

# 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*

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.  
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm  
Ordertelefon: 08-598 191 90  
E-post: kundservice@wolterskluwer.se  
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB  
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

*Svara på remiss – hur och varför*

*Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).*

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på [regeringen.se/remisser](http://regeringen.se/remisser)

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet  
Omslag: Elanders Sverige AB  
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

ISBN 978-91-38-24621-4

ISSN 0375-250X

# Till statsrådet Annika Strandhäll

Regeringen beslutade den 3 december 2015 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Syftet med uppdraget är att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män (dir. 2015:127). Tilläggsdirektiv beslutades av regeringen den 2 februari 2017 (dir. 2017:11). Utredningen har antagit namnet Kunskapsstödsutredningen.

Generaldirektören Sofia Wallström förordnades att från och med den 3 december 2015 vara särskild utredare.

Som sakkunnig i utredningen förordnades den 17 februari 2016 kansliråd Daniel Zetterberg. Den 17 februari 2016 förordnades förbundsordförande Lars Berge Kleber, Afasiförbundet i Sverige, förbundsombudsman Ulla Falk, Vårdförbundet, samordnare Bodil Klintberg, Sveriges Kommuner och Landsting, förbundsordförande Heidi Stensmyren, Sveriges läkarförbund och utredare Göran Zetterström, Socialstyrelsen, som experter i utredningen. Den 24 mars 2016 förordnades professor Anders Anell, Lunds universitet, och hälso- och sjukvårdsdirektör Ann Söderström, Västra Götalandsregionen, som experter i utredningen. Kansliråd Daniel Zetterberg entledigades från sitt uppdrag som sakkunnig den 20 maj 2016. Den 20 maj 2016 förordnades ämnesråd Petra Zetterberg Ferngren som sakkunnig i utredningen.

Medicine doktor Nina Viberg anställdes som sekreterare i utredningen under perioden 1 februari 2016 till 17 februari 2017. Stabschef Mats Nilsson anställdes som sekreterare den 1 april 2016, statsvetare Annika Stjernquist anställdes som sekreterare den 1 juni 2016 och enhetschef Kristina Wikner anställdes som sekreterare den 23 mars 2017. Docent Göran Stiernstedt har från den 1 februari 2016 och under hela utredningstiden varit senior rådgivare. Biträdande

chefsjuristen Karin Lewin har deltagit i arbetet med författningsförslagen.

Sofia Wallström svarar ensam för innehållet i betänkandet. Experterna har dock deltagit i arbetet i sådan utsträckning att det är befogat att använda vi-form i betänkandet. I och med detta betänkande är uppdraget avslutat.

Stockholm i juni 2017

Sofia Wallström

/Mats Nilsson  
Annika Stjernquist  
Kristina Wikner  
Göran Stiernstedt  
Nina Viberg

# Innehåll

<b>Till statsrådet Annika Strandhäll.....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>17</b>
<b>1 Författningsförslag.....</b>	<b>29</b>
1.1 Förslag till lag om vårdkommittéer .....	29
1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister .....	31
1.3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) .....	33
1.4 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1205) med instruktion för Läkemedelsverket .....	35
1.5 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket .....	36
1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.....	37
1.7 Förslag till förordning om ändring i förordning (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.....	38
1.8 Förslag till förordning om ändring i förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.....	39

1.9	Förslag till förordning om ändring i förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.....	40
1.10	Förslag till förordning om ändring i förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten .....	41
1.11	Förslag till förordning om ändring i förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet.....	42
1.12	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst .....	43
1.13	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen .....	49
1.14	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd .....	51
<b>2</b>	<b>Utredningsuppdrag och tillvägagångssätt.....</b>	<b>53</b>
2.1	Utredningsuppdrag .....	53
2.2	Tillvägagångssätt.....	54
<b>3</b>	<b>Utgångspunkter och begrepp .....</b>	<b>57</b>
3.1	Utgångspunkter.....	57
3.1.1	Avgränsningar .....	60
3.2	Begreppsanvändning.....	60
3.2.1	Begrepp.....	61
<b>4</b>	<b>Gällande rätt .....</b>	<b>63</b>
4.1	Regeringsformen och kommunallagen .....	63
4.2	Hälso- och sjukvårdslagen .....	64
4.3	Patientlagen.....	66
4.4	Patientsäkerhetslagen.....	66

4.5	Tandvårdslagen.....	68
4.6	Lagen om läkemedelskommittéer .....	69
<b>5</b>	<b>Kunskapsstöd ur patienternas och professionernas perspektiv.....</b>	<b>71</b>
5.1	Värdet skapas i vårdmötet .....	71
5.2	Tankar kring patientens och närståendes perspektiv.....	72
5.3	Tankar kring professionernas perspektiv .....	74
5.3.1	Beslutsfattandet är inte alltid rationellt.....	74
5.3.2	Kunskapsstöd utgår ofta från diagnoser .....	76
5.3.3	Olika behov i olika typer av verksamheter .....	77
5.3.4	Olika professioner .....	78
5.3.5	Tankar kring den lärande organisationen.....	78
5.4	Tankar kring forsknings- och utvecklingsperspektivet .....	79
<b>6</b>	<b>Statliga initiativ på kunskapsstödsområdet.....</b>	<b>81</b>
6.1	Olika former av styrning .....	81
6.2	Myndigheternas uppdrag .....	85
6.2.1	Socialstyrelsen.....	85
6.2.2	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) .....	94
6.2.3	Läkemedelsverket .....	98
6.2.4	Folkhälsomyndigheten.....	102
6.2.5	Inspektionen för vård och omsorg (IVO) .....	104
6.2.6	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) .....	105
6.2.7	E-hälsomyndigheten.....	106
6.2.8	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) .....	107
6.2.9	Myndigheten för delaktighet .....	108
6.2.10	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys .....	109
6.3	SOS Alarm Sverige AB.....	110

6.4	Regeringens initiativ till att renodla och samla kunskapsstyrningen.....	112
6.4.1	Rådet för statlig styrning med kunskap.....	112
6.5	Kunskapsstödjande dokument utgivna av myndigheterna.....	121
6.5.1	Kartläggning inom ramen för Rådet för statlig styrning med kunskap.....	121
6.5.2	Socialstyrelsens nationella riktlinjer .....	126
6.6	Överenskommelser mellan regeringen och SKL .....	130
<b>7</b>	<b>Huvudmännens och SKL:s arbete med nationella strukturer för kunskapsstyrning .....</b>	<b>147</b>
7.1	En landstingsgemensam struktur för kunskapsstyrning....	147
7.2	Befintliga kunskapsstyrningsaktiviteter.....	154
7.2.1	Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NSK).....	154
7.2.2	Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (NSK-S).....	155
7.2.3	Nationella programråd.....	155
7.2.4	Landstingens samverkansmodell för vissa läkemedelsfrågor .....	160
7.2.5	Nationell samverkan kring patientsäkerhet.....	163
7.2.6	Nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården under utveckling .....	165
7.2.7	Pilotprojekt om kunskapsstöd för barnsjukvård .....	167
7.2.8	Nationella insatser till stöd för utvecklat förbättringsarbete lokalt och regionalt.....	167
7.3	Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) .....	168
7.4	Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan .....	168
7.4.1	RCC:s nationella vårdprogram på cancerområdet .....	169
7.5	Kunskapsstyrning inom psykiatri .....	171
7.6	1177 Vårdguiden.....	172



7.7	Eira.....	173
7.8	Läkemedelskommittéerna .....	174
7.9	Övriga nationella kunskapsstöd från landsting och regioner.....	175
7.9.1	Vårdhandboken .....	175
7.9.2	Rikshandboken för barnhälsovård.....	176
<b>8</b>	<b>Landstingens strukturer för kunskapsstyrning .....</b>	<b>177</b>
8.1	Landstingen och sjukvårdsregionerna .....	177
8.2	Universitetssjukvården .....	179
8.3	Norra sjukvårdsregionen .....	181
8.3.1	Region Norrbotten.....	183
8.3.2	Landstinget Västernorrland .....	184
8.3.3	Västerbottens läns landsting .....	185
8.3.4	Region Jämtland Härjedalen.....	186
8.4	Uppsala-Örebro sjukvårdsregion.....	187
8.4.1	Region Västmanland.....	189
8.4.2	Region Gävleborg.....	189
8.4.3	Landstinget Sörmland .....	190
8.4.4	Region Örebro län.....	190
8.4.5	Landstinget i Värmland .....	191
8.4.6	Landstinget Dalarna .....	192
8.4.7	Region Uppsala.....	193
8.5	Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland .....	194
8.5.1	Stockholms läns landsting.....	195
8.5.2	Region Gotland .....	198
8.6	Sydöstra sjukvårdsregionen.....	199
8.6.1	Region Östergötland.....	200
8.6.2	Landstinget i Kalmar län .....	203
8.6.3	Region Jönköpings län .....	205
8.7	Västra sjukvårdsregionen.....	207
8.7.1	Västra Götalandsregionen.....	208
8.7.2	Region Halland .....	210

8.8	Södra sjukvårdsregionen .....	211
8.8.1	Region Skåne .....	211
8.8.2	Landstinget Blekinge .....	212
8.8.3	Region Kronoberg.....	213
<b>9</b>	<b>Kunskapsstöd från patientföreningar och professioner ...</b>	<b>215</b>
9.1	Kunskapsstöd framtagna av patientföreningar .....	215
9.2	Svensk sjuksköterskeförenings arbete med kunskapsstöd .....	218
9.2.1	Tvärprofessionell samverkan mellan sjuksköterskor och läkare .....	219
9.3	Fysioterapeuternas arbete med kunskapsstöd .....	220
9.4	Apotekarsocietetens arbete med kunskapsstöd .....	222
9.5	Specialistläkarföreningars arbete med kunskapsstöd .....	222
9.5.1	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG).....	223
9.5.2	Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI).....	224
<b>10</b>	<b>Digitala kunskaps- och beslutsstöd .....</b>	<b>225</b>
10.1	Genomgång av kunskaps- och beslutsstöd som används i Sverige .....	225
10.1.1	Definition av kunskaps- och beslutsstöd .....	226
10.2	Översikt över kommersiella digitala kunskapsstöd.....	229
10.3	Översikt över beslutsstöd .....	235
10.4	Utvecklingen går mot en högre användning av beslutsstöd.....	240
10.4.1	Beslutsstöd har olika mognadsnivåer.....	243
<b>11</b>	<b>Uppföljning som ett verktyg för lärande och förbättring.....</b>	<b>247</b>
11.1	Uppföljning i vården – flera aktörer och olika syften .....	248
11.1.1	Kritik mot styrning med fokus på mål och resultat .....	251

11.1.2	Statlig resultatstyrning i vården .....	253
11.1.3	Huvudmännens styrning och ledning med fokus på vårdens innehåll .....	256
11.1.4	Lokalt förbättringsarbete .....	261
11.2	Datakällor inom hälso- och sjukvården .....	263
11.2.1	Hälsodataregister .....	264
11.2.2	Kvalitetsregister .....	267
11.2.3	Primärvårdsdata .....	276
11.2.4	Mätning av patientupplevelser .....	277
11.3	Initiativ för att tillgängliggöra data .....	278
<b>12</b>	<b>Internationella samarbeten och internationell utblick ..</b>	<b>285</b>
12.1	Internationella aktörer och samarbeten .....	285
12.2	Internationell utblick .....	293
12.2.1	Socialstyrelsens riktlinjemodell jämfört med nationella riktlinjer i andra länder .....	293
12.2.2	Riktlinjer i andra länder .....	294
<b>13</b>	<b>Vilka kunskapsstöd används i vårdens kliniska vardag? .....</b>	<b>313</b>
13.1	Studie från SBU om hur professionerna söker information .....	313
13.2	Kunskapsstöd och informationssökning i primärvården ...	315
13.2.1	Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad? – rapport från SKL .....	315
13.2.2	Enkät genomförd i Västra Götalandsregionen om sökvanor i primärvården .....	318
13.3	Utredningens enkätundersökningar om olika professioners erfarenheter av kunskapsstöd i arbetet .....	319
13.3.1	Enkät ställd till Vårdförbundets medlemmar .....	320
13.3.2	Enkät ställd till Läkarförbundets medlemmar .....	327
13.3.3	Enkät ställd till Fysioterapeuternas medlemmar .....	333
13.3.4	Enkät ställd till Läkaresällskapets sektioner .....	338

13.4	Användningen av kunskapsstöd bland farmaceuter, tandläkare och tandhygienister.....	339
13.4.1	Farmaceuters användning av kunskaps- och beslutsstöd på apotek och i vården .....	339
13.4.2	Vad använder professionerna i tandvården? .....	341
13.5	Sammanfattande bedömning av resultaten i enkäterna och rapporterna .....	345
<b>14</b>	<b>Genomslag, implementering eller nyttiggörande av ny kunskap .....</b>	<b>351</b>
14.1	Från eminensbaserad till evidensbaserad medicin .....	352
14.2	Policyimplementering i offentlig förvaltning .....	353
14.3	Nyttiggörande av ny kunskap studeras inom en rad forskningsfält och traditioner.....	356
14.3.1	Forskning om genomslag och implementering...	357
14.3.2	Låter sig kunskap spridas enligt en modell? .....	364
14.3.3	Att leda kunskapsbaserad utveckling i komplexa system.....	365
14.3.4	Förändringsarbete och förbättringskunskap.....	367
14.4	Utvärderingar av och forskning kring Socialstyrelsens nationella riktlinjer .....	371
<b>15</b>	<b>Analys .....</b>	<b>375</b>
15.1	En lärande och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård för jämlika vårdutfall .....	376
15.1.1	Svensk kunskapsstyrning behöver ta ett nytt steg .....	378
15.1.2	Styra mot jämlik vård i ett komplext system.....	382
15.2	Internationella erfarenheter .....	384
15.3	Värdet uppstår i vårdens vardag.....	386
15.3.1	Perspektivet måste utgå från patienten och professionerna .....	386
15.4	Nationell kunskapsstyrning av regionaliserad vård.....	396

15.5	Behov av utvecklad samverkan och styrning.....	397
15.5.1	Utvecklad myndighetsstyrning .....	398
15.5.2	Myndigheternas arbete behöver stödja vården ....	400
15.5.3	Former för att åtgärda brister i jämlik vård .....	401
15.6	Digitalisering driver utvecklingsbehov.....	407
15.7	Betydelsen av ekonomiska resurser .....	409
15.8	Sammanfattande iakttagelser.....	411
<b>16</b>	<b>Överväganden och förslag .....</b>	<b>413</b>
16.1	Ansvarsfördelning mellan stat och sjukvårdshuvudmän ....	413
16.1.1	Grunder för den statliga styrningen.....	413
16.1.2	Andra utredningars bedömningar kring statens styrning.....	416
16.1.3	Bättre förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård genom tydlig och inkluderande nationell kunskapsstyrning .....	421
16.2	Professionernas och patienternas förutsättningar .....	425
16.2.1	Förslag om professionernas förutsättningar att utföra sitt arbete.....	427
16.2.2	Förslag om verksamhetschefens ansvar .....	430
16.2.3	Patienten som medskapare av kunskapsbaserad och jämlik vård .....	432
16.3	Utvecklad styrning för kunskapsbaserad och jämlik vård.....	437
16.3.1	En bred tolkning av kunskapsstöd och kunskapsstyrning.....	437
16.3.2	Nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte bindande.....	439
16.3.3	Förslag om samråd kring vårdens övergripande resultat och framtida inriktning.....	440
16.3.4	Förslag om nationell process för särskilda satsningar .....	446
16.3.5	Förslag om förtydligad samverkansskyldighet för huvudmännen .....	448
16.3.6	Förslag om att inrätta vårdkommittéer.....	452

16.3.7	Rekommendationer till landstingen.....	459
16.3.8	Förslag om ett nationellt kansli.....	465
16.4	Förslag om en nationell digital kunskapstjänst .....	468
16.5	En mer samordnad och effektiv myndighetstyrning.....	474
16.5.1	Förslag om en utvecklad roll för Socialstyrelsen .....	476
16.5.2	Förslag om bättre förutsättningar att utveckla och använda kunskapsstöd .....	482
16.5.3	Förslag om Socialstyrelsens nationella riktlinjer .....	484
16.5.4	Förslag om Rådet för statlig styrning med kunskap.....	487
16.5.5	Förslag om förändringar gällande SBU .....	488
16.5.6	Förslag om förändringar gällande Läkemedelsverket.....	492
16.5.7	Förslag om ändringar gällande övriga berörda myndigheter.....	495
16.5.8	Förslag om förbättrad nationell uppföljning.....	497
16.6	Förslag om en genomförandekommitté.....	506
16.7	Finansiering av utredningens förslag.....	508
<b>17</b>	<b>Konsekvensutredning .....</b>	<b>515</b>
17.1	Övergripande konsekvensbeskrivning .....	515
17.2	Konsekvenser med regionala perspektiv .....	521
17.3	Konsekvenser med relevans för det svenska EU-medlemskapet.....	521
17.4	Konsekvenser för miljön.....	521
17.5	Konsekvenser för jämställdhet och integration.....	522
17.6	Konsekvenser för de berörda myndigheterna.....	523
17.7	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen och finansieringsprincipen .....	524
17.8	Konsekvenser för företag.....	527

17.9	Konsekvenser för samhällsekonomin .....	528
17.10	Konsekvenser för de offentliga finanserna.....	528
<b>18</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>531</b>
18.1	Förslaget till lag om vårdkommittéer .....	531
18.2	Förslaget till ändring i lagen (1996:1156) om receptregister .....	537
18.3	Förslaget till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) .....	538
18.4	Förslaget till förordning med ändring i förordningen (2007:1205) med instruktion för Läkemedelsverket .....	541
18.5	Förslaget till förordning med ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket .....	541
18.6	Förslaget till förordning med ändring i förordningen (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.....	542
18.7	Förslaget till förordning med ändring i förordning (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.....	542
18.8	Förslaget till förordning med ändring i förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.....	543
18.9	Förslaget till förordning med ändring i förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten .....	544
18.10	Förslaget till förordning med ändring i förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.....	544
18.11	Förslaget till förordning med ändring i förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet .....	545

18.12 Förslaget till ändring i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst .....	545
18.13 Förslaget till ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.....	549
18.14 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd .....	551

<b>Referenser.....</b>	<b>553</b>
------------------------	------------

### **Bilagor**

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2015:127.....	581
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2017:11.....	591
Bilaga 3	Uppföljning ur några olika perspektiv och för olika aktörer.....	593



# Sammanfattning

## Uppdraget

Utredningens uppdrag är att överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Syftet med uppdraget är att säkerställa att den hälso- och sjukvård som ges befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män.

## En bred tolkning av kunskapsstyrning och kunskapsstöd

Utredningen menar att kunskapsstyrning och kunskapsstöd behöver tolkas brett, och innefatta alla de aktiviteter som behövs på alla nivåer för att varje patientmöte ska vara grundat på bästa kunskap. Det räcker inte att ta fram kunskapsstöd, exempelvis i form av nationella riktlinjer eller vårdprogram, utan det behövs insatser för att förbättra förutsättningarna för användningen av bästa kunskap. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och till ledarskapet. Kunskapsstyrningen bidrar till att utveckla ett lärande system.

## Inledande kommentar

De senaste årens utveckling har i hög grad inriktats mot att uppnå högre kvalitet och mer jämlik vård genom ökad centralisering. Ett stort antal snarlika insatser med nationell prägel har utförts av myndigheter, landsting, olika professionsgrupper och andra aktörer såsom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Landsting och kommuner, som har ansvaret för driften av hälso- och sjukvården, har endast haft ett svagt eller indirekt deltagande och inflytande. Sammantaget har

detta lett till en splittrad kunskapsstyrning. Framför allt har genomslaget av insatserna blivit alltför blygsamt, och vägen till ökad patientnytta har i uppföljningar i flera fall visat sig vara för lång.

Utredningen konstaterar att oönskade skillnader över landet kvarstår och att viss del av vården behöver en mer centraliserad struktur. Men för att nå målen om en kunskapsbaserad och jämlik vård bedömer utredningen att huvudmännen själva måste äga de processer de sist och slutligen ändå är ansvariga för. En annan ordning förutsätter en ändrad ansvarsfördelning och en ändrad organisering av hälso- och sjukvården.

Utredningen lämnar i och med detta betänkande förslag som bedöms realistiska att genomföra i närtid. För att förslagen ska kunna genomföras och leda till de önskade effekterna krävs en tillitsfull och effektiv samverkan mellan staten och huvudmännen, där professionerna och patientföreträdare ges stort utrymme att bidra. Om tillräckliga effekter av förslagen inte nås så bedömer utredningen att en ändrad ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen bör övervägas.

### **Bättre förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård**

Efter mer än tio års öppna jämförelser av vårdens resultat i Sverige är den generella bilden att oönskade variationer inte minskat i den omfattning som krävs mot bakgrund av de lagstadgade målsättningarna om god vård på lika villkor över hela landet. Utredningens bedömning är att det krävs en skärpt nationell styrning för att åstadkomma en kunskapsbaserad och jämlik vård. Med nationell avses sådana åtgärder eller dylikt som sker i hela landet, dvs. en enhetlig tillämpning. Mot bakgrund av att utredningen inte har i uppdrag att ändra den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen, eller föreslå ändringar i kommunallagen, lämnar utredningen förslag som syftar till att åstadkomma detta genom en kombination av utvecklad statlig styrning och förtydligade krav på att landsting och kommuner tar ett ökat ansvar för nationell kunskapsstyrning inom sitt lagstadgade uppdrag att svara för hälso- och sjukvården.

Såväl forskning som praktiska erfarenheter i svensk hälso- och sjukvård pekar mot att de vårdssystem som lyckas bäst med att använda bästa kunskap inte är de som centralt tar fram kunskap för att sprida till vården, utan de som arbetar integrerat och inkluderande.

Detta innebär att den kunskap som skapas i det dagliga arbetet är en viktig del, men också att kulturen uppmuntrar till lärande och att verksamheten har tillgång till egna data. För att organisationen och kulturen ska uppmuntra till utveckling, innovation och lärande är tillit en viktig komponent. Omfattande detaljstyrning riskerar att minska förmågan till innovation och anpassning till professionernas behov, vilket ytterst riskerar att drabba patienten. Mot den bakgrunden lämnar utredningen förslag som syftar till att förbättra förutsättningarna för professionerna att verka enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, att få tillgång till nationella kunskapsstöd och att involvera patienterna.

## Utredningens kartläggning

Utredningen har haft i uppdrag att kartlägga de olika initiativ och samarbeten kring ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd som pågår på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Kartläggningen visar på ett stort antal aktörer inom kunskapsstyrningen och att en stor mängd aktiviteter och initiativ pågår. Kartläggningen visar hur komplex kunskapsstyrningen är och på behovet av förenkling.

Kartläggningen visar att staten är mycket aktiv inom kunskapsstyrningen och svarar för en mängd olika initiativ. Regeringen och SKL har tecknat ett flertal överenskommelser med olika inslag av kunskapsstyrning. För att öka samordningen mellan berörda myndigheter har regeringen inrättat Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rådets genomgång av myndigheternas arbete visar på en stor mängd kunskapsstöd med skiftande karaktär. Regeringen har uttalat att detaljstyrningen generellt bör minska till förmån för en mer strategisk styrning präglad av tillit och förtroende.

Landstingen genomför även de en stor mängd aktiviteter gällande kunskapsstyrning. Alla landsting har olika organisatoriska enheter som ansvarar för utarbetande av och stöd till användning av kunskapsstöd m.m. Dessutom samarbetar landstingen om olika delar av kunskapsstyrning inom ramen för de sex sjukvårdsregionerna.

Ett exempel som bedöms framgångsrikt är satsningen på regionala cancercentrum (RCC). Läkemedelskommittéerna arbetar aktivt

med datadrivet och lokalt förankrat förbättringsarbete inom läkemedelsområdet.

Professionerna och patienterna är de som har mest kunskap om sjukdomar, symptom, behandlingar och hur det påverkar hälsan och livskvaliteten. Flera professionsföreningar tar fram kunskapsstöd i egen regi. Även patientföreningar är aktiva inom kunskapsstyrningen och tar fram olika typer av stöd.

Uppföljning är en avgörande komponent i kunskapsstyrningen och Sverige har en lång tradition av registerverksamhet. Inom hälso- och sjukvården finns ett hundratal kvalitetsregister och flera nationella hälsodataregister. Uppföljning kan användas för olika syften, såsom förbättringsarbete eller kontroll. Bristande tillgång till data är ofta ett problem, både på nationell och lokal nivå.

Den ökade digitaliseringen ändrar förutsättningarna på ett betydande sätt vad gäller kunskapsstyrning; generering av ny kunskap, tillgängliggörande av kunskap samt uppföljning och utvärdering. Digitaliseringen kräver och möjliggör också nya arbetssätt, både vad gäller nya arbetsformer och nya metoder på process- och struktur-nivå. Digitaliseringen ger patienten bättre förutsättningar att bli en del av vårdteamet. Detta sammantaget har en avgörande betydelse för vårdens och kunskapsstyrningens utveckling.

Utredningens internationella utblick visar att nationella riktlinjer som regel riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal, men sällan är obligatoriska. Socialstyrelsens nationella riktlinjer särskiljer sig i ett internationellt perspektiv genom att de riktar sig till beslutsfattare, inte kliniskt verksam personal, och genom att de innehåller prioriteringar.

I de enkäter som utredningen under 2016 genomförde tillsammans med Vårdförbundet, Sveriges läkarförbund, Fysioterapeuterna och Svenska Läkaresällskapet framkommer att de kunskapsstöd som används mest är kommersiella webbstöd eller att fråga en kollega. Nationella riktlinjer används, men inte främst i det dagliga arbetet, utan mer sällan. It-baserade beslutsstöd förekommer i begränsad utsträckning. Vissa grupper uttryckte brist på tillgång till kunskapsstöd, till exempel sjuksköterskor och fysioterapeuter i kommunal verksamhet.

Det finns en omfattande forskning om hur en policy går från beslut till implementering. Forskningen ger inga enkla svar på hur en kunskapsbaserad och jämlik vård ska nås, men tydligt är att samman-

ställning och spridning av skriftligt material, t.ex. en nationell riktlinje, inte är tillräckligt för att påverka praxis.

## **Nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte bindande**

Utredningens bedömning är att nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte obligatoriska eller mer bindande. I utredningens uppdrag ingår att särskilt beakta Socialstyrelsens nationella riktlinjer, men bedömningen är giltig även för andra riktlinjer. Det är, enligt utredningens mening, andra faktorer än ett obligatorium som är betydelsefulla för att nå kunskapsbaserad och jämlik vård. Därutöver finns det flera andra skäl som talar emot att göra nationella riktlinjer obligatoriska.

Ett centralt skäl som talar emot obligatoriska riktlinjer är det faktum att patienten inte är standardiserbar. Riktlinjer skrivs på grupp-nivå medan alla bedömningar måste ske utifrån den enskilda individen. Många patienter har flera sjukdomar, medan riktlinjer ofta är diagnosspecifika. Multisjuklighet omöjliggör i princip krav på följsamhet till riktlinjer för varje enskilt tillstånd. Att införa obligatoriska riktlinjer bidrar vidare till minskad professionell autonomi och riskerar sända en signal om brist på tillit till vårdens professioner.

För en stor del av den vård som utförs är evidensen svag eller saknas. Riktlinjer kan aldrig bli heltäckande, och det bedöms orimligt att ha obligatoriska riktlinjer endast på vissa delar av vården, mot bakgrund av målsättningen om att nå en jämlik vård. Komplexiteten och det snabba tempot i kunskapsutvecklingen riskerar att göra nationella riktlinjer inaktuella, om de inte uppdateras tillräckligt ofta.

Riktlinjer är sällan obligatoriska i andra länder. De exempel på obligatoriska riktlinjer som utredningen identifierat innehåller huvudsakligen regler kring patientsäkerhet, vilket inte går att jämföra med Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Avslutningsvis finns legala skäl som talar emot obligatoriska riktlinjer. Att staten skulle reglera vården genom obligatoriska riktlinjer är ett ingrepp i det kommunala självstyret och ologiskt utifrån nuvarande organisation av hälso- och sjukvården samt de principer för styrningen av hälso- och sjukvården som varit gällande sedan införandet av den målinriktade ramlagstiftningen i form av hälso- och sjukvårdslagen. Det är lämpligt att den som har betalningsansvaret

också har rådighet över kunskapsstyrningen. Däremot kan staten med fördel skapa incitament för sjukvårdshuvudmännen att nå ökad nationell enhetlighet genom att villkora specialdestinerade statsbidrag med följsamhet till nationella beslut eller ställningstaganden.

En lagstiftning om bindande riktlinjer skulle kräva tydlighet om hur professionerna ska agera inom områden där det saknas riktlinjer, eller i situationer där ny forskning eller internationella riktlinjer visar att de gällande nationella riktlinjerna i praktiken innebär sämre vård. Detta bedöms lagstiftningstekniskt komplicerat, och kräver en lång rad undantag och dispenser, vilket riskerar urholka effekten när det gäller att åstadkomma en mer kunskapsbaserad och jämlik vård.

## Överväganden och förslag

Utredningen kan mot bakgrund av genomförd kartläggning konstatera följande.

- Det finns ett stort antal kunskapsstöd som riktar sig till många delar av vården. Det finns undantag, exempelvis inom områden där evidens saknas. Vissa professionsgrupper har också sämre tillgång till stöd. Men den generella bilden är att det finns ett stort utbud av kunskapsstöd, som inte sällan dubblar och överlappar, och i vissa fall t.o.m. motsäger varandra.
- Många olika aktörer tar fram kunskapsstöd, t.ex. myndigheter och landsting. De olika professionsgruppernas förutsättningar att delta i utarbetandet av kunskapsstöd är ojämna. Snarlika kunskapsstöd tas fram i flera olika sammanhang.
- Det finns många olika initiativ som syftar till att uppnå en bättre samordning av olika aktörer inom kunskapsstyrningen. Fokus ligger mer på produktion av kunskapsstöd än på uppföljning, analys och stöd till verksamhetsutveckling.
- Genomslaget för många kunskapsstöd är blygsamt. De oönskade variationerna har inte minskat i den utsträckning som krävs mot bakgrund av målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen om kunskapsbaserad och jämlik vård.

Problembeskrivningen visar att det behövs en förnyad ansats för att uppnå målen om en kunskapsbaserad och jämlik vård. Utredningens utgångspunkter kan sammanfattas enligt nedan.

- Den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen gäller.
- Tillit till vårdprofessionernas arbete är av stor vikt för att uppnå en lärande organisation.
- Patienten är en viktig aktör i vården och behöver ges förutsättningar att delta i kunskapsstyrningen.

Utifrån dessa utgångspunkter görs följande bedömningar:

- Verksamhetsnära kunskap, erfarenhet och behov bör bli mer vägledande. Staten bör inte detaljstyra vården, utan utveckla en mer strategisk styrning präglad av tillit och förtroende.
- Det behövs en utvecklad struktur för den nationella kunskapsstyrningen där staten på ett mer effektivt sätt tar sitt övergripande ansvar för att, i samråd med huvudmännen, inom ett tydligt ramverk nå en övergripande inriktning för hälso- och sjukvårdens utveckling. Grunderna för statens styrning som sattes redan i samband med hälso- och sjukvårdslagens ursprungliga ikraftträdande är goda utgångspunkter för detta.
- Tillförlitliga uppföljningar som förmår påvisa oönskade variationer, och pekar ut både goda och mindre goda exempel, är centralt. Lika viktigt är vad som händer som en följd av vad uppföljningarna visar. Tendensen att hantera brister i vården genom fragmentiserade, ofta kortsiktiga, nationella uppdrag behöver vändas. Vidare behövs tydligare kommunikationsvägar för att sprida goda exempel.
- Landstingen har påbörjat etableringen av en landstingsgemensam nationell modell för kunskapsstyrning, bland annat med utgångspunkt i erfarenheterna från arbetet med regionala cancercentrum. Utredningen bedömer att detta kan skapa nya och bättre förutsättningar för att nå målen om en kunskapsbaserad och jämlik vård, eftersom landstingen genom sitt lagstadgade ansvar för vården behöver ta ett större ansvar och vara mer delaktiga i den nationella kunskapsstyrningen.

- Kunskapsstödet till kommunerna är i dagsläget splittrat. Utredningen bedömer att kunskapsstödet till professionerna som verkar i kommunal vård behöver förstärkas. De förslag som utredningen lämnar ska ses som ett första steg för förstärkt kunskapsstyrning i kommunal vård. I takt med att den kommunala vården utvecklas framgent kommer också kunskapsstyrningen och formerna för styrningen att behöva utvecklas.
- Utredningen vill framhålla vikten av att utöver den statliga kunskapsstyrningen använda hela utrymmet av statliga styrmedel i syfte att främja nationell enhetlighet. Det som främst avses är att specialdestinerade statsbidrag villkoras med krav på följsamhet till nationella beslut eller ställningstaganden. Det kan exempelvis göras för att stimulera utveckling och användning av nationella standarder eller gällande ersättningen till landstingen för kostnader inom läkemedelsförmånerna. Då detta avser styrning som faller utanför utredningens uppdrag utvecklas det inte närmare i betänkandet.

## Lagförslag

För att åstadkomma en långsiktigt hållbar reglering av förutsättningarna för nationell kunskapsstyrning lämnar utredningen följande lagförslag.

- Förtydliganden i hälso- och sjukvårdslagen om att professionerna ska ha goda förutsättningar att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, och att det är huvudmannen respektive verksamhetschefen som har ansvaret att skapa dessa förutsättningar. Om personalen inte har goda förutsättningar att utöva sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet innebär det att lagens krav på en god vård inte är uppfyllt. Förslagen kompletterar befintlig lagstiftning som säger att hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Förtydliganden i hälso- och sjukvårdslagen om att landstingen ska vara skyldiga att samverka nationellt om kunskapsstyrning, samt att landstingen och kommunerna som är belägna i landstinget ska vara skyldiga att samverka om kunskapsstyrning.



- Lagen om läkemedelskommittéer upphävs och ersätts av den nya lagen om vårdkommittéer. Särbehandlingen av läkemedelsområdet upphör därmed och läkemedelskommittéernas uppdrag vidgas till att omfatta all vård. Kommittéerna byter namn till vårdkommittéer. Uppdraget ska vara att verka för en nationell kunskapsstyrning i landstinget och i de kommuner som är belägna i landstinget. Vårdkommittéerna ska verka för att nationella kunskapsstöd används och att vårdens resultat följs upp samt på annat sätt stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att nå en kunskapsbaserad och jämlik vård. Vårdkommittéerna ska inte utfärda egna rekommendationer om det finns nationella rekommendationer eller ställningstaganden. En växande del av sjukvården sker inom ett kommunalt huvudmannaskap. Utredningen bedömer att en huvudsaklig del av kunskapsstödet till kommunerna bör ske via vårdkommittéerna.

## Övriga förslag

### Samråd mellan regeringen och landstingen

- Utredningen föreslår att regeringen och landstingen inrättar ett nära och regelbundet samråd. Inom samrådet bör regeringen och landstingen, utifrån en gemensam målbild för hälso- och sjukvårdens utveckling, bland annat
  - överenskomma om insatser till följd av identifierade brister vad gäller kunskapsbaserad och jämlik vård,
  - fastställa en nationell process för särskilda satsningar och därmed öka förutsättningarna för genomslag i hela landet, samt minska risken för fragmentisering genom separata överenskommelser.
- Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ges i uppdrag att ta fram utvecklade uppföljningsunderlag. Erfarenheterna från tillsynen som Inspektionen för vård och omsorg genomför samt uppföljningar om folkhälsans utveckling från Folkhälsomyndigheten bör komplettera uppföljningsunderlagen.

- Regeringen bör i ökad utsträckning nyttja berörda myndigheter för att bidra i arbetet med det föreslagna samrådet, främst i form av Socialstyrelsen.
- Ett kansli för kunskapsbaserad och jämlik vård inrättas i Regeringskansliet med uppgift att bistå regeringen i samrådet med landstingen och komplettera stödet från myndigheterna.

### **Professionernas tillgång till digitala kunskapsstöd**

Utredningen föreslår att en nationell kunskapstjänst inrättas i syfte att skapa förutsättningar för vårdprofessionerna hos alla sjukvårdshuvudmän och vårdgivare att enkelt söka och få tillgång till kunskap. I tjänsten bör, förutom kvalitetssäkrade kunskapsstöd, även avgiftsfri tillgång till vetenskapliga artiklar ingå. Till kunskapstjänsten kopplas SBU:s upplysningstjänst, för att ytterligare stärka effekten och kvaliteten i tjänsten.

### **Statliga myndigheters roller och uppdrag**

- Socialstyrelsens instruktion ändras för att förtydliga Socialstyrelsens roll i kunskapsstödjande och styrande hänseende. Med detta ges Socialstyrelsen en särställning bland de kunskapsstödjande myndigheterna. Detta innebär också förändringar i förordningar till övriga myndigheter som för närvarande ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst koncentrerar sitt arbete till frågor som rör socialtjänst och byter namn till Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Även förordningen som reglerar Rådets arbete byter namn och heter förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Den nya Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd föreslås ingå i Rådet. Efter en reducering av antalet myndigheter med tre föreslås därmed att sju myndigheter ingår i Rådet.

- Regeringsuppdragen till Socialstyrelsen bör bli mer övergripande i syfte att stödja en mer strategisk statlig styrning vilket innebär ett minskat antal regeringsuppdrag till Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen ges huvudansvar för att stödja huvudmännen i frågor som syftar till att utveckla och använda kunskapsstöd genom ökad digitalisering, bland annat genom standarder, nationellt fackspråk och informationsstruktur.
- Socialstyrelsens nationella riktlinjer renodlas till årliga underlag för planering och prioritering till stöd för politiker och andra beslutsfattare inom landsting och kommuner. Riktlinjerna ska innehålla underlag för både horisontella och vertikala prioriteringar. Syftet är att ge bästa kunskap inför strukturbeslut och övergripande resursfördelningsbeslut.
- SBU utvecklar den nationella upplysningstjänsten och stödet till systematisk utbildning och handledning till de som gör kunskapsunderlag.
- Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer upphör som separat kunskapsstödsprodukt. Socialstyrelsen blir ansvarig myndighet för rekommendationer om läkemedelsbehandling och Läkemedelsverket bör bistå Socialstyrelsen med erforderliga underlag.

Utredningen föreslår en förstärkt nationell uppföljning av kunskapsbaserad och jämlik vård. Syftet är att stimulera till förbättring, öka vårdens transparens nationellt samt identifiera och sprida goda exempel. Vidare ska uppföljningen ge regeringen förutsättningar att se när jämlikhet och kvalitet brister och lägga detta till grund för ansvarsutkrävande och samråd om möjliga förbättringsåtgärder. Utredningen föreslår att:

- Socialstyrelsen ges i uppdrag att ansvara för en nationell, regelbundet återkommande uppföljning och djupgående dataanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ges i uppdrag att ta fram en regelbundet återkommande analysrapport utifrån ett patient- och brukarperspektiv.

- Observationer och iakttagelser från Inspektionen för vård och omsorg samt Folkhälsomyndigheten tillvaratas inom den nationella uppföljningen.

### **Genomförande**

Utredningen föreslår att en genomförandekommitté tillsätts för att möjliggöra ett effektivt genomförande av utredningens förslag och i samverkan med landstingen genomföra de insatser som behövs för att skapa förutsättningar för en förstärkt nationell kunskapsstyrning.

### **Rekommendationer till landstingen**

Utredningen rekommenderar landstingen att landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning:

- regleras på ett långsiktigt hållbart sätt,
- tydligt reglerar formerna för professionernas respektive patientföreträdares representation och involvering på alla nivåer, samt
- ges ett uttalat ansvar för att involvera kommunerna och ge kunskapsstöd i den kommunala hälso- och sjukvården.

# 1 Författningsförslag

## 1.1 Förslag till lag om vårdkommittéer

Härigenom föreskrivs följande.

**1 §** I varje landsting ska det finnas en eller flera vårdkommittéer. Landstinget bestämmer hur många sådana kommittéer som ska finnas och vilket organ inom landstinget som ska tillsätta en kommitté. Landstinget bestämmer också antalet ledamöter i varje kommitté och mandattiden för ledamöterna.

Vad som i denna lag anges om landsting gäller även kommuner som inte ingår i ett landsting.

Med hälso- och sjukvård avses i denna lag verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125) eller smittskyddslagen (2004:168) och annan liknande verksamhet som syftar till att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

**2 §** Varje vårdkommitté ska erbjuda företrädare för expertis inom områdena medicin, farmaci, omvårdnad och rehabilitering samt annat relevant område att på lämpligt sätt delta i kommitténs arbete.

**3 §** En vårdkommitté ska verka för en nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården i landstinget och i de kommuner som är belägna i landstinget.

Kommittén ska verka för att nationella kunskapsstöd används, att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp samt på annat lämpligt sätt stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att nå en vård som är kunskapsbaserad och på lika villkor för hela befolkningen.

Om kommittén finner att det förekommer brister avseende arbetet med användning av kunskapsstöd eller avseende läkemedelsanvändning ska kommittén göra de påpekanden som behövs och vid behov erbjuda stöd och utbildning för att avhjälpa bristerna.

**4 §** E-hälsomyndigheten ska till en vårdkommitté lämna uppgift om läkemedelsförskrivningar av personal vid vårdinrättning inom kommitténs verksamhetsområde och som registrerats enligt lagen (1996:1156) om receptregister.

