskapsstöd primärvård i Region Skåne och Södra sjukvårdsregionen 2017

December 2017

