

Sammanställning av gruppdiskussioner vid Work-shop

Del 1

Frågeställning: *”Hur kan kunskapsstyrning konkret bidra till att arbeta kunskapsbaserat i patientmötet?”*
”Har ni exempel från er MG eller verksamheten hur detta kan fungera?”

Från det material som har inkommit från diskussionerna i de olika grupperna så framkom tydligt fyra olika områden som antingen svarade på frågeställningen ovan på olika sätt eller ansågs som viktigt att diskutera. Materialet presenteras nedan utifrån dessa områden med tillhörande text.

Goda exempel på när kunskapsstyrning och kunskapsstöd används i patientmötet och vårdandet av patienten.

Vid diskussionerna i grupperna så framkom många goda exempel på hur olika kunskapsstöd; nationella riktlinjer, vård- och insatsprogram, de sammanhållna vårdförloppen, riktlinjer/vårdprogram från RCC m.m. användes i mötet och vårdandet av patienten. De standardiserade vårdprogram inom onkologin som RCC utarbetat, sågs som en tydlig kunskapsstyrning och RCC som föregångare med ett stort antal utarbetade vårdprogram och flera på gång. Enheter där det inte i nuläget finns tillräckligt med kunskapsstöd i form av t.ex. riktlinjer och vårdprogram, arbetas det intensivt med att utarbeta detta.

I någon grupp beskrevs arbetet i Strama som ett exempel på ett strukturerat arbete på flera fronter, där det finns ett tydligt och mätbart mål som är förankrat i evidens och med en koppling mot nyttan för patienten. Rekommenderade läkemedel lyftes som ytterligare ett kunskapsstöd där *”det är lätt att göra rätt”* från flera grupper. Vidare ansågs även den nutritionsriktlinje vid Covid-19 som utarbetades snabbt i RGK genom att se hur andra regioner gjorde i sin verksamhet, som ett gott exempel på när kunskapsstyrning fungerar väl.

Det uttrycktes att de olika kunskapsstöden underlättar och förenklar arbetet både för chefer och medarbetare, samt är ett stort stöd för vårdaren/behandlaren i mötet med och vårdandet av patienten. Någon grupp uttryckte att när det finns etablerade evidensbaserade riktlinjer inom ett område och det är konsensus på arbetsplatsen att det är detta som gäller och ska användas, så leder det till att den enskilde medarbetaren upplever en trygghet och vårdandet av patienten underlättas på flera sätt.

I diskussionerna framkom även att användandet av olika kunskapsstöd upplevdes ge positiva effekter för patienterna genom att t.ex. en ökad möjlighet till att ge likartad information finns, bidrar till en mer jämlik, säker och god vård, vilket är den absolut största vinsten.

Vad behöver vi arbeta vidare med i Region Kronoberg!

Grupperna diskuterade vad som behöver utvecklas, arbetas vidare med och ibland förändras i våra arbetssätt – för att kunskapsstyrningen på ett konkret sätt ska kunna bidra till så att vi kan arbeta kunskapsbaserat i patientmötet. Det framkom att även om vi utarbetar ett stort antal kunskapsstöd och riktlinjer så behöver vi lägga ner arbete, resurser och tid på att implementera dessa. En återkoppling behöver ges från t.ex. MK till MG och andra grupper, när de har utarbetat en riktlinje; med information om t.ex. vad som hände med riktlinjen.

En annan viktig aspekt som diskuterades var att invånare och vårdgivare/vården behöver ha en gemensam bild av både vården och dess kunskapsläge, men hur detta ska genomföras och bli möjligt var inte helt klart.

Ytterligare utmaningar både i stort och smått framkom i diskussionerna som t.ex. hur når vi ut med kunskapsstöd till de privata vårdgivarna, som både är våra konkurrenter och samarbetspartners, regionens hemsida är inte optimal, det är svårt att hitta dokumenten och en karta vore önskvärt över kunskapsstyrningen, samt att marknadsföring behövs.