**5 §** Varje vårdkommitté ska i den omfattning som behövs samverka med andra vårdkommittéer samt med samhällsorgan, berörda myndigheter, universitet, högskolor och företrädare för organisationer.

**6 §** Landstinget ska utfärda ett reglemente med de föreskrifter om en vårdkommittés verksamhet och arbetsformer som behövs.

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2019.
  2. Genom lagen upphävs lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer.

## 1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister

Härigenom föreskrivs att 6 § lagen (1996:1156) om receptregister ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 6 §<sup>1</sup>

Personuppgifterna i receptregistret får behandlas om det är nödvändigt för

1. expediering av läkemedel och andra varor som förskrivits,
2. registrering av underlaget för tillämpningen av bestämmelserna om läkemedelsförmåner vid köp av läkemedel m.m.,
3. debiteringen till landstingen,
4. ekonomisk uppföljning och framställning av statistik hos E-hälsomyndigheten,
5. registrering och redovisning till landstingen av uppgifter för ekonomisk och medicinsk uppföljning samt för framställning av statistik,
6. registrering och redovisning till förskrivare, till verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och till läkemedelskommittéer enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer av uppgifter för medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården,
7. registrering och redovisning till Socialstyrelsen av uppgifter för epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet,
8. registrering av recept och blanketter som används för flera uttag, samt registrering av dosrecept och elektroniska recept,

6. registrering och redovisning till förskrivare, till verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och till vårdkommittéer enligt lagen (20xx:xx) om vårdkommittéer av uppgifter för medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården,

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2017:44.

9. registrering och redovisning till Inspektionen för vård och omsorg av uppgifter om enskild läkares eller tandläkares förskrivning av narkotiskt läkemedel eller annat särskilt läkemedel, för inspektionens tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal enligt patient-säkerhetslagen (2010:659),

10. registrering och redovisning av uppgifter för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets tillsyn över utbyte av läkemedel enligt 21 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och för provning och tillsyn enligt samma lag av läkemedel som får säljas enligt 4 kap. 10 § andra stycket och 5 kap. 1 § tredje stycket läkemedelslagen (2015:315), eller

11. registrering och redovisning av uppgifter för Läkemedelsverkets tillsyn över öppenvårdsapotekens tillhandahållandeskyldighet enligt 2 kap. 6 § första stycket 3 lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Behandling av personuppgifter för ändamål som avses i första stycket 2 och 8, med undantag för registrering av elektroniska recept, får endast ske i fråga om den som har lämnat sitt samtycke till behandlingen. För ändamål som avses i första stycket 3 får uppgifter som kan hänföras till en enskild person inte omfatta annat än inköpsdag, kostnad, kostnadsreducering enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m., kostnadsfrihet enligt smittskyddslagen (2004:168) och patientens personnummer.

För ändamål som avses i första stycket 4, 6 och 10 får inga uppgifter redovisas som kan hänföras till en enskild person. Ändamålen enligt första stycket 5 får inte, med undantag för utlämnande av uppgifter enligt 14 §, omfatta några åtgärder som innebär att uppgifter som kan hänföras till någon enskild patient redovisas. Dock får uppgifter som kan hänföras till en enskild förskrivare ingå i redovisning enligt första stycket 6 till samma förskrivare och till verksamhetschefen vid den enhet där förskrivaren tjänstgör samt i redovisning enligt första stycket 9 till Inspektionen för vård och omsorg.

Förskrivningsorsak får redovisas endast för de ändamål som avses i första stycket 5 och 6.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2019.



### 1.3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

*dels* att 4 kap. 2 och 5 kap. 1 §§ ska ha följande lydelse,

*dels* att det ska införas två nya paragrafer, 7 kap. 8 a och 11 kap. 3 a §§, av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 4 kap.

##### 2 §

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).

*Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för verksamhetschefen.*

*Verksamhetschefen ska säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.*

*Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för verksamhetschefen.*

#### 5 kap.

##### 1 §

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, *och*
5. vara lätt tillgänglig.

4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. vara lätt tillgänglig, *och*
6. *utövas av hälso- och sjukvårdspersonal som har goda förutsättningar att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.*

### **7 kap.**

#### *8 a §*

*Landstinget ska samverka med andra landsting och kommuner i frågor om nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.*

### **11 kap.**

#### *3 a §*

*Kommunen ska samverka med andra kommuner och landsting i frågor om nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2019.

## 1.4 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1205) med instruktion för Läkemedelsverket

Härigenom föreskrivs att 5 § förordningen (2007:1205) med instruktion för Läkemedelsverket ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 5 §<sup>2</sup>

Myndigheten ska löpande samråda med Konsumentverket på de områden där myndigheterna har ett gemensamt tillsynsansvar.

*Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård är samordnad.*

*Myndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov.*

*Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

---

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2018.

---

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2015:165.

## 1.5 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Härigenom föreskrivs att 2 a § förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

2 a §<sup>3</sup>

*Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård är samordnad.*

*Myndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov.*

*Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

Myndigheten kungör sina föreskrifter i Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. i enlighet med bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725).

---

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2018.

---

<sup>3</sup> Senaste lydelse 2015:166.

## 1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Härigenom föreskrivs att 2 a § förordningen (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

*Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad.*

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

2 a §<sup>4</sup>

*Myndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov.*

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2018.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 2015:167.

## 1.7 Förslag till förordning om ändring i förordning (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Härigenom föreskrivs att 3 a § förordningen (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd ska ha följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

### *Föreslagen lydelse*

#### 3 a §<sup>5</sup>

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

*Myndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov.*

---

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2018.

---

<sup>5</sup> Senaste lydelse 2015:190.

## 1.8 Förslag till förordning om ändring i förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg

Härigenom föreskrivs att 4 § förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 4 §<sup>6</sup>

Myndigheten ska samverka med andra berörda myndigheter i syfte att uppnå ett effektivt kunskaps- och erfarenhetsutbyte i arbetet med tillsyn, *styrning med kunskap* och regelgivning.

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård* och socialtjänst.

Myndigheten kungör sina föreskrifter i Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. i enlighet med bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725).

Myndigheten ska samverka med andra berörda myndigheter i syfte att uppnå ett effektivt kunskaps- och erfarenhetsutbyte i arbetet med tillsyn och regelgivning.

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

*Myndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov.*

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2018.

<sup>6</sup> Senaste lydelse 2015:172.

## 1.9 Förslag till förordning om ändring i förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten

Härigenom föreskrivs att 20 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 20 §<sup>7</sup>

Myndighetens arbete med kunskapsspridning ska planeras och genomföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att informationen till allmänheten är samordnad.

Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och genomföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap är samordnad. Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Myndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov. Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Myndigheten ska i sin roll som samordnande myndighet för det friluftslivsmål för god folkhälsa som regeringen har fastställt samverka med berörda myndigheter vid genomförande och uppföljning av friluftslivsmålen.

---

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2018.

---

<sup>7</sup> Senaste lydelse 2015:173.



## 1.10 Förslag till förordning om ändring i förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten

Härigenom föreskrivs att 7 a § förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 7 a §<sup>8</sup>

*Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

*Myndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov.*

Myndigheten kungör sina föreskrifter i Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. i enlighet med bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725).

---

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2018.

---

<sup>8</sup> Senaste lydelse 2015:173.

## 1.11 Förslag till förordning om ändring i förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet

Härigenom föreskrivs att 4 a § förordningen (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

4 a §<sup>9</sup>

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

*Myndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov.*

---

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2018.

---

<sup>9</sup> Senaste lydelse 2015:175.

## 1.12 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst

*dels* att rubriken till förordningen ska ha följande lydelse,

*dels* att 1–12 §§ och rubriken närmast före 6 § ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

**Förordningen om statlig styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst***

*Föreslagen lydelse*

**Förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst**

1 §<sup>10</sup>

Denna förordning syftar till att säkerställa att styrningen med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst* som statliga myndigheter ansvarar för utgör ett stöd för huvudmän (landsting och kommuner) och olika professioner vilka har ansvar för att *patienter och brukare* ges en god vård och insatser av god kvalitet.

Styrningen med kunskap ska bidra till att målen i enlighet med *hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och socialtjänstlagen (2001:453)* uppfylls.

Denna förordning syftar till att säkerställa att styrningen med kunskap avseende socialtjänst som statliga myndigheter ansvarar för utgör ett stöd för huvudmän (landsting och kommuner) och olika professioner vilka har ansvar för att brukare ges en god vård och insatser av god kvalitet.

Styrningen med kunskap *avseende socialtjänst* ska bidra till att målen i enlighet med socialtjänstlagen (2001:453) *och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade* uppfylls.

<sup>10</sup> Senaste lydelse 2017:95.

## 2 §

Styrningen med kunskap sker genom *de icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.*

Styrningen med kunskap ska vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner inom *hälso- och sjukvård och socialtjänst samt* huvudmän har. Styrningen med kunskap ska bidra till en ökad jämställdhet.

Styrningen med kunskap sker genom *föreskrifter och icke bindande kunskapsstöd.*

Styrningen med kunskap ska vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner inom socialtjänst *och* huvudmän har. Styrningen med kunskap ska bidra till en ökad jämställdhet.

3 §<sup>11</sup>

*Med hälso- och sjukvård avses i denna förordning verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125) eller smittskyddslagen (2004:168) och annan liknande verksamhet som syftar till att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.*

Med socialtjänst avses i denna förordning verksamhet som omfattas av socialtjänstlagen (2001:453) eller av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

## 4 §

De statliga myndigheter som har i uppdrag att styra med kunskap eller som har centrala roller för att bidra till framtagandet av underlag för sådan styrning ska

De statliga myndigheter som har i uppdrag att styra med kunskap eller som har centrala roller för att bidra till framtagandet av underlag för sådan styrning ska

<sup>11</sup> Senaste lydelse 2017:95.

samverka i ett rådgivande organ, Rådet för statlig styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst (Rådet för styrning med kunskap)*.

Representanter för huvudmännen ska erbjudas att delta i ett rådgivande organ, Huvudmannagruppen för behovsanpassad styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst (Huvudmannagruppen)*.

samverka i ett rådgivande organ, Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Representanter för huvudmännen ska erbjudas att delta i ett rådgivande organ, Huvudmannagruppen för behovsanpassad styrning med kunskap avseende socialtjänst (Huvudmannagruppen).

### 5 §

Av bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725) framgår *att de myndigheter som ingår i Rådet för styrning med kunskap och som har bemyndigande att meddela föreskrifter ger ut sina föreskrifter i en gemensam författningssamling.*

#### Rådet för styrning med kunskap

Rådet för styrning med kunskap består av myndighetscheferna för *E-hälsomyndigheten*, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, *Läkemedelsverket*, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket*.

Av bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725) framgår *vilka myndigheter som har bemyndigande att meddela föreskrifter och som ger ut sina föreskrifter i en gemensam författningssamling.*

#### Rådet för *statlig* styrning med kunskap *avseende socialtjänst*

### 6 §

Rådet för *statlig* styrning med kunskap *avseende socialtjänst* består av myndighetscheferna för Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd*.

## 7 §

Socialstyrelsens generaldirektör ska vara ordförande i Rådet för styrning med kunskap. En av myndighetscheferna i rådet ska vara vice ordförande. Vice ordförande utses av de myndighetschefer som ingår i rådet.

Socialstyrelsens generaldirektör ska vara ordförande i Rådet för *statlig* styrning med kunskap *avseende socialtjänst*. En av myndighetscheferna i rådet ska vara vice ordförande. Vice ordförande utses av de myndighetschefer som ingår i rådet.

## 8 §

Rådet för styrning med kunskap ska ha till uppgift att verka för att

1. den statliga styrningen med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst* är samordnad och effektiv,

2. *patienters och* brukares synpunkter och erfarenheter beaktas i myndigheternas styrning med kunskap,

3. statens styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst* är anpassad till olika professioners behov,

4. statens styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst* är anpassad till huvudmännens behov,

5. kommunikationen av den statliga styrningen med kunskap gentemot användarna är samordnad, och

Rådet för *statlig* styrning med kunskap *avseende socialtjänst* ska ha till uppgift att verka för att

1. den statliga styrningen med kunskap avseende *socialtjänst* är samordnad och effektiv,

2. brukares synpunkter och erfarenheter beaktas i myndigheternas styrning med kunskap,

3. statens styrning med kunskap avseende *socialtjänst* är anpassad till olika professioners behov,

4. statens styrning med kunskap avseende *socialtjänst* är anpassad till huvudmännens behov,

5. kommunikationen av den statliga styrningen med kunskap *avseende socialtjänst* gentemot användarna är samordnad, och

6. samverkan sker med myndigheter som inte ingår i Rådet för styrning med kunskap samt med andra offentliga och privata aktörer.

Rådet för styrning med kunskap ska vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörandet av forskning och innovationer avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

6. samverkan sker med myndigheter som inte ingår i Rådet för *statlig* styrning med kunskap *avseende socialtjänst* samt med andra offentliga och privata aktörer.

Rådet för *statlig* styrning med kunskap *avseende socialtjänst* ska vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörandet av forskning och innovationer avseende socialtjänst.

## 9 §

Rådet för styrning med kunskap ska vid fullföljandet av sina uppgifter beakta den information som Huvudmannagruppen lämnar.

Rådet för *statlig* styrning med kunskap *avseende socialtjänst* ska vid fullföljandet av sina uppgifter beakta den information som Huvudmannagruppen lämnar.

## 10 §

Huvudmannagruppen består av *sexton* ledamöter, varav *sex* ledamöter företräder landstingen och tio ledamöter företräder kommunerna. Varje ledamot bör ha en ersättare.

Ledamöterna och ersättarna ska utses av regeringen på förslag av Sveriges Kommuner och Landsting. Till ledamot eller ersättare får endast den utses som är ledamot eller ersättare i kommun- eller landstingsfullmäktige.

Huvudmannagruppen består av *fyrtion* ledamöter, varav *fyra* ledamöter företräder landstingen och tio ledamöter företräder kommunerna. Varje ledamot bör ha en ersättare.

## 11 §

Huvudmannagruppen informerar Rådet för styrning med kunskap om områden där huvudmännen har behov av statlig styrning med kunskap samt hur styrningen bör utformas och kommuniceras.

Huvudmannagruppen informerar Rådet för *statlig* styrning med kunskap *avseende socialtjänst* om områden där huvudmännen har behov av statlig styrning med kunskap samt hur styrningen bör utformas och kommuniceras.

## 12 §

Huvudmannagruppen ska ledas av ordföranden för Rådet för styrning med kunskap.

Huvudmannagruppen ska ledas av ordföranden för Rådet för *statlig* styrning med kunskap *avseende socialtjänst*.

---

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2018.



### 1.13 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen

Härigenom föreskrivs ifråga om förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen

*dels att 3, 11 och 21 §§ ska ha följande lydelse,*

*dels att det ska införas en ny paragraf, 3 a §, av följande lydelse.*

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 3 §

Bestämmelser om statlig styrning med kunskap finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Bestämmelser om statlig styrning med kunskap *avseende socialtjänst* finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

#### 3 a §

*Socialstyrelsen ska samordna myndigheternas kunskapsstöd avseende hälso- och sjukvård så att landstingens och kommunernas behov tillgodoses effektivt.*

*Socialstyrelsen ska säkerställa att myndigheternas kunskapsstöd avseende hälso- och sjukvård*

*1. utgör ett stöd för huvudmän (landsting och kommuner), vårdgivare och olika professioner vilka har ansvar för att patienter och brukare ges en god vård och insatser av god kvalitet,*

*2. bidrar till att målen i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) uppfylls,*

*3. är samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner inom hälso- och sjuk-*

*vård samt huvudmän har, och  
4. bidrar till en ökad jäm-  
ställdhet.*

### 11 §

Socialstyrelsen ska samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten.

Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende av hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad.

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

### 21 §

Generaldirektören är enligt förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst* ordförande i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst* samt i Huvudmannagruppen för behovsanpassad styrning med kunskap avseende *hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

Generaldirektören är enligt förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst ordförande i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst samt i Huvudmannagruppen för behovsanpassad styrning med kunskap avseende socialtjänst.

---

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2018.

## 1.14 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Härigenom föreskrivs att 8 § förordningen (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 8 §

Myndigheten ska samråda med andra myndigheter och organisationer som är verksamma i sådan verksamhet som avses i 1, 2 och 4 §§.

*Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.*

*Myndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov.*

---

Denna förordning träder i kraft den 1 september 2018.



## 2 Utredningsuppdrag och tillvägagångssätt

### 2.1 Utredningsuppdrag

Utredningens direktiv (dir 2015:127) beslutades vid regeringssammanträde den 3 december 2015 (bilaga 1). Enligt direktivet ska den särskilda utredaren överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Syftet med uppdraget är att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män.

Utredaren ska bland annat

- kartlägga de olika initiativ och samarbeten kring ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd som pågår på olika nivåer inom hälso- och sjukvården,
- utreda förutsättningarna för samt behovet och lämpligheten av att göra nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvård i någon form obligatoriska eller mer bindande, samt
- lämna de förslag som bedöms vara ändamålsenliga för att uppnå en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd.

Enligt tilläggsdirektiv (dir 2017:11) beslutade vid regeringssammanträdet den 2 februari 2017 (bilaga 2) ska uppdraget redovisas senast den 1 juni 2017.

## 2.2 Tillvägagångssätt

Utredningen har hållit sex utredningssammanträdanden med expertgruppen och därutöver träffat varje expert i enskilda möten. Utredaren har i enlighet med direktiven löpande samrått med Regeringskansliet (Socialdepartementet), berörda aktörer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt med de myndigheter som ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap.

Utredningen har också samrått med andra offentliga utredningar som bl.a. Kommissionen för jämlik hälsa (S 2015:02), Tillitsdelegationen (Fi 2016:03), Utredningen om ökat fokus på kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden (S 2015:06), Hjälpmedelsutredningen (S 2015:08), Välfärdsutredningen (Fi 2015:01), Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), Socialdataskyddsutredningen (S 2016:05) och Utredningen om nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09).

Därutöver har utredningen genomfört ett stort antal möten med personer verksamma inom hälso- och sjukvården, företrädare för patientorganisationer, fackliga organisationer, professionsföreningar, forskning, landsting och regioner, kommuner samt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Utredningen har vidare samrått med den s.k. Huvudmannagruppen som är knuten till Rådet för statlig styrning med kunskap.

Utredningen har genomfört ett samrådsmöte, dit företrädare för samtliga legitimerade professionsgrupper i hälso- och sjukvården bjöds in. Sammanlagt deltog ett femtontal representanter vid samrådsmötet. Syftet med samrådet var att presentera utredningens kartläggning, analys och preliminära förslag, diskutera och inhämta synpunkter.

Underlag har inhämtats genom studier av gällande rätt, förarbeten, rättspraxis och litteratur. Utredningen har tagit del av tidigare offentliga utredningar, forskningsstudier, undersökningar och uppföljningar gjorda av statliga myndigheter och andra aktörer inom berörda områden. Utredningen har genomfört studiebesök i Sverige, bl.a. hos Region Östergötland och Region Jönköping. Utredningen har gjort två studieresor till andra länder: till Nederländerna och till USA (Intermountain Health Care i Utah). Utredaren och

sekretariatet har även medverkat i ett flertal konferenser och seminarier.

Utredningen har skickat ut fyra enkäter i samarbete med Vårdförbundet, Fysioterapeuterna och Sveriges Läkarförbund samt Svenska Läkaresällskapet. Enkäterna utformades i samråd med respektive förbund och berörde frågeställningar om möjligheter till kunskapsinhämtning, användningen av olika typer av kunskapsstöd samt betydelsen av dessa för den kliniska vardagen. Enkäten till Läkaresällskapet efterfrågade vilken typ av kunskapsstöd de olika sektionerna inom sällskapet tar fram.

Utredningen har beskrivit hur landstingen och sjukvårdsregionerna bedriver arbetet med kunskapsstöd och kunskapsstyrning. I detta arbete har företrädare för samtliga landsting getts möjlighet att komma med synpunkter på respektive beskrivning.





## 3 Utgångspunkter och begrepp

I detta kapitel presenteras de utgångspunkter som utredningen har arbetat utifrån, de avgränsningar som gjorts och vanligt återkommande begrepp.

### 3.1 Utgångspunkter

Den medicinska forskningen gör ständigt nya framsteg och gränserna för vilka sjukdomar som kan lindras eller botas flyttas hela tiden framåt.<sup>1</sup> Svensk hälso- och sjukvård presterar i grunden bra resultat. I den svenska befolkningen lever allt fler personer allt längre. Detta medför att allt fler kommer att hinna utveckla en eller flera kroniska sjukdomar och ha behov av regelbunden kontakt med vården och omsorgen.

Den medicinska databasen Pubmed innehåller i dag över 26 miljoner referenser till biomedicinsk litteratur och varje minut tillkommer två nya medicinska artiklar.<sup>2,3,4</sup> Inom vissa områden har halveringstiden på relevant klinisk information uppskattats till fem år.<sup>5</sup> Att ha tid och förmåga att sälla ut vilka av alla de artiklar och studier i mängden som publiceras som egentligen innehåller nyheter som faktiskt förändrar eller kan förändra vårdresultatet för invånarna, är en utmaning. Mycket av det som publiceras kan innehålla varianter av en och samma kunskap. Det bör även tilläggas att det inom vissa områden pågår mycket forskning medan det inom andra inte finns lika mycket forskning och att konsensus i allmänhet är sämre.

---

<sup>1</sup> LIF, FASS för allmänhet.

<sup>2</sup> NCBI, PubMed, 2016.

<sup>3</sup> SBU, *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. 2 uppl., 2014.

<sup>4</sup> Attwood, m.fl., 2009.

<sup>5</sup> Nordenström J, 2016.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är välutbildad och har en lagstadgad skyldighet att verka enligt vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659)). Att i realiteten hålla sig à jour med, och dessutom kritiskt bedöma, den stora produktionen av nya medicinska vetenskapliga rön inom vissa områden är utmanande. För att den nya kunskapen ska kunna komma patienterna till godo och bidra till en jämlik hälso- och sjukvård krävs att den finns, och används, där sjukvården möter patienterna. Som patient ska man kunna känna sig trygg med att den vårdpersonal man möter har tagit del av, och förhåller sig till, den bästa tillgängliga kunskapen. Att få tillgång till en kunskapsbaserad vård ska inte vara avhängigt av vem man är, var eller hos vem man söker vård.

Svensk hälso- och sjukvård presterar goda resultat men ojämlikheter kvarstår alltjämt mellan enskilda yrkesutövare, olika vårdgivare och olika huvudmän. Ibland kan skillnaderna i utfall vara stora inom ett och samma landsting.

Olikheterna visar att det finns en stor förbättringspotential att ta vara på. En del av förklaringen till detta skulle kunna vara en ojämn användning av den bästa tillgängliga kunskapen men också en ojämn tillgång till kunskapskällor. Vårdpersonal har inte heller alltid enkelt tillgång till data för uppföljning av det egna arbetet – något som borde vara en självklarhet för att kunna utveckla vården. En rapport från 2015 från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar att ett av de viktigaste statliga kunskapsstöden, Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, har en begränsad påverkan på den vård patienterna får och på skillnaderna mellan landstingen.<sup>6</sup> Genomslaget av riktlinjerna beror på en mängd olika faktorer. De är främst att betrakta som prioriteringsstöd för beslutsfattare. Det är också huvudmännen som har ett ansvar att använda riktlinjerna som ett stöd vid utarbetandet av lokala riktlinjer, vårdprogram m.m. som är avsedda att användas i den kliniska behandlingen.

Det är sedan länge väl känt att det är förknippat med stora utmaningar när det gäller att nå ut med ny kunskap och påverka klinisk praxis. Många aktörer, både i Sverige och internationellt, vill bidra till att samla och sprida kunskap men det är i det kliniska mötet som

---

<sup>6</sup> Myndigheten för vård och omsorgsanalys, *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*, 2015.

kunskapen har en reell möjlighet att göra nytta för patienterna, vilket också måste vara avsikten.

Beslutsfattande i vården är komplext och bästa praxis bygger förutom på vetenskaplig evidens även på erfarenhetsbaserad kunskap och på kunskap baserad på mätningar av uppnådda resultat. Detta ska sedan integreras med varje patients behov, förutsättningar och önskemål.<sup>7</sup> I en utredning om kunskapsstöds möjligheter att påverka vårdens utförande bör man komma ihåg att vården befolkas av individer med olika inbördes egenskaper och att medicinskt beslutsfattande inte alltid är helt igenom rationellt.

Vad som slutligen blir utfallet av en vårdinsats är beroende av en mängd olika faktorer som hälso- och sjukvården har svårt att påverka. I dag utgår många kunskapsstöd – i likhet med vården i stort – från en diagnos eller ett organ. Kunskapsstöd behövs inte bara på djupet utan också på bredden då patienter ofta har fler än en åkomma. Det största problemet är då inte nödvändigtvis att patienten har en isolerad och allvarlig sjukdom. Många patienter har kanske snarare flera, mindre allvarliga, diagnoser men som tillsammans utgör ett större problem. Detta inte minst för att patienterna själva behöver vägleda sig genom vårdens olika stuprörsorganiserade instanser. Vården behöver stärka sin kompetens och möjlighet att arbeta samordnat med patienten som utgångspunkt. Kunskapsstöd kan här fylla en viktig funktion i att vägleda vårdpersonal i vilka frågor de bör ställa, vad de bör utreda vidare, hur de ska remittera vidare etc. givet att ett visst symptom finns. Det kan röra sig om att personal som arbetar i den somatiska vården får vägledning i när det kan finnas anledning att hjälpa patienten vidare till den psykiatriska vården. Det kan också röra sig om att primärvården får stöd i att kontakta socialtjänst inom kommunen. Även inom den specialiserade vården finns det utrymme för stora förbättringar vad gäller multisjukas väg genom vården.

En del av utredningens uppdrag handlar om att lämna de förslag som bedöms vara ändamålsenliga för att uppnå en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd. Syftet med utredningen är att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är god och jämlik, samt ges på samma villkor till kvinnor och män. Där kan användning av bästa kunskap vara ett medel. Utredningen har valt att

---

<sup>7</sup> Nordenström J, 2016.

svara mot målet om en jämlik vård, snarare än att i sig hitta vägar för ökad följsamhet till kunskapsstöd.

### 3.1.1 Avgränsningar

Det finns många faktorer som har en inverkan på hur vården fungerar. Utredningen har arbetat med syftet att de förslag som läggs ska vara realistiska att genomföra inom en någorlunda kort tidshorisont, några år. Detta innebär exempelvis att utredningen har förhållit sig till rådande förutsättningar vad gäller kompetensförsörjningen inom vården. Då vi inte kan förutspå hur snabbt utvecklingen går vad gäller digitaliseringen, vilken har stor inverkan på vården, förhåller vi oss till dagens läge. Det betyder inte att hänsyn inte har tagits till dessa delar. Utredningen är medveten om att dessa faktorer är mycket viktiga för vårdens framtid.

Utredningen har arbetat utifrån antagandet om att kunskapsstöd i vården kan bidra till en mer jämlik vård. Samtidigt med en förståelse för att tilltron till vad kunskapsstöd kan åstadkomma måste vara realistisk. Om vi vill att hälsoutfallet ska vara helt jämlikt behöver större frågor lösas, såsom biologiska och psykiska bakgrundsfaktorer, socioekonomiska faktorer, sjukdomens svårighetsgrad och andra aktörers insatser såsom närståendes och socialtjänsten. Fokus i detta betänkande ligger på den ökade jämlikhet som kan uppnås genom att rätt aktörer gör rätt saker i kunskapsstyrningen, och vilka förutsättningar som krävs för att bästa tillgängliga kunskap ska finnas i vårdmötet.

## 3.2 Begreppsanvändning

Utredningen har under arbetets gång kunnat konstatera att begreppsanvändningen inom området många gånger är oklar.

Utöver de vanligaste begreppen kunskapsstöd och kunskapsstyrning används ofta orden beslutsstöd, rekommendationer och riktlinjer. Förbättringsarbete används också inom området och utan närmare definition. Samma ord används med olika betydelse, olika ord används med snarlik betydelse.

### 3.2.1 Begrepp

Med begreppet nationell avses i detta betänkande sådana åtgärder eller dylikt som sker i hela landet, dvs. en enhetlig tillämpning. Exempelvis föreslår utredningen att landstingen ska vara skyldiga att samverka i syfte att nå nationell kunskapsstyrning vilket förutsätter att alla landsting samverkar i detta arbete. Vidare föreslår utredningen skapande av vårdkommittéer i varje landsting och som ska verka för en nationell kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Staten liksom landstingen och kommunerna kan verka för nationella åtgärder eller nationell enhetlighet.

Med begreppet statlig avses de åtgärder som staten (dvs. riksdag och regeringen samt de statliga förvaltningsmyndigheterna) vidtar. Statens åtgärder är som regel alltid nationella.

Med kunskapsstyrning avses i detta betänkande att utveckla, sprida och använda bästa kunskap. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och till ledarskapet. Kunskapsstyrningen bidrar till att utveckla ett lärande system.

Som huvudregel avses inte med kunskapsstyrning den tillämpning av lag som myndighet gör med stöd av specialförfattning och som leder till överklagningsbara beslut riktad mot enskild.

En del av kunskapsstyrningen är att tillhandahålla kunskapsstöd. Kunskapsstöd kan vara dokument (t.ex. riktlinjer och rekommendationer) men också tillgång till data, register, sökmöjligheter, metodkompetens, it-stöd osv.

Med landsting avses landsting och regioner, dvs. sekundärkommuner. Med kommuner avses primärkommuner.

Med hälso- och sjukvård avses verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), smittskyddslagen (2004:168) och annan liknande verksamhet som syftar till att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

I 2 kap. 2 § HSL anges att med huvudman avses det landsting eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

I 2 kap. 3 § HSL anges att med vårdgivare avses statlig myndighet, landsting, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

## 4 Gällande rätt

Det finns ett antal författningar som är centrala för hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL och patientlagen (2014:821) innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet. I fråga om tandvård finns särskilda bestämmelser i till exempel tandvårdslagen (1985:125). Patientsäkerhetslagen (2010:659) är ett annat exempel på lagstiftning av övervägande generell karaktär.

Lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet omfattar dessutom lagar som reglerar särskilda områden. Några exempel är läkemedelslagen (2015:315) och lagen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. I övrigt omfattar det hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket åtskilliga förordningar samt olika statliga myndigheters föreskrifter.

I detta avsnitt ges en översiktlig redogörelse för de viktigaste reglerna på området som särskilt berör de frågeställningar som utredningen har att ta ställning till.

### 4.1 Regeringsformen och kommunallagen

Det allmänna ska enligt regeringsformen (RF) verka för goda förutsättningar för hälsa. Den kommunala självstyrelsen utgör en grund för det svenska samhällssystemet. Kommuner och landsting får enligt kommunallagen (1991:900) själva ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till området eller invånarna och som inte åligger någon annan. Kommunallagen anger vidare att det på vissa områden finns särskilda föreskrifter om kommunernas och landstingens befogenheter och skyldigheter. Hälso- och sjukvården är ett sådant område.

I regeringsformen finns regler för hur normgivningsmakt kan fördelas mellan riksdagen och regeringen. Regeringsformen medger även att normgivningsmakt i vissa fall kan överlåtas åt kommuner.

Den kommunala självstyrelsen innebär att det ska finnas en självständig och, inom vissa ramar, fri bestämmanderätt för kommuner och landsting. Grunden för kommunernas och landstingens existens, ställning, organisation och verksamhet är reglerad i regeringsformen och i kommunallagen (1991:900).

I kommunallagen (1991:900; KL) regleras bl.a. kommunernas och landstingens kompetens, befogenheter och organisation. I KL anges att kommunen själva får ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens område eller dess medlemmar.

Regeringen har den 6 april 2017 överlämnat propositionen 2016/17:171 En ny kommunallag till riksdagen. Propositionen är för närvarande föremål för riksdagens behandling.

Förslaget till ny lag bygger till stor del på den nuvarande kommunallagen men med bl.a. en ny struktur och ett enhetligt språk. Ikraftträdandet för den nya kommunallagen föreslås till den 1 januari 2018.

## 4.2 Hälso- och sjukvårdslagen

Det svenska hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket är omfattande. Regelverket består av mer än 250 författningar: lagar, förordningar och föreskrifter av olika omfattning. Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen är utformad som en skyldighetslagstiftning till skillnad från en rättighetslagstiftning. Det innebär att tillhandahållandet av nödvändig hälso- och sjukvård är en skyldighet för samhället. Hälso- och sjukvård hanteras således inte som en rättighet som den enskilde kan utkräva på juridisk väg (prop. 2016/17:43 s. 71).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL), är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. Lagen trädde i kraft den 1 april 2017 och ersatte då den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Syftet med den nya hälso- och sjukvårdslagen är att göra regelverket överskådligare, tydligare och mer lättillgängligt samt mer i enlighet med intentionen om en målinriktad ramlag. Den nya hälso- och sjukvårdslagen har en ny struktur och uppbyggnad i form av fem avdelningar och kapitel med löpande paragrafnumrering inom varje kapitel. Näs-



tan alla bestämmelser i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen har förts över till den nya hälso- och sjukvårdslagen. De flesta av paragraferna är utformade helt i överensstämmelse med motsvarande bestämmelser i den äldre lagen, eller skiljer sig från dessa bestämmelser enbart i språkligt eller redaktionellt hänseende. Ett mindre antal förtydliganden och ändringar i sak i förhållande till tidigare lag har skett. Ett fåtal nya bestämmelser har tillkommit (prop. 2016/17:43 s. 1).

Landstingen har det övergripande ansvaret för att befolkningen erbjuds en god hälso- och sjukvård. Viss hälso- och sjukvård är dock kommunernas ansvar. De har ansvar för hälso- och sjukvård för personer som bor i vissa boendeformer och för dem som vistas i viss dagverksamhet. När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstingen ska ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

I HSL finns bestämmelser för ledning och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Av dessa framkommer bl.a. att ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Det ska finnas en verksamhetschef, som är ansvarig för verksamheten. Det framkommer vidare att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. All hälso- och sjukvård ska ha den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge patienterna god vård.

Med hälso- och sjukvård avses främst åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Hälso- och sjukvården ska enligt HSL bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär att hälso- och sjukvård särskilt ska vara av god kvalitet med god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet, koninuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet främja goda kontakter mellan patienten och personalen samt vara lätt tillgänglig.

### 4.3 Patientlagen

Patientlagen (2014:821), innehåller bestämmelser som syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen innehåller bestämmelser som rör patientens möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården eller som har direkt betydelse för vårdens utformning. Vid införandet av patientlagen framhölls bl.a. att det är angeläget att stärka och tydliggöra patientens ställning i hälso- och sjukvården samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (prop. 2013/14:106 s. 1). I lagen framhålls också att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I lagen har informationsplikten gentemot patienten utvidgats och förtydligats (kap. 3). Det klargörs även att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke (kap. 4). Det har införts möjligheter för en patient att i vissa fall få en ny medicinsk bedömning (kap. 8) och patienten ges i lagen möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet (kap. 9).

### 4.4 Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bl.a. bestämmelser om anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl., tillsynen av Inspektionen för vård och omsorg (IVO), hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd samt straffbestämmelser och överklagande.

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses i patientsäkerhetslagen bl.a. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården samt apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar. Lagen innehåller bestämmelser som reglerar ansvaret för vårdgivaren men även personal i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen är behörig myndighet att besluta om legitimation m.m.

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt ge patienten sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Den som har ansvar för hälso- och sjukvården ska bl.a. se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns. Hälso- och sjukvårdspersonal bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Yrkesansvaret innebär bl.a. att om uppgifter delegeras till en enskild utför han eller hon dessa under eget yrkesansvar.

Vårdgivarna har en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren ska se till att personalens kompetens tillgodoser kravet på god vård. Det innebär bl.a. att vårdgivaren ska arbeta förebyggande för att minska risken att patienter drabbas av vårdskador samt utreda och vidta en rad åtgärder i samband med vårdskador.

I patientsäkerhetslagen beskrivs vidare vilka åtgärder som kan vidtas mot hälso- och sjukvårdspersonal och vårdgivare som inte fullgör sina skyldigheter eller bryter mot bestämmelser som gäller verksamheten. För den som har en legitimation att utöva sitt yrke kan det bli aktuellt med en prövotid eller återkallelse av legitimation. Vårdgivarna står under tillsyn av IVO som i sin tillsyn kan besluta om föreläggande (även vid vite) att fullgöra sina skyldigheter. IVO kan besluta om förbud att bedriva verksamheten.

Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av IVO. Av patientsäkerhetslagen framgår att med hälso- och sjukvård enligt lagen avses verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Patientsäkerhetslagen gäller således för verksamhet som omfattas av bl.a. hälso- och sjukvårdslagen eller tandvårdslagen (1985:125).

I patientsäkerhetslagen definieras vidare tillsynen bl.a. som granskning av att hälso- och sjukvårdsverksamhet och dess personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Det innebär att de krav- och målbestämmelser som lagstiftningen innehåller, exempelvis de som framgår av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), omfattas av IVO:s tillsyn.

IVO:s tillsyn ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Tillsynen ska främst syfta till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården samt stödja och granska verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder. IVO ska inom ramen för sin tillsyn bl.a. lämna råd och ge vägledning men kan även besluta om föreläggande och förbud.

Det anges inga begränsningar när det gäller vem som får anmäla klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal till IVO. IVO får utreda och pröva omständigheter som inte åberopats i en anmälan, vilket medför att myndigheten inte är bunden av vad anmälaren anfört. Vårdgivaren och i vissa situationer även hälso- och sjukvårdspersonal, har emellertid enligt patientsäkerhetslagen en skyldighet att i visa fall göra anmälan till IVO.

I patientsäkerhetslagen finns vidare bestämmelser om sammansättningen av och handläggningen i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). HSAN prövar bl.a. frågor om prøvotid och återkallelse av legitimation eller begränsning av förskrivningsrätt. I lagen ges även bestämmelser om möjligheten att överklaga beslut av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, IVO och Socialstyrelsen.

## 4.5 Tandvårdslagen

I tandvårdslagen (1985:125) och tandvårdsförordningen (1998:1338) regleras hur tandvården ska utföras samt landstingens ansvar för tandvården.

I tandvårdslagen definieras målet för och kraven på en god tandvård. Tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på god tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär att det ska läggas särskild vikt vid förebyggande åtgärder, att den ska vara tillgänglig och av god kvalitet. En god tandvård innebär också att vårdgivare tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, att vården bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt att vården främjar goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen. Vårdgivaren ska så långt som möjligt, utforma samt genomföra vården och behandlingen i samråd med patienten. Vårdgivaren ska också upplysa patienten om hans eller hennes tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns. Innan

vårdgivare börjar en behandlingsperiod ska patienten upplysas om vad behandlingen kan komma att kosta.

Av tandvårdslagen framgår att varje landsting ska erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Landstingen ska även erbjuda en god tandvård till dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpning av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Landstingen ansvarar också för tandvårdsstödet till äldre och funktionshindrade som har ett stort omsorgsbehov. Denna vård omfattar bland annat en avgiftsfri munhalsbedömning och individuell rådgivning. För personer som behöver tandvård som ett led i sjukdomsbehandling och som behöver oralkirurgi har landstingen också ansvaret. Landstingen ansvarar även för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården.

## 4.6 Lagen om läkemedelskommittéer

Genom lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer infördes ett obligatoriskt krav på en eller flera läkemedelskommittéer i varje landsting med uppgift att genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget. Rekommendationerna ska vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Om kommittén finner att det förekommer brister i läkemedelsanvändningen inom verksamhetsområdet ska kommittén göra de påpekanden som behövs och vid behov erbjuda hälso- och sjukvårdspersonalen utbildning för att avhjälpa bristerna. Avslutningsvis anger lagen att varje läkemedelskommitté i den omfattning som behövs, ska samverka med andra läkemedelskommittéer samt med berörda myndigheter, universitet och högskolor.

Av lagstiftningen följer att det är upp till varje landsting att bestämma hur många kommittéer som ska finnas och vilket organ inom landstinget som ska tillsätta en kommitté. Landstinget bestämmer också antalet ledamöter i varje kommitté och mandattiden för ledamöterna.

Lagen om läkemedelskommittéer tillkom samtidigt som kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen överfördes från staten till landstingen. Läkemedelskommittéverksamheten var tidigare frivillig för landstingen.

## 5 Kunskapsstöd ur patienternas och professionernas perspektiv

Med ökande kunskapsmassa ökar komplexiteten i vården, vilket ställer krav på nya arbetssätt innebärande bl.a. mer teaminriktade arbetssätt. Vid ett och samma tillfälle kan patienten möta flera olika företrädare för olika professioner eller specialiteter inom samma profession. Detta bör i sin tur påverka lämplig utformning av framtida kunskapsstöd. Mötet är således ett komplext samspel mellan inblandade aktörer.

I kapitlet beskrivs olika aspekter relaterade till kunskapsstöd som är viktiga att ta hänsyn till ur patienters och professioners perspektiv. Kapitlet bygger i delar vidare på resonemang i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) och avslutas med några reflektioner kring forskningens betydelse för utvecklingen av vården.

### 5.1 Värdet skapas i vårdmötet

Värdet som vården åstadkommer skapas i mötet mellan patienten och vårdens professioner. I mötet tas beslut om utredning och behandling, vilket innebär att det är i mötet förutsättningar skapas för en kunskapsbaserad och mer jämlik vård. Beslut som tas i mötet är indirekt också ekonomiska beslut. Värdeskapande möten kan se ut på många olika sätt. Det första man tänker på är kanske traditionella mottagningsbesök på en vårdinrättning, men det kan också vara olika typer av möten i samband med slutna vård, exempelvis ronder, vilka i sin tur kan utformas på många olika sätt. Det kan också handla om möten i patientens hem eller under transport till vårdinrättning. Digitaliseringen medför i ökande utsträckning möten i annan form än fysiska möten, till exempel skriftlig informationsutväxling via e-post eller liknande. På senare tid har den virtuella vårdcentralen in-

roducerats där man kommunicerar över videokonferens med överföring av rörliga bilder. Konsultationer på distans över telefon har däremot förekommit under lång tid.

## 5.2 Tankar kring patientens och närståendes perspektiv

Patientperspektivet har förändrats under senare tid. I dag betonas patientinflytande och patientmakt på ett annat sätt än för bara några år sedan. Även lagstiftningen har förändrats i denna riktning, bl.a. genom tillkomsten av patientlagen (2014:821) som samlat beskriver patientens ställning i vården. Den ökade utbildningsnivån i samhället liksom tillgången till information via internet har ändrat förutsättningarna för verklig delaktighet. Patienterna har i dag helt andra möjligheter att på ett mer jämlikt sätt möta professionerna, vars tidigare informationsövertag har reducerats. I de situationer där patienten inte kan föra sin talan – det kan bero på kognitivt nedsatt förmåga eller under exempelvis sövning – kan anhöriga i viss utsträckning överta delar av patientens eller brukarens roll i mötena med vården och omvården.

Den välinformerade patienten innebär i många avseenden en utmaning för vårdens personal. Utvecklingen ställer krav på andra sätt att möta patienten. Den ställer med andra ord krav på förändrade arbetssätt eller på en kulturförändring i mötet. Det är väl känt att kulturförändringar och förändrade arbetssätt är långsamma processer, avsevärt långsammare än till exempel den tekniska utvecklingen. Det moderna mötet kan sägas innebära en maktförskjutning. Maktförskjutningar är inga lätta processer eftersom makt ger status och är en form av belöning.

Kunskaps- och beslutsstöd som är tillgängliga för patienten eller brukaren är viktiga för en jämlik och effektiv vård.<sup>1</sup> Stöd som bidrar till att medborgarna kan bedriva egenvård har stor betydelse för vårdens effektivitet. Ett exempel på ett viktigt beslutsstöd är stöd för beslutet om man ska uppsöka vården eller inte. Vi kan förvänta oss

---

<sup>1</sup> I kap. 10 i betänkandet görs en närmare redogörelse för skillnaderna i begreppen kunskaps- respektive beslutsstöd. Förenklat kan ett kunskapsstöd sägas bestå av en kunskapskälla + gränssnitt. Ett beslutsstöd består av samma kunskapskälla + patientspecifik information + beslutsregler + gränssnitt.



en snabb utveckling där denna form av beslutsstöd sker med hjälp av it, antingen som stöd till personalen eller serverat direkt av datorn till patienten. Medborgaren fyller i symptom med mera och en dator tar ställning till preliminär diagnos och eventuellt behov att uppsöka vården. Denna form av beslutsstöd kan ses som första delen i vårdkedjan och har stor betydelse för effektiviteten. Delar av denna typ av beslutsstöd kan utformas utifrån ett nationellt perspektiv för att därefter kompletteras med lokalt anpassad information.

I takt med ökande och snabb tillgång till lättillgänglig information via internet har det också uppstått ett problem med förekomst av desinformation inom hälso- och sjukvården. Vi lever i ett tilltagande lättillgängligt informationsöverflöd. En sökning på en viss sjukdom ger inte bara adekvat information utan stundtals även information som ligger långt från vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienter är i ökande utsträckning pålästa och förberedda. Alltmer tid i mötet med vården ägnas åt att förklara vilken information som är pålitlig och kvalitetssäkrad. Här kan det vara av vikt för vårdpersonalen att kunna hänvisa till information som är kvalitetsbedömd och kvalitetssäkrad utifrån evidens.

I mötet med vården är patientens tillgång till kunskapsstöd viktig för att uppnå medinflytande över den egna vården eller anhörigas vård. Patienter är inte standardiserbara. En identisk åkomma med identisk svårighetsgrad kan kräva helt olika handläggning hos olika individer. Vi ska eftersträva jämlikhet och som ett led i detta största möjliga följsamhet till riktlinjer, men det är viktigt att framhålla att ”göra lika är att göra skillnad”. God vård är att ta hänsyn till varje patients specifika situation och förutsättningar. Bra vård är att ibland avvika från riktlinjer.

Kvalitetsregister där patientens data i realtid matchas mot en patientpopulation med samma problematik är redan en viktig faktor som underlag för professionernas beslut. Fler och fler register samlar in patientrapporterade data. På så sätt kan registret även utgöra beslutsstöd för patientens egenvård liksom ett underlag för gemensamma beslut i mötet med vårdens professioner. Register utformade enligt ovan kan bli ytterligare ett verktyg för att stärka patientens ställning. Nätfenomenet ”PatientsLikeMe” visar vilken kraft och vilka möjligheter den moderna informationsteknologin bjuder på. På denna sajt kan man själv registrera data, jämföra med individer med

samma sjukdom och få information om senaste forskningsrön och behandlingsmetoder.

Patientföreningarna är viktiga i kunskapsstödsarbetet. Föreningarna används med fördel för att representera patienterna i utformningen av kunskapsstöd. Patientföreningarna fungerar också som påtryckare för att få till stånd kunskapsstödsarbete. Slutligen bidrar föreningarna med egenframtaget informationsmaterial riktat till patienter, material som utgör stöd för patienterna i mötet med vården.

### **5.3 Tankar kring professionernas perspektiv**

Arbete inom vården innebär ett omfattande beslutsfattande. Dagligen tas små som stora beslut, alltifrån enkla beslut till beslut av livsavgörande karaktär för den enskilde. Mängder av beslut tas naturligtvis på rutin, medan andra kan underlättas genom tillgång till besluts- och eller kunskapsstöd. När det gäller utformningen av och förväntningar på stöd finns det ett antal faktorer att ta hänsyn till, vilka sammanfattas nedan.

#### **5.3.1 Beslutsfattandet är inte alltid rationellt**

I resonemang kring beslutsfattande utgår vi i stor utsträckning ifrån att beslutsfattande är en tämligen rationell process där beslutsfattaren väger in olika faktorer för att därefter fatta ett rationellt beslut, eventuellt med stöd av beslutsstöd. Inom vården handlar det om beslut av enskilda individer, ibland efter samråd i olika former, till exempel samråd i vårdteamet. Dessa individer är inte standardiserbara och de har varierande skicklighet. Olika individer har olika former av talang. Den skicklige operatören är inte alltid den skicklige utredaren av en komplicerad symptombild. Vissa är mer känslolstyrda än andra. Utifrån dessa faktorer är det viktigt att ha realistiska förväntningar på vad bra kunskaps- och beslutsstöd kan åstadkomma i form av standardisering och jämlikhet. Bra kunskaps- och beslutsstöd kan reducera skillnader men inte eliminera dem.

De preliminära bedömningar av en patients tillstånd som görs i vården är ibland felaktiga, vilket kan leda till allvarliga konsekvenser för den enskilde. Förhoppningsvis kan bra beslutsstöd reducera antalet felbedömningar. Varje felbeslut är kostsamt, givetvis främst

för den drabbade individen, men felbeslut resulterar också i avsevärda onödiga kostnader.

I de beslut som tas i mötet med patienten kan man tryggt utgå från att personalen vill göra gott och följaktligen ge en god vård. Det finns dock forskning som visar att individer med identisk problematik får olika behandling hos samma beslutsfattare.<sup>2,3,4,5,6,7</sup> Män och kvinnor riskerar till exempel att få olika behandling eller olika diagnos. Socioekonomi och språkförståelse har också visat sig spela roll. I mötet strävar personalen efter en nöjd patient, vilket inte med automatik i alla sammanhang behöver innebära god vård. Personalen kan också vara rädd att göra misstag, vilket bidrar till olika handläggning utifrån vad man räknar med att patienten klarar av att bedöma kring sin egen vård och behandling. Tidspress med åtföljande strävan att spara tid i mötet framhålls också som en riskfaktor.

Onödig antibiotikaförskrivning kan vara resultatet av vad läkaren tror att patienten förväntar sig samt en rädsla för att patienten inte återkommer vid försämring eller uppfattningen att det går fortare att skriva recept än att förklara att antibiotika är onödigt. Dessutom kanske mötets beslutsfattare tror att sannolikheten för ny kontakt är mindre om patienten får antibiotika, dvs. åtgärden kan förefalla ge ytterligare tidsbesparing. En viktig förklaring till den minskade antibiotikaförskrivningen, förutom tillgång till riktlinjer, har säkerligen varit mediabevakningen som resulterat i att allmänheten medvetandegjorts om både egna och samhällets risker med hög antibiotikaförskrivning. På så sätt har alltså den allmänna opinionen bidragit till att en nöjd patient i ökande utsträckning har blivit en patient som *inte* lämnar mötet med ett antibiotikarecept.

Sammanfattningsvis är det viktigt att inse att beslut fattade av människor inte är så rationella som vi gärna tror. En viktig uppgift utifrån strävan efter jämlikhet är att göra besluten mer rationella. Den sannolikt viktigaste faktorn för att göra beslut mer rationella är en bra uppföljning; en uppföljning som i görligaste mån bör ske ända

---

<sup>2</sup> Lassen, m.fl., 2005.

<sup>3</sup> Grol och Grimshaw, 2003.

<sup>4</sup> M. Eriksson, m.fl., [The Swedish stroke register indicates differences in stroke care. Unconscious discrimination might explain some of the differences], 2015.

<sup>5</sup> M. Sjolander, m.fl., *Socioeconomic Inequalities in the Prescription of Oral Anticoagulants in Stroke Patients With Atrial Fibrillation*, 2015.

<sup>6</sup> Arriaga, m.fl., 2009.

<sup>7</sup> E. Tengelin, *Social ställning och medicinskt bemötande i vården – en kunskapsöversikt*, 2013.

ner på individnivå. Med individer avses såväl den individuella patienten som den individuella beslutsfattaren i vårdens möte med patienten. Med uppföljning medvetandegör man till exempel den individuella läkaren om att alla patienter med en viss diagnos kanske inte uppnått olika typer av målnivåer, vilket ger läkaren möjlighet att korrigera beslut som inte har varit helt rationella. Uppföljningen bör i första hand avse resultat eller utfall. Vägen till ett bra resultat för patienten är mindre intressant, det är resultatet som räknas.

Det är viktigt att uppföljningen inte får för stora inslag av kontroll. Kompetensen att tolka resultaten är störst i den del av organisationen som jobbar närmast patienterna. Uppföljningen är i första hand till för personalens och den lokala organisationens lärande och förbättringsarbete. Transparens och diskussion av individuella aktörers resultat inom den lokala organisationen, till exempel teamet eller vårdcentralen, bidrar till en lärande kultur. Ledordet i uppföljningen bör vara tillit och inte kontroll.

### 5.3.2 Kunskapsstöd utgår ofta från diagnoser

Kunskapsstöd utgår i stor utsträckning från diagnoser. De flesta vårdkedjor börjar dock med en symptombild, och det är inte sällan en resa innan diagnosen är ställd och stöden blir användbara. Om målet är jämlik vård så behöver orsakerna till en del av ojämlikheten sökas i brister under utredningstiden, i resan fram till diagnos. Dessutom bör en rationell sjukvård inte alltid eftersträva att sätta exakt diagnos. Inte sällan är det fullt tillräckligt att konstatera att det inte är något allvarligt eller farligt och att ingen åtgärd krävs. Det är i många situationer, kanske främst inom primärvården, fullt tillräckligt med så kallade symptomdiagnoser, till exempel sömnproblem.

Vården har också att i varierande omfattning hantera en social problematik. Det finns tendenser till en medikalisering av sociala problem. Inte minst blir detta tydligt i anslutning till sjukskrivningar. Förutom att social problematik kräver nära samverkan mellan olika institutioner, professioner och myndigheter, ligger det i sakens natur att området, som innehåller många så kallade mjuka värden, inte är evidensbaserat på samma sätt som traditionell medicinsk verksamhet. Kunskapsstöd saknas också i högre utsträckning inom detta

område. Denna typ av problematik illustrerar också de stora utmaningar som det innebär att arbeta över flera organisatoriska gränser. Även här finns en stor potential i att ta fram kunskapsstöd som är vertikala eller som ”går på bredden”.

Kostnaden för vården av patienter med kroniska sjukdomar uppgår i dag till 80–85 procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården.<sup>8</sup> I stor och ökande utsträckning har dagens patienter dessutom ofta flera diagnoser. Detta försvårar tillämpningen av riktlinjer, som oftast gäller en diagnos. Kommer flera diagnoser in i bilden hos samma individ krävs avvägningar. Det är inte realistiskt att kunna producera riktlinjer för alla olika kombinationer av diagnoser, som var och en dessutom kraftigt kan variera i svårighetsgrad.

### 5.3.3 Olika behov i olika typer av verksamheter

Under utredningens gång har det blivit tydligt att behoven avseende kunskaps- och beslutsstödens utformning ser delvis olika ut inom olika verksamheter. Alla verksamheter har som regel behov av bra it-stöd som kan presentera individdata på ett lättillgängligt sätt, gärna grafiskt. Verksamheter med stor bredd, främst primärvården, kan ha ett större behov av mer handfasta handläggnings- eller behandlingsrekommendationer i direkt anslutning till mötet. Det är svårt att vara uppdaterad inom alla områden. ”Den smala specialisten” å sin sida kan sitt specialområde utan och innan och har förhoppningsvis aktuella riktlinjer ”i huvudet”. Hen ser genomgående dessutom som en av sina huvuduppgifter att vara uppdaterad inom sitt specialområde. Mellan primärvård och ”smal specialist” finns givetvis blandformer. Organspecialister har till exempel behov av tillgång till riktlinjer inom närliggande områden. Diabetologen kan ha behov av riktlinjer inom hjärtsjukvård.

---

<sup>8</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *VIP i vården?*, 2014.

### 5.3.4 Olika professioner

Inom vården verkar ett tjugotal olika legitimerade yrkesgrupper. Deras ansvarsområden skiljer sig, men det som förenar dem är patienterna. Ibland träffar de patienterna i samma skede, ibland träffar de dem i olika skeden, exempelvis strokeläkaren och sjuksköterskan som behandlar patienten i det akuta skedet lämnar sedan över till team som arbetar med rehabilitering och ibland även en psykolog. Det är inte meningen att de ska kunna varandras kompetenser, men det måste finnas möjlighet att förstå varandras bidrag samt när de bör kontakta andra delar av vården. Alla arbetar mot samma mål: att patienten ska få en trygg väg tillbaka till god hälsa. Utvecklingen, inte minst p.g.a. ökad subspecialisering, går mot mer teambaserade arbetsätt. Det är viktigt att framtidens kunskapsstödsarbete liksom det dagliga arbetet utformas utifrån detta. Det går inte att dra knivskarpa gränser mellan olika professioners ansvarsområde. Produkterna behöver aktivt bidra till och underlätta teambaserade arbetssätt. Patienten bör dessutom ses som en del av teamet. Patienten är expert på sin egen sjukdom och teambaserade kunskapsstöd bör utformas utifrån denna utgångspunkt. Att framtidens patient tar en mer aktiv roll i besluten kommer kunna bidra till en mer kunskapsbaserad vård.

### 5.3.5 Tankar kring den lärande organisationen

Viktigt för tillämpning av de senaste rönen är tillgång till bra och ständigt uppdaterade kunskapsstöd. Centralt är också möjligheterna till ständigt lärande – att tillhöra en lärande organisation. Vårdyrken kräver ett ständigt lärande. Efter avslutad utbildning krävs därför fortbildning för att stärka kompetens och skicklighet. Dock är det minst lika viktigt för utvecklad skicklighet hos professionerna att det dagliga arbetet organiseras på ett sätt så att det finns förutsättningar för ett ständigt lärande. Bristen på kontinuitet utgör ett hot mot lärande. Att kunna följa en patient är av avgörande betydelse för möjligheterna till lärande, inklusive lärande av begångna misstag. Möjligheterna till lärande förbättras om man kan följa hela vårdperioden i stället för fragment av densamma. Eftersom patienter inte sällan remitteras vidare är det viktigt att möjligheterna att inhämta information om patienten efter det att ansvaret har överlämnats inte beskärs. Lärande är också en viktig komponent i den dagliga styr-

ningen. Framgångsrikt lärande bygger på ett öppet och tillåtande klimat och är därmed en kultur- och ledningsfråga. Uppföljningen är av stor betydelse för det ständiga lärandet.

## 5.4 Tankar kring forsknings- och utvecklingsperspektivet

Forskning är en förutsättning för arbetet med olika former av kunskapsstöd. I bra vård ligger att den förmår ta till sig och använda forskningens resultat så snart man förväntat sig om att stöd för evidens föreligger. Det är således en stor utmaning för hela vårdssystemet att tillräckligt snabbt introducera nya metoder och dessutom utmönstra gamla metoder. Alltför ofta introduceras nya metoder utan att utmönstring sker. Vi vet att det i dag kan ta lång tid att implementera nya metoder och vi vet också att det sker i varierande takt. Det finns stora skillnader mellan landsting, men även inom landsting.

Förutom bra kunskapsstöd spelar arbetsplatskulturen en stor roll för beredskapen att ta till sig resultaten av forskningens framsteg och att själv bedriva forskning. Det är viktigt att hela sjukvårdssystemet har en stark akademisk prägel. Basen för detta läggs i bra grundutbildningar vars innehåll på ett dynamiskt och flexibelt sätt anpassas till vårdens utveckling och förändringar. För att vidmakthålla intresset för forskning och utveckling krävs ett akademiskt präglat sjukvårdssystem. Systemet byggs underifrån och liksom själva vården är utgångspunkten mötet mellan patient och personal. Ett akademiskt systemtänkande innebär att alla möten i vården utgör en potentiell källa för patientnära forskning. Detta får inte missförstås som att alla patienter ska bli föremål för att ingå i studier eller prövningar. Men i stort sett alla möten bör vara möjliga att följa upp resultatmässigt. Därmed är varje möte potentiellt möjligt att beforska eller använda för metodutveckling och förbättringsarbete om inte prospektivt så i alla fall retrospektivt. Ett akademiskt präglat systemtänkande får inte heller missförstås som att all sjukvårdspersonal ska bedriva forskning. Det är inte möjligt eller ens önskvärt. Det viktiga är kulturen och känslan av att vara och en ingår i ett akademiskt system. Den känslan är viktig för att skapa en arbetsmiljö som är positiv till evidens och introduktion av nya metoder och nya arbetssätt.

I ett akademiskt sjukvårdssystem utgör universitetssjukvården något av ett nav. Universitetssjukvården har ett starkt ansvar för att utgöra motorn i systemet när det gäller forskning. Om varje patient och varje möte ska ses som en potentiell möjlighet till forskning ställer detta stora krav på universitetssjukvårdens förmåga att involvera hela sin sjukvårdsregion. Universitetssjukvården bör vidare ha en särskild roll i implementeringen av nya behandlings- och utredningsmetoder. Det senaste ALF-avtalet tydliggör denna uppgift. ALF-avtalet är ett avtal mellan staten och vissa landsting om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Därutöver finns regionala avtal mellan berörda landsting och universitet.

Under senare år har vissa för forskningen betydelsefulla regionala strukturer tydliggjorts. De nationella kvalitetsregistren har fått en stödstruktur i form av regionala registercentrum i varje sjukvårdsregion. I utredningen *Starka tillsammans* (SOU 2013:87) betonades vikten av regionala stödfunktioner för kliniska prövningar. Det är viktigt att dessa förhållandevis nya resurser integreras med universitetssjukvården och med varandra och används för att stärka universitetssjukvårdens roll som nav i ett akademiskt sjukvårdssystem. Tillkomsten av regionala cancercentra (RCC) inklusive en nationell samordningsfunktion faller väl in i detta mönster.



## 6 Statliga initiativ på kunskapsstödsområdet

I kapitlet görs inledningsvis en definition och beskrivning av de olika styrmedel som staten har till sitt förfogande när det gäller att styra vården. En genomgång görs också av några av de mer centrala myndigheterna för vården. En särskild genomgång görs av Rådet för statlig styrning med kunskap, Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt de överenskommelser på området som regeringen har slutit med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Syftet med avsnittet är att ge översiktlig bild av de olika initiativ som staten gör inom det kunskapsstyrande området samt att visa hur styrmedlens form kan variera.

### 6.1 Olika former av styrning

I kapitel 4 har en genomgång gjorts av den lagstiftning som huvudsakligen styr hälso- och sjukvården och omsorgen samt den grundläggande lagstiftningen för kommunernas och landstingens verksamhet. Som framgått är den svenska hälso- och sjukvården decentraliserad. En stor del av den gällande lagstiftningen är av ramlagskaraktär som lämnar stora delar av ansvaret för utformningen, finansieringen och planeringen av hälso- och sjukvårdssystemen till landstinget och kommunerna.

För att påverka vården använder sig staten av olika styrinstrument av varierande karaktär och som kan vara villkorade i olika utsträckning. Förenklat kan man dela upp styrningen i ”hårda” och ”mjuka” styrmedel. Exempel på hård styrning är lagstiftning, förordningar, annan författningsstyrning och villkorade ekonomiska bidrag. Mjuk styrning kan utgöras av överenskommelser, avsiktsförklaringar, stra-

tegrier och generella ekonomiska bidrag riktade från staten till huvudmännen.

En viktig och central del i statens styrning av vården är det arbete som bedrivs av de olika myndigheterna. I rapporten Statens styrning av kommunerna (2016:24) gör Statskontoret en analys av hur staten styr kommuner och landsting samt vilka olika styrmedel regeringen och myndigheter använder för att påverka de kommunala verksamheterna i en viss riktning. Flera av dessa styrmedel är också möjliga att använda mot privata vårdaktörer (gäller exempelvis tillsyn av vårdverksamhet).

Statskontoret sammanfattar den statliga styrningen i tre övergripande kategorier:

- regelstyrning,
- finansiell styrning,
- annan styrning.

Styrmedlen kan betraktas som mjukare eller hårdare beroende på hur tvingande de är.

**Regelstyrning** är juridiskt tvingande eller villkorliga styrmedel. Regelstyrning förekommer i lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter och innehåller olika påbud för sjukvårdshuvudmännen.

**Finansiell styrning** innebär att staten försöker få till stånd ett önskat beteende främst hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen genom exempelvis subventioner och bidrag.

**Annan styrning** består av olika ”mjuka” styrmedel som inte är villkorliga eller tvingande. Exempel är överenskommelser, information, kunskapsstöd, vägledning eller rådgivning i syfte att upplysa och stimulera vården i en viss riktning.<sup>1</sup>

Myndigheterna har, beroende på verksamhetens karaktär, i olika utsträckning tillgång till de styrinstrument som beskrivs ovan.

---

<sup>1</sup> Statens styrning av kommunerna (2016:24), Statskontoret, 2016.

### *Regelstyrning*

Efter särskilt bemyndigande från regeringen eller riksdagen kan myndigheterna utfärda bindande föreskrifter inom sitt verksamhetsområde, vilket är regelstyrning och är därmed att betrakta som hård styrning. Socialstyrelsen är ett exempel på en myndighet som har ett flertal bemyndiganden att utfärda föreskrifter. I allmänhet utnyttjar myndigheterna bemyndigandet även om det finns undantag.<sup>2</sup>

Tillsyn är ett styrmedel som utgår från reglering, och är ett sätt att granska att regleringen efterlevs. Tillsynen kan utövas av tillsynsmyndigheter på nationell, regional och lokal nivå. Tillsyn inbegriper även rätten att göra ett ingripande eller åtgärdande i syfte att korrigera felaktigheter. Vilka möjligheter tillsynsmyndigheterna har att ingripa och dela ut sanktioner varierar. Det kan exempelvis handla om uttalande av kritik eller vitesföreläggande och sanktionsavgifter.

### *Finansiell styrning*

Finansiell styrning av vården kan utgöras av specialdestinerade eller riktade statsbidrag. I allmänhet är dessa ensidigt beslutade av staten och riktade mot vårdens huvudmän. Huvudmännen kan antingen behöva söka sådana medel eller så finns det ett återrapporteringskrav. Myndigheterna kan ha till uppgift att pröva ansökningar från huvudmännen och betala ut efter prestation (ett sådant exempel är Socialstyrelsen som utbetalade medel till Regionala cancercentrum efter ansökan och en bedömning av ansökan från myndighetens sida). Bidraget kan vidare vara kopplat till en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

### *Annan styrning*

En stor del av myndigheternas styrning av vården utgörs av sådant som enligt Statskontorets definition betraktas som annan styrning. Ett exempel är allmänna råd, som inte är bindande men som är generella rekommendationer om exempelvis tillämpningen av en författning eller för att bidra till utveckling i en viss riktning.

---

<sup>2</sup> Ibid.

Myndigheterna tar också fram andra dokument som inte är juridiskt bindande. Det kan handla om handböcker, riktlinjer, vägledningar, rekommendationer, beslutsstöd osv. Enligt Statskontoret syftar denna styrning i regel till att vara ett kunskapsstöd men kan också ses som ett sätt för staten att påverka vårdens verksamhet. Akademisk forskning kan också ses som ett kunskapsstöd eller som ett underlag till olika stöd.

En annan form av styrning är att myndigheterna genom utvärdering, uppföljning och information osv. påverkar utvecklingen av vården i en viss riktning. En myndighet kan exempelvis få i uppdrag att följa upp hur insatser, prestationer och effekter motsvarar målsättningar som staten har satt upp. Uppgiftsinsamlingen kan enligt Statskontoret även anses ha ett utvecklande syfte, dvs. att den ska bygga kunskap inom en viss verksamhet och ge underlag för att utveckla verksamheten. Uppgiftsinsamlingen kan bland annat ske genom Öppna jämförelser, som består av systematiska och fortlöpande jämförelser baserade på resultatindikatorer inom olika områden.<sup>3</sup>

En och samma myndighet kan kombinera tvingande styrning i form av föreskrifter med mjukare styrmedel som allmänna råd. Ibland kan en myndighet välja att inkludera allmänna råd, som ger rekommendationer för hur en författning ska tillämpas, i sin föreskriftsserie.

Även tillsynsmyndigheter kan kombinera tvingande och mjukare styrning. IVO benämner i sin tillsynspolicy detta för kontrollerande respektive främjande verktyg. Till de kontrollerande verktygen hör bland annat förelägganden med vite och som exempel på främjande verktyg anges dialog och rekommendationer.

---

<sup>3</sup> Se vidare i kapitel 11.

## 6.2 Myndigheternas uppdrag

Nedan följer en beskrivning av centrala myndigheter som har uppdrag av betydelse för statens kunskapsstyrning.

De myndigheter som utredningen har valt att beskriva är:

- Socialstyrelsen
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- Läkemedelsverket
- Folkhälsomyndigheten
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
- E-hälsomyndigheten
- Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
- Myndigheten för delaktighet
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Utredningen har också valt att göra en redogörelse för den verksamhet som bedrivs i bolaget SOS Alarm Sverige AB.

Samtliga uppräknade myndigheter förutom Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap. Utöver dessa myndigheter och statliga bolag, finns det andra myndigheter som har uppdrag (som Skolverket, Försäkringskassan, Migrationsverket, Kriminalvården och Försvarmakten) inom hälso- och sjukvården. Därutöver finns universitet och högskolor som bedriver utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården, både vårdutbildningar och mer systeminriktade utbildningar. Vi har dock valt att göra en avgränsning till de aktörer som vi bedömer berörs mest av utredningens uppdrag.

### 6.2.1 Socialstyrelsen

Av förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen följer att myndigheten är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör bl.a. hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen ska genomföra sitt uppdrag

genom regler (föreskrifter), kunskap och statsbidrag. Socialstyrelsen ska också ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde.

Socialstyrelsen ska genom kunskapsstöd (som nationella riktlinjer, rekommendationer och föreskrifter) bidra till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Här i ingår uppgifter som att inventera kunskapsläget och utveckla ny kunskap samt sammanställa och analysera denna kunskap. Myndigheten ska också följa upp och utvärdera utvecklingen av vården och omsorgen, utveckla och förvalta nationella indikatorer för god hälsa, vård och omsorg samt redovisa analyser av verksamheternas processer, resultat och kostnader. Myndigheten ansvarar vidare för hälso- och socialtjänstregister och övriga statistikdatabaser.

Socialstyrelsen ansvarar för en rad förvaltningsärenden bl.a. när det gäller beslut om behörigheter för olika professioner och statsbidrag. Myndigheten har också ett särskilt uppdrag när det gäller kurser för speciallistläkare. Myndigheten ansvarar för bl.a. Rättsliga rådets avgöranden och Rikssjukvårdsnämndens beslut.

Arbetet med de nationella riktlinjerna utgör en betydande del av uppdraget och är av särskild vikt för denna utredning. En närmare beskrivning av Socialstyrelsens arbete med riktlinjerna återfinns längre fram i detta kapitel.

Socialstyrelsen har en central roll när det gäller statens kunskapsstyrning inom vården och i förhållande till övriga myndigheter. I budgetpropositionen för 2015 anförde regeringen att Socialstyrelsen ska ha en tydlig roll som ett nav för den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och att myndighetens stabsliknande roll ska betonas.

Sedan den 1 juli 2015 är Socialstyrelsen ordförande i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Myndigheten samordnar det löpande arbetet i rådet. Bildandet av rådet var ett led i att stärka Socialstyrelsens roll som kunskapsstyrande myndighet (budgetpropositionen för 2015).

Som ett led i renodlingen av myndighetens kunskapsstyrande uppdrag överfördes 2015 vissa uppgifter från Socialstyrelsen till SBU (systematiska kunskapssammanställningar) och Folkhälsomyndigheten (smittskyddsfrågor). Dessa förändringar redogörs för under avsnitten som behandlar de två aktuella myndigheterna.

## Socialstyrelsens föreskrifter

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS) är bindande regler som sjukvården har att följa. Socialstyrelsen har rätt att föreskriva enligt bl.a. förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

En översiktlig genomgång av inom vilka områden Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter visar bl.a. att det finns flest föreskrifter för hälso- och sjukvårdsområdet. Reglerna kan vara direkt styrande på hur vården inom ett visst sjukdomsområde ska utföras.

Socialstyrelsen har även gett ut en stor mängd föreskrifter som huvudsakligen är inriktade på styrning, organisation, ledning och administration av hälso- och sjukvården. Detta gäller bl.a. föreskrifter som reglerar ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, personalens kompetens, samverkan vid in- och utskrivning, ansvar för remisser av patienter, delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården, skyldighet att lämna uppgifter i vissa register (exempelvis cancerregistret) samt läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården.

Exempel på områden som regleras är följande föreskrifter; Livs- och uppehållande behandling (SOSFS 2011:7), Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), Personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer (SOSFS 2007:17), Metadonunderhållsbehandling och förskrivning av opiater på indikation narkomani (SOSFS 2004:15) och Läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 2015:8).

## Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen

Utöver de uppgifter som Socialstyrelsen har att utföra i enlighet med instruktionen, präglas verksamheten av en stor mängd regeringsuppdrag (enskilda regeringsuppdrag eller uppdrag som följer av regleringsbrevet). Förteckningen över nuvarande regeringsuppdrag omfattar drygt 250 uppdrag med huvudsaklig avrapportering under åren 2016–2017.

Uppdragen rör hälso- och sjukvård, folkhälsa och socialtjänst och är varierande till sin karaktär. Därutöver finns uppdrag inom andra områden som försäkringsmedicin, sjukskrivningar och minoritetsfrågor. Socialstyrelsen ska regelbundet återrapportera till Regeringskansliet (Socialdepartementet) inom en rad områden. Särskilda läges-

rapporter ska exempelvis tas fram för hälso- och sjukvård, funktionshindersområdet, äldreomsorg och äldreomsorg samt individ- och familjeomsorg.

Av regleringsbrevet för 2017 följer att flera av Socialstyrelsens uppdrag på något sätt har koppling till det kunskapsstyrande och kunskapsstödjande uppdraget. Bl.a. ska myndigheten utveckla och tillgängliggöra ett samlat stöd till hälso- och sjukvården på patientsäkerhetsområdet med fokus på att minska vårdskadorna. Vidare ska myndigheten, efter ansökan från de landsting som samverkar inom respektive regionalt cancercentrum (RCC), fördela och betala ut totalt 48 miljoner kronor för fortsatt arbete med RCC under 2017. Ett uppdrag som både omfattar landstingens och kommunernas verksamhet är att Socialstyrelsen ska utveckla öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården för att omfatta både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser.

Andra exempel på myndighetens uppdrag är att inom ramen för satsningen på att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, lämna en lägesrapport om utvecklingen av vården. I rapporteringen ingår också att lämna förslag på insatser för att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar.

### **Särskilda råd och beslutande organ m.m.**

Inom Socialstyrelsen finns särskilda rådgivande och beslutande organ för vissa frågor. Nationella rådet för organ- och vävnadsdonation ska vara ett kunskapscentrum i donations- och transplantationsfrågor och följa utvecklingen inom området. Nämnas kan också Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring som bl.a. ska bistå Socialstyrelsen med att stödja huvudmännen för att uppnå hög kvalitet i specialiseringstjänstgöringen och utarbeta kriterier för utbildande enheter för att säkerställa att verksamheten har den bredd och inriktning som behövs för att erbjuda specialiseringstjänstgöring av hög kvalitet.



### *Rikssjukvårdsnämnden*

Ett separat beslutande organ inom Socialstyrelsen är Rikssjukvårdsnämnden som ska fatta beslut om var rikssjukvård får bedrivas i Sverige och vilka allmänna och särskilda villkor som ska gälla för verksamheten. Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande i rådet.

Villkor som uppställs för att få bedriva rikssjukvård är att tillståndsinnehavaren ska arbeta för att uppnå bästa möjliga vårdkvalitet och resursutnyttjande inom det aktuella rikssjukvårdsområdet, att samverkan sker med sjukvårdsenheter som ingår i vårdkedjan inom rikssjukvårdsområdet, att man verkar för kunskapsspridning inom verksamhetsområdet, att ett systematiskt kliniskt kvalitetsarbete bedrivs genom obligatorisk inrapportering av data till rikstäckande kvalitetsregister samt återföring av resultat. Utförare av rikssjukvård ska också aktivt bidra till utvecklingen av resultatindikatorer som bas för årlig uppföljning av verksamheten. Tillståndsinnehavaren ska vidare säkerställa att den kliniska behandlingen kontinuerligt är av hög internationell klass, bl.a. genom samverkan och resultatjämförelse med aktörer i andra länder. Enheterna ska också arbeta för att vidareutveckla nationell praxis med tillhörande behandlingsriktlinjer inom rikssjukvårdsområdet. Ett särskilt villkor är att tillståndsinnehavaren i samverkan med andra ska utveckla ett nationellt vårdprogram avseende behandlingen.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram en ny arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården, vilket även inkluderar rikssjukvården (dnr: S2017/00506/FS). Uppdraget ska redovisas senast den 15 juni 2017.

### *Ovanliga diagnoser*

Under flera år har Socialstyrelsen samverkat med Sahlgrenska universitetssjukhuset (Informationscentrum för ovanliga diagnoser) kring ovanliga diagnoser. Socialstyrelsen har en särskild kunskapsdatabas om ovanliga diagnoser där det finns utförlig information om drygt 300 ovanliga sjukdomar och tillstånd. I diagnostexterna beskrivs orsak, förekomst, ärftlighet, symptom och behandling. Informationen skrivs i samarbete med medicinska specialister och i samverkan med intresseorganisationer för patienter och brukare. Sökningar kan göras på sällsynta diagnoser och sammanställningar

finns över länkar till olika webbplatser med såväl diagnosspecifik information som information av mer generell karaktär (information om forskning, resurser, intresseorganisationer, kurser och erfarenhetsutbyte).

Den 1 januari 2012 inrättades en funktion, Nationella funktionen för sällsynta diagnoser (NFSD), med särskilt uppdrag från regeringen att samordna, koordinera och sprida information inom området sällsynta diagnoser. Verksamheten bedrivs inom ramen för Ågrenska, som är ett kompetenscentrum för sällsynta diagnoser och arbetar på uppdrag av Socialstyrelsen.

## Särskilda kunskapsstödjande tjänster

### *Kunskapsguiden*

Socialstyrelsen ansvarar för webbplatsen Kunskapsguiden. Webb-tjänsten riktas till personer som arbetar med hälsa, vård och omsorg med syfte att underlätta spridning av nationellt samlad kunskap. Kunskapsguiden startade 2011 och har byggts upp i samarbete med fem andra myndigheter och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Guiden ger tillgång till kunskap, vägledning och verktyg samt kunskapsstöd inom fyra olika sakområden; psykisk ohälsa, äldre, missbruk och beroende samt barn och unga. På webbplatsen tillgängliggörs kunskapsdokument, vägledningar och olika stödverktyg för utveckling för personal som arbetar med äldre, personer med psykisk ohälsa, personer med funktionsnedsättning, barn eller frågor som rör missbruk och beroenden. På sidan finns material från flera olika aktörer utöver Socialstyrelsen och innehållet har successivt blivit mer omfattande.

Kunskapsguiden innehåller även ett stort antal webbutbildningar och filmer som kan användas för stöd till implementering i verksamheterna. Utbildningarna behandlar skilda områden som läkemedelsbehandling av äldre, utbildning i evidensbaserad praktik, specialitetsövergripande klinisk farmakologi för ST-läkare, utbildning om att förebygga trycksår, undernäring och fall m.m.

### *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*

Socialstyrelsen tillhandahåller ett beslutsstöd benämnt Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (FMB). Tjänsten är tänkt att utgöra ett stöd för de frågor som läkare, Försäkringskassan och andra aktörer stöter på i samband med sjukskrivning. Syftet med FMB ska vara att höja kvaliteten på sjukskrivningarna och därigenom bidra till en kvalitets-säker, effektiv och likvärdig sjukskrivningsprocess. Tanken är också att FMB ska bidra till att minska skillnader i sjukskrivningstider över landet och mellan olika läkare.

FMB består av två delar. Den ena delen utgörs av övergripande principer för sjukskrivning, den andra delen utgörs av rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för specifika diagnoser. Den del av beslutsstödet som består av specifika rekommendationer för olika diagnoser ska vara en vägledning för läkare och för Försäkringskassans tjänstemän i arbetet med sjukskrivning.

Det är även möjligt att integrera de diagnosspecifika rekommendationerna i landstingens elektroniska journal- och intygssystem via Ineras nationella tjänsteplattform. Rekommendationerna från beslutsstödet kan således finnas tillgängliga direkt där läkaren skriver sjukintygen.

Utgångspunkten för framtagandet av stödet anges vara att skapa konsensus bland de många medicinska företrädare som medverkar i arbetet. Ett stort antal medicinskt sakkunniga har formulerat rekommendationer för diagnoser som är vanliga som sjukskrivningsorsak. De sakkunniga har utsetts av styrelserna för specialitetsföreningar inom Sveriges läkarförbund och för Svenska Läkaresällskapets sektioner. Rekommendationerna har därefter granskats av representanter för aktuell specialitet, samt av primärvårdsläkare och företrädare för berörd specialistförening.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet är i dagsläget integrerat i 13 landstings journalsystem och testas i övriga åtta.

### **Tandvård**

Som nämnts i kapitel 4 regleras tandvården genom tandvårdslagen (1985:125) samt tillhörande förordningar. Socialstyrelsen är enligt sin instruktion förvaltningsmyndighet för verksamhet inom tand-

vård. Socialstyrelsen normerar exempelvis tandvården genom föreskrifter och allmänna råd.

Socialstyrelsens föreskrifter anger bl.a. vilka regler som gäller för att få ta del av det särskilda tandvårdsbidraget och tandvårdsstöd till personer med vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar och om uppgiftsskyldighet till tandhjälsregistret.

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för vuxentandvård. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om patientundervisning, karies, parodontit, endodonti, bettfysiologi, ortodonti samt protetik.

Själva riktlinjer rapporten vänder sig främst till beslutsfattare inom tandvården. En sökfunktion kopplad till riktlinjerna finns som främst är riktad till dem som arbetar med vuxentandvård. En särskild version av riktlinjerna finns för de som besöker tandvården och som beskriver vad rekommendationerna kan innebära för den enskilde patienten.

Socialstyrelsen har också tagit fram utvärderingar av riktlinjerna för att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och för att följa utvecklingen och förbättringen av kvaliteten i vården. Utvärderingarna är tänkta att fungera som ett stöd för prioriteringar och beslut samt ger vägledning om vilka områden inom tandvården som behöver förbättras.

Flera andra myndigheter har också uppdrag inom tandvårdsområdet. Beslut om vilka behandlingar som ska ingå i det statliga högkostnadsskyddet för tandvård beslutas av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). TLV fattar även beslut om referenspriser för olika tandvårdsåtgärder. En närmare redovisning av TLV:s uppdrag finns längre fram i detta kapitel.

Tandvårdsstöden är antingen statligt finansierade eller landstingsfinansierade. Försäkringskassan betalar ut det statliga tandvårdsstödet och har information som riktar sig mot tandläkare och patienter. Det statliga tandvårdsstödet riktar sig till hela den vuxna befolkningen. Landstingen ansvarar för tandvård till vuxna med särskilda behov av tandvårdsinsatser och tandvård till barn och ungdomar.