Andra delar som diskuterades var att det är orimligt med 21 olika läkemedelskommittéer i landet, att en styrning behövs och att vi ligger efter internationellt i Sverige – men sedan fanns åsikter från en annan grupp att vi ligger i framkant i RGK. Men att olika regioner har kommit olika långt i detta arbete var flera grupper eniga om.

En intressant kommentar var att *”vi måste vara medvetna om att gör alla vårdgivare rätt så kommer inte alla att få rätt vård – det gäller att vårdgivare kan sälla och välja ut rätt insatser som behöver göras”*.

Hur ska ett ändamålsenligt kunskapsstöd se ut.

Vad ett ändamålsenligt kunskapsstöd innebär och hur det ska se ut diskuterades i grupperna och det framkom många goda förslag, önskemål och kommentarer.

Ett kunskapsstöd måste vara lättillgängligt; i viss vård så sker arbetet nära en dator och i annan vård så måste vi ta del av kunskapen innan patientmötet och detta måste fungera oavsett situation. Kunskapsstöd som även är ett beslutstöd efterfrågades och var önskvärt, samt om det även kunde generera en signal i t.ex. journalsystemet vid behov, så ansågs det mycket bra. Men något som var en ofta förekommande kommentar var att kunskap/data måste finnas tillgänglig i rätt tid och inte vara för gammal utan uppdateras kontinuerligt, finnas tillgänglig under hela förloppet i mötet med patienten och även kunna visas för patienten om det behövs.

Både internationellt, nationellt och lokalt utarbetade kunskapsstöd efterfrågades men genomgående önskas att de nationella kunskapsstöden ska utgöra en grund och att man sedan ska kunna komplettera med det som skiljer sig lokalt för att inte behöva ”uppfinna hjulet själva”. Men något som ansågs viktigt var att riktlinjer och rutiner finns som kan möjliggöra att strukturen i patientmötet blir densamma oavsett om vårdaren är erfaren eller är en ny medarbetare, vilket då leder till att patienten känner sig trygg oavsett vem hen möter.

Men avslutningsvis så ansågs det viktigt att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

Uppföljning av genomförda insatser med t.ex. kvalitetsregister – hur genomförs det?

I flera grupper diskuterades uppföljning av data på olika sätt och med olika perspektiv, där det bl.a. sågs som viktigt med tydliga och mätbara mål, förankrat i evidens på gruppnivå, samt med en tydlig koppling till patientnytta och hälsoeffekter. Det ansågs även viktigt med meningsfulla mätvärden som anammats av både kollegor och ledning, att uppföljning och data finns tillgänglig hela tiden, att en tät återkoppling av data ges till verksamheter. Ett exempel som beskrevs på kvalitetsregister är NDR, med automatrapportering där RGK är först i landet, detta är tillgängligt för vårdgivare, vårdtagare och allmänhet, samt en pådrivande faktor i utvecklingen av bättre vård.

Medarbetarens roll och ansvar

I diskussionerna så framkom att det ansågs viktigt att medarbetarna upplever målen som meningsfulla, att det finns en förståelse för varför förbättringsarbete och liknande görs. I någon grupp lyftes att studier har visat att enheter som lyckas bättre med implementering av riktlinjer än andra, har en livfull kultur med diskussioner mellan kollegor, återkommande återkoppling av den egna datan, samt att den närmaste ledningen stimulerar och uppmuntrar i arbetet. Något som lyftes av flera grupper var att det ansågs viktigt att verksamhetschef och ledning finns nära i arbete med kunskapsstöd och implementering, uppmuntrar och deltar med återkoppling till medarbetare.

Begreppet ”kunskap” diskuterades i någon grupp där det ansågs viktigt med en bred förståelse, att inte kunskap endast är detsamma som evidens på gruppnivå utan innebär kunskapen i själva mötet med patienten, individuellt och hur kunskapen omsätts i den specifika situationen. Det beskrevs att det finns ett stort behov av ödmjukhet inför den medicinska komplexiteten, att anpassa varje situation efter den specifika patienten och att det är viktigt att inte förenkla det som egentligen är komplext.

*”Allt vi gör i vården
påverkar patienten i slutänden”*