Landstingen har även en gemensam sjukvårdsrådgivning på 1177 Vårdguiden, som ger råd om vård till privatpersoner.

## Öppna jämförelser och indikatorutveckling

Uppföljning och utvärdering av vårdens strukturer, processer och resultat är viktiga komponenter i ett kunskapsdrivet system. Under de senaste tio åren har indikatorbaserade jämförelser och utvärderingar, öppet redovisade och tillgängliga för alla, vuxit fram. Från att främst ha varit redovisade i tryckt form har de senaste åren den digitala presentationsformen fått mer utrymme.

Den första öppna jämförelsen av hälso- och sjukvården publicerades 2006 i ett samarbete mellan SKL och Socialstyrelsen. Sedan 2011 finns en nationell samordningsgrupp för Öppna jämförelser, gemensam för områdena hälso- och sjukvård, socialtjänst och folkhälsa. Gruppen består av ledningen för Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SKL, Vårdföretagarna och Famna. Syftet med Öppna jämförelser antogs 2011 i konsensus i denna grupp. Exempelvis ska jämförelser ge ett underlag för utveckling, förbättring, uppföljning, analys och lärande i verksamheten. De ska också ge underlag för ledning och styrning. Indikatorerna som ska användas ska bl.a. vara valida, belysa kvalitet eller resursförbrukning och ange en riktning, dvs. ge uttryck för ett bra eller dåligt resultat. En mängd datakällor används i arbetet med att ta fram resultatet för indikatorerna. Nationella hälsodataregister och kvalitetsregister står för merparten, men även andra datakällor används. Indikatorerna utvecklas inom ramen för nationella riktlinjer eller andra arbeten inom Socialstyrelsen, men också av kvalitetsregistren. Indikatorerna används inte bara i Öppna jämförelser utan även i nationella utvärderingar, Socialstyrelsens lägesrapporter m.m. samt att de presenteras i Vården i siffror, Kolada samt Socialstyrelsens jämförelseverktyg.

Samarbetet mellan SKL och Socialstyrelsen med de tryckta rapporterna avslutades i och med rapporteringen 2014. Efter det ansvarar Socialstyrelsen för publicering och utveckling av den samlade rapporten för Öppna jämförelser. I januari 2017 publicerades Öppna jämförelser av säker vård samt en öppen jämförelse med hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer. I övrigt kommer 2017 års rapportering att fokusera på psykisk ohälsa.

En fördjupning av uppföljningsfrågorna görs i kapitel 11.

## 6.2.2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

SBU har i uppdrag att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården och i den verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ur ett medicinskt perspektiv där så är tillämpligt, samt ur ett ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv.

I SBU:s instruktion (2007:1233) framhålls att myndigheten ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt och sprida dem så att huvudmän (landsting och kommuner), vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen. SBU ska kontinuerligt utveckla sitt arbete med att sprida utvärderingarna så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vidare har SBU bl.a. i uppdrag att systematiskt identifiera, aktivt föra ut kunskap om samt utvärdera behandlingsmetoder i vården vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om.

Arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter. SBU ingår också i Rådet för statlig styrning med kunskap.

Inom SBU finns ett särskilt beslutsorgan som benämns Nämnden för medicinsk och social utvärdering. Det är nämnden som har till uppgift att fastställa slutsatser i de utvärderingar som myndigheten genomför. Nämnden ska också bidra till utvärderingarnas tillämpbarhet för huvudmännen, vårdgivare och andra berörda.

År 2015 breddades SBU:s uppdrag till att även omfatta socialtjänstens område. Vidare fick myndigheten det samlade ansvaret för att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården och socialtjänsten för Rådet för statlig styrning med kunskap samlade arbete med kunskapsstyrning. Motivet för att samla ansvaret för de vetenskapliga systematiska kunskapsöversikterna på SBU var att det, enligt regeringens bedömning, skedde dubbelarbete på Socialstyrelsen och SBU (budgetpropositionen för 2015). Förändringen innebar en renodling av myndigheternas uppdrag. SBU tar fram de vetenskapliga systematiska kunskapsöversikterna och faktaunderlagen. Socialstyrelsen ger kunskapsstöd och rekommendationer utifrån helhetsbedömningar.

Förslag på vilka behandlingsmetoder eller insatser som SBU ska utvärdera kommer från många håll, som yrkesverksamma inom vården, myndigheter eller från SBU:s vetenskapliga råd eller nämnd. Det vanligaste skälet till att SBU genomför en utvärdering är att det finns behov av att veta om en insats är effektiv. Etiskt kontroversiella områden eller metoder som har stor betydelse för organisation och personal är också viktiga för SBU.

## SBU:s rapporter

SBU:s sammanfattningar publiceras i olika rapporter. Arbetet med rapporterna bedrivs i projektform utifrån en enhetlig metodik.

De huvudsakliga rapporttyperna är ”*SBU utvärderar*” och ”*SBU kommenterar*”.

Rapporten ”*SBU utvärderar*” innehåller en allsidig vetenskaplig utvärdering som innefattar systematisk översikt, ekonomiska/hälsoekonomiska beräkningar samt genomgång av sociala och etiska aspekter. Ämnessakkunniga deltar i arbetet med stöd av medarbetare på SBU samt representanter för patienter/brukare. Rapporterna granskas av oberoende experter. Graden av vetenskaplig tillförlitlighet i de sammanvägda resultaten bedöms på ett systematiskt sätt och rapportens slutsatser godkänns av SBU:s nämnd. Exempel på rapporter är Arbetsmiljöns betydelse för artrosbesvär, Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård och Behandling av luftvägsinfektioner hos barn med läkemedel och andra preparat – en kartläggning av systematiska översikter.

”*SBU kommenterar*” är korta rapporter där aktuella internationella och svenska kunskapsöversikter som har betydelse även för svensk vård och omsorg kvalitetsgranskas av SBU och kommenteras ur ett svenskt perspektiv av ämnessakkunniga samt av oberoende granskare. Exempel på rapporter är Stamcellsterapi efter akut hjärtinfarkt, Utvärdering av diagnostiska strategier vid ärftlig tjocktarmscancer och Kirurgisk simuleringsträning.

SBU sammanställer också vetenskapliga underlag till andra myndigheter. Dessa underlag publiceras som en rapport hos SBU.

Genom SBU:s upplysningstjänst kan sjukvården och socialtjänsten få svar på avgränsade frågor. SBU sammanställer ett svar på vilka publicerade vetenskapliga studier som finns gällande olika insatser

eller åtgärder. Svaret utformas av medarbetare på SBU, vid behov med stöd av ämnessakkunnig. En systematisk kvalitetsgranskning görs inte.

En viktig del i SBU:s uppdrag är att identifiera var kunskapsluckor finns, dvs. när det inte går att avgöra om en insats har effekt utifrån den forskning som finns. Dessa kunskapsluckor samlas i en databas på SBU:s webbplats.

## Hur SBU sprider kunskap

SBU sprider sin kunskap på flera olika sätt. Rapporter och andra underlag publiceras på myndighetens webbplats. Rapporterna sprids också som nyhetsbrev. SBU samarbetar, förutom med de övriga myndigheterna, även med yrkesorganisationer och brukarorganisationer.

Ett viktigt nätverk är de regionala organisationer som arbetar enligt SBU:s metod, det s.k. HTA-nätverket (HTA står för Health Technology Assessment). Syftet med nätverket är att, utöver strävan efter en gemensam metod vid utvärderingarna, samverka för att undvika dubbelarbete och verka för utveckling av metodiken. SBU står för ordförande och sekreterare för nätverket.

I nätverket ingår representanter från huvudmännen men även Socialstyrelsen och TLV. Utöver det nationella nätverket finns regionala HTA-nätverk i fem sjukvårdsregioner. Medicinska utvärderingar görs på regional nivå inom ramen för HTA-samarbetet. Dessa utvärderingar publiceras på en särskild flik på SBU:s hemsida (Regional HTA). Av SBU:s regleringsbrev för 2017 framgår att myndigheten ska fortsätta arbetet med att utveckla och stärka HTA-nätverket vad gäller stöd och utveckling. Landstingens medverkan ska främjas. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet senast den 31 januari 2018.

SBU arbetar också internationellt med HTA-nätverk. Exempelvis samverkar myndigheten med systerorganisationer i andra länder som den internationella vetenskapliga föreningen HTAi, WHO och OECD samt nätverken Cochrane Collaboration, INAHTA, EUnetHTA och EuroScan. SBU medverkar även aktivt i konferenser, workshops, internationella utvärderingsprojekt samt leder olika utbildningsaktiviteter.



EUnetHTA (European network for Health Technology Assessment), som nämns ovan, är ett EU-projekt som syftar till att etablera ett permanent europeiskt HTA-nätverk. Arbetet är inriktat på att utveckla praktiska verktyg för att underlätta samarbetet över landsgränserna och undvika dubbelarbete. Syftet är bl.a. att öka genomslaget för evidensbaserad medicin/vård.

SBU har också särskilda regeringsuppdrag inom sitt ansvarsområde. Nämnas kan bl.a. att myndigheten systematiskt ska sammanställa kunskap om arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av sjukdom. I uppdraget ska särskilt kvinnors arbetsmiljöer beaktas. SBU ska utgå från Försäkringskassans behov av ökad kunskap vid handläggning av arbetsskador.

SBU ska vidare utifrån myndighetens uppgifter och uppdrag, som underlag för bl.a. fördelning av forskningsmedel, redovisa och motivera vilka kunskapsbehov och kunskapsluckor som myndigheten bedömer vara av störst strategisk betydelse. Av regleringsbrevet för 2017 framgår särskilt att SBU ska ta fram underlag till Socialstyrelsens nationella riktlinjer.<sup>4</sup>

### *Regeringsuppdrag om ett nationellt hälsobibliotek (2013)*

SBU genomförde 2013 på uppdrag av regeringen en förstudie om förutsättningarna för att skapa ett nationellt hälsobibliotek. I rapporten föreslår SBU en nationell kunskapsbank på internet – ett hälsobibliotek.<sup>5</sup>

Hälsobiblioteket ska enligt förslaget erbjuda vårdens professioner en möjlighet att snabbt kunna hitta, sovra och använda evidensbaserat, kliniskt kunskapsunderlag, som är enkelt tillgängligt, överblickbart och samlat sökbart på ett enda ställe. Tanken är att biblioteket ska inkludera vetenskapliga kunskapskällor, beslutsstöd, riktlinjer och vårdprogram. Det nationella hälsobiblioteket bygger på en tjänst som finns tillgänglig i Norge, där kunskapsstöd, vetenskapliga artiklar m.m. gjorts tillgängliga för alla som har en norsk IP-adress (Helsebiblioteket.no).

---

<sup>4</sup> SBU, Regleringsbrev för 2017.

<sup>5</sup> Förutsättningar för ett nationellt hälsobibliotek, Förstudie, SBU, 2013.

Regeringen uttalade i budgetpropositionen för 2014 att frågan om ett nationellt hälsobibliotek kräver ytterligare analys. I slutbetänkandet av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, Effektiv vård (SOU 2016:2), föreslogs att regeringen i samarbete med huvudmännen borde finansiera ett nationellt hälsobibliotek och att regeringen bör besluta om en genomförandeorganisation för ett hälsobibliotek. Frågan bereds för närvarande i Regeringskansliet.

### 6.2.3 Läkemedelsverket

Av Läkemedelsverkets instruktion (2007:1205) följer att myndigheten ansvarar för kontroll och tillsyn av läkemedel, narkotika och vissa andra produkter som står läkemedel nära. Myndigheten ansvarar också för tillsyn av medicintekniska produkter, kosmetiska produkter, tatueringsfärger och vissa varor som är avsedda för kosmetiska och hygieniska ändamål. Kontrollen och tillsynen är till stor del lagreglerad.

Läkemedelsverket ska enligt sin instruktion svara för föreskrifter och allmänna råd i fråga om läkemedel och andra produkter som omfattas av myndighetens kontroll eller tillsyn, svara för information inom sitt ansvarsområde till andra myndigheter och enskilda, svara för forskning på områden av betydelse för den kontroll och tillsyn som myndigheten ska bedriva, tillhandahålla producentobunden läkemedelsinformation till allmänheten m.m.

Genom Giftinformationscentralen har myndigheten till uppgift att lämna giftinformation och behandlingsråd till hälso- och sjukvården och allmänheten avseende akuta förgiftningar med läkemedel, kemikalier och andra produkter samt biologiska toxiner. Läkemedelsverket ska också bedriva utrednings- och utvecklingsverksamhet för att förbättra läkemedelsanvändningen samt verka för samordning och samverkan mellan de aktörer som är verksamma på området.

Av Läkemedelsverkets regleringsbrev framgår att myndigheten genom det s.k. Centrum för bättre läkemedelsanvändning (CBL), ska samordna och följa upp arbetet med att genomföra den nationella läkemedelsstrategin. CBL-kansliet är en del av Läkemedelsverket och ska samordna regeringens arbete med läkemedelsstrategin.

Läkemedelsverket har uppgifter som är mer av kunskapsstödjande karaktär, bl.a. genom att myndigheten enligt instruktion ska svara för allmänna råd och information inom sitt ansvarsområde. Det handlar om att ge både yrkesverksamma och allmänheten kunskapsstöd om läkemedel och angränsande frågor.

Myndigheten producerar kunskapssammanställningar, behandlingsrekommendationer, säkerhetsinformation och svarar på enskilda frågor. Bland annat ger Läkemedelsverket ut Läkemedelsboken som på ett samlat sätt beskriver läkemedelsbehandlingar vid olika sjukdomstillstånd.

Exempel på kunskapsstödjande uppdrag i Läkemedelsverkets regleringsbrev är uppdraget att öka kunskapen om barns läkemedel och verka för effektivare och säkrare läkemedelsanvändning till barn. Läkemedelsverket ska bl.a. kartlägga och följa upp barns läkemedelsanvändning, identifiera kunskapsluckor, samla befintlig kunskap i t.ex. behandlingsrekommendationer för barnsjukvården.

Ett annat uppdrag är att Läkemedelsverket i samråd med bl.a. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, E-hälsomyndigheten och Sveriges Apoteksförening kontinuerligt ska uppdatera, vidareutveckla och sprida informationen om generiskt utbyte till förskrivare, farmaceuter och patienter.

## Behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket

Läkemedelsverket utarbetar rekommendationer för läkemedelsbehandling i samarbete med specialister från sjukvården och även i samverkan med andra myndigheter som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Behandlingsrekommendationerna är baserade på aktuell vetenskap och klinisk erfarenhet. Ämnesvalet görs bland annat utifrån önskemål från sjukvården, nya läkemedel och vid större förändringar inom terapiområden. Behandlingsrekommendationerna tas fram i två versioner, en för professionen och en omarbetad version riktad mot allmänheten.

Läkemedelsverket uppger att de regelbundet går igenom samtliga behandlingsrekommendationer. De som bedöms vara inaktuella, främst beroende på att nya läkemedel tillkommit eller att behandlingspraxis förändrats, flyttas till ”arkivet” på webbsidan. Äldre rekommendationer som fortfarande bedöms vara aktuella i sitt huvudbudskap,

finns dock kvar på listan över rekommenderade läkemedelsbehandlingar.

Läkemedelsverket genomför varje år ett antal expertmöten med deltagare från sjukvården. Syftet med mötena är att utarbeta rekommendationer för hur läkemedel bör användas i behandlingen av olika sjukdomar. Valet av vilka sjukdomar som ska tas upp görs enligt Läkemedelsverket framför allt utifrån önskemål från sjukvården. Även myndigheten själv kan ta initiativet vilket sker främst när nya läkemedel har kommit ut på marknaden.

Enligt Läkemedelsverket får myndigheten varje år regeringsuppdrag som kan ligga till grund för nya och uppdaterade behandlingsrekommendationer. Ett exempel är regleringsbrevet 2014 där det bl.a. anges att Läkemedelsverket i samverkan med Smittskyddsinstitutet, ska revidera befintliga behandlingsrekommendationer, alternativt ta fram nya rekommendationer, för totalt tre infektioner som är vanligt förekommande inom öppenvården.

Cirka 60 rekommendationer finns i dag publicerade på Läkemedelsverkets hemsida och omfattar områden som borrelia, depression hos vuxna och äldre, diabetes, ADHD och KOL. Utöver själva rekommendationen, som är cirka 10–15 sidor lång, publiceras även bakgrundsinformation, referenser, en PowerPoint-presentation och en sammanfattning av rekommendationen.

## Läkemedelsboken

Läkemedelsboken har getts ut sedan 1977, först av Apoteket AB och sedan omregleringen av apoteksmarknaden 2009, av Läkemedelsverket. Den övergripande målsättningen med Läkemedelsboken är enligt Läkemedelsverket att ge producentoberoende information om läkemedelsbehandling vid vanliga sjukdomstillstånd. Boken innehåller också delar som tar upp mer övergripande aktuella aspekter på läkemedelsanvändning samt delar om regelverket inom läkemedelsområdet.

Regeringen gjorde en ändring av Läkemedelsverkets regleringsbrev 2009 där beslut fattades om att myndigheten fr.o.m. den 1 juli 2009 skulle få i uppdrag att tillhandahålla producentoberoende läkemedelsinformation till allmänheten. Detta skulle bl.a. ske i form av en nationell läkemedelsupplysning. Inom ramen för samma uppdrag

angavs att Läkemedelsverket även skulle ta över produktion och tillhandahållande av den s.k. Läkemedelsboken.

Av Läkemedelsverkets instruktion följer som nämnts ovan att myndigheten ska tillhandahålla producentobunden läkemedelsinformation till allmänheten. Utgivningen av Läkemedelsboken kan möjligen anses ligga inom ramen för den uppgiften.

Målgruppen för Läkemedelsboken anges främst vara specialister i allmänmedicin, läkare under specialistutbildning eller allmäntjänstgöring samt medicine och farmacie studerande, men också läkare som behöver råd vid medicinska problem utanför den egna specialiteten.

All sjukvårdspersonal med förskrivningsrätt har tidigare erhållit ett exemplar av Läkemedelsboken utan kostnad. För distributionen av boken inom de olika landstingen svarade respektive läkemedelsråd/läkemedelskommitté. Tryckningen av boken upphörde 2014. Boken är numera en webbpublikation, som uppdateras kontinuerligt.

Läkemedelsboken finns också tillgänglig som app för mobiltelefoner och surfplattor.

## Läkemedelsmonografier

En läkemedelsmonografi är Läkemedelsverkets sammanfattning och bedömning av tillgänglig dokumentation gällande säkerhet och effekt. I monografierna presenterar Läkemedelsverket en sammanfattning över läkemedlets effekt och säkerhet samt gör en övergripande värdering. Informationen om effekt och säkerhet samt värderingen gäller kunskapsläget vid publiceringstillfället och uppdateras inte. Monografierna anses aktuella i cirka två år och därefter arkiveras de. Till skillnad från produktresuméer och bipacksedlar finns inte läkemedelsmonografi för varje godkänt läkemedel, exempelvis inte på läkemedel som förskrivs till en mycket liten patientgrupp eller av annat skäl bedöms vara av mycket begränsat intresse. Målsättningen är att Läkemedelsverket publicerar läkemedelsmonografien i nära anslutning till godkännande av ett läkemedel. Läkemedelsverkets monografier publiceras på webbplatsen och i tidskriften Information från Läkemedelsverket.

## 6.2.4 Folkhälsomyndigheten

Enligt sin instruktion (2013:1020) ska Folkhälsomyndigheten verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta. Myndigheten har i uppdrag att genom kunskapsuppbyggnad och kunskapspridning bl.a. främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Vidare ska myndigheten svara för kunskapsuppbyggnad inom sitt ansvarsområde och förse regeringen och statliga myndigheter med kunskaps- och beslutsunderlag inom sitt ansvarsområde.

Folkhälsomyndigheten ska också identifiera, analysera och förmedla för ansvarsområdet relevant kunskap till berörda i kommuner, landsting och andra berörda samhällssektorer.

Exempelvis ska myndigheten verka för att förskrivare, övriga berörda yrkesgrupper och allmänheten tillämpar de kunskaper som finns om antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens.

Myndigheten har ett övergripande nationellt ansvar för befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar och samordnar smittskyddet på nationell nivå. Folkhälsomyndigheten tar bl.a. fram föreskrifter, rekommendationer och vägledningar till hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet är att säkerställa ett effektivt smittskyddsarbete. Några av myndighetens ansvarsområden är vaccinationer, beredskapsplanering inför utbrott av smittsamma sjukdomar samt nationella beredskapslager av smittskyddsläkemedel. Även det nationella arbetet med antibiotikaresistens och vårdhygien samordnas av myndigheten.

Myndigheten har också ett forskningsuppdrag som bl.a. innebär att myndigheten får bedriva den forskning som är nödvändig för att myndighetens uppdrag på smittskyddsområdet ska kunna fullgöras.

Även i Folkhälsomyndighetens regleringsbrev återfinns uppdrag med kunskapsstyrande och kunskapsstödjande inriktning. Ett exempel är att myndigheten ska bygga upp och samordna arbetet med styrning med kunskap när det gäller främjande och förebyggande arbete för barn, unga, vuxna och äldre inom området psykisk hälsa på nationell nivå. Ett annat exempel är att myndigheten ska stödja utvecklingen av ett långsiktigt hållbart kunskapsbaserat preventivt arbete inom alkohol-, narkotika-, dopnings och tobaksområdet (ANDT). Uppdraget kan bl.a. omfatta att stödja tillämpning av redan kända

och verkningsfulla metoder och arbetssätt som behöver spridas geografiskt eller till fler grupper.

Folkhälsomyndigheten producerar en relativt stor mängd publikationer som finns tillgängliga på myndighetens hemsida. Det handlar om rapporter, faktablad och broschyrer om olika ämnesområden. Informationen omfattar områden som alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS), beredskap, hälsa och sexualitet, hälso-skydd och miljöhälsa, livsvillkor och levnadsvanor, mikrobiologi och laboratorieanalyser, smittskydd och sjukdomar, statistik och undersökningar, tillsyn och regelverk m.m.

### *Överföring av uppdrag om smittskydd från Socialstyrelsen*

Uppgiften att samordna, följa och utveckla smittskyddet på nationell nivå och att samordna och övervaka planläggningen av smittskyddets beredskap, övertogs från Socialstyrelsen 2015. Förändringen var ett led i arbetet med att renodla Socialstyrelsens uppdrag. Den ansvarsfördelning som tidigare hade rått var inte ändamålsenlig enligt regeringen då den uppfattades som otydlig ur ett verksamhetsperspektiv med stora risker för dubbelarbete. I remissyttranden både över förslaget att bilda Folkhälsomyndigheten och över förslaget om att inrätta Rådet för statlig styrning med kunskap, ansågs det finnas en entydig uppfattning bland olika professionsföreträdare och huvudmän att ansvaret för smittskyddet borde flyttas från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten (budgetpropositionen för 2015).

I samband med ändringen av ansvarsfördelningen mellan Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen infördes också en bestämmelse i Folkhälsomyndighetens instruktion om att myndighetens arbete med kunskaps-spridning ska planeras och genomföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att informationen till allmänheten är samordnad.

Folkhälsomyndigheten ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Av instruktionen följer således att myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och genomföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap är samordnad. En hänvisning görs här till förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

## 6.2.5 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är en myndighet vars främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Den lagstiftning som styr verksamheten är i huvudsak hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientsäkerhetslagen (2010:659), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Inom ramen för IVO:s uppdrag arbetar myndigheten särskilt med att utveckla följande områden:

- Analys – IVO ska regelbundet analysera och dra generella slutsatser av de brister och missförhållanden de ser i verksamheterna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Riskbaserad tillsyn – IVO ska utveckla rutiner för att planera tillsyn grundad på egen riskanalys. Riskanalysen ska baseras på iakttagelser från såväl den egna tillsynen som andra aktörer.
- Vägledning – IVO ska inom ramen för tillsynen lämna råd och ge vägledning till verksamheterna i vård och omsorg.
- Tillsynsåterföring – IVO ska återföra brett vad de ser i tillsynen. Detta för att skapa ett systematiskt lärande och för att undvika att brister och missförhållanden upprepas.

Varje år ska IVO lämna en särskild rapport till regeringen med en sammanfattande analys av arbetet med tillsyn, klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) och tillståndsprövning under det gångna verksamhetsåret. Rapporten ska innehålla de viktigaste iakttagelserna, de åtgärder som myndigheten vidtagit med anledning av uppmärksammade brister och slutsatser av tillsynen. I rapporten ska tillsynen av verksamhet som rör hälso- och sjukvård respektive verksamhet som rör socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade redovisas separat. I redovisningen av tillsyn av verksamhet som rör hälso- och sjukvård ska prövningen av klagomål enligt patientsäkerhetslagen ingå som en



särskild del. Av regleringsbrevet för 2017 följer bl.a. att myndigheten ska utveckla en modell för att följa upp hur hälso- och sjukvårdens verksamheter sköter sin egenkontroll enligt patientsäkerhetslagen, vilket ska återredovisas i den nämnda rapporten.<sup>6</sup>

Av IVO:s instruktion framgår att myndigheten ska samverka med andra berörda myndigheter i syfte att uppnå ett effektivt kunskaps- och erfarenhetsutbyte i arbetet med tillsyn, styrning med kunskap och regelgivning.

IVO:s roll i kunskapsstyrningen har betonats genom att myndigheten är en av de myndigheter som ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap. I den departementspromemoria (Ds 2014:9) som föregick bildandet av rådet anfördes att det är av vikt att de iakttagelser inspektionen gjort i samband med tillsynen kan återföras in i kunskapsstyrningsarbetet och att en process för det saknas. IVO ansågs därför ha en viktig roll att ge Rådet för styrning med kunskap information om hur föreskrifter tillämpas i praktiken och om det finns behov av nya eller ändrade föreskrifter eller någon form av kunskapsstöd.

### 6.2.6 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Av instruktionen för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2007:1206) följer att myndigheten ska medverka till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och tandvård samt till en god tillgänglighet till läkemedel i samhället och en väl fungerande apoteksmarknad.

I myndighetens uppdrag ingår att pröva vilka läkemedel som ska vara subventionerade och omfattas av högkostnadsskyddet samt att fastställa försäljningspriser. Myndigheten avgör även vilka förbrukningsartiklar som ska ingå i högkostnadsskyddet och fastställer produktens försäljningspris.

TLV har också ett tillsynsuppdrag genom att de utövar tillsyn över de aktörer som ska följa förmånslagen, det vill säga främst landsting, läkemedelsföretag och apotek.

---

<sup>6</sup> IVO ska göra en analys av myndighetens sanktionsmöjligheter. I dag har IVO inom ramen för sin tillsyn en skyldighet att, i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659) vidta åtgärder för att vårdgivare ska följa de bestämmelser som framgår av gällande författningar.

I myndighetens uppdrag ingår att fatta beslut om vilka tandvårdsåtgärder som ska ingå i det statliga högkostnadsskyddet för tandvård samt att fastställa referenspriser för olika tandvårdsåtgärder.

Myndigheten ska också följa och analysera utvecklingen på läkemedels-, apoteks- och tandvårdsområdena. Vidare ska myndigheten bl.a. följa upp och utvärdera sina beslut och de föreskrifter som myndigheten beslutar och informera berörda om sin verksamhet och om sina beslut.

TLV utvärderar läkemedel som används på kliniker och publicerar hälsoekonomiska bedömningar av dessa. Hälsoekonomiska kunskapsunderlag tas fram till landstingen på efterfrågan av landstingen via en landstingsgemensam grupp, Rådet för nya terapier (NT-rådet). Hitills har NT-rådet efterfrågat cirka tioalet hälsoekonomiska bedömningar per år. Av TLV:s regleringsbrev för 2017 framgår bl.a. att myndigheten har ett uppdrag kring fortsatt försöksverksamhet med hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter samt ett uppdrag kring hälsoekonomiska bedömningar av läkemedel som används inom slutenvården.

TLV publicerar en handbok om tandvårdsstödet där TLV:s föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd presenteras på ett mer lättillgängligt sätt, oftast med kliniska exempel. Därutöver har myndigheten tagit fram ett webbaserat kunskapsstöd, KUSP för dem som arbetar i tandvården. KUSP är tänkt att fungera som ett hjälpmedel för att förenkla den kliniska vardagen. I KUSP går det att söka i föreskriften om statligt tandvårdsstöd, handbok om tandvårdsstödet och läsa besvarade frågor från tandvården.

### **6.2.7 E-hälsomyndigheten**

E-hälsomyndigheten ansvarar enligt sin instruktion (2013:1031) för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering. I myndighetens uppdrag ingår också att samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet.

Myndigheten har bl.a. ett särskilt ansvar för de register som anges i lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning samt utfärda intyg om tillstånd för den som vill

bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument. Myndigheten ska också förvalta, framställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik, ansvara för ett nationellt register över elektroniska recept för djur, ansvara för ett nationellt produkt- och artikelregister över läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som ingår i högkostnadsskyddet samt ansvara för ett nationellt register över sortiments- och leveransinformation avseende dosdispenserade läkemedel.

E-hälsomyndigheten har också ett kunskapsstödjande uppdrag. Enligt instruktionen ska myndigheten tillhandahålla ett elektroniskt expertstöd till öppenvårdsapoteken i syfte att öka säkerheten vid expediering av läkemedelsrecept. Det system som tillhandahålls heter EES och är att kategoriseras som ett beslutsstöd. EES vänder sig i dag endast till apoteksmarknaden och finns tillgängligt på mer än 95 procent av apoteken i Sverige. Därutöver har myndigheten, 2016, i EES integrerat den interaktionskälla för läkemedel som i dag används i hälso- och sjukvården (Sfinx). Genom att tillgängliggöra Sfinx även på apotek finns tillgång till samma kunskapskällor genom hela läkemedelskedjan, dvs. från förskrivningstillfället till expediering av receptet på apotek. EES beskrivs i kapitel 10.

Myndigheten erbjuder även ett beslutsstöd som heter Min förskrivning. Förskrivare av läkemedel kan med stöd av receptregisterlagen ta del av den egna statistiken över sin läkemedelsförskrivning. En verksamhetschef kan vidare exempelvis följa upp förskrivningsmönster på den egna kliniken. Genom tjänsten kan bl.a. information erhållas om förskrivningsvolym per anatomisk huvudgrupp, flest förskrivna doser per substansgrupp, köns- och åldersfördelning över de patienter som fått förskrivna recept, total förskrivningsvolym av antibiotika och antalet potentiellt olämpliga förskrivningar till patienter över 75 år m.m.

### **6.2.8 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)**

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har enligt sin instruktion (2007:1431) i uppdrag att finansiera och utvärdera forskning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Resultaten av forskning finansierad av Forte ska ligga till grund för behovs- och problemanalyser, kunskapssammanställning och beslutsunderlag. Forte bidrar

även genom att stödja implementering och användning av forskning i praktik.

Forte förmedlar varje år cirka 550 miljoner kronor till olika forskningsprojekt. Det kan vara frågan om enskilda projektbidrag till satsningar för att bygga upp forskningsmiljöer. Forte fördelar också pengar med syfte att stimulera forskningsarbeten inom EU och i övriga världen.

I myndighetens regleringsbrev återfinns ett antal uppdrag rörande särskilda områden som myndigheten ska utvärdera eller bedriva forskning i. Bl.a. ska myndigheten genomföra ett program för långsiktigt tvärvetenskapligt forskningsstöd inom områdena ANDTS (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel). Forte ska också stödja långsiktig forskning inom äldreområdet liksom fördela medel till verksamhetsnära forskning inom området psykosociala insatser för personer med omfattande och komplicerad psykiatrisk problematik.

## 6.2.9 Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för delaktighet (MFD) ska enligt instruktionen (2014:134) främja ett systematiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken på alla nivåer i samhället. I instruktionen betonas bl.a. särskilt att myndigheten ska ta fram metoder, riktlinjer och vägledningar till stöd för arbetet med tillgänglighet och delaktighet. Vidare ska myndigheten följa och initiera forskning inom sitt verksamhetsområde. MFD arbetar även med innovationer och standardisering som rör områdena delaktighet, tillgänglighet, universell utformning, välfärdsteknologi, miljö, levnadsvillkor och rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Myndigheten arbetar också med att följa upp, utvärdera och analysera utvecklingen inom funktionshinderspolitiken.

Vid myndigheten finns ett kunskapsråd som bl.a. ska identifiera och lämna förslag på lämpliga områden för uppföljning och analys och bistå myndigheten med kunskap och erfarenhet i frågor som avser rättigheter för personer med funktionsnedsättning och genomförandet av funktionshinderspolitiken. I rådet finns bl.a. företrädare från intresseorganisationer och näringsliv samt personer med vetenskaplig erfarenhet.

Myndigheten har också ett antal regeringsuppdrag. I regleringsbrevet för 2017 följer bl.a. att myndigheten i samråd med Socialstyrelsen, Vinnova och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ska fortsätta utveckla sitt arbete med teknik och innovationer som stöd för ökad trygghet, delaktighet och självbestämmande för personer med kognitiv nedsättning (bl.a. personer med demenssjukdom). Myndigheten ska också fortsätta ta fram och sprida information till kommunerna om användning och implementering av digital teknik samt digitala trygghets- och servicetjänster inom socialtjänst och hemsjukvård.

### 6.2.10 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Av instruktionen (2010:1385) för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) framgår att myndigheten ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv ska följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg.

Myndigheten ska följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter, samt (inom ramen för sitt verksamhetsområde) bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning.

Vårdanalys har också till uppgift att utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde gällande informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet. Myndigheten ska bistå med utvärderingar och uppföljningar av statliga reformer och initiativ samt bedriva omvärldsbevakning och göra internationella jämförelser.

Patient- och brukarperspektivet ska bl.a. tillgodoses genom det patient- och brukarråd som finns vid myndigheten. Av instruktionen framgår att rådet särskilt ska identifiera och lämna förslag på lämpliga områden för analys och granskning bistå i arbetet med att identifiera patienters, brukares och medborgares behov av information.

I rådet ingår företrädare för patientnämnder, patientföreningar och brukarorganisationer. Rådet utses för en bestämd tid och längst tre år.

Myndigheten har årligen deltagit i en internationell undersökning om hälso- och sjukvården, den s.k. International Health Policy

Survey. Undersökningen genomförs samtidigt i tio ytterligare länder bl.a. med syfte att utgöra ett underlag för en internationell jämförelse mellan länder. Vårdanalys ska genomföra undersökningen och svara för databearbetning och analyser utifrån de svenska resultaten.

Sedan 2014 har myndigheten publicerat cirka 50 rapporter och promemorior inom flera olika områden. Uppdrag som kan nämnas är uppdraget om att göra en fördjupad analys av förutsättningarna för en jämlik och patientcentrerad primärvård. Primärvårdens funktionssätt analyserades utifrån befintlig data och kunskap och berörde bland annat primärvårdens uppdrag, dimensionering, bemannings- och kompetensförsörjning, ersättningssystem, styrsystemets samlade kontinuitet etc. Uppdraget redovisade i rapporten En primär angelägenhet – kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum.

Vårdanalys har vidare följt upp implementeringen av patientlagen (Lag utan genomslag – utvärdering av patientlagen 2014–2017) samt tagit fram ett diskussionsunderlag om chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården (PM 2016:3).

Vårdanalys har tidigare tagit fram rapporter där man utvärderat regeringens handlingsplan för psykisk ohälsa och följt upp Socialstyrelsens nationella riktlinjers effekter ur ett patientperspektiv.

### **6.3 SOS Alarm Sverige AB**

SOS Alarm Sverige AB är ett bolag som ägs till 50 procent av staten (genom Näringsdepartementet) och till 50 procent av de svenska kommunerna och landstingen via SKL Företag AB. SOS Alarms huvuduppgift är att svara för nödnumret 112. Andra viktiga samhällstjänster är utalarmering av kommunal räddningstjänst samt prioritering och dirigering av ambulansuppdrag, tjänsten Viktigt Meddelande till Allmänheten (VMA) samt informationsnumret 113 13. Företaget har även en viktig roll i samhällets krisberedskap.

Utöver detta erbjuder SOS Alarm säkerhetstjänster som t.ex. mottagning av brand-, inbrotts-, drift- och personlarm. Dessutom tillhandahåller bolaget jourteletjänster som kommunal felanmälan och tjänster som krisjour för organisationer och företag samt förmedling av händelseinformation.

På uppdrag av staten ansvarar SOS Alarm för upprätthållandet av larmnumret 112. Detta regleras i ett alarmeringsavtal mellan staten

och SOS Alarm. Tillsynsmyndighet för SOS Alarm är Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Utöver ett huvudkontor finns 15 SOS-centraler på 14 orter i Sverige samt ett dotterbolag som heter YouCall Sverige AB.

Syftet med avtalet mellan staten och SOS Alarm är att säkerställa en effektiv alarmeringstjänst och skapa möjligheter att tillkalla eller komma i förbindelse med polis, statlig och kommunal räddningstjänst samt ambulans. Genom alarmeringsavtalet säkerställs bl.a. SOS-tjänsten. SOS-tjänsten innefattar att svara på nödnumret 112, genomföra en primär intervju där SOS-operatören bedömer behovet av hjälp och den ungefärliga lokaliseringen för hjälpinsatsen, fastställa vem som ska ansvara för att lämna den hjälp som behövs samt vidarekoppla samtalet till ansvarigt hjälporgan.<sup>7</sup> Ett annat syfte med avtalet är att möjliggöra en samordning av alarmeringstjänsten. I alarmeringsavtalet anges att samtliga hjälporgan ska kunna träffa egna avtal med SOS Alarm när det gäller utalarmering av hjälpresurser. De flesta av landstingen och kommunerna har i dag avtal med SOS Alarm om detta. Polis och statlig räddningstjänst hantarer själva utalarmering av sina hjälpresurser. SOS Alarm utför även en del uppgifter inom ramen för samhällets krisberedskap. Även sådana uppgifter regleras i alarmeringsavtalet.

Lagbestämmelser om alarmering finns bl.a. i lagen (2003:778) om skydd mot olyckor, hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), polislagen (1984:387), lagen (2003:389) om elektronisk kommunikation och lagen (1981:1104) om verksamheten hos vissa regionala alarmeringscentraler.

### *Medicinskt index*

I SOS Alarms uppdrag enligt avtal med huvuddelen av landstingen, ligger bl.a. att prioritera vårdärenden utifrån olika angelägenhetsgrader. SOS-operatören har därför tillgång till ett stödssystem som heter Medicinskt index. Prioriteringen utgår från den hjälpsökandes symp-

---

<sup>7</sup> SOS Alarms roll kan se olika ut beroende på hur avtalen med landstingen är utformade. Ibland larmar SOS också ut hjälporganet, ibland genomför de bara en första grovsortering – t.ex. när de konstaterar att ärendet gäller polisen – och kopplar sedan vidare. Vissa landsting vill bedöma sjukvårdsärendena själva och har egna anställda sjuksköterskor som svarar för denna del (uppgifter från utredningen Ju 2016:03).

tom och är integrerat i SOS Alarms datasystem och uppdateras regelbundet. Indexet har sedan 1997 använts som bedömningsunderlag. Det medicinska indexet kan även anpassas till lokala riktlinjer.<sup>8</sup>

Medicinskt index utvecklades i USA under 1980-talet. Den första upplagan av Medicinskt index var en produkt där Svenska Läkaresällskapet i samarbete med SOS Alarm vidareutvecklat en norsk utgåva, som kom 1994.<sup>9</sup>

Enligt SOS Alarm kräver flera landsting att prioriteringen ska anpassas till deras respektive vårdkedjor som finns för till exempel stroke, hjärtinfarkt och trauma. Därutöver har varje landsting exempelvis behandlingsriktlinjer, som anses kunna beröra prioritering och handläggning av ärendena.

Sedan 2014 pågår ett projekt inom SOS Alarm för att utreda om beslutsstödet inom ambulans- och akutvården, RETTS, som i dag används av samtliga landsting och ambulansorganisationer i Sverige men även i Norge, kan anpassas och tillämpas för akut vårdbedömning på telefon. Ett huvudsyfte som anges är att SOS Alarm vill kunna använda samma terminologi som övriga delar av akutsjukvården för att öka patientsäkerheten. Ett annat syfte enligt SOS Alarm är att uppdatera det nuvarande stödet Medicinskt index så att det blir mer funktionellt, effektivt och patientsäkert.<sup>10</sup>

## 6.4 Regeringens initiativ till att renodla och samla kunskapsstyrningen

### 6.4.1 Rådet för statlig styrning med kunskap

Från den 1 juli 2015 gäller förordningen (SFS 2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Av förordningen följer att myndighetscheferna för E-hälsomyndig-

---

<sup>8</sup> Region Västmanland och Region Uppsala sköter själva bedömning, prioritering och dirigerings av sjukvårdsärenden på 112 och har utvecklat ett eget beslutsstöd. Beslutsstödet anses av de två landstingen bl.a. vara lättare att länka samman med övriga vårdkedjan och kan integreras i landstingens forsknings- och utvecklingsarbete. De två landstingen övertog dirigeringen av ambulanstrafiken i maj 2015.

<sup>9</sup> Svenskt index för akutmedicinsk Larmmottagning (Vol. 2), SOS Alarm, 2001.

<sup>10</sup> RETTS står för Rapid Emergency Triage and Treatment System och är ett beslutsstöd som i dag används av ett flertal landsting inom akutsjukvården. Systemet infördes på Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2005 och bygger på fem vitalparametrar (luftväg, andning, cirkulation, vakenhet och kroppstemperatur). Utvecklingen av RETTS bedrivs av ett företag som heter Predicare.



heten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ska samverka i ett rådgivande organ för att utveckla den statliga styrningen med kunskap, Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (Rådet). Ordförande är Socialstyrelsens generaldirektör. Syftet med Rådet är att myndigheternas styrning ska vara samordnad, effektiv och behovsanpassad och till stöd för huvudmän och professionen.

Av förordningen följer också att representanter från huvudmännen ska ingå i ett rådgivande organ, Huvudmannagruppen för behovsanpassad styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Huvudmannagruppen ska informera Rådet om behov av statlig styrning med kunskap och består av tio företrädare för kommunerna och sex företrädare för landsting. Ledamöterna utses av regeringen på förslag av SKL och utgörs av politiker.

## Bakgrund till Rådets bildande

I maj 2012 överlämnade Statens vård- och omsorgsutredning sitt slutbetänkande Gör det enklare (SOU 2012:33) till regeringen.

Utredaren hade i uppdrag att se över hur staten genom sina myndigheter på ett bättre sätt skulle kunna verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser.

I uppdraget ingick bl.a. att beskriva den rådande myndighetsstrukturen och se över ansvarsfördelningen mellan myndigheterna samt lämna förslag som tydliggör ansvarsfördelningen och undanröjer eventuella överlappningar. I uppdraget ingick särskilt att analysera Socialstyrelsens roll och funktionalitet i vård- och omsorgssystemet samt se över den kunskapsstyrning, forskningsfinansiering och kunskapsgenerering som myndigheterna bedriver och vid behov lämna förslag som samordnar myndigheternas arbete inom området. Förslag skulle också lämnas på hur myndighetsstrukturen kan effektiviseras.

I direktiven framhölls att myndigheterna bör utveckla formerna för samverkan när det gäller framtagning av kunskapsunderlag och rekommendationer, kommunikation och spridning av resultaten och

systematisk uppföljning och utvärdering av effekterna av kunskapsstyrningen. Därutöver framhölls att den kunskapsstyrning som myndigheterna inom vård- och omsorgssystemet bedriver i form av exempelvis riktlinjearbete, ska praktiseras i de kommunala och landstingskommunala verksamheterna. Även om genomförandeansvaret vilar på huvudmännen, tar myndigheterna ibland initiativ till eller får i uppdrag av regeringen att driva aktiviteter och satsningar på regional och lokal nivå för att bidra till att genomförandet sker. På detta sätt ansågs rollfördelningen mellan staten och huvudmännen bli otydlig, samtidigt som förutsättningarna för ansvarsutkrävande försvåras, exempelvis i fall där efterlevnaden av regelverk och riktlinjer brister.

I direktiven fastslogs även att huvudmännen har ansvaret för att regelverk och riktlinjer efterlevs inom vård- och omsorgssystemet, men att de statliga myndigheterna ska stödja huvudmännen i arbetet. Som ett led i detta borde därför utredaren klargöra ansvaret för att säkerställa efterlevnaden av regelverk och riktlinjer på området men att en grundläggande utgångspunkt i uppdraget är att rådande ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen ska vara oförändrad.<sup>11</sup>

I betänkandet Gör det enklare! (SOU 2012:33) anfördes att allt fler frågor inom vård- och omsorgssektorn kommer att kräva samarbete på nationell nivå. En samordning och ökad tydlighet kring statens kunskapsstyrning framhölls som en nyckelfråga för att klara de kommande utmaningarna inom vården. Den då gällande myndighetsstrukturen, där flera olika myndigheter utarbetar kunskapsstöd inom sitt sakområde, ansågs bromsa utvecklingen av samlade underlag som integrerar olika perspektiv. Det stora antalet myndigheter ansågs bidra till att kunskapsstödet till sektorn var splittrat och otydligt, vilket leder till att verksamheterna inte får det behovsanpassade och användarvänliga stöd de behöver. Vad gäller råd och riktlinjer behövde dessa, enligt utredningen, tas fram och uppdateras snabbare med utgångspunkt från de frågor som uppstår i det praktiska arbetet.

Som en lösning på ovanstående problem föreslog utredningen en ny myndighetsstruktur med fyra nya myndigheter; en kunskapsmyndighet med samlat ansvar för alla typer av kunskapsstöd till vården och omsorgen, en inspektionsmyndighet med samlat ansvar för tillstånd, legitimationer, godkännanden och tillsyn, en myndig-

---

<sup>11</sup> Dir. 2011:4.

het som förvaltar och utvecklar sektorns it- och kommunikationslösningar samt en myndighet som följer den övergripande utvecklingen av hälsa, funktionshinderfrågor, vård och omsorg. Enligt utredningen skulle förslaget, om det genomfördes, ge en långsiktigt hållbar statlig struktur som kunde svara mot verksamheternas behov och efterfrågan.

Kunskapsmyndigheten skulle enligt utredningen ha ansvar för:

- Vetenskapliga underlag
- Expertbedömningar
- Riktlinjer/rekommendationer avstämde med huvudmännen
- Prioriteringsbeslut enligt de regler som i dag styr TLV:s arbete
- Statens kompetensbehov, utbildning och forskning
- Samordning ANDT-frågor<sup>12</sup>
- Föreskrifter inom hälsa, vård och omsorg.

Kunskapsmyndighetens ansvar skulle vara att bidra till sektorns utvecklingsarbete, genom stöd till framtagande och spridning av kunskap.

I den föreslagna Kunskapsmyndigheten skulle ett nytt instruktionsreglerat råd inrättas, Rådet för nationella riktlinjer. Rådet skulle bestå av företrädare för kommuner och landsting och ha i uppdrag att besluta om vilka riktlinjer som ska tas fram och även fastställa deras slutsatser. Nämnden skulle bestå av ledamöter från såväl huvudmännen som den nya myndigheten.

## En samlad kunskapsstyrning – Ds 2014:9

Förslagen i betänkandet *Gör det enklare!* genomfördes endast i vissa delar och regeringen valde att under åren 2013–2014 åter utreda frågan om en samordnad statlig kunskapsstyrning (Ds 2014:9, *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst*).

Utredningen resulterade i ett förslag om att inrätta ett strategiskt råd med Socialstyrelsen som ordförande och där andra vårdmyndig-

---

<sup>12</sup> ANDT står för alkohol, narkotika, dopning och tobak.

heter skulle ingå. I promemorian framhölls några centrala perspektiv som ansågs behöva genomsyra den statliga kunskapsstyrningen. Styrningen måste vara anpassad till patienters och brukares behov samt till professionernas och huvudmännens behov. Eftersom individer kan ha sammansatta behov ansågs att sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst behövde lyftas fram och onödiga gränser mellan verksamheterna tas bort.

Förslagen i promemorian behandlades efter remissbehandling i budgetpropositionen för 2015 och genomfördes i allt väsentligt. Med statlig kunskapsstyrning avsåg regeringen föreskrifter och olika former av kunskapsstöd som statliga myndigheter tar fram och som riktar sig till huvudmän och olika professioner inom verksamheterna. Enligt regeringen kräver en effektiv kunskapsstyrning en fungerande samverkan mellan många aktörer på den nationella, regionala och lokala nivån. Viktiga utgångspunkter för regeringen var bl.a. att uppdraget till de statliga myndigheter som har centrala roller inom kunskapsstyrning tydliggörs och att samverkan mellan myndigheterna formaliseras.

För att åstadkomma detta ansåg regeringen att det ovan beskrivna Rådet för statlig styrning med kunskap skulle inrättas med tillhörande huvudmannagrupp med förtroendevalada från landsting och kommuner.

Enligt regeringen är rådet ett strategiskt råd utan operativt ansvar och utan egen beslutsrätt som ger myndigheterna möjligheter att gemensamt diskutera strategiska frågor av betydelse för en effektiv och samstämd statlig kunskapsstyrning. Detta ansågs särskilt viktigt då flera myndigheter ger rekommendationer och kunskapsstöd som riktar sig mot samma målgrupp och för närliggande områden. Som exempel framhölls bl.a. samstämde rekommendationer gällande läkemedelsterapi.

En viktig komponent för regeringen i initiativet till en förstärkt statlig kunskapsstyrning var att lyfta fram Socialstyrelsen som ett nav för den statliga kunskapsstyrningen. Detta bl.a. genom att låta Socialstyrelsens generaldirektör leda rådets arbete. Socialstyrelsen föreslogs också bli utgivande myndighet för de deltagande myndigheternas gemensamma författningssamling.

Genom justeringar av Socialstyrelsens uppdrag var avsikten att skapa en tydlig, utvecklingsinriktad kunskapsmyndighet med expertkompetens för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Enligt reger-

ingen behövde myndighetens stabsliknande roll också förtydligas. Förtydligandena i Socialstyrelsens roll innebar att arbetssättet på myndigheten kommer att påverkas. Regeringen såg det som angeläget att Socialstyrelsen utvecklar kunskapsstöd som grundas på helhetsbedömningar av kunskapsläget vilka vilar både på en vetenskaplig bas och med verksamhetsnära kunskap från praktik och klinisk erfarenhet.<sup>13</sup>

Enligt regeringen kräver Socialstyrelsens nya centrala roll för kunskapsstyrning att myndighetens uppdrag renodlas och utvecklas. Ett led i renodlingen var att samla ansvaret för att ta fram vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter för både hälso- och sjukvård och socialtjänst på SBU. Ett annat led i renodlingen var att överföra ansvaret för smittskyddet på nationell nivå till Folkhälsomyndigheten. Förändringarna aktualiserade enligt regeringen en omprövning av Socialstyrelsens nuvarande processer och verksamhetsmodeller avseende olika former av kunskapsstöd inkluderande de nationella riktlinjerna.

Avsikten med rådet och hur rådets arbete ska utföras regleras i förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. I förordningen framhålls i 1 § att styrningen med kunskap ska bidra till att målen i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och socialtjänstlagen (2001:453) uppfylls. I 2 § anges att styrningen med kunskap sker genom de icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Varje myndighet som ingår i rådet har angivet i sin instruktion att de ska samverka i enlighet med förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

### **Arbetet inom Rådet för statlig styrning med kunskap och Huvudmannagruppen**

Rådet för statlig styrning med kunskap har verkat sedan juli 2015. Under det första verksamhetsåret fokuserade rådet på att etablera arbetsformer för de rådgivande organen och påbörja myndighets-

---

<sup>13</sup> Budgetpropositionen för 2015.

övergripande samverkan på ett flertal områden för att effektivisera den statliga styrningen med kunskap.

Under 2016 har rådet arbetat med att utveckla sin samverkan. Bl.a. har rådet tagit fram en tydligare beskrivning för hur de nio myndigheterna genom sina olika roller och uppdrag tillsammans verkar för en god hälsa, vård och omsorg. Rådets myndigheter enades även under året om en övergripande målstruktur och aktiviteter för rådets arbete efter dialog med huvudmannagruppen samt företrädare för patient- och brukarorganisationer och professionerna.

Under året har även en gemensam modell för statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst utarbetats. Modellen beskriver hur myndigheterna inom rådet genom sina olika roller och uppdrag tillsammans verkar för en god hälsa, vård och omsorg. Modellen beskriver därmed myndigheternas respektive roller men är även tänkt att vara ett verktyg för dialog med andra aktörer och som utgångspunkt för hur myndigheternas arbete kopplar till övriga aktörer.

Under 2016 har rådet vidare arbetat med att utveckla arbetsformerna för gemensam prioritering, planering och analyser. Ett exempel är den gemensamma omvärldsanalys som rådets myndigheter genomförde våren 2016.

Andra pågående uppdrag är arbetet med att öka sökbarheten av myndigheternas kunskapsstöd och författningar genom gemensam metadatamärkning. Rådet arbetar också med att stärka patient- och brukardelaktigheten. Inom specifika sakområden pågår gemensamma projekt inom området välfärdsteknologi och psykisk ohälsa äldre.

Huvudmannagruppen presenterade i början av 2016 en prioriteringsordning för övergripande områden där de identifierat behov av att stärka den statliga styrningen med kunskap. Evidensbaserad praktik för att stödja socialtjänsten fick högsta prioritet följt av folkhälsa och därefter hälso- och sjukvård. Bedömningen är att det inom socialtjänsten finns störst behov och störst nyttoeffekt av förstärkt kunskapsstyrning.

För 2017 har rådet och huvudmannagruppen gemensamt identifierat att ett viktigt fokusområde blir att gemensamt stärka samverkan i de olika strukturerna för den statliga kunskapsstyrningen. En del i detta blir att stärka samverkan mellan myndigheternas arbete med existerande strukturer regionalt och lokalt. Hit hör de regionala stödstrukturerna för socialtjänst samt pågående arbete med en samlad struktur för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården.

Under 2017 kommer rådet och huvudmannagruppen arbeta för att stärka samverkan mellan myndigheternas arbete och mellan de regionala och lokala strukturerna för att bidra till en jämställd och jämlik vård och omsorg. Andra utvecklingsområden för myndigheterna i rådet blir att fortsätta utveckla den gemensamma omvärldsanalysen och arbetssätt för att stärka samverkan, t.ex. genom att utveckla former för koordinerad verksamhetsplanering.

### Statskontorets första utvärdering av arbetet i rådet

Statskontoret har regeringens uppdrag att utvärdera om syftet enligt förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst uppnås och om innehållet i myndigheternas arbete med att styra med kunskap motsvarar syftet. I utvärderingen ska bl.a. resultaten av förändringarna på regional och lokal nivå belysas liksom hur berörda myndigheter effektivare kan utföra sina uppgifter beträffande styrning med kunskap.

Statskontoret avlämnade en delrapport till regeringen i april 2016. En slutrapport ska lämnas senast den 1 november 2018. Enligt Statskontoret har myndigheterna i rådet vidtagit relevanta åtgärder, även om det är för tidigt att utläsa konkreta resultat. Dock pekar man på att samverkan står inför utmaningar som kräver att myndigheterna gör strategiska ställningstaganden framöver. Ett exempel som anges är att arbetet med att anpassa kunskapsstyrningen till mottagarnas behov fortfarande är i ett inledande skede.

Vidare krävs enligt Statskontoret förhållandevis stora förändringar i myndigheternas arbete om kunskapsstyrningen ska kunna anpassas till de behov som finns inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten och för att vara ett verkligt stöd i arbetet med evidensbaserad praktik. Bl.a. anges att det fordras ett perspektivskifte från myndigheterna som ger professionerna mer utrymme. Ett så kallat uppifrån-och-nerperspektiv måste enligt Statskontoret bytas mot dialog. Annars finns det enligt myndigheten en risk för att kunskapsstödet inte blir något stöd för professionerna, vilket i sin tur innebär att den statliga styrningen inte får något reellt genomslag.

Enligt Statskontoret känner sig alla ingående myndigheter inte lika berörda av uppdraget. Vidare finns det heller inte en tidigare upparbetad samverkan att falla tillbaka på. Omständigheten att samver-

kan är reglerad i förordning anses dock ge myndigheterna förutsättningar. Samtidigt anser Statskontoret att myndigheterna behöver identifiera de viktigaste frågorna för att kunskapsstyrningen ska motsvara målen och vara ett stöd för verksamheterna.

Statskontoret anser att de berörda myndigheterna ännu inte har funnit sina respektive roller sedan Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) fick ett samlat ansvar för de vetenskapliga kunskapsöversikterna. Exempelvis anges att den samverkan som behövs mellan Socialstyrelsen och SBU vid utformandet av nationella riktlinjer inte fungerat helt tillfredställande. Därmed finns risk för att arbetet med nationella riktlinjer inte effektiviseras i den utsträckning som är tänkt.

I rapporten föreslår Statskontoret att myndigheterna som samverkar i rådet:

- utarbetar en strategi som pekar ut vilka prioriteringar rådet ska göra och hur de myndigheter som endast omfattas av delar av kunskapsstyrningen bäst kan bidra till arbetet,
- prioriterar att inhämta kunskap från lokal nivå och systematisera den beprövade erfarenheten för att peka ut bästa tillgängliga kunskap,
- tar ställning till hur en framtida webbplats kan finansieras,
- finner former för ett fungerande samarbete i arbetet med kunskapsöversikter som utgår från SBU:s samlade ansvar,
- säkerställer att de, oavsett hur de väljer att organisera rådets arbete, tar hänsyn till sambanden mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Avslutningsvis framhåller Statskontoret att regeringen behöver beakta förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst när regleringsbrev och särskilda uppdrag utformas så att myndigheterna i rådet styrs på ett konsekvent sätt.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst, 2016:15, Statskontoret 2016.



## 6.5 Kunskapsstödjande dokument utgivna av myndigheterna

### 6.5.1 Kartläggning inom ramen för Rådet för statlig styrning med kunskap

Som har framgått ovan är myndigheterna ansvariga för olika kunskapsstödjande och kunskapsstyrande dokument och underlag.

Inom ramen för arbetet i Rådet för statlig styrning med kunskap har en sammanställning gjorts av de deltagande myndigheternas kunskapsstödjande produkter.<sup>15</sup> Bedömningen var att myndigheternas samlade rapportmängd förmodligen utgörs av flera tusen publikationer. En översiktlig sammanställning över rapporter publicerade av myndigheterna under 2015 ger följande resultat:

- Socialstyrelsen: 327
- Folkhälsomyndigheten: 97
- SBU: cirka 75
- Läkemedelsverket: 75
- Myndigheten för delaktighet: 15
- IVO: 12 (underlag för val av kunskapsprodukter)
- TLV: 11
- Forte: 6
- E-hälsomyndigheten: 1

Kartläggningen visade att myndigheterna dels behöver utveckla sökbarheten för redan framtagna kunskapsprodukter, dels utmönstra inaktuell kunskap. Att utveckla tjänster utifrån målgruppernas behov ansågs också vara en central utvecklingsfråga.

En uppdelning av publikationerna gjordes också utifrån produktkategorier. Tre kategorier användes; styrande, vägledande (med rekommendationer) och stödjande (utan rekommendationer).

---

<sup>15</sup> Rådet för statlig styrning med kunskap. Förslag för utvecklad kunskapsstyrning – slutrapportering från arbetsgruppen till Rådet.

**Tabell 6.1** Exempel på myndigheternas kunskapsstyrande produkter till vården och omsorgen

Typ av kunskapsunderlag	Styrande	Vägledande	Stödjande
Föreskrifter	×		
Allmänna råd		×	
Meddelandeblad			×
Nationella riktlinjer		×	
Rekommendationer		×	
Vägledningar		×	×
Utvärderingar		×	×
Handböcker			×
Kunskapsstöd		×	×
Kunskapssammanställningar		×	×
Systematiska kunskapsöversikter			×
Öppna jämförelser			×
Kartläggningar			×
Lägesrapporter			×

*Källa:* Rådet för statlig styrning med kunskap. Förslag för utvecklad kunskapsstyrning – slutrapportering från arbetsgruppen till Rådet.

Ett annat konstaterande var att det är tydligt att myndigheterna tar fram produkter och tjänster som innehåller rekommendationer, men att dessa benämns på delvis olika sätt.

Myndigheterna bedöms bl.a. ha skilda tillvägagångssätt när det gäller allmänna råd och att rekommendationer utvecklas på olika sätt inom respektive myndighet. I publikationerna används ord som ”bör” (allmänna råd, nationella riktlinjer och rekommendationer) och ”kan” (nationella riktlinjer och rekommendationer). Även andra uttryckssätt förekommer. I vissa fall bedömdes rekommendationerna närmast vara underförstådda ”bör” och ”kan”.

Gränsen mellan regelgivning i form av allmänna råd och rekommendationer i andra former av kunskapsstöd bedömdes som otydlig. Exempelvis har begreppet vägledningar olika innebörd på olika myndigheter. På Läkemedelsverket används begreppet vägledning för att beskriva och tolka innehållet i en författning. Socialstyrelsens tidigare vägledningar ansågs däremot kunna jämföras med det som nu benämns som kunskapsstöd med rekommendationer. Ett annat begrepp som används på olika sätt är riktlinjer. Både Socialstyrelsen och Myndigheten för delaktighet använder begreppet, men med helt olika innebörd. Vidare används ”behandlingsrekommendationer” av flera andra nationella aktörer än Läkemedelsverket, likaså

förekommer termen ”läkemedelsrekommendation” ibland men med oklar innebörd.

Utöver skillnader i användningen av olika begrepp ansågs myndigheterna ofta ha svårigheter med att definiera syftet med sina tjänster och produkter och att syftet ofta är brett. Vidare bedömdes det ofta saknas systematik för förvaltning och uppdatering av kunskapsdokument.

En utmaning för rådets myndigheter, och som lyfts fram i kartläggningen, är avsaknaden av systematik runt uppföljningen av kunskapsstöden. Enligt kartläggningen saknas det i de flesta fall en uppföljning av om kunskapen har använts och fått genomslag. Oftast mäter myndigheterna inte eventuella effekter av rekommendationerna. I kartläggningen konstateras också att myndigheterna arbetar på olika sätt när det gäller att stödja implementering av den kunskap som har tagits fram. Det anses också finnas en avsaknad av gemensam metodik och strategi för implementeringen.

I kartläggningen görs en genomgång kring inom vilka sakområden myndigheternas produkter återfinns. På de områden där de flesta av rådets myndigheter är involverade finns ofta liknande kunskapsunderlag från ett flertal andra aktörer (patientföreningar, specialitetsföreningar, läkemedelsbolag, SKL, landstingen). Områden med få statliga aktörer har ofta också ett begränsat utbud av kunskapsunderlag från andra aktörer. Enligt rapporten finns det en risk för att områden där det finns behov av vetenskapliga underlag inte blir tillgodosedda. En tendens finns att myndigheterna ger ut kunskapsstöd på områden där det redan finns vetenskapliga underlag av hög kvalitet och där andra aktörer redan tar fram snarlika kunskapsstöd. Områden med få andra aktörer och svagt vetenskapligt stöd och därmed stora praxisskillnader och stort behov av kunskapsstöd, lämnas därför utan fullgott stöd.

Enligt kartläggningen finns det tydliga utmaningar när det gäller samverkan mellan myndigheterna och myndigheternas olika roller. En fråga som lyfts är vad marginalnyttan är av att både Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ger ut rekommendationer om läkemedelsbehandling inom samma områden när kunskapsstöden är så pass likartade. Enligt kartläggningen finns det ett antal exempel där myndigheterna inte har haft kännedom om varandras uppdrag och därför inte har samverkat vilket anses ha fått konsekvenser i form av dubbelarbete och otydligheter för användarna.

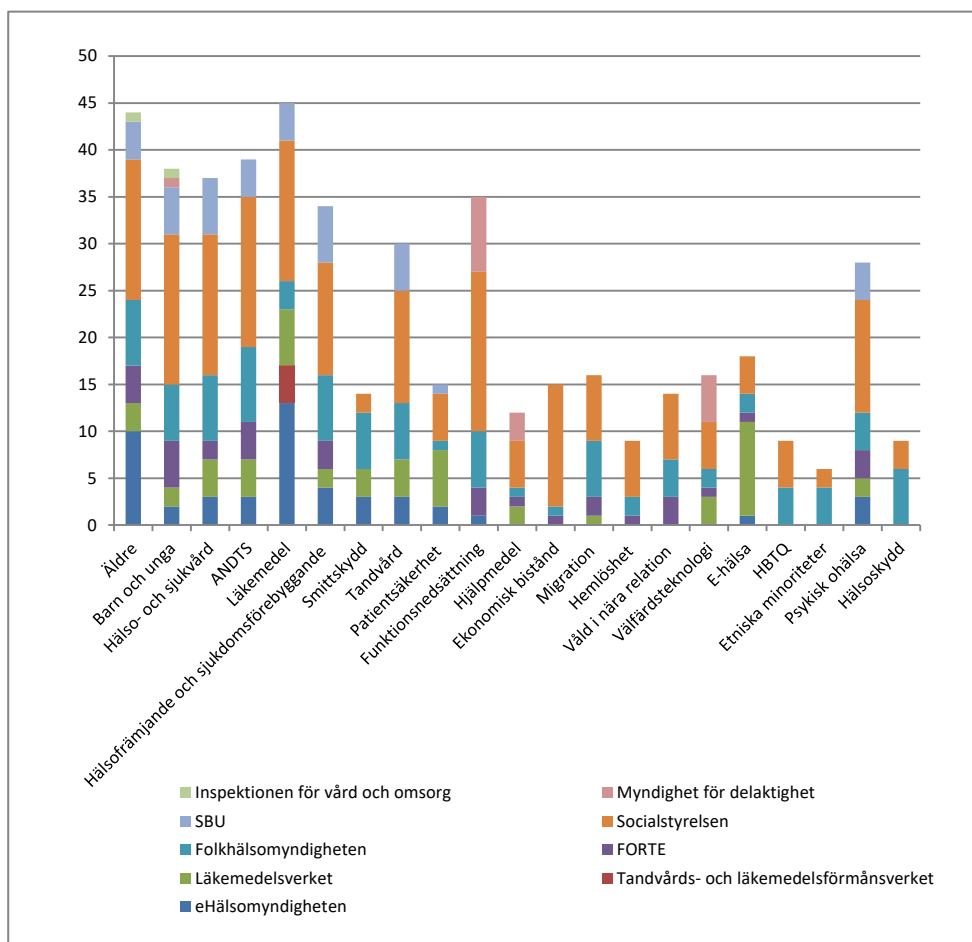
När det gäller målgruppsanpassningen och olika stöd för att bidra till användningen av kunskapsunderlagen saknas enligt rapporten en gemensam strategi. I flera olika sammanhang har det framkommit tydliga önskemål om att kunskapsstödet behöver finnas lättillgängligt också i mötet med användare, brukare eller i patientmötet, vilket anses omöjliggöras när kunskapen finns inbäddad i många olika rapporter.

I kartläggningen nämns ett exempel när en användaranalys gjorts (projekt runt ADHD) och myndigheterna samordnade publiceringen av ett antal kunskapsstöd som lades ut på Kunskapsguiden. En svaghet i projektet ansågs vara att en tydlig förvaltningsplan och ansvarig efter projektavslut saknades.

I kartläggningen gjordes också en indelning utifrån sakområden. Figuren nedan visar produktkategorier (kartläggningar, vägledningar, kunskapsstöd etc.).

**Figur 6.1 Exempel på myndigheternas kunskapsstyrande produktkategorier till vården och omsorgen**

(figuren visar således inte det faktiska antalet rapporter)



Källa: Rådet för statlig styrning med kunskap, 2016.

### 6.5.2 Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Bland de kunskapsstyrande och kunskapsstödjande dokumenten som myndigheterna utarbetar, får Socialstyrelsens nationella riktlinjer anses vara några av de tyngsta. Det övergripande syftet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer är att bidra till att patienter och brukare får en god vård och omsorg på lika villkor.<sup>16</sup> I dagsläget finns det nationella riktlinjer på 16 områden. Dessa omfattar stora patientgrupper med svåra kroniska sjukdomar som tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Vissa nationella riktlinjer berör delvis eller huvudsakligen socialtjänsten.

De 16 nationella riktlinjerna är:

- Astma och KOL
- Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård
- Demens
- Depression och ångest
- Diabetes
- Hjärtsjukvård
- Lungcancer
- Missbruk och beroende
- Multipel skleros och Parkinsons sjukdom
- Palliativ vård
- Rörelseorganens sjukdomar
- Schizofreni – antipsykotisk läkemedelsbehandling
- Schizofreni – psykosociala insatser
- Sjukdomsförebyggande metoder
- Stroke
- Tandvård.

---

<sup>16</sup> Socialstyrelsen, *Om nationella riktlinjer*, 2014. Se även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*, Rapport 2015:7, 2015.

Därutöver pågår arbete med åtta andra riktlinjeprojekt varav tre projekt handlar om helt nya riktlinjer och fem handlar om en revidering av befintliga riktlinjer. Nya riktlinjer är planerade för endometrios, epilepsi och psoriasis. Remissversioner planeras vara klara våren 2018.

De nationella riktlinjerna är främst tänkta att fungera som prioriteringsstöd för dem som fattar beslut om hur resurser fördelas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, det vill säga politiker, cheftjänstemän och verksamhetschefer.<sup>17</sup> De nationella riktlinjerna har haft nuvarande ungefärliga utformning i drygt tio år.

Ett antal centrala rekommendationer som bedöms vara särskilt viktiga ur ett styr- och ledningsperspektiv och förväntas få ekonomiska och organisatoriska konsekvenser lyfts fram i en tryckt publikation för varje riktlinje.

Socialstyrelsen uppger att även vårdpersonal kan ha nytta av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Samtliga rekommendationer finns i databas på Socialstyrelsens webbplats (cirka 100–300 rekommendationer per riktlinje) samt fullständiga nedladdningsbara medicinska och hälsoekonomiska underlag.<sup>18</sup>

Socialstyrelsen poängterar dock att rekommendationerna är av generell karaktär och att vården av enskilda patienter måste anpassas efter den enskilda individens behov och förutsättningar.<sup>19</sup> Patientversioner har tidigare tagits fram för sju av riktlinjerna. I nuläget arbetar Socialstyrelsen med ett regeringsuppdrag som gör att egna patientversioner inte tas fram utan i stället har ett samarbete för patientinformation inletts med 1177 Vårdguiden.<sup>20</sup>

## Riktlinjernas uppbyggnad

De nationella riktlinjerna är uppbyggda av ett antal ”tillstånds- och åtgärdspar”. Dessa är av olika karaktär. Vissa berör medicinska frågor om exempelvis en viss behandlings- eller utredningsmetod. Ett exempel på detta är tillståndet ”typ 2-diabetes utan retinopati (kärlförändringar i ögats näthinna)” och åtgärden ”ögonbottenfoto vart tredje år”. Andra berör vårdens organisation som till exempel tillståndet

---

<sup>17</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lång väg till patientnytta*, s. 23.

<sup>18</sup> *Ibid.*, s. 24.

<sup>19</sup> *Ibid.*, s. 24.

<sup>20</sup> *Ibid.*, s. 24.

”akut stroke” och åtgärden ”vård på strokeenhet”. Tillstånds- och åtgärdsparen rangordnas i en tiogradig skala och formuleras även som en rekommendation enligt att något bör, kan, kan i undantagsfall eller bör inte erbjudas. Rangordningen baseras på hur allvarligt tillståndet är, vilken effekt åtgärden har och åtgärdens kostnadseffektivitet vid det aktuella tillståndet. Även hur starkt vetenskapligt stöd som finns för åtgärdens effekt kan ha betydelse i rangordningen, liksom etiska överväganden. Ett tillstånds- och åtgärdspar som har prioriteringssiffran 1 förväntas ge stor nytta för patienten och hög kostnadseffektivitet för samhället. Rekommendationer med låg prioritet representerar i stället begränsad eller osäker nytta för patienten eller mycket hög kostnad i relation till åtgärdens effekt. Tillstånds- och åtgärdspar där det vetenskapliga underlaget är ofullständigt eller bristfälligt och det samtidigt finns andra alternativ med gott vetenskapligt stöd, får lägre prioritet eller inkluderas inte i riktlinjerna. Socialstyrelsen har också ett strukturerat arbetssätt för att ta tillvara beprövad erfarenhet som underlag till rekommendationer, när det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, och därmed även ges en högre prioritet.

Tanken är att åtgärder med hög prioritet ska få en stor del av resurserna och de med låg ska få en mindre del av resurserna.<sup>21</sup> Gränsen mellan hög och låg prioritet är inte definierad. Åtgärder som Socialstyrelsen anser inte ska utföras får beteckningen ”icke-göra” och åtgärder som är otillräckligt utvärderade benämns FoU (forskning och utveckling).<sup>22</sup>

Socialstyrelsen har successivt begränsat antalet rekommendationer i de nationella riktlinjerna till att omfatta tillstånds- och åtgärdspar där behovet av vägledning bedöms vara som störst. Nationella riktlinjer har inte ambitionen att vara heltäckande på ett område. Det innebär att de inte innehåller alla tänkbara tillstånds- och åtgärdspar.<sup>23</sup>

## Framtagandet av riktlinjerna

Framtagandet av de nationella riktlinjerna är en process i flera steg. För det första initieras processen genom att ett område som ska få riktlinjer väljs ut. Sedan arbetas riktlinjen fram, vilket i sig är en pro-

---

<sup>21</sup> Ibid, s. 25.

<sup>22</sup> Ibid, s. 25.

<sup>23</sup> Ibid, s. 26.



cess i flera led. Bland annat avgränsas området och tillstånds- och åtgärdspar definieras. Den vetenskapliga litteraturen går igenom och sammanställs, vilket sedan 2015 görs i samarbete med SBU. Parallellt tar hälsoekonomiska experter fram underlag om vissa av tillstånds- och åtgärdsparens kostnadseffektivitet. Synpunkter från experter och patienter tas in, evidens och beprövad erfarenhet värderas och tillstånds- och åtgärdsparen prioriteras på den tiogradiga skalan. I slutskedet publiceras en särskild remissversion. När remissbehandlingen är genomförd, vilket kan ta upp till ett år, publiceras den färdiga riktlinjen tillsammans med indikatorer och målnivåer för utvärdering.<sup>24</sup>

Rekommendationerna som ges i riktlinjerna är inte bindande utan det är upp till huvudmännen och vårdpersonalen att därefter på lämpligt sätt ta riktlinjerna vidare.

Uppdatering av de nationella riktlinjerna sker genom att en grupp experter får i uppdrag av Socialstyrelsen att bevaka utvecklingen på området i förhållande till riktlinjen. Gruppen lämnar information till Socialstyrelsen om ny information eller händelser i omvärlden som kan tänkas påverka riktlinjerna. Socialstyrelsen kontaktar också relevanta patientorganisationer för att ge dem möjlighet att lämna information. I de fall Socialstyrelsen anser att rekommendationer behöver ändras, görs också en bedömning av om det kan göras genom ett enkelt beslut inom myndigheten, eller om en prioriteringsgrupp behöver anlitas.<sup>25</sup> Under 2016 har Socialstyrelsen höjt ambitionsnivån för förvaltningsarbetet. Riktlinjerna inom diabetes, astma och KOL samt missbruk och beroende är först ut att tillämpa en årlig översyn.

Parallellt med framtagandet av riktlinjer utvecklas ett antal indikatorer för uppföljning av rekommendationerna. De avser att spegla de viktigaste rekommendationerna och tas fram av Socialstyrelsen tillsammans med expertgrupper för respektive riktlinjeområde. Socialstyrelsen genomför en indikatorbaserad utvärdering av hälso- och sjukvårdens processer och resultat i förhållande till de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna cirka två till tre år efter att rikt-

---

<sup>24</sup> Ibid, s. 26.

<sup>25</sup> Socialstyrelsen, *Om nationella riktlinjer*, 2014.

linjen tagits fram.<sup>26</sup> För ett urval av indikatorerna har Socialstyrelsen även tillsammans med berörda professioner, huvudmän och företrädare för patientföreningar definierat målnivåer. De anger till exempel hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller uppnå ett mål för en viss behandling. Målnivåerna följs upp per landsting och indikator i samband med utvärderingarna eller i särskild ordning. Syftet med målnivåerna är att ge hälso- och sjukvården tydliga mål att sträva mot i sitt arbete för förbättrad kvalitet.<sup>27</sup>

## 6.6 Överenskommelser mellan regeringen och SKL

Ett sätt för staten att påverka utvecklingen inom hälso- och sjukvården och hur huvudmännen ska prioritera sitt arbete, är att använda sig av olika överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I överenskommelserna lyfts områden fram som anses särskilt viktiga. Överenskommelserna kan se olika ut i sin konstruktion och kan vara villkorade i skiftande utsträckning. Flera styrmedel kan kombineras i samma överenskommelse, som exempelvis specialdestinerade statsbidrag och olika informationsinsatser (så var exempelvis fallet med cancerstrategin). Vissa överenskommelser har funnits i flera år, andra är av mer kortsiktig karaktär. Formellt är överenskommelserna inte tvingande för sjukvårdshuvudmännen.

Inom vissa områden har överenskommelser kombinerats med inrättande av funktionen nationell samordnare på Regeringskansliet (Socialdepartementet) för att särskilt driva frågorna. Exempel på detta finns inom området psykisk ohälsa, och har tidigare funnits gällande den nationella cancerstrategin och inom äldreområdet. Samordnarens arbete sker således utanför den ordinarie myndighetsstrukturen, även om Regeringskansliet och statliga utredningar per definition också är myndigheter.

I några fall har även SKL/huvudmännen tillsatt en samordnare parallellt för att hålla ihop arbetet. Det gäller bl.a. cancerområdet och

---

<sup>26</sup> Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*, 2011. Socialstyrelsen, *Nationell utvärdering 2011 – diabetesvård: rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*, 2011.

<sup>27</sup> Socialstyrelsen, *Målnivåer*, 2015.

området psykisk ohälsa, där det finns nationella samordnare placerade vid SKL.

Även om överenskommelserna i allmänhet ingås mellan regeringen och SKL ges ofta särskilda regeringsuppdrag till olika myndigheter med koppling till överenskommelsen och de mål man vill uppnå med överenskommelsen. Det kan handla om att myndigheterna ska driva vissa specifika frågor eller följa upp effekterna av de överenskommelser som har träffats. Vissa satsningar har formen av en nationell strategi där SKL är en av representanterna utöver ett antal myndigheter.

Vissa satsningar har formaliserats på så sätt att särskilda så kallade högnivågrupper skapats där arbetet har letts av Socialdepartementet. Satsningar som kan nämnas är E-hälsostrategin, Nationella läkemedelsstrategin och tidigare arbetet med Öppna jämförelser.

Flera av överenskommelserna har syftat till att utveckla kunskap och kunskapsstöd. Nedan följer ett antal exempel på aktuella strategier och överenskommelser som har bäring på det kunskapsstödjande arbetet.

### **Nationella cancerstrategin 2009/ Kortare väntetider i cancervården 2017**

År 2009 överlämnades betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) En central del i cancerstrategin var förslaget om utvecklingen av ett antal regionala cancercentrum bestående av samlad cancerverksamhet för diagnostik, behandling, befolkningsinriktad prevention samt preklinisk och klinisk forskning och utbildning.

Regeringen utsåg en särskild nationell cancersamordnare med uppgift att samordna processen och främja utvecklingen av sex regionala cancercentrum (RCC). I samordnarens uppdrag låg bl.a. att ta fram kriterier för vad som ska utmärka ett regionalt cancercentrum. En annan central del av uppdraget bestod i att utgöra en samtalspartner till och samordna diskussioner mellan företrädare för sjukvårdshuvudmännen, universitet, myndigheter och andra berörda parter, såsom patientorganisationer. SKL/huvudmännen tillsatte en egen samordnare som inledningsvis arbetade ihop med statens samordnare.

Den första överenskommelsen som slöts mellan regeringen och SKL 2009 har därefter utvecklats och kompletterats med nya över-

enskommelser. Tillskapandet av RCC har varit helt centralt i arbetet. En viktig uppgift för RCC är att ta fram kunskapsstöd. RCC i samverkan, som är det nationella samverkansorganet för RCC, leder arbetet med framtagandet av nationella vårdprogram genom professionella arbetsgrupper. För närvarande finns det ett fyrtiotal nationella vårdprogram fastställda, under revidering eller under framtagande. Staten har genom överenskommelsen lagt den ekonomiska grunden för detta arbete.

Kunskapsstyrningsmodellen som utvecklats inom ramen för RCC är avsedd att bilda en kedja mellan nationell nivå med riktlinjer och vårdprogram som förs vidare till regional nivå och som sedan ska nå ner ända in i vårdenheterna med stöd av lokala processledare och tillhörande team. Arbetet ska drivas i samverkan inom och mellan vårdprofession och patient- och närståendeföreträdare. Förankring sker även i förvaltning och sjukvårdsledning.

Regeringen har avsatt medel för att stimulera inrättandet av sex RCC sedan år 2010. Fram till hösten 2016 har cirka 293 miljoner kronor betalats ut som direkt stöd för etableringen av RCC. De senaste åren har varje RCC årligen erhållit 8 miljoner kronor i statligt stöd. Socialstyrelsen har i uppdrag att fördela de statliga medlen till etableringen av varje RCC. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp och stödja etableringen utifrån de tio kriterier som tagits fram av den nationella cancersamordnaren. Socialstyrelsen följer upp arbetet med respektive kriterium och genom intervjuer görs en kartläggning av framgångsfaktorer och utmaningar för varje RCC. Utifrån resultaten förs en framtidsdiskussion vid platsbesök hos respektive RCC. Tidigare utgick medel till RCC i relation till hur väl de arbetade med att uppfylla kriterierna. En årlig rapport lämnas till regeringen. Socialstyrelsen har dessutom haft i uppdrag att göra en samlad bedömning av etableringen av RCC. Uppdraget redovisades till regeringen den 1 november 2016. Sedan 2012 har Socialstyrelsen erhållit cirka 14 miljoner kronor för olika regeringsuppdrag kopplade till cancerstrategin, däribland om att stödja etableringen av RCC. Samtidigt har också statliga medel getts till SKL genom överenskommelser om nationell samordning och uppgifter inom särskilda områden för cancervården.

### *Satsning på kortare väntetider i cancervården*

Regeringen och SKL har även enats om en särskild satsning på att korta väntetiderna i cancervården. Den åtgärd som anses viktigast för att åstadkomma detta är att fortsätta arbetet med att införa ett gemensamt nationellt system med standardiserade vårdförlopp. Två miljarder kronor har budgeterats för perioden 2015–2018. Det mesta av dessa medel går till landsting och regioner för arbetet med införandet. RCC i samverkan erhåller stöd för utveckling av vårdförloppen för de diagnoser som omfattas. Respektive RCC erhåller också statligt bidrag för projektledning och stöd till arbetet med införandet av standardiserade vårdförlopp.

Överenskommelsen med SKL för 2017 omfattar totalt 447 miljoner kronor, varav 407 miljoner utgör stimulansmedel till landstingen. Den insats som lyfts fram särskilt är att fortsätta införandet av standardiserade vårdförlopp. Dessutom fortsätter stödet från staten till RCC:s arbete inom ett antal andra utvecklingsområden.

De standardiserade vårdförloppen syftar till att korta väntetiderna mellan det att misstanke om cancer föreligger fram till behandlingsstart. Avsikten är också att minska obefogade regionala skillnader i både hälsa och vård mellan olika grupper. Genom standardiserade vårdförlopp förväntas en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten kunna uppnås. Insatserna förväntas dessutom kunna innebära bättre information, större delaktighet och mer nöjda patienter.

### **Den nationella läkemedelsstrategin 2011–2018**

Sedan 2011 finns en nationell läkemedelsstrategi med tillhörande handlingsplan. Den nationella läkemedelsstrategin (NLS) har beslutats av regeringen och SKL och arbetet leds av en högnivågrupp med Socialdepartementet som ordförande.

Syftet med strategin är att få en nationell kraftsamling kring prioriterade frågor inom läkemedelsområdet. Strategin innefattar tre målområden med tillhörande 18 aktiviteter i syfte att nå en bättre läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle. Många av aktiviteterna är av kunskapsstyrande karaktär. Under 2015 gjordes en större revidering av strategin. En ny strategi med tillhörande handlingsplan för perioden 2016–2018 presenterades i december

2015. Strategin gäller för hela perioden medan handlingsplanen ska revideras årligen.

Strategin innehåller tre långsiktiga mål som utgår ifrån några av de utmaningar som Sverige fortsatt anses stå inför på läkemedelsområdet:

1. Effektiv och säker läkemedelsanvändning
2. Tillgängliga läkemedel och jämlik användning
3. Samhällsekonomiskt och miljömässigt hållbar läkemedelsanvändning.

Till strategin hör också tre perspektiv: patient, innovation och e-hälsa, som har valts för att de påverkar alla målområden. För samtliga perspektiv anses det finnas särskilda utmaningar som behöver hanteras i samverkan med andra strategier och satsningar.

Läkemedelsstrategins handlingsplan för 2017 innehåller 19 aktiviteter. Aktiviteterna syftar till att hantera flera av de utmaningar som finns på läkemedelsområdet och i förlängningen bidra till att läkemedelsanvändningen är effektiv, säker, tillgänglig och jämlik samt samhällsekonomiskt och miljömässigt hållbar.

I strategin finns representanter för E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsindustriföreningen, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Sveriges Apoteksförening, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Läkarförbund, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Vårdförbundet.

Till högnivågruppen finns en expertgrupp länkad med en medlem från respektive myndighet/organisation som är representerad i högnivågruppen.

Samordning av den nationella strategin leds av Socialdepartementet och Centrum för bättre läkemedelsanvändning (CBL-kansliet) på Läkemedelsverket. CBL-kansliet ansvarar för uppföljning och samordning av läkemedelstrategin på insats- och målnivå i samverkan med ett stort antal aktörer inom läkemedelsområdet.

Kansliet har ett rådgivande organ, rådet för bättre läkemedelsanvändning (CBL-rådet) som representerar olika myndigheter och organisationer i syfte att få en så bred förståelse och delaktighet från berörda inom läkemedelsområdet som möjligt.

CBL-kansliet är fristående i förhållande till övrig verksamhet inom Läkemedelsverket.

### Vision för e-hälsa 2025

I mars 2016 presenterade regeringen och SKL en E-hälsovision som ska gälla fram till 2025. Enligt visionen ska Sverige år 2025 vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Satsningsområden som lyfts fram är:

- **Regelverk** för att se över frågor som integritet, kvalitet, säkerhet och effektivitet,
- **Enhetligare begreppsanvändning** för att möjliggöra informationsutbyte som behövs för att säkerställa kvalitet och säkerhet,
- **Standarder** som krävs för nationella specifikationer/tjänster för säker behörighet och säkra processer.

I januari 2017 tecknade regeringen och SKL därefter en överenskommelse om handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025 och de tre satsningsområdena som lyftes fram i visionen.<sup>28</sup>

Målsättningen för arbetet med enhetligare begreppsanvändning anges vara att begrepp, termer och klassifikationer som är nödvändiga för verksamheterna enhetligt ska kunna hanteras och tolkas likartat vid utbyte mellan system eller verksamheter. Staten och SKL anger i överenskommelsen därför att de öppet ska redovisa samt vid behov tydliggöra vilka statliga, regionala eller lokala aktörer eller organisationer som ska tillhandahålla begrepp, termer och klassifikationer inom olika områden. Vidare avser parterna bl.a. etablera en nationell samverkansform som hanterar urval, prioritering, tillämpning och utveckling av gemensamma begrepp.

---

<sup>28</sup> Handlingsplan för samverkan vid genomförande av Vision e-hälsa 2025, 2017–2019, Socialdepartementet, 2017.

När det gäller standarder anges att målsättningen är att verksamheternas informations- och kommunikationssystem ska kunna skicka och ta emot relevanta informationsmängder på ett ändamålsenligt sätt och utan behov av extra åtgärder. Staten och SKL ska därför etablera en nationell process där tillämpning och utveckling sker utifrån ett gemensamt ramverk av standarder för interoperabilitet.

För att uppnå målen i visionen har staten och SKL genom handlingsplanen bildat en gemensam nationell styr- och samverkansorganisation. Organisationen innefattar ett politiskt högnivåråd, en styrgrupp, ett nationellt råd, en beredningsgrupp, ett samordningskansli samt särskilda grupper för olika insatsområden (i överenskommelsen anges ett nationellt forum för standardisering men att ytterligare grupper kan tillkomma). Avsikten är att de olika grupperna ska säkra en representation från regeringen, myndigheter, SKL, landsting, kommuner, intresseorganisationer m.m.

Den nuvarande e-hälsovisionen föregicks av andra strategier inom e-hälsoområdet. Ett av de övergripande målen i den nationella e-hälsostrategi som beslutades 2010 var exempelvis att vård- och omsorgspersonal ska ha tillgång till välfungerande och samverkande elektroniska beslutsstöd som säkerställer en hög kvalitet och säkerhet samtidigt som det underlättar deras dagliga arbete.

### **Utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016**

Hösten 2011 tecknade staten en överenskommelse med SKL om nationella kvalitetsregister. Syftet med överenskommelsen är att utveckla nationella kvalitetsregister så att dess potential för vårdens utveckling kan realiseras på ett bättre sätt.

Överenskommelsen innehåller bl.a. en nationell finansiering av nationella kvalitetsregister under åren 2012–2016, en ansvars- och rollfördelning och organisation av nationella kvalitetsregister samt åtgärder som förbättrar förutsättningarna för klinisk forskning och registerbaserad forskning med koppling till nationella kvalitetsregister.

Avsikten är att överenskommelsen ska leda till:

- en stabilare och snabbare utveckling av kvalitetsregistren
- bättre samordning av it-stöd och informatik



- ökad integration med vårddokumentationen för att undvika dubbelarbete
- tydligare rutiner för hur känsliga uppgifter får hanteras så att patientens integritet säkras
- tydligare riktlinjer för samverkan mellan kvalitetsregister och industrin.

Enligt parterna ska effekten av överenskommelsen bli:

- ökad kvalitet på data
- bättre analyser och återkoppling som stöd för förbättringsarbete
- bättre tillgång till, och användning av, kvalitetsregistren för forsknings- och innovationsändamål
- ökad öppenhet och tillgång till data även för patienter
- bättre och mer jämlik vård.

Genom överenskommelsen tillskapades en nationell organisation för arbetet med kvalitetsregistren. På nationell nivå finns en styrgrupp, en beslutsgrupp, en expertgrupp, ett kansli och tre referensgrupper.

Överenskommelsens effektmål har följts upp. En översyn av överenskommelsen har gjorts under 2016–2017 som ska ligga till grund för beslut om den fortsatta inriktningen kring arbetet med kvalitetsregister.

### **Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m.**

Regeringen föreslog i budgetpropositionen för 2014 en fyraårig satsning att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Satsningen pågår mellan åren 2014–2017 och omfattar totalt 450 miljoner kronor. Avsikten med strategin är att utveckla vården så att den blir effektivare, får högre kvalitet och så att den i högre grad involverar patienterna. För att visionen ska infrias lyfts följande förbättringsområden fram som särskilt viktiga. Dessa är:

1. Patientcentrerad vård
2. Kunskapsbaserad vård
3. Prevention och tidig uppmärksamhet.

Inom respektive förbättringsområde vill regeringen se en utveckling som innebär att personer med kroniska sjukdomar är mer delaktiga i vård och prevention. Hälso- och sjukvården behöver i högre grad vara kunskapsbaserad och arbetet med prevention och tidig uppmärksamhet inom hälso- och sjukvård bör utvecklas. Inom dessa områden kommer ett antal insatser att genomföras som syftar till att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar.

Strategin ska ses som ett komplement till andra strategier och insatser som regeringen initierat. Exempel är den utbyggda vårdgarantin, den nationella cancerstrategin, strategin för en god och mer jämlik vård, den nationella strategin för e-hälsa samt satsningen på de mest sjuka äldre.

Som en del i genomförandet av den nationella strategin för kroniska sjukdomar har staten och SKL ingått överenskommelser om olika insatser för bättre vård till personer med kroniska sjukdomar.

Insatser riktade mot primärvården främjas. SKL ska enligt överenskommelsen för 2017 exempelvis fortsatt stödja tillämpningen och spridningen av nationella kunskapsstöd och behandlingsrekommendationer. Enligt överenskommelsen ska SKL även fortsatt utveckla arbetet med etablerade programråd och nationella kompetensgrupper. Enligt överenskommelsen ska SKL:s insatser samordnas med Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och relevanta it-lösningar.

Andra områden som lyfts fram är att främja uppföljningen inom primärvården, bl.a. genom vidareutveckling av nationellt framtagna indikatorer och stödja implementeringen av dessa i landstingen. Vidare framhålls främjandet av ledarskap mot förbättrade patientresultat och nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården.

Inom ramen för satsningen på kroniska sjukdomar har Socialstyrelsen fått ett bredare uppdrag samt särskilda medel om 68 miljoner kronor.

Socialstyrelsens uppdrag omfattar bland annat:

- Utveckling av nationella kunskapsstöd om fler kroniska sjukdomar (psoriasis och epilepsi)

- Implementering av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder
- 30 miljoner kronor i stimulansmedel till professionens organisationer och andra relevanta organisationer för att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder samt för allmänna insatser som ska bidra till att vården blir mer kunskapsbaserad, patientcentrerad och i högre grad fokuserar på prevention och tidig upptäckt av kroniska sjukdomar.

I överenskommelsen för 2017 ingår även andra satsningar som primärt inte är en del av kronikersatsningen. Det handlar bl.a. om särskilda satsningar på samordnad uppföljning och utveckling av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och då främst cancervården och primärvården. Andra områden är patientsäkerhet där satsningar görs på att fortsätta mäta skador i vården samt satsningar på förbättrad läkemedelsinformation. När det gäller läkemedel handlar det om möjligheter till elektronisk rapportering av läkemedelsbiverkningar liksom en utvärdering av införandet av ePed.<sup>29</sup> I överenskommelsen ingår, avslutningsvis, en satsning på uppföljning av vårdens processer och resultat. Bl.a. anges satsningar på stöd till kompetensutveckling, utveckling av digitala tjänster och presentation av data, stöd till kvalitetsregister samt samverkan mellan SKL och Socialstyrelsen.

Överenskommelsen för 2017 omfattar drygt 124 miljoner kronor. Huvuddelen av dessa medel går till SKL. Övriga medel går till landstingen.

### **Stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården – en professionsmiljard/Satsning på kompetensförsörjningen inom vården**

Regeringen och SKL träffade för 2016 en överenskommelse om stöd för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården med målsättningen att göra vården bättre, mer jämlik och patientcentrerad. Överenskommelsen har varit en del av regeringens satsning på den

---

<sup>29</sup> ePed är en erfarenhets- och evidensbaserad databas för barnläkemedel som utvecklats vid Astrid Lindgrens barnsjukhus.

s.k. professionsmiljarden för åren 2016–2018. Överenskommelsen är inriktad på tre utvecklingsområden:

- it-stöd och processer för att förenkla administrationen och ge bättre information
- smartare användning av medarbetarnas kompetens
- stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning.

Genom professionsmiljarden ska cirka 950 miljoner kronor fördelas årligen mellan landstingen, vilket ska möjliggöra insatser inom de tre uppräknade områdena. Resterande 50 miljoner kronor är avsedda att användas för stöd-, utvecklings- och uppföljningsarbete på nationell nivå.

Satsningen ska följas upp genom att landstingen ska redovisa vilka åtgärder som vidtagits inom de tre utvecklingsområdena. Landstingen ska också redovisa hur de involverat patientnära verksamheter samt medarbetarföreträdare i sitt arbete. Avsikten är att uppföljningarna ska användas för att utveckla kommande års överenskommelser.

I överenskommelsen för 2017–2018 öronmärktes årligen 300 miljoner kronor för att ge möjlighet till specialistutbildning av sjuksköterskor. Medlen ska göra det möjligt för medarbetare att kombinera studier med arbete genom utbildningsanställningar och olika former av utbildningsförmåner.

### **Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017**

Regeringen och SKL har under flera år särskilt prioriterat arbetet med psykisk hälsa. Särskilda utredningar har tillsatts liksom olika nationella samordnare. Särskilda medel har gått ut till huvudmännen och SKL för olika insatser.

I december 2015 tillsatte regeringen en särskild samordnare för psykisk ohälsa; Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09).

Huvuduppgifterna för samordnaren är bl.a. att stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa och verka för att arbetet samordnas på nationell nivå och identifiera utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa.

En samordningsfunktion för psykisk hälsa finns också på SKL, benämnd Uppdrag psykisk hälsa. Funktionen är bl.a. resultatet av överenskommelsen om psykiatri mellan regeringen och SKL för 2016, då staten avsatte 60 miljoner kronor till samordningsfunktionen, utvecklingsstödande arbete samt analysstöd. Uppdrag psykisk hälsa har en egen webbplats.

## Överenskommelsen om psykisk hälsa 2017

Syftet med överenskommelsen mellan regeringen och SKL för 2017 anges vara att skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete med ett gemensamt ansvarstagande från aktörer som är berörda (stat och huvudmän).

Målsättningen är att befolkningen ska erbjudas individ- och behovsanpassade samt effektiva insatser av god kvalitet när det gäller området psykisk hälsa såväl vad gäller förebyggande och främjande insatser, som medicinsk behandling och sociala insatser. Insatserna ska vara jämlika, jämställda och tillgängliga.

Överenskommelsen för 2017 omfattar totalt 885 miljoner kronor varav 780 miljoner kronor utgör stimulansmedel till kommuner och landsting/regioner. Medlen ska användas av huvudmännen, enskilt eller i samverkan för fortsatt analysarbete, revidering av kort- och långsiktiga mål samt uppföljning och vid behov revidering av lokala och regionala handlingsplaner (250 miljoner kronor). Vidare tillförs särskilda medel till landstingen för att fortsätta stimulera och rusta nya initiativ för att nå unga (150 miljoner kronor). 130 miljoner kronor tillförs kommuner och landsting för att användas till fortsatt satsning på ungdomsmottagningar.

Stimulansmedlen fördelas av SKL utifrån en särskild fördelningsnyckel, baserad på befolkningsunderlaget.

Av de avsatta medlen får SKL disponera 60 miljoner kronor för fortsatt samordning och utvecklingsstödande arbete samt för analys-, metod- och uppföljningsstöd till kommuner och landsting. Därutöver tilldelas SKL 45 miljoner kronor för att stödja utvecklingen av strukturen för kunskapsspridning och kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och ohälsa. En stor del av dessa medel ska fördelas till huvudmännen.

*Nationell struktur för kunskapsutveckling*

En del av överenskommelsen handlar om att skapa en nationell struktur för kunskapsutveckling. SKL inkom till regeringen i juni 2016 med ett förslag till en ny struktur för kunskapsutveckling som i huvudsak utgår från att 21 ”noder” tillskapas i landstingen/kommunerna med förstärkt kompetens avseende kunskapsförmedling, uppföljning och implementeringskompetens. Utöver detta föreslås att ett stort antal kunskapscentrum inrättas hos huvudmännen för att stödja de länsvisa noderna med kunskap.

Utredningen om nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09) inkom till regeringen i maj 2016 med ett alternativt förslag. Enligt samordnaren var det högst tveksamt om SKL:s förslag svarade mot statens behov av att stödja implementering, effektivisera myndigheternas arbete med kunskaps-sammanställning för att bättre svara mot verksamheternas behov samt öka transparensen i vad som görs för kunskapsutveckling och inte görs lokalt.

Enligt samordnaren borde staten stödja inrättandet av sex stödjande noder, med samma kompetensprofiler som SKL föreslår – kunskaps-spridning, uppföljning och implementeringsstöd. Vidare föreslog att en statlig kontroll- och samarbetsfunktion knyts till noderna bestående av en person från Socialstyrelsen och en från Folkhälsomyndigheten. Deras uppdrag är att å statens vägnar upprätta avtal med respektive nod samt ta emot och analysera respektive nods årsrapporter. Detta för att säkerställa att det arbete som utförs är det som är överenskommet samt att det ger effekt i enlighet med intentionen – att öka kunskapen i länen på de områden där kunskapen brister, ökar takten i implementering av kunskapsbaserade metoder och utfasning av ineffektiva metoder samt ökar transparensen i uppföljning och analys.

Avsikten är att uppbyggnaden av kunskapsstödsstrukturerna ska påbörjas under 2017.

**En förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa**

År 2016 slöt regeringen och SKL en överenskommelse om satsningar i förlossningsvården och om vård som stärker kvinnors hälsa. Initialt skulle överenskommelsen omfatta 200 miljoner kronor för 2015

samt 400 miljoner kronor per år för perioden 2016–2019. Därutöver aviserades en riktad primärvårdssatsning om 130 miljoner kronor per år för perioden 2016–2019 med fokus på kvinnors hälsa. Den största delen i överenskommelsen utgörs av ett stimulansbidrag till landstingen i syfte att stärka förlossningsvården.

Detta ska ske genom insatser för kompetensförsörjning och stärkt bemanning liksom ett nationellt arbete för en mer kunskapsbaserad och jämlik förlossningsvård. Enligt överenskommelsen finns det i dag tydliga variationer i såväl arbetsmetoder som i medicinska resultat i förlossningsvården. Överenskommelsen omfattar också ett särskilt stimulansbidrag till landstingen för att förbättra primärvårdens insatser för kvinnors hälsa. SKL har ett särskilt ansvar för att samordna insatserna.

I överenskommelsen framhålls att det finns flera indikationer på att det saknas tillräcklig kunskap om flera vanliga kvinnosjukdomar och symptom som kvinnor ofta får. Enligt parterna är det därför angeläget att identifiera bristerna och att utveckla kunskapsstöden i vården för att förbättra behandlingsresultaten för dessa och skapa en mer jämlik vård. Förutom att utveckla kunskapen för den medicinska behandlingen anges att det också finns ett behov av att utveckla kunskapen kring vad som är ett bra bemötande av patienten.

År 2017 slöts en ny överenskommelse om förlossningsvården som avsåg perioden 2017–2019. Överenskommelsen omfattar 511 miljoner kronor för år 2017 och avsikten är att motsvarande belopp ska avsättas för åren 2018 och 2019. Den nya överenskommelsen utgår från den gamla överenskommelsen men innehåller två nya områden. Dels finns krav på att insatser som främjar den sexuella och reproduktiva hälsan hos kvinnor – särskilt i socioekonomiskt utsatta områden – ska prioriteras. Dels ska jämlikt stöd för både män och kvinnor i föräldraskapet lyftas fram. Bortsett från sex miljoner kronor till SKL för samordning, är medlen avsatta för landstingen direkt.

## **Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten 2016**

Regeringen och SKL har årligen mellan 2011 och 2016 tecknat överenskommelser om stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Överenskommelserna utgick från en plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i

socialtjänsten som regeringen och SKL enades om 2010. Arbetet har bl.a. fokuserat på att utveckla regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten och angränsande hälso- och sjukvård. Stödstrukturerna är utformade utifrån förutsättningarna i respektive län.

2016 års överenskommelse syftade till att:

- stärka de regionala samverkans- och stödstrukturerna inför överenskommelsens avslut efter 2016
- stödja pågående utvecklingsåtgärder inom socialtjänstens verksamhetsområde för en evidensbaserad praktik
- fortsätta stödja uppbyggnad av NSK-S och programråd inför lokal finansiering 2017.

Satsningen omfattade totalt 25 miljoner kronor varav huvuddelen utbetalades till regionala samverkans- och stödstrukturerna i respektive län för att stötta pågående utvecklingsåtgärder.

Områdena för regionalt utvecklingsarbete under 2016 var bl.a. stöd till den sociala barn- och ungdomsvården och stöd till lokalt och regionalt utvecklingsarbete inom äldreomsorgen.

SKL fick särskilda medel från staten för att samordna överenskommelsen, 7 miljoner kronor. Dessa medel användes också för stöd till uppbyggnad av Nationell Samverkansgrupp för Kunskapsstyrning inom Socialtjänsten (NSK-S) samt för att med NSK bygga upp gemensamma programråd inom området psykisk hälsa.

Överenskommelsen för år 2016 var den sista i satsningen på överenskommelser till stöd för utveckling av en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Resultaten slutredovisades den 31 mars 2017.

### **Kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2016–2018**

Sedan 2006 har regeringen och SKL ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen genom den så kallade sjukskrivningsmiljarden.

Frågor som har varit prioriterade för att förbättra sjukskrivningsprocessen och rehabiliteringsprocessen är exempelvis utvecklandet



av en koordineringsfunktion, åtgärder inom ledning och styrning, införande av elektroniska läkarintyg och utveckling inom försäkringsmedicin för att åstadkomma en god vård som är effektiv och kvalitetssäker.

Bl.a. har ett bedömningsstöd utvecklats som ska bidra med ett samlat, individbaserat kunskapsunderlag så att läkarens bedömning inför eller under en sjukskrivning kan ske med större träffsäkerhet än i dag. Avsikten är att stödet också ska stödja hälso- och sjukvården att tidigt identifiera individer som har behov av specifika eller samordnade insatser, som kan förkorta eller helt undvika en individs sjukskrivning.

I februari 2017 tecknades en ny, tvåårig överenskommelse mellan staten och SKL. Målet med årets överenskommelse anges vara att slutföra flera av de insatser som utvecklats genom tidigare överenskommelser. Det gäller bland annat kompetenssatsning i försäkringsmedicin och funktion för koordinering och utvecklingsarbetet inom utökat elektroniskt informationsutbyte.

Den nya tvååriga överenskommelsen omfattar totalt 2,88 miljarder kronor. Av dessa är 500 miljoner avsatta per år för ersättning till landstingen för rehabiliteringsinsatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta, och cirka 730 miljoner för landstingens utvecklingsarbete inom olika områden.

## Överenskommelse om patientsäkerhet 2011–2014

Regeringen har under perioden 2011–2014 årligen ingått överenskommelser med SKL om att förbättra patientsäkerheten. Syftet har varit att stärka ledningen och styrningen av patientsäkerhetsarbetet i landstingen genom prestationsbaserad ersättning. Överenskommelserna har omfattat sammanlagt 2,5 miljarder kronor.

Det har funnits fem grundkrav som måste vara uppfyllda för att landstingen ska kunna ta del av den prestationsbaserade ersättningen. Landstingen måste:

1. upprätta patientsäkerhetsberättelser
2. delta i nationella patientenkäter för somatisk öppen- och slutenvård
3. ha utfört minst en mätning av patientsäkerhetskulturen

4. arbeta systematiskt med strukturerad journalgranskning vid alla sjukhus
5. ha anslutit sig och använda nationella patientöversikten (NPÖ).

De landsting som har uppfyllt ovanstående grundkrav har fått ta del av de prestationsbaserade bidragen enligt sex identifierade områden och indikatorer.

## 7 Huvudmännens och SKL:s arbete med nationella strukturer för kunskapsstyrning

Hos hälso- och sjukvårdens huvudmän, det vill säga landstingen och kommunerna, pågår flera aktiviteter på nationell nivå inom kunskapsstyrningsområdet. En del aktiviteter görs inom ramen för överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Lands-ting (SKL) och då ofta med statlig finansiering. Andra aktiviteter samordnas eller drivs av SKL. Vissa aktiviteter bedrivs och finansieras av sjukvårdsregionerna eller av landstingen i samverkan.

Nedan följer en beskrivning av huvudmännens aktiviteter och initiativ som på ett eller annat sätt har ett nationellt fokus. Lands-tingens och hälso- och sjukvårdsregionernas egna strukturer be-skrivs i kapitel 8.

### 7.1 En landstingsgemensam struktur för kunskapsstyrning

År 2016 beslutade styrelsen i SKL att rekommendera landstingen att ställa sig bakom ett förslag om att gemensamt och långsiktigt delta i, stödja och finansiera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Syftet med en sammanhållen struktur är att ge bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. En interimistisk styrgrupp med representanter från huvud-männen och SKL tillsattes med uppdraget att etablera den samman-hållna strukturen. Ett förslag till struktur utarbetades i dialog med bland annat landstingsledningarna på politisk nivå och tjänstemanna-nivå. Förslaget innehåller bl.a. styrmodell, roller, ansvar och uppdrag

för den nationella nivån men även för den regionala och lokala nivån och beskrivs nedan.

Den 12 maj 2017 beslutade styrelsen i SKL att rekommendera landsting och regioner att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning i enlighet med det förslag som utarbetats under 2016–2017.

Av beslutet följer att styrelsen föreslår att landstingen och regionerna omgående men senast den 31 oktober 2017 godkänner och ställer sig bakom rekommendationen. En anmälan ska göras till SKL när de lokala besluten är fattade.

Av beslutet följer vidare att finansieringen för samverkansdelarna inom strukturen ska ske genom landstingsgemensamt avsatta medel. Som finansieringskälla anges medel från tidigare beslutade landstingsgemensamma aktiviteter så som programrådsstrukturen, Nationell Patientenkät och stöd till uppföljning och analys.

#### **Förbundsstyrelsens beslut den 12 maj 2017**

Styrelsen har beslutat att rekommendera landsting och regioner att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning i enlighet med förslaget.

Landsting och regioner föreslås var och en och i enlighet med egna delegationsordningar fatta beslut i enlighet med förslaget om att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning vilket innebär:

- Att landsting och regioner i samverkan arbetar utifrån den gemensamma visionen: Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa. Tillsammans gör vi varandra framgångsrika.
- Att landsting och regioner samarbetar inom den gemensamma strukturen för kunskapsstyrning.
- Att landsting och regioner anpassar sin regionala och lokala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen med syfte att få styrka genom hela systemet.
- Att landsting och regioner långsiktigt säkrar en regional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen.

- Att landsting och regioner avsätter resurser regionalt i form av att ta på sig värdskap för ett antal programområden, tillsätter ordförande och processledare för aktuella programområden samt avsätter tid för experter att delta i programområden och samverkansgrupper.
- Att landsting och regioner, med stöd av SKL, etablerar en gemensam organisations- och styrmodell för en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning genom att:
  - inrätta nationella programområden med experter inom sjukdomsspecifika eller organisatoriska fält
  - tillsätta nationella samverkansgrupper med experter inom tvärgående områden så som; uppföljning och analys, läkemedel och medicinsk teknik, patientsäkerhet etc.
  - tillsätta en strategisk styrgrupp – styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan (SKS)
  - tillsätta en beredningsgrupp som bereder ärenden inför ställningstagande och beslut i styrgruppen (SKS)
  - inrätta en nationell stödfunktion, som utgår från och i första hand bemannas från SKL
- Att landsting och regioner följer och gör de förändringar som krävs regionalt och lokalt utifrån beslut tagna av styrgruppen (SKS) i frågor rörande den nationella strukturen.
- Att landsting och regioner tar politiskt inriktningsbeslut om styrgruppens uppdrag, mandat och den finansiella ram som styrgruppen råder över för det gemensamma arbetet och att sjukvårdshuvudmannens politiska ledning utser landstings-/regiondirektören till ombud för hantering av frågan framåt.
- Att landsting och regioner följer och gör de förändringar som krävs regionalt och lokalt utifrån beslut tagna av styrgruppen (SKS) i frågor rörande den nationella strukturen.
- Att landsting och regioner tar politiskt inriktningsbeslut om styrgruppens uppdrag, mandat och den finansiella ram som styrgruppen råder över för det gemensamma arbetet och att sjukvårdshuvudmannens politiska ledning utser landstings-/regiondirektören till ombud för hantering av frågan framåt.

## Organisationen utgår från programområden

Organisationsstrukturen utgår från ämnesspecifika programområden som exempelvis infektion, hjärta/kärl och omvårdnad samt samverkansgrupper för uppföljning och analys, läkemedel och patientsäkerhet. Strukturen ska initialt innefatta 22 nationella programområden med experter, varav 17 är sjukdomsspecifika och fem av mer organisatorisk art, som akutvård och rehabilitering, se figur 7.1.

Den landstingsgemensamma stödstrukturen är uppbyggd som en matris bestående av programområden och samverkansgrupper. Programområdenas uppdrag är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält. De har bland annat uppdraget att följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser, identifiera när det saknas kunskapsstöd och bidra i arbetet med användning och utveckling av relevanta nationella kvalitetsregister. Analyser inom fältet och förslag från enskilda programområden ska innehålla ekonomiska värderingar som underlag för prioriteringar.

Avsikten är även att särskilda expert- och projektgrupper ska kunna kopplas till programområdet för genomförandet av olika aktiviteter. Expert- och projektgrupper ska bl.a. kunna bidra i framtagandet av nationella vårdprogram, delta i arbete med nationell och regional nivåstrukturering samt bidra i diskussioner om kompetensförsörjning och e-hälsa. Enligt beslutsunderlaget är avsikten att primärvårdsperspektivet alltid ska beaktas och att patientinvolvering alltid ska övervägas i programområdenas konkreta arbete. Vidare ska programområdena även ha i uppdrag att samverka med varandra i områden där det utifrån patientperspektivet bedöms nödvändigt. Programområden som avser diagnostik, vård och behandling utifrån en mer organisatorisk aspekt, ska genomföra sitt uppdrag i nära samverkan med de mer medicinska områdena.

## Sjukvårdsregionerna får ansvar för olika programområden

Vårdskapet för programområdena ska fördelas mellan regionerna. Inom varje område ska det emellertid finnas experter från alla sex sjukvårdsregioner representerade. Varje programområde ska ha tillgång till ett regionalt processstöd i form av en processledare som tillsätts och finansieras av vårdregionen. Den nationella stödfunktionen ska ha i uppdrag att stödja respektive programområdes processledare i arbetssätt och metodanvändning.

Därutöver ska nationella samverkansgrupper tillsättas för följande sex områden:

- Metoder för kunskapsstöd,
- Nationella kvalitetsregister,
- Uppföljning och analys,
- Läkemedel och medicintekniska produkter,
- Forskning och Life Science,
- Patientsäkerhet.

Uppdraget till dessa grupper är att leda och samordna det nationella gemensamma arbetet inom området. Samverkansgrupperna ska bemannas med experter och företrädare från respektive sjukvårdsregion samt från SKL. Samverkansgrupperna ska, om det bedöms relevant, även kunna bestå av företrädare från myndigheter och andra intressenter.

I underlaget till beslutet om samverkansstrukturen poängteras att en förutsättning för att kunskapsstyrningsmodellen ska nå maximal nytta, är att landstingen möter upp med regionala organisationer som kan ta emot och omsätta det som tas fram nationellt. Detta för att anpassa förslagen efter lokala förutsättningar så att de når hela vägen ut till patientmötet. Avsikten är att utgå från sjukvårdsregionernas befintliga medicinska samverkansgrupper och kunskapsstyrningsorganisationer.

## Arbetet ska ledas av en strategisk styrgrupp – SKS

En strategisk styrgrupp ska bildas för att leda arbetet: styrgrupp för kunskapsstyrning i samverkan (SKS). Uppdraget ska vara att verka för att kunskapsstyrningen blir ett stöd för huvudmännen och professionen och att den är samordnad, effektiv, ändamålsenlig och användbar. Styrgruppen ska vidare godkänna verksamhetsplaner, fördela och följa upp de gemensamma medlen, hålla riktningen utifrån vision- och målbeskrivning och göra horisontella prioriteringar för kunskapsstyrningsfältet.

Styrgruppen ska få sitt uppdrag och mandat från landstingspolitikerna. Styrgruppen ska bestå av två representanter från landstingsdirektörsföreningen, fyra representanter hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket samt en representant från SKL (direktören för avdelningen för vård och omsorg). Samtliga sex sjukvårdsregioner ska också vara representerade. Styrgruppen ska kunna utökas med ytterligare ledamöter om behov finns. Till styrgruppen ska kopplas en sekreterarfunktion, en beredningsgrupp och vid behov ett arbetsutskott.

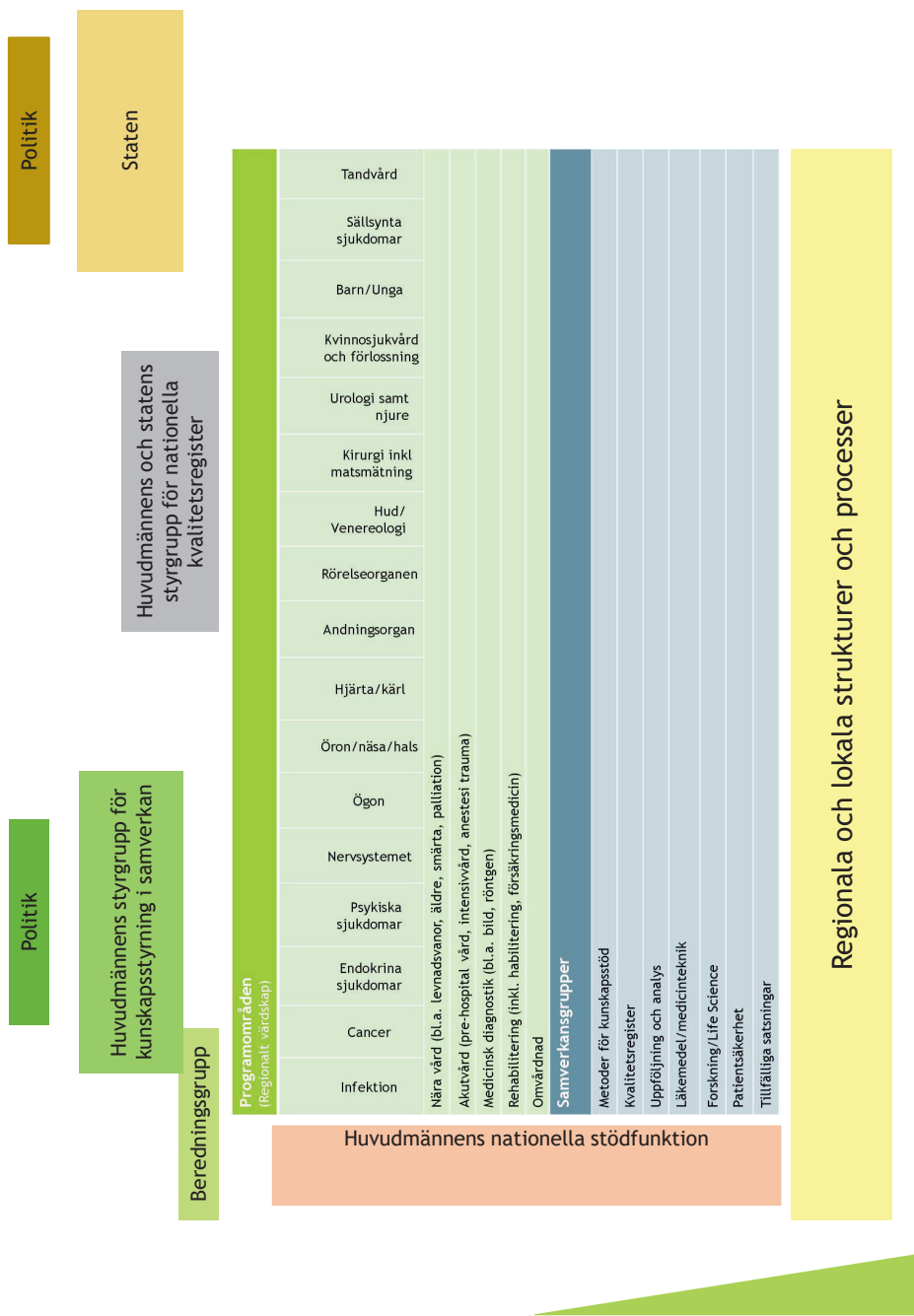
Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan ska samverka med de nationella kvalitetsregistren. Inom ramen för kunskapsstyrningsmodellen ska därför en särskild samverkansgrupp för kvalitetsregister tillsättas med en tillhörande stödfunktion för den nationella samordningen och administrationen, se figur 7.1.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Sveriges Kommuner och Landsting, Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning, Meddelande från styrelsen nr 9/2017, 2017-05-12, ärendenr S/06658.



Figur 7.1 Den landstingsgemensamma strukturen för kunskapsstyrning



## 7.2 Befintliga kunskapsstyrningsaktiviteter

Nedan beskrivs pågående aktiviteter och grupperingar inom kunskapsstyrningsområdet. Avsikten är att majoriteten av ska anpassas och införlivas i den struktur för kunskapsstyrning som beskrivs ovan. Initiativ som rör data, däribland Öppna jämförelser, Sveus, Kolada och Vården i siffror, beskrivs närmare i kapitel 11.

### 7.2.1 Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NSK)

Den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) bildades 2008 för att öka samverkan för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdsregioner, SKL, professionsföreningar och myndigheter som bland annat Socialstyrelsen, SBU och Läkemedelsverket stod bakom initiativet och ingår i gruppen. NSK är ett forum för samverkan, kommunikation och förankring. Beslut som fattas i NSK är inte formellt eller juridiskt bindande, utan bygger på förankring med förväntan om införande. I NSK:s uppdrag ingår att samverka för en formell struktur för kunskapsstyrning och att bidra till urvalet av områden som ska få nationella kunskapsunderlag. NSK ska också verka för en större nytta av nationella kunskapsunderlag och bidra i arbetet med att ta fram indikatorer för god vård och nationella register.

I rollen som ledamot i NSK ingår ett ansvar för fortlöpande informationsutbyte, kommunikation och förankring på hemmaplan av NSK:s arbete. De NSK-ledamöter som kommer från de sex sjukvårdsregionerna ingår också i NSK-regiongrupp (här ingår inte myndigheternas NSK-ledamöter). NSK-regiongrupp som utgör ledningsgrupp för de nationella programråden (se avsnitt 7.2.3) nominerar och beslutar om ledamöter till programråden och utser ordförande i respektive programråd. NSK-regiongrupp rapporterar till hälso- och sjukvårdsdirektörerna och följer löpande upp programrådets arbete.

## 7.2.2 Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (NSK-S)

Även inom socialtjänstens område finns en samverkansgrupp för kunskapsstyrning, NSK-S. Syftet med gruppen är att samordna arbetet med strategiska frågor som stödjer utvecklingen av en evidensbaserad praktik inom socialtjänstområdet. NSK-S ska underlätta dialog mellan huvudmän inom socialtjänst, samt mellan huvudmännen och de kunskapsstyrande myndigheterna. I uppdraget ingår att identifiera behov av kunskapsstöd och bidra till urvalet av områden som ska få nationella kunskapsunderlag. NSK-S jobbar för att den kommunala och regionala nivån ska få bästa möjliga kunskapsstöd från aktörer på nationell nivå och att det nationella stödet blir samordnat, strategiskt och långsiktigt. Stödet ska vara anpassat till användarnas villkor och NSK-S bidrar till detta genom att vara en arena för strukturerad dialog och fånga upp och väga samman lokala, regionala och nationella perspektiv.

NSK-S fattar inte juridiskt bindande beslut. De formella beslutsvägarna återfinns inom ramen för respektive ingående aktör. I NSK-S ingår företrädare för kommuner, kommunernas samverkansarenor på regional nivå, representanter för FoU Välfärd, kunskapsstyrande myndigheter samt SKL. NSK-S utgör tillsammans med NSK-region ledningsgrupp och uppdragsgivare till programråden inom psykisk hälsa.<sup>1</sup>

## 7.2.3 Nationella programråd

Sedan 2012 har regionerna, med stöd av SKL, etablerat ett antal så kallade nationella programråd. För närvarande finns tre programråd inom kroniska sjukdomar,<sup>2</sup> tre inom psykisk hälsa<sup>3</sup> samt fem inom andra områden inom vården.<sup>4,5</sup> De nationella programråden är tänkta att fungera som ett komplement till andra redan befintliga processer inom kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården för att främja

<sup>1</sup> SKL, Strategidokument, Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (NSK-S), 2014.

<sup>2</sup> Astma/KOL, diabetes, stroke.

<sup>3</sup> ADHD, barn och ungas psykiska hälsa samt depression och ångest.

<sup>4</sup> Antibiotikaförebyggande arbete, biobanker, internetbaserad stöd och behandling, levnadsvanearbete i hälso- och sjukvården samt primärvård.

<sup>5</sup> SKL, Kunskapsstyrning, nationella programråd, 2016.

jämlik vård. De har som huvudsakliga uppdrag att bidra till ökad kunskap samt att vara en arena för dialog och samverkan mellan den lokala, regionala och nationella nivån. Programråden ska fortlöpande följa och analysera kunskapsutvecklingen inom sina respektive områden, identifiera förbättringsområden och kartlägga befintliga kunskapsunderlag. De ska identifiera oönskade variationer i vårdpraxis och utförandefall samt lyfta fram goda exempel. Till programrådets uppgifter hör även att identifiera behov av klinisk forskning och nya eller reviderade kunskapsunderlag. Där vetenskapligt stöd saknas ska programråden bidra till konsensusutlåtanden. Varje programråd ska utarbeta nationella vårdprogram, riktlinjer och standardiserade vårdplaner samt beslutsunderlag och indikatorer. I förekommande fall ska specifika uppdrag genomföras.

Ett landsting är värd för varje programråd och utser också en processledare som samordnar programrådets arbete. Expert- och arbetsgrupper sätts samman beroende på aktuell frågeställning som rådet för tillfället arbetar med. Dessa rekryteras genom dialog med landsting och regioner. Experterna i programråden ska vara från olika professioner och representera hela vårdkedjan.

NSK-region och NSK-S är ledningsgrupp och uppdragsgivare för programråden och SKL har en stödjande funktion. Varje sjukvårdsregion utser minst en ledamot till respektive programråd. Ledamöterna är tänkta att utgöra en länk till den egna regionens arbete med kunskapsstyrning för att försäkra förankring och dialog. Eventuella beslut tas inte i programråden utan hos huvudmännen. Respektive landsting och sjukvårdsregion förväntas samplanera med kommunerna och tanken är att det lokalt ska byggas upp strukturer som kan möta upp mot den nationella programrådsstrukturen.<sup>6,7</sup>

De flesta programråden har startat under det senaste året och har därför inte kommit igång med någon omfattande verksamhet. Nedan beskrivs de programråd som har kommit längre i etableringsarbetet.

---

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> SKL, Nationella programrådets uppdrag, 2016.

## Nationellt programråd för diabetes

Nationella programrådet för diabetes var det första programrådet som bildades och har funnits sedan 2014. Programrådet har identifierat framgångsfaktorer hos landsting och vårdenheter med särskilt goda resultat för diabetesvården vilka presenteras i rapporten ”Framgångsfaktorer inom diabetesvården”.<sup>8</sup> Utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvården<sup>9</sup> har programrådet identifierat förbättringsområden och tagit fram nationella kunskapsunderlag i form av behandlingsstrategier och vårdprogram för diabetes typ 2, diabetes typ 1, barn och unga med diabetes typ 1 och äldre med diabetes. Ett kulturanpassat utbildningsmaterial på arabiska och en webbutbildning kring äldre med diabetes riktat till kommunal omsorgspersonal har också tagits fram, liksom ett stöd vid upphandling av CGM eller insulinpump.

Förbättringsområden som identifierades inför 2017 är behov av harmonisering av bästa tillgängliga kunskap kring fotvård vid diabetes samt ett behov av att kartlägga befintliga e-hälsolösningar inom området diabetes samt eventuellt utvärdera e-hälsoapplikationer.

Programrådets ledamöter kommer som beskrivet ovan från de sex sjukvårdsregionerna och från Nationella diabetesregistret, Barnläkarföreningen och Svenska diabetesförbundet. Referensgrupper med kontaktpersoner från landstingen och Nationella diabetesteamet är också kopplade till programrådet. Inom sjukvårdsregionerna finns regionala diabetesprogramråd som är knutna till det nationella arbetet. De regionala programråden är lite olika organiserade och har utvecklats olika långt. Det nationella programrådets ledamöter deltar i dessa råd och de används som en viktig kontaktyta för det nationella programrådets arbete. Det pågår också ett arbete med att bygga diabetesprogramråd i alla landsting.<sup>10,11</sup>

---

<sup>8</sup> SKL, *Framgångsfaktorer i diabetesvården – En jämförande studie av diabetesvård i primärvård* 2013.

<sup>9</sup> Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för diabetesvård – stöd för styrning och ledning*, 2015.

<sup>10</sup> Information från processledare för Nationellt programråd för diabetes.

<sup>11</sup> SKL, *Nationellt programråd för diabetes*, 2016.

## Nationella programrådet för stroke

Programrådet för stroke har sedan starten 2014 tagit fram en rad kunskapsstöd och rapporter. Behovet av kunskapsstöd kartlades genom en enkät, och stöd kring körkort efter stroke eller TIA samt stöd kring reperfusionsterapi efterfrågades. Givet detta togs kunskapsstöd på dessa områden fram under 2016. Programrådet planerar framöver att ge kunskapsstöd inom en rad områden som kommer att baseras på Socialstyrelsens reviderade nationella stroke-riktlinjer<sup>12</sup> som är planerade att komma under 2017. Detta kommer göras av tids- och arbetsbesparingskäl samt för att åstadkomma viss likriktning. Kunskapsstöden är tänkta att användas regionalt efter eventuella lokala modifieringar.

Ett av programrådets mål för 2016 var att kvalitetssäkra och skapa jämlik trombektomi-verksamhet.<sup>13</sup> Programrådet har lett två arbetsgrupper under 2016 för att arbeta fram förslag om krav på utbildning och kompetens hos blivande neurointerventionister<sup>14</sup> och underlag om vad som är funktionella upptagningsområden för trombektomacentrum<sup>15</sup>. Rapporten som tas fram kommer att tjäna som underlag för huvudmännen för att skapa en samsyn kring kvalitetsmässig trombektomiverksamhet samt som kunskapsstöd om förutsättningar för implementering av trombektomi i hela landet.

Under 2016 gjorde programrådet en inventering av strokekompetensutbildning (SKU) på sjukhusen för att få insyn i om innehåll och kvaliteten av SKU skiljer sig åt mellan sjukhusen. Inventeringen gav en positiv bild av SKU i landet.

Ett annat mål för programrådet är att kvalitetssäkra landets strokeenheter med hjälp av kriterier för kvalitetssäkring eller certifiering. Detta görs med hjälp av metoden triangelrevision och innebär att strokeenheter granskar varandras verksamhet utifrån definierade kriterier.<sup>16</sup> Respektive verksamhet får återkoppling kring kvaliteten på medicinskt omhändertagande, omvårdnad, rehabilitering, kommunikation och delaktighet samtidigt som systematiska brister i organisation identifieras. Arton strokeenheter ingick i en pilot hösten 2016. Övriga

<sup>12</sup> Socialstyrelsen, Revidering av Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2016.

<sup>13</sup> SKL, Stroke, nationellt programråd, 2016.

<sup>14</sup> Som genomför trombektomin.

<sup>15</sup> Tid till behandling är av avgörande betydelse för resultatet och det är därför viktigt att avståndet till närmaste trombektomiverksamhet inte är för långt.

<sup>16</sup> Kriterierna är baserade på Socialstyrelsens nationella strokeriktlinjer.

strokeenheter i landet kommer att erbjudas triangelrevision som kvalitetsförbättringsarbete under 2017–2018.

En jämförande studie av skillnader och likheter mellan olika landstings och sjukhus akuta strokevård har genomförts på uppdrag av programrådet. Arton framgångsfaktorer har tagits fram och presenteras i rapporten ”Framgångsfaktorer i strokevården”.<sup>17</sup> Rapporten vänder sig i första hand till ansvariga tjänstemän och till dem inom professionerna som arbetar med strokevård. En inspirationsskrift har tagits fram utifrån rapporten som framför allt vänder sig till professionen.<sup>18</sup>

### Nationellt programråd för astma och KOL

Nationella programrådet för astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) har funnits sedan 2014 och arbetar med fyra utvalda insatsområden relaterade till högt prioriterade rekommendationer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL.<sup>19</sup> Ett insatsområde för astma berör vikten av rätt diagnostik, vilket också är en förutsättning för en ändamålsenlig och kostnadseffektiv användning av astmaläkemedel. Ett annat är att patientens delaktighet ska öka så att patienten själv kan ta kontroll över sin astma. Ett förbättringsområde som identifierats är att många som lever med KOL inte har fått någon diagnos. Ett insatsområde för KOL är därför diagnostik med hjälp av en korrekt utförd spirometriundersökning.

Under 2017 kommer behandlingsstrategier, behandlingsrekommendationer och kunskapsstöd att tas fram för att underlätta rätt diagnostik, genomföra behandlingsplaner tillsammans med patienten, öka användning av frågeformulär för astmakontroll och symptomkontroll vid KOL samt öka interprofessionell samverkan.<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> SKL, *Framgångsfaktorer i strokevården – en jämförande studie av strokesjukvård*, 2015.

<sup>18</sup> Information från processledaren för nationellt programråd stroke.

<sup>19</sup> Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)* 2015.

<sup>20</sup> SKL, *Astma och KOL, nationellt programråd*, 2016.

## Programråd Strama

Programråd Strama är en ny arbetsform för Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens). Strama bildades 1995 som ett frivilligt nätverk på initiativ av Referensgruppen för Antibiotikafrågor (RAF) inom Svenska Läkarsällskapet tillsammans med Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Utgångspunkten var att alla berörda myndigheter och organisationer behövde ta ett gemensamt ansvar för att en enhetlig strategi skulle utvecklas och genomföras. En nationell ledningsgrupp bildades, och inom ett år hade 21 lokala Strama-grupper bildats med samarbete mellan olika specialiteter.

Programråd Strama ska bidra till att uppnå en antibiotikaanvändning som i minsta möjliga mån driver resistensutvecklingen framåt och som samtidigt inte leder till underbehandling eller att patienter kommer till skada. Ett av Programråd Stramas mål för 2016 är att via en aktiv och uppdaterad hemsida publicera behandlingsrekommendationer från bland annat Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Svensk Lungmedicinsk förening, Socialstyrelsen, SBU och Svenska Infektionsläkarföreningen. Det finns även länkar till landstingens lokala rekommendationer inom antibiotikaområdet och statistik på antibiotikaförsäljning och resistens. Programråd Strama samordnar de lokala stramagrupperna och det är här som arbetet i stor utsträckning utförs. De lokala grupperna är sammansatta av kompetens från alla berörda områden och bedöms av programrådet behöva en basresurs av läkare och apotekare med finansierad arbetstid för att kunna genomföra arbetet. Några metoder som används inom arbetet är fortbildning av läkare och sjuksköterskor, symposier och möten, årlig återkoppling av individuella förskrivningsdata till läkare samt kunskapsspridning till allmänheten.<sup>21</sup>

### 7.2.4 Landstingens samverkansmodell för vissa läkemedelsfrågor

Alla landsting har anslutit sig till en samverkansmodell, där man arbetar gemensamt med prissättning, introduktion och uppföljning av läkemedel. Målsättningen är en jämlik och kostnadseffektiv läke-

---

<sup>21</sup> Strama, Programråd Strama, 2016.



medelsanvändning för alla patienter i hela landet. Tanken är att värdefulla läkemedel ska nå patienterna utan onödigt dröjsmål samt att landstingen kan uppträda gemensamt som köpare och kravställare. Samverkansmodellen samfinansieras av alla landsting och bemannas huvudsakligen av de fyra största landstingen. Modellen ska göra att sjukvårdshuvudmännen kan fatta välgrundade och snabba beslut om användning av nya och mer kostsamma läkemedel.<sup>22</sup>

## Ordnat införande av nya läkemedel

En integrerad del av landstingens samverkansmodell för läkemedel är ”Ordnat införande av nya läkemedel” (Ordnat införande). Ordnat införande är en nationell process där alla landsting, ett flertal myndigheter och läkemedelsföretag samarbetar för att uppnå en jämlik, kostnadseffektiv och ändamålsenlig användning av nya läkemedel. Alla nya läkemedel omfattas inte av nationellt ordnat införande. Den gemensamma processen går ut på att identifiera och arbeta med läkemedel där det finns ett behov av att landsting samverkar för att läkemedelsanvändningen ska bli jämlik, kostnadseffektiv och ändamålsenlig. Ordnat införande av nya läkemedel kan ske på tre nivåer. Nivåerna avspeglar vikten av att landstingen samverkar vid införandet. Att ett läkemedel inte omfattas av nationellt ordnat införande innebär därför inte att det inte anses betydelsefullt.

Den nationella ordnat införandeprocessen inleds med så kallad horisontspaning på nya läkemedel och indikationer. Målet med horisontspaningen är att ge landstingen bättre framförhållning i arbetet med att förbereda vården för introduktion av nya läkemedel. Resultaten från horisontspaningen presenteras i en så kallad tidig bedömningsrapport. Med utgångspunkt i denna bedömer sedan NT-rådet (Nya terapier-rådet) om det aktuella läkemedlet ska vara föremål för nationellt ordnat införande och på vilken nivå. Även landstingen har möjlighet att inkomma till NT-rådet med sina önskemål. Om NT-rådet bedömer att det är mycket angeläget att landstingen samverkar kring införandet av läkemedlet (samverkansnivå 1) tas ett införande- och uppföljningsprotokoll fram. Framtagandet av protokollet startar om när den europeiska läkemedelsmyndighetens (EMA:s) vetenskap-

---

<sup>22</sup> SKL, Samverkansmodell för läkemedel, 2016.

liga kommitté (CHMP) ger ett positivt utlåtande för godkännande av läkemedlet.

Alla läkemedel som omfattas av nationellt ordnat införande ska genomgå en hälsoekonomisk värdering. Det är Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som genomför den hälsoekonomiska värderingen. Efter detta inleds ofta förhandling och eventuell upphandling av läkemedlet. Om läkemedlet hanteras inom slutenvården agerar landstingen gemensamt för att ta fram villkor, inklusive prissättning, för läkemedel som är aktuella för nationellt ordnat införande. För läkemedel som förskrivs och hanteras genom förmånsansökan, finns möjlighet till så kallad trepartsöverläggning mellan landsting, företag och TLV för att skapa sidoöverenskommelser som bidrar till bättre kostnadskontroll för landstingen. Landstingens gemensamma Marknadsfunktion är en viktig resurs i detta arbete, till exempel genom strategisk marknadsbevakning, analys och gemensamma avtalsmallar. Baserat på den etiska plattformen och den hälsoekonomiska värderingen av läkemedlet eller indikationen fattar sedan NT-rådet beslut om rekommendation om användning av läkemedlet. Efter NT-rådets rekommendation, alternativt efter förmånsbeslut, hanteras läkemedlet vidare i respektive landstings lokala rutiner och enligt införandeprotokoll eller rekommendation.

Uppföljningen av användandet av läkemedlet planeras parallellt med införandet och ska följa ett specifikt uppföljningsprotokoll. I uppföljningsprotokollet beskrivs vilken nivå av uppföljning som måste göras i alla landsting och vilka parametrar som kan följas upp i mån av resurser. Syftet med nationell uppföljning av ett nytt läkemedel är att klargöra om läkemedlet använts enligt rekommendationerna, till rätt patientgrupp (indikationer, kontraindikationer) och på rätt sätt (dos, dosintensitet). Ibland följs också säkerhet och effekt. I protokollet beskrivs hur länge läkemedlet ska följas upp, innan resultaten sammanställs på nationell nivå. Uppföljningsresultaten förmedlas till landstingen och NT-rådet. Tanken är att NT-rådet i framtiden baserat på resultaten ska fatta beslut om ifall uppföljningen är tillräcklig, eller om en ny version av uppföljningsprotokollet ska göras och om uppföljningen behöver fortsätta för att man ska veta tillräckligt för att kunna infoga läkemedlet i rutinsjukvården.

RCC:s nationella arbetsgrupp för cancerläkemedel är rådgivande till NT-rådet vid bedömning av cancerläkemedel.<sup>23</sup>

### **Förstudie om ordnat införande av medicintekniska produkter**

TLV utvecklar sedan 2012 hälsoekonomiska kunskapsunderlag för vissa medicintekniska produkter som ska tjäna som beslutsstöd till landstingen. Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket har utöver detta uttryckt önskemål om att införande av nya medicintekniska produkter och metoder ska ske på likartat sätt som för läkemedel. SKL genomförde därför under 2016 enligt en överenskommelse med staten en förstudie kring ordnat införande av medicintekniska produkter.

En rapport om ordnat införande av medicintekniska produkter togs fram av SKL 2017. I rapporten finns en kartläggning av landstingens behov av och möjligheter att samverka kring ordnat införande av medicintekniska produkter och metoder. Förslag finns också på former för landstingen att samarbeta kring ordnat införande av medicintekniska produkter och metoder, som kan möta landstingens behov. Dessutom kartlägger förstudien landstingens behov av hälsoekonomiska kunskapsunderlag samt på vilket sätt landstingen kommer att använda dessa i införandeprocessen av medicintekniska produkter. I ett andra steg kan sedan förslag på gemensamma processer och samverkansformer utvecklas.<sup>24</sup>

#### **7.2.5 Nationell samverkan kring patientsäkerhet**

Under perioden 2011–2014 ingick SKL årligen överenskommelser med staten om att förbättra patientsäkerheten. Överenskommelserna har omfattat sammanlagt 2,5 miljarder kronor och innehöll prestationsbaserade ersättningar till landstingen (se kapitel 6). Landstingen samverkar fortsatt inom patientsäkerhetsområdet och SKL har tillsammans med kontaktpersoner inom patientsäkerhet från landsting och kommuner, tagit initiativet till att ta fram ett nationellt ramverk för patientsäkerhet.<sup>25</sup> Syftet med ramverket är att skapa en helhetsbild

<sup>23</sup> Janusinfo, Så fungerar ordnat införande, 2016.

<sup>24</sup> SKL, Samordnat införande av medicinteknik – en förstudie om behov av samverkan kring ett ordnat införande av medicintekniska produkter och metoder, 2017.

<sup>25</sup> SKL, Nationellt ramverk för patientsäkerhet, 2016.

över och en struktur för patientsäkerhetsarbetet. Ramverket specificerar tre viktiga perspektiv för en säker vård, nämligen att den behöver vara patientfokuserad, kunskapsbaserad och organiserad för att skapa förutsättningar för en säker vård. Ramverket betonar att för att patientsäkerhetsarbetet ska bli framgångsrikt krävs insatser inom de tre perspektiven på såväl mikro-, som meso- och makronivån i hälso- och sjukvården. Ramverket innehåller förslag till åtgärder verksamma inom respektive perspektiv och nivå som stöd för det egna förbättringsarbetet. För ett antal av de föreslagna åtgärderna finns metoder och verktyg som är framtagna specifikt för att förebygga vårdskador.

För vårdpersonal som arbetar med patientsäkerhet finns ett antal verktyg att tillgå. Exempel på handböcker och vägledningar är Handbok för att mäta patientsäkerhetskulturen, SBAR – ett verktyg för strukturerad kommunikation, Handbok för verksamhetsbaserad verksamhetsutveckling och Vägledning för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Det finns också sedan flera år tillbaka evidensbaserade kunskapsunderlag i form av åtgärdspaket som innehåller rekommendationer om förebyggande åtgärder inom olika områden så som infektioner vid centrala venösa infarter, vårdrelaterade urinvägsinfektioner, läkemedelsfel i vårdens övergångar, läkemedelsrelaterade problem, fall, trycksår, undernäring och munhälsa. Kopplat till de rekommenderade åtgärderna finns verktyg för uppföljning och egenkontroll exempelvis nationella databaser för uppföljning av vårdrelaterade infektioner och trycksår. Rutinkollen är ett webbaserat verktyg i flera versioner som stödjer verksamheter i sin egenkontroll av hur väl den egna verksamheten följer de rekommenderade åtgärderna.<sup>26</sup>

Infektionsverktyget är ett nationellt it-stöd som förvaltas av Inera AB och är till för att dokumentera, lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. Syftet med Infektionsverktyget är att förebygga vårdrelaterade infektioner, förbättra följsamhet till behandlingsrekommendationer samt att minska bruket av bredspektrumantibiotika. Via Infektionsverktygets rapportverktyg går det att ta fram rapporter över vårdrelaterade infektioner, antibiotikaordinationer, koppling till riskfaktorer etc. inom enskilda organisationer. Denna återkoppling hjälper verksamheten att själva

---

<sup>26</sup> SKL, Nationellt ramverk för patientsäkerhet, 2015.

identifiera problem, och ger ett underlag som kan användas i det lokala förbättringsarbetet.

I korthet bygger Infektionsverktyget på att en ordinator (förskrivare), i samband med antibiotikaordination i journalsystemet, anger orsaken till ordinationen. Denna information förs sedan över till Infektionsverktygets rapportverktyg tillsammans med annan relevant information givet att vårdsystemet är kopplat via ett tjänstekontrakt till Tjänsteplattformen.<sup>27</sup> Från Infektionsverktygets rapportverktyg kan sedan ansvarig vårdpersonal skapa olika typer av rapporter, som kan ge viktig återkoppling till vårdenheten.<sup>28</sup> Samtliga landsting är anslutna till Infektionsverktyget men alla landsting skickar inte över data i dagsläget. Landstingen betalar tillsammans cirka 11 miljoner kronor per år för användande av Infektionsverktyget.<sup>29</sup>

### 7.2.6 Nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården under utveckling

SKL undersökte under 2015 hur diagnos- och behandlingsrekommendationer riktade till primärvården skulle kunna tas fram och förvaltas nationellt samt hur ett sådant arbete långsiktigt kan finansieras av landstingen. Tanken är att landstingen på detta sätt ska kunna samutnyttja expertkompetenser, resurser och en modern it-teknisk struktur i stället för att man på flera olika håll ska ta fram egna kunskapsstöd. Uppdraget initierades inom överenskommelsen mellan staten och SKL: *Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvård 2015*.<sup>30</sup>

Kunskapsstödet ska främja god och jämlik vård i hela Sverige och patienten ska kunna känna sig trygg med att vårdpersonalen utgår från samma kunskap oavsett vilken vårdcentral patienten valt. De texter som ingår i kunskapsstödet ska vara kortfattade, aktuella och praktiskt inriktade så att de kan fungera som ett kliniskt stöd i det patientnära vardagsarbetet. Texterna är tänkta att skrivas och revideras av författare i så kallade ämnesgrupper runt om i landet, med representation från såväl primärvård som organspecialistvård. De sex

<sup>27</sup> Inera, 2016.

<sup>28</sup> Inera, Infektionsverktyget, 2016.

<sup>29</sup> Kontaktperson Inera AB.

<sup>30</sup> Överenskommelse mellan SKL och staten, *Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvård 2015*, 2015.

sjukvårdsregionerna har, på uppdrag av NSK-regiongrupp, tilldelats ansvar för tre till fem ämnesgrupper vardera till vilka de själva utser deltagarna. En nationell funktion stödjer och kvalitetssäkrar arbetsprocessen genom att samproducera de nationella texterna. Lokala redaktioner i respektive landsting och region gör lokala tillägg utifrån identifierat behov. Det kan handla om att ange vårdansvar, remissrutiner etc. Målsättningen är att texterna ska uppdateras när det kommer nya riktlinjer, medicinska rön eller senast vartannat år.

En utgångspunkt för projektet har varit att dra lärdomar från erfarenheter samt utarbetade strukturer och arbetsprocesser från bland annat Region Jönköpings Fakta – allmänmedicinsk kliniskt kunskapsstöd och Stockholms läns landstings VISS.nu (se kapitel 8).

Den tekniska infrastrukturen som används för det kliniska kunskapsstödet är generell och testas även inom andra områden. Den utgörs av en lagringslösning separerad från visningsvyn i syfte att möjliggöra att kunskapstexter kan hämtas från databas och presenteras i vilket system som helst via öppna data. Den primära utgångspunkten är att landstingen själva skapar egna lokala visningsytor för att presentera texterna, exempelvis på webbplatser eller i journal-system, men att projektet även tar fram en nationell webbplats för landsting som önskat detta. Den tekniska infrastrukturen är byggd för att kunna utvecklas till att innehålla alltmer strukturerade data i beslutsstödsalgoritmer som kan integreras i andra system, exempelvis direkt i vårddokumentationssystem.

Under 2016 fortskred projektet med utveckling och tester för att realisera förslaget till modell som utformades 2015. Projektet finansierades under 2016 genom en överenskommelse mellan regeringen och SKL.<sup>31</sup> I uppdraget ingår att föreslå en långsiktig finansiering och förvaltning. Från 2018 är avsikten att verksamheten ska vara i gång och finansieras självständigt av landstingen.

Socialstyrelsen har under projekttiden haft två angränsande uppdrag, dels att anpassa nationella riktlinjer för primärvård, dels att presentera nationella riktlinjer i digitala format. SKL uppger i sin delrapport att man i hög grad samverkat med Socialstyrelsen i syfte att samordna insatserna mellan projekten.<sup>32</sup> Man har också samarbetat

---

<sup>31</sup> Överenskommelse mellan SKL och staten, "Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m.", 2016.

<sup>32</sup> Delrapport 2015: *Kunskapsstöd för primärvården – Förslag till nationellt system för diagnos – och behandlingsrekommendationer*, SKL, 2015.

med RCC i samverkan, vilket innebär att det kommer att finnas primärvårdsversioner av standardiserade vårdförlopp som en del av innehållet i Nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården.

### **7.2.7 Pilotprojekt om kunskapsstöd för barnsjukvård**

Från och med hösten 2016 har ett pilotprojekt inom barnmedicin för den specialiserade vården startats upp med utgångspunkt att testa om infrastruktur och arbetsprocesser som byggts upp inom Nationellt kliniskt kunskapsstöd kan samutnyttjas för fler kunskapsstödsinnehåll. Barnmedicinprojektet fortgår enligt planering till och med hösten 2018 och drivs av landstingen, men samordnas och stöds av SKL i samverkan med projektet Nationellt kliniskt kunskapsstöd.

### **7.2.8 Nationella insatser till stöd för utvecklat förbättringsarbete lokalt och regionalt**

SKL och landstingen genomför olika insatser på nationell nivå som syftar till att åstadkomma kunskapsstöd för lokalt och regionalt förbättringsarbete. En del av detta är att stödja utvecklat ledarskap och olika former av lärandearbete. Bland annat har SKL samordnat insatser för ett webbaserat kunskapsstöd "Att leda för bästa möjliga vård". Kunskapsstödet är till för att stödja huvudmännen i utveckling av ledarskapets roll inom kunskapsstyrningsområdet. Det riktar sig till första och andra linjens ledningsgrupper för att stärka kompetensen att leda och driva utveckling för bättre kliniska resultat inom hälso- och sjukvården. Att leda för bästa möjliga vård är utformad så att ledningsgrupper ska kunna arbeta med att förbättra vårdens kliniska resultat tillsammans på ordinarie ledningsgruppstid.<sup>33</sup>

Det pågår också ett arbete med att sprida goda exempel och att medverka till att skapa plattformar för erfarenhetsutbyte kring arbetet med kunskapsstyrning. Inspiration ges med hjälp av webinarier och filmer med patientberättelser.<sup>34</sup> Kopplingar finns till den nationella plattformen för förbättringskunskap på Qulturum (se kapitel 8). Den nationella plattformen för förbättringskunskap är en

---

<sup>33</sup> SKL, Att leda för bästa möjliga vård, 2016.

<sup>34</sup> SKL, Olika forum för lärande kring kunskapsstyrning, 2016.

mötesplats för att etablera förbättringskunskap som ämne på vårdutbildningarna och att sprida och utveckla kunskap om ämnet på ett nationellt, regionalt samt lokalt plan.<sup>35</sup>

### 7.3 Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf)

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) är ett rikstäckande försäkringsbolag som har till huvuduppgift att försäkra de vårdgivare som finansieras av landstingen. Löf ägs av landstingen. Försäkringsbolaget utreder anmälda ärenden och lämnar ersättning till patienter som skadas i vården. Löf har även till uppgift att bidra till att antalet skador i vården minskar. Detta gör man genom att stödja sina ägare, landsting, samt professionella organisationer i deras pågående patientsäkerhetsarbete. Löf har i samarbete med olika yrkesorganisationer startat flera patientsäkerhetsprojekt i sjukvården för att stötta patientsäkerhetsarbetet samt sprida goda exempel och best practice. Löfs roll är att stödja projekten administrativt och ekonomiskt medan yrkesorganisationerna står för det medicinska innehållet. Grundmetoden i projekten är icke-normerande självvärdering åtföljd av extern revision eller peer review, åtgärds-överenskommelse samt uppföljning. Exempel på projekt är Säker förlossningsvård, Säker läkemedelsanvändning i primärvård och PRISS – ProtesRelaterade Infektioner Ska Stoppas.<sup>36</sup>

### 7.4 Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan

I Sverige finns sedan 2011 sex regionala cancercentrum (RCC). RCC:s uppdrag utgår från de tio kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum samt från målen i den nationella cancerstrategin (SOU 2009:11). RCC verkar för en mer kunskapsbaserad, patientfokuserad, tillgänglig och jämlik cancervård. För mer information om upprinnelsen till RCC-arbetet, se kapitel 6. RCC utgör landstingens kunskapsorganisation inom cancerområdet och ska ha en samordnande roll när det gäller sjukvårdsregionens kunskapsstyrning inom cancerområdet.

---

<sup>35</sup> Qulturum, Den nationella plattformen för förbättringskunskap, 2016.

<sup>36</sup> Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, En patientförsäkring för alla, 2016.



De regionala cancercentrumen samverkar på uppdrag av landstingsdirektörsnätverket i gruppen ”RCC i samverkan”. Gruppen består av cheferna för de sex regionala cancercentrumen med ersättare plus ordförande som har utsetts av landstingsdirektörsnätverket. Samordnande kommunikatör är konstant adjungerad men får inte rösta. Alla beslut tas i konsensus, dvs. om ledamöterna inte är överens så tas inget beslut.<sup>37</sup>

Utredningen om en nationell cancerstrategi (SOU 2009:11) såg ett tydligt behov av en förstärkning av kunskapsutveckling och kunskapsstyrning på cancerområdet. Sedan tidigare fanns en struktur med regionala onkologiska centrum (ROC) som tog fram regionala och lokala vårdprogram och även regionala kvalitetsregister. Därtill fanns så kallade nationella riktlinjer framtagna av professionen, inom exempelvis hematologi och bröstcancer, och Socialstyrelsens nationella riktlinjer inom bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer samt inom lungcancerområdet.<sup>38</sup>

Ett av de tio uppdrag som RCC fick vid bildandet var att tillsammans med landstingen arbeta för en mer kunskapsstyrd cancervård. RCC tar fram nationella vårdprogram och stödjer regional och lokal implementering av dem och annat kunskapsstöd inom cancervården. Detta görs i samarbete med professionen. De som arbetar med att ta fram vårdprogram förväntas vara engagerade både i kvalitetsregister och processarbete för att undvika stuprörstänk. RCC stödjer även forskning, är registercentrum för de nationella kvalitetsregistren inom cancerområdet och arbetar för att kvalitetsregistren ska användas för cancervårdens verksamhetsutveckling. RCC finansieras främst av landstingen med ett visst tillskott från staten.<sup>39</sup>

#### 7.4.1 RCC:s nationella vårdprogram på cancerområdet

För närvarande finns totalt 42 nationella vårdprogram som tagits fram eller är under utveckling inom ramen för RCC. Innehållet i dem ses över årligen. Vårdprogrammen publiceras endast elektroniskt samt i en mobil applikation för att undvika att inaktuella varianter i tryckt form finns i omlopp.

---

<sup>37</sup> SKL, Regionala cancercentrum i samverkan, 2016.

<sup>38</sup> SOU 2009:11, En nationell cancerstrategi för framtiden, 2009.

<sup>39</sup> RCC i samverkan, Regionala cancercentrum i samverkan, 2016.

Ett nationellt vårdprogram tas fram av vårdprogramgrupp som består av en ordförande, sex regionala representanter, en patologi-representant, experter från olika professioner, och en eller flera patientrepresentanter. Det är ett krav från RCC att varje vårdprogramgrupp har en koppling till aktuellt kvalitetsregisters styrgrupp. Det finns en nationell samordnare för vårdprogramarbetet och alla vårdprogram får stöd med exempelvis språkgranskning, referenshantering, generiska texter och layout. Dessutom utses ett regionalt RCC att stå för administrativt stöd till varje arbetsgrupp. Vårdprogrammen skrivs i en gemensam mall för att främja en enhetlig struktur. Vårdprogrammen ska innehålla referenser och gradering av evidensen ska följa det så kallade GRADE-systemets tänk. Enligt RCC ska vårdprogrammen mer ha karaktär av en ”kokbok” än en ”lärobok” och målet är att de inte ska vara längre än 70 sidor. Hälsoekonomiska bedömningar ingår inte i vårdprogrammen även om hänvisningar till NT-rådets (Nya Terapier rådet) rekommendationer förekommer.

Vårdprogrammen skickas ut på två remissrundor. Den första rundan berör rent medicinska frågor och går exempelvis till andra vårdprogramgrupper, patientföreningar och professionsföreningar. Remissrunda två går till landstingens linjeorganisationer och berör ekonomiska och organisatoriska konsekvenser. Vissa landsting gör då konsekvensanalyser av införandet av vårdprogrammet. Efter remissrunda två fastställer ”RCC i samverkan” vårdprogrammet. Vid större revisioner ska nya remissrundor genomföras. Det förekommer att landsting lokalanpassar vårdprogrammet för organisatoriska aspekter och eventuella andra avvikelser.<sup>40</sup>

Ett nytt vårdprogram kostar cirka 200 000 kronor att ta fram och en uppdatering kostar cirka 100 000 kronor. Totalt får varje RCC cirka 3 miljoner per år i stöd från staten för vårdprogramarbetet vilket täcker exempelvis resekostnader, möteskostnader och den nationella samordnarens lön. Landstingen står i sin tur för arbetsgruppens lönekostnader.<sup>41</sup>

De professionsföreningar som tidigare tog fram egna nationella riktlinjer, som till exempel inom hematologi, har enligt RCC-företrädare sett fördelar med att gå in i RCC:s vårdprogramarbete som

---

<sup>40</sup> RCC i samverkan, Framtagande av nya nationella vårdprogram, 2006.

<sup>41</sup> Intervju med RCC:s företrädare.

de menar ger dokumentet en större tyngd. Det samma gäller patologernas tidigare så kallade Kvastdokument.<sup>42</sup>

De nationella vårdprogrammen är skrivna för hela vårdprocessen men primärvården har önskat att få kortare versioner som beskriver primärvårdens delar. RCC har därför i överenskommelse mellan regeringen och SKL fått i uppdrag att göra primärvårdsversioner av vårdprogrammen. En primärvårdsversion för vårdprogrammet för prostatacancer har bl.a. tagits fram.

Arbetet med de nationella vårdprogrammen kopplas samman med övriga delar av RCC:s arbete. Exempel på samverkan är den mellan RCC:s nationella arbetsgrupp för cancerläkemedel och arbetsgrupperna för olika vårdprogram. Vidare ingår nivåstrukturering av cancervården som ett avsnitt i de nationella vårdprogrammen och i nivåstruktureringsarbetet utgör nationella vårdprogramgrupperna sakkunniggrupper. RCC:s arbete med standardiserade vårdförlopp är kopplade till vårdprogrammen och båda tas fram av samma arbetsgrupp.<sup>43</sup> I kapitel 11 beskrivs närmare hur RCC arbetar med nationella kvalitetsregister.

## 7.5 Kunskapsstyrning inom psykiatri

Genom en överenskommelse mellan regeringen och SKL kallad Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2015 skapades funktionen Uppdrag Psykisk Hälsa på SKL. Uppdrag Psykisk Hälsa är en fortsättning på en rad olika projekt om psykisk hälsa som har bedrivits genom SKL. Överenskommelsen beskrivs i kapitel 6.

Syftet har varit att skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete på området psykisk hälsa och utgår från de övergripande målsättningar som angavs i regeringens ”Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016” (PRIO psykisk ohälsa) och SKL:s långsiktiga handlingsplan för Psykisk hälsa som bedrevs under kongressperioden 2012 till 2016.

Satsningen Barntåget 2009–2011 fokuserade på frågor om en synkroniserad ”första linje” för tidiga insatser för barns och ungas psykiska hälsa. Det s.k. Modellområdesprojektet, som var en del av

---

<sup>42</sup> Ibid.

<sup>43</sup> Ibid.

denna satsning, syftade till att synkronisera skolans, socialtjänstens och landstingens insatser för att skapa en ”första linje” för barn och unga som behöver hjälp med lindriga tillstånd av psykisk ohälsa. Det fanns 14 olika modellområden som utgjordes av ett landsting tillsammans med en eller flera kommuner eller stadsdelar. I utvecklingsarbetet Psyk 2011–2014 arbetade man vidare på erfarenheterna från Modellområdesprojektet.

## 7.6 1177 Vårdguiden

1177 Vårdguiden är ett nationellt kunskapsstöd som är riktat till patienter och fungerar som en samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård. 1177 Vårdguiden erbjuder sjukvårdsrådgivning, information, inspiration och e-tjänster. Verksamheten som drivs av Stockholms läns landsting, på uppdrag av Sveriges alla landsting och regioner, är utan kommersiella intressen. Reklam och sponsring förekommer inte.

1177 Vårdguiden finns som webbsida samt en telefontjänst som har öppet dygnet runt. Webbplatsen innehåller kvalitetssäkrad och användarvänlig information om sjukdomar, behandlingar, regler och rättigheter. Det är också möjligt att ställa en anonym fråga och få ett personligt svar eller hitta och jämföra vårdmottagningar samt använda e-tjänster för att kontakta vården. Telefontjänsten bemannas av sjuksköterskor med hjälp av ett gemensamt beslutsstöd som bedömer behovet av vård, ger råd och vägleder till rätt vårdmottagning när så behövs.

Webbplatsen 1177.se anpassas automatiskt beroende på var besökaren bor och man kan därför få nyheter, information och länkar till de e-tjänster som är aktuella i det egna landstinget eller regionen. Man kan också välja ett annat landsting och ta del av deras utbud. Även vård- och apotekspersonal, skolor, medier och bibliotek använder 1177.se i sitt arbete.

1177 Vårdguiden samarbetar med Folkhälsomyndigheten för att de ska kunna förutsäga och hantera eventuella epidemier. Genom att komplettera sin övervakning av vårdtillfällen med analyser av samtal till 1177 Vårdguiden och besökta sidor på webbplatsen 1177.se får Folkhälsomyndigheten viktig information om symptom som kan

kopplas till epidemin och man kan se var i landet smittan finns. Analyserna baseras på aidentifierad sökdata och samtalsstatistik från 1177.se och 1177 Vårdguiden på telefon. Enskilda individer kan inte identifieras i informationen.<sup>44</sup>

## 7.7 Eira

Forskningsresultat publicerade i vetenskapliga tidskrifter kan utgöra ett viktigt kunskapsstöd för vårdpersonal. Flera vetenskapliga tidskrifter tillgängliggör sina artiklar öppet på nätet men många är också låsta för andra än tidskriftens prenumeranter. I slutet av 1990-talet, i takt med att fler och fler tidskrifter övergick från tryckta pappersutgåvor till elektronisk publikation kopplade till prenumeration, växte behovet fram av ett samarbete för att tillgängliggöra dessa publikationer för vårdens personal. Sjukhusbiblioteken gick då samman och bildade Eira.<sup>45</sup> Syftet var att säkerställa en jämlik tillgång till vetenskaplig forskning, till en rimligare kostnad. Sedan 2010 är Eira organiserat inom Inera AB<sup>46</sup> där de gemensamma licensavtalen tecknas med olika förlag på uppdrag av, och med fullmakt från, alla landsting och regioner. De gemensamma licensavtalen omfattar all vårdpersonal anställda i landets 21 landsting och regioner men ger även privata vårdgivare med landstingavtal rätt till åtkomst. Under 2016 har vårdpersonalen via Eira-avtalen tillgång till cirka 1 600 e-tidskrifter samt Cochrane Library. Från 2017 och tre år framåt har avtal tecknats angående sökportalen ClinicalKey, vilket ger ytterligare tillgång till e-tidskrifter samt cirka 1 150 kliniska e-böcker, bilder, filmer, läkemedelsinformation, kliniska behandlingsguider m.m. Innehållet i Eira görs tillgängligt via sjukhusbibliotekens webbsidor eller e-bibliotek. Där finns även sjukhusens egna, lokala prenumerationer på olika kunskapskällor. För de privata vårdgivare som inte har tillgång till e-biblioteket i sitt landsting, finns möjlighet att använda Eirakansliets e-bibliotek Eira Discovery. Eiras kansli finns på Inera AB. Under 2015 gjordes 949 525 nedladdningar på Eira vilket är en ökning med 73 procent sedan 2010.<sup>47</sup> Landstingen ger

---

<sup>44</sup> Stockholms läns landsting, 1177 Vårdguiden, 2016.

<sup>45</sup> Effective Information Retrieval and Acquisition.

<sup>46</sup> Inera AB som är ett aktiebolag som ägs gemensamt av alla landsting och regioner.

<sup>47</sup> Inera, Eira, 2016.

också anställd personal möjlighet till åtkomst av kunskapskällorna hemifrån, via proxytjänst.<sup>48</sup> Det finns ett baspaket samt ett tilläggs-paket som kan tecknas av landstingen.

## 7.8 Läkemedelskommittéerna

Enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer ska det i varje landsting finnas en läkemedelskommitté. Läkemedelskommittén är ett rådgivande expertorgan i läkemedelsfrågor med huvuduppdrag att verka för en säker, rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. De fortbildar, kommunicerar och förmedlar evidensbaserad kunskap om läkemedel inom hela landstinget. En huvuduppgift är att följa upp hur läkemedlen används i praktiken och att återkoppla förskrivningsdata till förskrivande läkare.<sup>49</sup> Om läkemedelskommittén finner att det förekommer brister i läkemedelsanvändningen inom ett verksamhetsområde ska kommittén göra de påpekanden som behövs och vid behov erbjuda hälso- och sjukvårdspersonalen utbildning för att avhjälpa bristerna.<sup>50</sup> Läkemedelskommittéerna sammanställer också rekommendationslistor över de läkemedel som ger mesta möjliga hälsa för landstingets befolkning till en rimlig kostnad. Exempel på en sådan lista är Kloka Listan<sup>51</sup> som finns inom Stockholms läns landsting. Läkemedelskommittéerna vill också bidra till en effektiv och kunskapsbaserad upphandling av läkemedel i landstinget.<sup>52</sup>

Landets läkemedelskommittéer träffas regelbundet i Nätverket för Sveriges Läkemedelskommittéer (LOK). Enligt utredningsbetänkandet *Gör det enklare!*<sup>53</sup> har läkemedelskommittéerna haft stor betydelse för att få en mer rationell läkemedelsanvändning samtidigt som lagstiftningen av läkemedelskommittéerna motverkar integrering med andra viktiga delar i vården och omsorgens kunskapsutveckling.<sup>54</sup>

---

<sup>48</sup> Inera, Frågor och svar om ClinicalKey, 2016.

<sup>49</sup> Så kallad educational outreach eller academic detailing, se vidare kapitel 14.

<sup>50</sup> SFS 2013:1022.

<sup>51</sup> Janusinfo, Kloka Listan, 2016.

<sup>52</sup> SLL, Stockholms läns läkemedelskommitté 2016.

<sup>53</sup> SOU 2012:33.

<sup>54</sup> SOU 2012:33, *Gör det enklare!*, 2012.

## 7.9 Övriga nationella kunskapsstöd från landsting och regioner

### 7.9.1 Vårdhandboken

Vårdhandboken är en webbaserad tjänst som initierats av landsting och regioner med syfte att säkerställa god och säker vård på lika villkor. Tjänsten, i form av webbplatsen [www.vardhandboken.se](http://www.vardhandboken.se), är åtkomlig för alla internetanvändare och förvaltas av Stockholms läns landsting. Vårdhandboken vänder sig i första hand till de som arbetar inom vård och omsorg, oavsett huvudman. Den kan användas på sjukhus, i primär- och hemsjukvård och även inom äldreomsorg och tandvård samt för vård som utförs av närstående. Innehållet är främst utformat för vårdarbete med vuxna patienter. Webbsidan hade 2,6 miljoner besök under 2015. Basförvaltningen av Vårdhandboken kostar 3,8 miljoner per år och utvecklingskostnaderna varierar mellan cirka 50 000 och 300 000 kronor per år.

Vårdhandboken erbjuder, efter bästa kunskapsläge (best practice, evidens, vetenskap och beprövad erfarenhet) kliniska riktlinjer inklusive metoder och verktyg för hur vården bäst kan utföras. Såväl medicinska som omvårdnadsaspekter ska speglas i Vårdhandbokens texter. I och med att författarna och faktagranskare läser innan publicering godkänner de att innehållet är enligt bästa kunskapsläge. Författaren bevakar eventuella förändringar inom området som kan kräva uppdatering av innehållet innan nästa planerade revidering. Vårdhandbokens ämnen revideras årligen men tidplanen styrs även av prioriteringar, exempelvis behov av snabbare uppdatering utifrån förslag och synpunkter från det nationella rådet och deras nätverk.

Arbetet med att samordna lokala metod- och handböcker påbörjades under 1990-talet. En nationell handbok har funnits på webben sedan 2002 och 2010 bytte den namn till Vårdhandboken. Vårdhandboken innehåller cirka 115 ämnesområden med kliniskt anpassad information som produceras i samverkan med författare och faktagranskare från hela landet. Ett nationellt råd och förvaltningsgrupp samverkar med vårdhandbokens redaktion för innehållsplanering och prioritering. Det nationella rådet representerar olika verksamheter och är spridda i landet. Rådet består bland annat

av representanter inom hygien, kommun, högskola, vård- och kvalitetsutveckling och klinisk träning.<sup>55</sup>

### 7.9.2 Rikshandboken för barnhälsovård

Rikshandbok i barnhälsovård (RHB) är en webbaserad hand- och metodbok för barnhälsovården från Sveriges landsting. RHB innehåller aktuell och kvalitetssäkrad kunskap om små barns hälsa och utveckling samt metoder och riktlinjer för barnhälsovårdens verksamhet. RHB utgår från Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovård 2014. Innehållet skapas, granskas och uppdateras av berörda professioner och forskare från hela landet. Rikshandboken i barnhälsovård togs från början fram av Barnhälsovårdssektionen inom Svenska Barnläkarföreningen och tjänsten övertogs av Inera – landsting och regioner i samverkan för e-hälsa, 2012.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Vårdhandboken, Om Vårdhandboken, 2016.

<sup>56</sup> Rikshandboken barnhälsovård - en tjänst från Sveriges landsting och regioner, 2016.



## 8 Landstingens strukturer för kunskapsstyrning

I tidigare kapitel har vi gått igenom det arbete med kunskapsstöd som sker på nationell nivå inom och mellan myndigheter, mellan landsting, samt de olika nationella samordningsinitiativ som finns. I det här kapitlet ser vi närmare på hur de aktörer som utför vården arbetar med kunskapsstyrning. Kapitlet har avgränsats till landstingen och sjukvårdsregionerna. Landstingen tar fram egna kunskapsstöd, arbetar fram egna strukturer för arbetet, och det är också på dem förväntningar finns om att de ska implementera de stöd som tas fram på annat håll, exempelvis nationellt. Beskrivningarna i detta kapitel är inte uttömmande, utan är till för att ge en bild av hur arbetet organiseras på lokal och regional nivå.

### 8.1 Landstingen och sjukvårdsregionerna

Landstingen bedriver arbete med kunskapsstyrning både enskilt och gemensamt. Varje landsting ingår i en av sex sjukvårdsregioner vars syfte är att få till effektivare resurshantering eftersom enskilda landsting var för sig är för små för att hantera vissa frågor. Ofta har landstingen var för sig inte de patientvolymmer eller resurser som krävs för att möjliggöra en effektiv och god vård samt forskning och utveckling av hög kvalitet.<sup>1</sup> Större huvudmän förbättrar förutsättningarna för en kunskapsstyrd hälso- och sjukvård som i högre utsträckning baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket i sin tur ökar likvärdigheten. Både rikssjukvård och cancervård bedrivs i samverkan mellan landstingen på olika sätt. I varje sjukvårdsregion finns en sam-

---

<sup>1</sup> SOU 2015:48. *Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa*. Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård. Elanders Sverige AB. Stockholm 2015.

verkansnämnd vars uppgift bl.a. är att inom regionen samordna den högspecialiserade vården. De sex sjukvårdsregionerna, samt vilka landsting som ingår i var och en presenteras i avsnitt 8.3 till 8.8.

Exempel på funktioner som finns i var och en av de sex sjukvårdsregionerna är:

- Minst ett universitetssjukhus, som även är regionsjukhus.
- Ett regionalt cancercentrum (RCC).
- Representanter i det nationella vårdprogramarbetet.
- Ett regionalt registercentrum (RC).
- Varje sjukvårdsregion har representanter i nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning region (NSK-region).
- En regional nod för kliniska studier.

Regionindelningen är författningsreglerad (SFS 1982:777), men landstingen sluter själva avtal om genomförande och tillämpning.<sup>2</sup> Det huvudsakliga forumet för samverkan i sjukvårdsregionerna är Samverkansnämnden vilken består av politiker från ingående sjukvårdshuvudmän. Samverkansnämnderna var från början en relativt homogen funktion, men ser i dag mer olika ut vad gäller utformning och ansvar. I Norra och Sydöstra sjukvårdsregionen har de ingående landstingen valt att utveckla samverkansnämnden och skapa en plattform med ett tydligare beslutsmandat. I Norra regionen har samverkansnämnden omvandlats till ett regionförbund som är ett kommunalförbund med de ingående landstingen som medlemmar. I Sydöstra sjukvårdsregionen har en regionsjukvårdsnämnd inrättats med placering i Region Östergötlands linjeorganisation och med representation från de ingående landstingen.<sup>3</sup>

RCC utgör landstingens kunskapsorganisation inom cancerområdet och ska ha en samordnande roll när det gäller sjukvårdsregionens kunskapsstyrning inom cancerområdet. RCC utgör också registercentrum för nationella kvalitetsregister inom cancerområdet.

---

<sup>2</sup> I. Karlberg, 2011. *Från Vasa till Vårdval – om ansvar och styrning av svensk hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur.

<sup>3</sup> SOU 2015:98. *Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa*.

Landstingen organiserar sitt arbete med kunskapsstyrning på olika sätt. Vissa landsting bedriver framför allt arbetet via sjukvårdsregionen och vissa bedriver mer enskilt arbete. Exempel på funktioner som finns i varje landsting är:

- expertgrupper inom olika diagnosområden
- läkemedelskommitté
- Stramagrupp.

Alla landsting ingår också i ett nationellt HTA-nätverk som samordnas av SBU. Förutom landstings- och sjukvårdsregionsrepresentanter ingår Socialstyrelsen och TLV. HTA (Health Technology Assessment) är en systematisk vetenskaplig utvärdering av metoder och processer i vården och genom nätverket, som har funnits sedan 2007, samverkar landstingen för utbyte av erfarenheter för att främja användandet av gemensamma metoder samt för att undvika dubbelarbete. Det finns även fem regionala HTA-organisationer på olika platser i landet: Centrum för evidensbaserad medicin och utvärdering av medicinsk metodik i region Örebro län, HTA-centrum Västra Götalandsregionen, Metodrådet Stockholm-Gotland, Regionala metodrådet, sydöstra sjukvårdsregionen och HTA Skåne.

## 8.2 Universitetssjukvården

Universitetssjukvården är en sedan länge etablerad arena där staten och den landstingsdrivna sjukvården möts och samverkar inom kunskapsområdet. Ursprungligen handlade det uteslutande om sjukhusbunden vård, och samverkan avsåg universitetssjukhusen. I takt med hälso- och sjukvårdens utveckling mot mer öppen vård har samverkan kommit att omfatta även andra delar av vården, därav beteckningen universitetssjukvård.

Universitetssjukvården är på flera olika sätt en nyckelaktör inom kunskapsområdet. Inom universitetssjukvården sker merparten av landets kliniska forskning, dvs. sådan forskning som bedrivs patientnära i nära samverkan med sjukvården. Universitetssjukvården tar genom forskning aktivt fram ny kunskap och bidrar på så sätt till den medicintekniska utvecklingen. Även om den stora merparten av nya forskningsrön tas fram utanför Sverige så har universitetssjukvården

en särskild roll när det gäller att fånga upp nya metoder, men även att aktivt sprida och introducera nya rön till hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Sju landsting bedriver universitetssjukvård: Västerbotten, Uppsala, Örebro, Stockholm, Östergötland, Västra Götaland och Skåne. Samarbetet regleras i det s.k. ALF-avtalet. Grunden i samarbetet är att landstingen upplåter delar av sjukvården för forskning och utbildning. För detta erhåller landstingen ersättning, enligt avtalet från 2014 sammanlagt drygt två miljarder kronor. Ersättningen enligt ALF-avtalet hade ursprungligen karaktären av en s.k. intrångsersättning, dvs. landstingen fick betalt för merkostnaderna som forskning och utbildning förorsakade. I de senaste nationella avtalen mellan staten och de sju landstingen betonas i stället det gemensamma uppdraget kring såväl forskning och utveckling som sjukvården. Universitetssjukvårdens roll som kunskapsgenerator och kunskapsspridare betonas liksom det faktum att universitetssjukvården bör utgöra ett föredöme för hela hälso- och sjukvården.<sup>4</sup>

Med utgångspunkt i det nationella avtalet sluts regionala avtal som närmare reglerar vilka enheter inom respektive landsting som upplåts för forskning och utveckling. På dessa enheter placerar universitetet forsknings- och lärarkompetens, ofta i form av s.k. kombinationstjänster, dvs. tjänster som delas mellan universitetet och huvudmannen. Innehavarna av dessa tjänster är ofta s.k. opinionsledare och experter inom sitt område och därmed nyckelaktörer inom kunskapsområdet. En stor andel av de experter som anlitas i nationellt riktlinjearbete är verksamma inom universitetssjukvården och många är innehavare av kombinationstjänster.

All grundutbildning för läkare är förlagd till universitetssjukvården. Detta är av speciellt intresse eftersom det är inom grundutbildningen som grunden läggs för bl.a. evidensbaserade arbetssätt och förbättringsarbete utifrån forskningens framsteg. Att universitetssjukvården är en nyckelfaktor i hälso- och sjukvårdsstrukturen har även betonats i de utredningar som under de senaste 15 åren behandlat frågan om storregioner. Ansvarskommittén byggde sitt förslag 2007 (SOU 2007:10-13) på att varje region skulle innehålla minst ett universitetssjukhus (dåtidens benämning). Utgångspunkten var just betydelsen för kunskapsgenerering och kunskapssprid-

---

<sup>4</sup> Regeringskansliet. ALF avtal 2014.

ning. Samma tankegångar utgick indelningskommittén ifrån när de lade fram sitt förslag 2016 (SOU 2016:48). När den nationella cancerstrategin skulle genomföras valdes sex centrum – ett i varje sjukvårdsregion – som således hyser minst ett landsting som bedriver universitetssjukvård. Samma tendens gäller strukturen för kvalitetsregister med ett registercentrum i varje sjukvårdsregion. Även när det gäller stödstrukturen för kliniska prövningar finns samma ansats. Utgångspunkten i samtliga dessa fall är närhet till universitet med medicinsk fakultet eller motsvarande som ger tillgång till kvalificerad analyskompetens samt medicinsk och epidemiologisk expertis.

Universitetssjukvården utgör alltmer ett nav i ett större system för forskning och utveckling. Forskningen behöver ofta tillgång till hela hälso- och sjukvårdssystemet. Det handlar om att uppnå tillräckliga patientvolymerna för kliniska studier i en tid när alltmer av vården, inte minst avseende de stora folksjukdomarna, förläggs till den öppna vården utanför universitetssjukvården. I takt med detta etablerar allt fler landsting egna kliniska forskningscentrum som knyts upp mot en medicinsk fakultet eller motsvarande. Universitetssjukvården utvecklas således mot en nätverksstruktur där varje patient som söker vård är en potentiell källa för klinisk forskning. När det gäller den verksamhetsförlagda utbildningen ses samma tendens. De medicinska fakulteterna behöver tillgång till enheter utanför universitetssjukvården för att kunna bedriva en högkvalitativ utbildning. Tendensen till en mer decentraliserad struktur inom både forskning och utbildning utgör en framtida möjlighet och viktig pusselbit i det nationella arbetet med kunskapsspridning och i utvecklingen av en högkvalitativ sjukvård i hela landet.

### 8.3 Norra sjukvårdsregionen

I Norra sjukvårdsregionen ingår Region Norrbotten, Region Jämtland Härjedalen, Västerbottens läns landsting och Landstinget Väster-norrland. I Norra regionen har samverkansnämnden omvandlats till ett regionförbund som är ett kommunalförbund med de ingående landstingen som medlemmar.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> SOU 2015:98.

Regionen har inrättat ett antal koordineringsfunktioner som finansieras med lika delar av de fyra landstingen.<sup>6</sup> En sådan funktion är samverkansgrupp för regional kunskapsstyrning som sedan 2012 bedriver förarbete och koordinerande insatser. Arbetet ska ge en överblick över regionens bästa kompetenser. Varje landsting har en representant i gruppen och en person har på regionens uppdrag en deltidstjänst som koordinator för att omvärldsbevaka och förbereda olika steg i processen. Bakgrunden till gruppens inrättande var att de fyra landstingens landstingsdirektörer gett sina landstings företrädare inom kunskapsstyrningsområdet i uppdrag att tillsammans med förbundsdirektören ge förslag på områden för regional samverkan. De områden som utpekades kunna skapa ett mervärde att hanteras på regional nivå var metod och systemnivåfrågor och förslag om bildande av samverkansgruppen lades. Gruppen pekade vidare på behovet av samverkan med anledning av att det ofta uppstår frågor kring hur nationella styrdokument ska hanteras och vad som ska göras på de olika nivåerna. Samverkansgruppen ska på bästa sätt nyttja regionens kompetenser i arbetet med att förbereda för och implementera riktlinjer i regionen. Samverkan ska ske med andra regionala kompetensgrupper som medicinska chefsamråd och läkemedelsråd. Dialog förs med RCC Norr om vilka nationella vårdprogram på cancerområdet som är under beredning.<sup>7</sup>

Riktlinjearbetet i Norra sjukvårdsregionen koordineras i tre faser:<sup>8</sup>

- Förberedelse  
Samverkansgruppen sammankallas när signal om ny riktlinje har fångats upp. De bedömer om processen kräver regiongemensam hantering, vilka som ska ingå i olika grupperingar och vilka från regionen som ingår i Socialstyrelsens faktagrupper. De gör även en preliminär tidplan och beslutar vem som håller ihop förberedelsearbetet. Därefter ansvarar de olika medlemmarna för att informera olika relevanta delar av hemmaorganisationen om det planerade arbetet.

---

<sup>6</sup> Norrlandstingens Regionförbund. 2016. Dnr 130/16. Avtal om regionvård 2017 – Med regional prislista för hälso- och sjukvård i norra sjukvårdsregionen.

<sup>7</sup> Norrlandstingens Regionförbund. 2012. PM – Samverkan inom kunskapsstyrning 2012-10-10. Regional samverkan kring kunskapsstyrning.

<sup>8</sup> Ibid.

- Konsekvensanalys och förberedelse för beslut och implementering  
När processen för att ta fram styrdokument närmar sig slutfas görs en analys av vilka konsekvenser som kan uppstå för de olika landstingen. Samverkansgruppen bestämmer då hur analysen ska göras, vilka som ska ingå i arbetet, hur beslutsprocessen ska förberedas och tidplaneras, vilka som ska engageras i implementeringen och den sammantagna tidsplaneringen.
- Implementering  
Den preliminära tidplan som gjordes i föregående steg justeras. Implementering av riktlinjen ska anpassas till hur beslutet är formulerat, de olika landstingen kan exempelvis välja att införa den i olika takt.

Utöver arbetet med nationella riktlinjer kan samverkansgruppen belysa kunskapsluckor i regionen och föreslå åtgärder. Då regionen än inte har ett etablerat arbete med HTA har gruppen även ansvar för att belysa denna fråga. En annan koordineringsgrupp inom regionen är en nationell kompetensgrupp för Strama. För detta arbete har en processledare anställts på halvtid.

RCC Norr samordnar arbetet med kunskapsstyrning inom cancer i regionen. RCC Norr utser regionens representant i de nationella vårdprogramgrupperna. Representanten är ofta den regionala processledaren inom området och i dennes uppdrag ingår bland annat att tillsammans med den regionala processarbetsgruppen stödja implementering av de nationella vårdprogrammen. RCC Norr bidrar med uttag ur kvalitetsregistren, statistisk uppföljning och annat arbete relaterat till kvalitetsregistren inom cancer.<sup>9</sup> Läs mer om RCC-organisationen i kapitel 7.

### 8.3.1 Region Norrbotten

I Region Norrbotten finns ett antal expertgrupper inom olika medicinska eller diagnosområden. Expertgruppernas uppdrag är att vara mottagare av nationella riktlinjer, uppdatera äldre riktlinjer och genomföra GAP-analyser. Deras uppdrag är även att förse landstinget

---

<sup>9</sup> Regionalt cancercentrum norr. 2015. *Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016–2018*.

med expertunderlag i olika frågeställningar, sammanställa en landstingsgemensam vårdprocess för området som beskriver vilka aktörer som ingår, vilka insatser som kan erbjudas och vem som har ansvar för att dessa utförs. Expertgrupperna bevakar kontinuerligt och följer upp området, tar fram lämpliga uppföljningsmått och analyserar utfallet. Slutligen dokumenterar de riktlinjer och rutiner i landstingets dokumenthanteringssystem. Arbete pågår för att samla kunskapsstöd i form av behandlingslinjer. Dessa utgör den övergripande dokumenttypen i dokumentstrukturen som förtydligar, standardiserar och dokumenterar vårdflödet för diagnosgrupper samt tydliggör ansvarsfördelningen mellan egenvård, primärvård och specialiserad vård. De bygger på bästa tillgängliga kunskap och arbetas fram på initiativ av, och vid behov från, professionerna. Utvecklingsrådet koordinerar och prioriterar övergripande utvecklingsprojekt oavsett om de kommer från kunskapsstyrningsområdet, it- eller MT-utveckling eller annan verksamhetsutveckling. Flera verksamhetsområden styrs som länskliniker vilket underlättar kunskapsstyrning ur ett länsperspektiv.<sup>10</sup>

### 8.3.2 Landstinget Västernorrland

Västernorrland har utvecklat en organisation för kunskapsstyrning med syfte att hantera riktlinjer från Socialstyrelsen och resultat från Öppna jämförelser. Syftet med kunskapsstyrningen är att arbeta för god vård. Inom tandvården kartläggs möjligheter att bedriva förebyggande insatser för att därefter kunna föreslå riktlinjer för arbetet.<sup>11</sup>

Landstinget tar även fram egna behandlingslinjer för vissa diagnoser. Syftet är att bidra till en god och jämlik vård inom Västernorrland. Behandlingslinjerna är lättöverskådliga flödesdiagram som ryms på en A4-sida. Informationsrutor är indelade i olika färger för att skilja mellan egenvård, primärvård och specialistsjukvård. För exempelvis palliativ vård finns även informationsrutor för kommuner. I informationsbladet finns länkar till fördjupningsinformation

---

<sup>10</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Region Norrbotten, december 2016.

<sup>11</sup> Landstinget Västernorrland. 2014. 2031/148972/Version 2. Folkhälsoplan – ”Friskare Västernorrland” 2011–2020. En långsiktig plan för att minska insjuknandet i diabetes och hjärt-kärlsjukdom 2014.



och annan information som exempelvis 1177 Vårdguiden, vårdcentraler i landstinget, kommuners respektive arbete, lokala och nationella vårdprogram och riktlinjer med mera.<sup>12</sup>

### 8.3.3 Västerbottens läns landsting

Västerbottens läns landsting har valt att samla all information som riktar sig till patienter på landstingets sida på 1177 Vårdguiden.<sup>13</sup> Landstinget tar även fram egna vårdprogram inom vissa områden och styrningen i landstinget utgår från målstyrning där man uppger att kunskapsstyrning ingår.<sup>14</sup> Nedan presenteras också Memeologen.

#### Memeologen

Memeologen är en utvecklingsenhet inom Västerbottens läns landsting med ambitionen att utgöra en bas för förbättringskunskap i hela Norrland. Memeologen har ett brett nätverk som består av såväl andra landsting och kommuner som privata vårdgivare som verkar i Sverige samt internationella aktörer. Syfte är att förbättra resultat och effekter och uppdraget går ut på att agera landstingsresurs för att tillvarata kunskap både internt och extern om hur man åstadkommer och leder förbättringar samt hur man utvecklar förmågan att kontinuerligt förbättra hälso- och sjukvården. Memeologen vill provocera och utmana den befintliga verksamheten och kulturen genom att presentera resultat och aktuell förbättringskunskap som visar på glappet mellan kunskap och nuvarande praxis.<sup>15</sup>

Utgångspunkten är att allt förändringsarbete är behovsstyrt och att alla aktörer har en inneboende lust att vilja förbättra genom förändringar. De hjälper därmed bland annat till att utveckla strategier

---

<sup>12</sup> Landstinget Västernorrland. *Behandlingslinjer inom vården*. [www.lvn.se/behandlingslinjer](http://www.lvn.se/behandlingslinjer) (hämtad 2017-05-04).

<sup>13</sup> Västerbottens läns landsting. Landstingets nya webbplats [www.vll.se](http://www.vll.se) lanseras i dag. [www.vll.se/centrala-nyheter/nyhetsarkiv/landstingets-nya-webbplats-wwwvllse-lanseras-idag](http://www.vll.se/centrala-nyheter/nyhetsarkiv/landstingets-nya-webbplats-wwwvllse-lanseras-idag) (hämtad 2017-05-04)

<sup>14</sup> Västerbottens läns landsting. Landstingsplan 2016-2019 inklusive årlig plan för 2016 [www.vll.se/VLL/Filer/Landstingsplan%202016-2019.pdf](http://www.vll.se/VLL/Filer/Landstingsplan%202016-2019.pdf)

<sup>15</sup> Memeologen. Om oss. <http://memeologen.se/om-oss/> (hämtad 2017-05-04).

för förändring, utvecklar ledare och stimulerar reflektion som grund för utveckling.<sup>16</sup>

### 8.3.4 Region Jämtland Härjedalen

Den 1 januari 2016 infördes en ny organisation i Region Jämtland Härjedalen vilket innebar att en hälso- och sjukvårdspolitisk enhet bildades, denna har bland annat ansvar för kunskapsstyrning.<sup>17</sup> Inom den hälso- och sjukvårdspolitiska enheten finns en regionöverläkare och en vårdstrateg, som är regionens officiella mottagare av de nationella riktlinjerna. Införandet av en riktlinje inleds med att en programgrupp tillsätts med uppgiften att göra en så kallad GAP-analys – en bild av nuläge och effekter vid införande av riktlinjen. Gruppen ser också över vad som inte längre behöver göras. Därefter skrivs en rapport med kostnadsberäkning av åtgärder. I de fall riktlinjen medför stora nya kostnader fastställs rapporten av hälso- och sjukvårdsdirektören, i de fall riktlinjen inte medför större nya kostnader kan den införas utan beslut. Tidigare har ökade kostnader finansierats genom att de nya metoderna har inprioriterats i takt med att annat utprioriterats. Det som då utprioriterades var sådant med låg prioritet och som landstinget inte var skyldig att utföra utifrån hälso- och sjukvårdslagen. På senare år har man kartlagt de behov som verksamheterna identifierar utifrån nya nationella riktlinjer och i en horisontell prioritering äskat medel för att införa dessa.

I regionen finns även en prioriteringsgrupp bestående av samtliga områdeschefer, landstingsöverläkare och hälso- och sjukvårdsdirektören med uppdrag att göra horisontell prioritering av olika nya metoder. De tar både hänsyn till nationella riktlinjer och rekommendationer från specialistläkarföreningar. Prioriteringsgruppen tar fram en lista över åtgärder som ska, bör eller kan införas. Beslut om innehållet tas av regiondirektören eller regionstyrelsen. De åtgärder som inte kan införas på grund av finansiella skäl blir kvar i en lista över ofinansierade behov. När beslut har tagits om att en riktlinje ska införas görs antingen en revidering av befintligt vårdprogram eller tas ett nytt program fram.

---

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> Region Jämtland Härjedalen. 2015. Dnr RS/1379/2015. Beslut med anledning av omorganisation 2016-01-01 inom Region Jämtland Härjedalen.

Regionstyrelsen får en årlig dragning av resultaten i Öppna jämförelser och Vården i siffror. Information om nya kunskapsunderlag från SBU, Socialstyrelsen, TLV m.fl. kanaliseras till berörda verksamhetschefer och medicinskt ledningsansvariga.

Regionen har en Styrgrupp för läkemedelsfrågor där hälso- och sjukvårdsdirektören är ordförande. Denna gruppering ansvarar för att införandet av nya läkemedel sker enligt senaste kunskapen om evidens och kostnadseffektivitet. I gruppen ingår utöver läkemedelsansvariga läkare också regionens läkemedelsstrateg, ett antal verksamhetschefer samt MLA. Det har tidigare funnits en styrgrupp för införandet av ny medicinteknik. Denna fick dock läggas ned p.g.a. svårigheter att få rätt ärenden kanaliserade till gruppen.<sup>18</sup>

## 8.4 Uppsala-Örebro sjukvårdsregion

Medlemslandsting i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion är Region Gävleborg, Landstinget Dalarna, Region Uppsala, Landstinget i Värmland, Region Örebro län, Region Västmanland och Landstinget Sörmland.

Inom regionen finns ett antal grupper som arbetar med kunskapsstöd på olika sätt. Utvecklingsgrupp för nationella riktlinjer har till uppdrag att samordna landstingen i regionens samverkan i arbetet med aktuella processer kring Socialstyrelsens riktlinjer, målnivåer, utvärderingar, screeningsprogram och uppföljningar. Den regionala utvecklingsgruppen ska utforma de nationella riktlinjerna så att de ger ett gott underlag för beslut på huvudmannanivå, samt skapa god kunskap om riktlinjernas ekonomiska, organisatoriska och förväntade hälsovinstkonsekvenser från huvudmännens perspektiv. Gruppen genomför olika aktiviteter på uppdrag av samverkansnämndens beredningsgrupp och tar fram underlag till och rekommendationer relaterade till nya riktlinjer. Syftet är att genom gemensamma prioriteringar i de sju landstingen sträva mot en jämlik vård.<sup>19</sup>

Kunskapsstyrningsgruppen har till uppdrag att koordinera landstingens samverkan i kunskapsstyrningsfrågor. Till sin hjälp har gruppen expertgrupper inom en mängd områden, så kallade specialitetsråd.

<sup>18</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Region Jämtland Härjedalen, december 2016.

<sup>19</sup> Samverkansnämnden Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Utvecklingsgrupp för Nationella riktlinjer. <http://svn uppsalaorebro.se/4-regionala/utvgrupp/utvgrupp.html> (hämtad 2017-05-04).

Regionalt cancercentrum (RCC) i Uppsala-Örebro är organisatoriskt underställd Samverkansnämnden för Uppsala-Örebroregionen. Dessutom finns ett utbildnings- och kompetensråd, medicinska programråd och läkemedelsråd i samverkansnämnden. I regionen finns också en samordnare för kunskapsstyrningsgruppen.<sup>20</sup>

I Uppsala-Örebro finns lokala cancerråd i samtliga deltagande landsting för att förankra beslut och för att samordna landstingens arbete inom RCC.<sup>21</sup>

### *Exempel – Cancerråd i Dalarna och Uppsala*

Landstinget Dalarnas Cancerråd bevakar de åtta områden som RCC jobbar med och landstingets representanter i RCC styrgrupp Uppsala Örebro ingår i cancerrådet. Rådets sammansättning ska utgöras av olika professioner. Cancerrådet ska säkerställa förankring mot landstingets linjeorganisation, utse representanter från landstinget till vårdprogramgrupper och övriga arbetsgrupper i RCC:s regi. Rådet ska vidare bidra till implementering av olika åtgärder som beslutats utifrån den nationella cancerstrategin, ta fram underlag till beslut om prioriteringar, omfördelningar och förändringar i det egna landstinget samt initiera förbättringsområden inom respektive uppdragsområde. Cancerrådet är underordnat landstingets ledningsgrupp för kunskapsstyrning (KSG-WT) och rapporterar kontinuerligt till gruppen. Landstingets representanter i regionala RCC:s styrgrupp ansvarar i sin tur för den kontinuerliga rapporteringen till och från regionala RCC:s styrgrupp.<sup>22</sup>

Cancerrådet i Uppsala har till uppdrag att stödja implementering av olika åtgärder som beslutats utifrån den nationella cancerstrategin, informera om RCC:s verksamhet gentemot förvaltning och verksamhetschefer, utse representanter från landstinget till vårdprogramgrupper och övriga arbetsgrupper i RCC:s regi samt samordna deras arbete, ingå i styrgruppen för landstingets cancerprocesser, samordna landstingets remissvar på nationella och regionala vårdprogram, ta

---

<sup>20</sup> Samverkansnämnden Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Kunskapsstyrningsgruppen. <http://svn uppsalaorebro.se/4-regionala/kunskap/kunskap.html> (hämtad 2017-05-04).

<sup>21</sup> Landstinget Dalarna. Cancerrådet i Dalarna. [www.ltdalarna.se/Halso--och-sjukvard/Patientinformation/Cancerstrategi-Dalarna/Cancerradet-i-Dalarna/](http://www.ltdalarna.se/Halso--och-sjukvard/Patientinformation/Cancerstrategi-Dalarna/Cancerradet-i-Dalarna/) (hämtad 2017-05-04).

<sup>22</sup> Ibid.

fram underlag till beslut om prioriteringar, omfördelningar och förändringar i det egna landstinget inom cancerområdet, och slutligen initiera förbättringsområden inom respektive uppdragsområde.<sup>23</sup> Cancerrådet i Uppsala har pekat ut sex områden som de just nu fokuserar särskilt på: patienternas ställning, vårdens struktur, kompetensförsörjning, forskningssamordning, prevention och tidig diagnostik och slutligen standardiserade vårdförlopp.<sup>24</sup>

### 8.4.1 Region Västmanland

Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling ansvarar för processer och utveckling inom hälso- och sjukvården och tandvården i Region Västmanland. Centrumbildningens uppdrag är att stimulera och följa upp utvecklingen mot en god och jämlik hälsa, att säkra tillgängligheten till vård i Västmanland, att arbeta för en ökad patientsäkerhet och att arbeta för en kostnadseffektiv vård. Inom centrumet finns exempelvis enheterna Centrum för klinisk forskning, Enheten för kunskapsstyrning och utveckling och Enheten för produktionsstöd och analys.<sup>25</sup>

### 8.4.2 Region Gävleborg

Inom Region Gävleborg utgör Centrum för kunskapsstyrning en central resurs och stöd till både forskning och kunskapsbaserat regionalt utvecklingsarbete. Tre verksamheter finns inom Centrum för kunskapsstyrning: FoU Välfärd, Centrum för Forskning och Utveckling (CFUG) samt Samhällsmedicin. Samhällsmedicin arbetar på regiondirektörens uppdrag med analys, uppföljning och beslutsstöd. De har en samordnande funktion för landstingets arbete med Öppna jämförelser, Nationell patientenkät, Vårdbarometern och Nationell folkhälsoenkät. Samhällsmedicin gör nulägesanalyser, följer indika-

---

<sup>23</sup> Akademiska sjukhuset. Cancerrådet i Region Uppsala [www.akademiska.se/Verksamheter/Cancerradet-i-Region-Uppsala/](http://www.akademiska.se/Verksamheter/Cancerradet-i-Region-Uppsala/) (hämtad 2017-05-04).

<sup>24</sup> Ibid.

<sup>25</sup> Region Västmanland. Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling. [www.regionvastmanland.se/om-regionen/organisation/regionkontoret/centrum-for-halso--och-sjukvardsutveckling/](http://www.regionvastmanland.se/om-regionen/organisation/regionkontoret/centrum-for-halso--och-sjukvardsutveckling/) (hämtad 2017-05-04).

torer, samlar in data för analys samt tar fram och sprider kunskaps- och beslutsunderlag.<sup>26</sup>

Gävleborg erbjuder anställda möjlighet att ta del av bibliotek, länkar och databaser genom ett e-bibliotek. Bland databaserna finns flera kunskapsstöd, exempelvis Best Practice, Cochrane Library och Vårdverktiget.se.<sup>27</sup>

### 8.4.3 Landstinget Sörmland

I Sörmland finns sedan 2011 Rådet för kunskapsstyrning som arbetar med stöd och utveckling av arbetet med kunskapsstyrningsfrågorna i landstinget. Rådet är bland annat mottagare av nationella kunskapsunderlag och riktlinjer samt samordnar beredningsprocesser mellan politik, profession och tjänstemän vid införande av riktlinjer. Rådet har också en process för uppföljning av bland annat Öppna jämförelser. Vidare stödjer rådet ledningen vid värdering av ny kunskap och nya metoder för diagnostik, vård och behandling samt vid avveckling av äldre metoder. Alla anställda har genom sjukhusbiblioteken tillgång till databaser, elektroniska tidskrifter och e-böcker.<sup>28,29</sup>

### 8.4.4 Region Örebro län

I Örebro finns två funktioner för medicinsk kunskapsstyrning: Rådet för medicinsk kunskapsstyrning (RMK) och Centrum för evidensbaserad medicin och utvärdering av medicinsk metodik (CAMTÖ). RMK tar emot och omsätter kunskapsunderlag till praktisk sjukvård, bland annat nationella riktlinjer, rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Öppna jämförelser. RMK syftar till att öka professionens delaktighet i landstingsledningen. Hälso- och sjukvårdsdirektören är ordförande och majoriteten övriga medlemmar

---

<sup>26</sup> Region Gävleborg. Samhällsmedicin – Om oss,

[www.regiongavleborg.se/A-O/Samhallsmedicin/om-oss/](http://www.regiongavleborg.se/A-O/Samhallsmedicin/om-oss/) (hämtad 2017-05-04).

<sup>27</sup> Region Gävleborg. E-biblioteket. [www.regiongavleborg.se/A-O/Lednings-och-verksamhetsstod/Utveckling/sjukhusbiblioteken/e-biblioteket/](http://www.regiongavleborg.se/A-O/Lednings-och-verksamhetsstod/Utveckling/sjukhusbiblioteken/e-biblioteket/) (hämtad 2017-05-04).

<sup>28</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Landstinget Sörmland, december 2016.

<sup>29</sup> Landstinget Sörmland. Rådet för kunskapsstyrning. [www.landstingetsormland.se/Sa-styrs-landstinget/Tjanstemannaledning/Landstingsdirektorens-staber/Enheten-for-overgripande-halso-och-sjukvardsfragor/Radet-for-kunskapsstyrning/](http://www.landstingetsormland.se/Sa-styrs-landstinget/Tjanstemannaledning/Landstingsdirektorens-staber/Enheten-for-overgripande-halso-och-sjukvardsfragor/Radet-for-kunskapsstyrning/) (hämtad 2017-05-04).

av rådet är verksamhetschefer inom olika områden. Inom CAMTÖ finns verksamhetsnära stöd för att utveckla bland annat evidensbaserad medicin och utvärdera befintliga och nya medicinska metoder.<sup>30</sup>

#### 8.4.5 Landstinget i Värmland

I Värmland finns en fördefinierad process för hur Socialstyrelsens nationella riktlinjer implementeras i landstinget. Efter att en preliminär nationell riktlinje har kommit etableras en arbetsgrupp i landstinget. Efter att en politisk viljeinriktning har antagits, görs en konsekvensbeskrivning för landstinget. Om beslut tas om att ett vårdprogram ska tas fram påbörjas detta arbete. Verksamhetscheferna ansvarar för att vårdprogrammet implementeras. Mätning av följsamhet görs årligen.<sup>31</sup> Majoriteten av vårdprogrammen, vårdrutinerna och rekommendationerna är enbart tillgängliga för vårdpersonal men en del publiceras öppet på landstingets hemsida.<sup>32</sup>

Inom landstinget finns så kallade AKO – allmänläkarkonsulter – med uppdrag att se till att samarbetet mellan slutenvården och primärvården fungerar så bra som möjligt. Rutiner som reglerar samarbetet mellan allmänmedicin och andra vårdgivare kallas AKO överenskommelser.<sup>33</sup> Överenskommelserna är kortfattade och uppdaterade dokument med beskrivningar av vem som gör vad och vart olika patienter ska remitteras med mera. I dagsläget finns cirka 130 AKO överenskommelser. De kan liknas med Viss (se avsnitt 8.5.1) och kan i framtiden till stor del komma att ersättas av SKL:s behandlingsriktlinjer för primärvården.

Inom Läkemiddelskommittén i Värmland finns terapigrupper – expertgrupper – inom alla viktiga medicinska terapiområden. I övrigt finns ingen heltäckande struktur av expertgrupperingar som kan utgöra nätverk att knyta upp mot de nationella programråden. Inom

---

<sup>30</sup> Örebro läns landsting, 2012. Arbetssätt och organisation för kunskapsbaserad styrning i Örebro läns landsting, 2012-05-30.

<sup>31</sup> Landstinget i Värmland. Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård (kunskapsstyrning). [www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten1/Kunskapsbaserad-halso--och-sjukvard/](http://www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten1/Kunskapsbaserad-halso--och-sjukvard/Kunskapsbaserad-halso--och-sjukvard/) (hämtad 2017-05-04).

<sup>32</sup> Landstinget i Värmland. Vårdprogram och vårdrutiner. [www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten1/Vardprogram-och-vardrutiner/Vardprogram-och-vardrutiner/](http://www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten1/Vardprogram-och-vardrutiner/Vardprogram-och-vardrutiner/) (hämtad 2017-05-04).

<sup>33</sup> Landstinget i Värmland. AKO (Allmänläkarkonsult). [www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten1/AKO-overenskommelser/AKO-overenskommelser/](http://www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten1/AKO-overenskommelser/AKO-overenskommelser/) (hämtad 2017-05-04).

några områden finns medicinska råd, däribland astma/KOL, allergi och palliativ vård.<sup>34</sup>

#### 8.4.6 Landstinget Dalarna

Inom Landstinget Dalarna finns en beredningsgrupp för kunskapsstyrning (KSG-WT). Det är en tjänstemannagrupp som arbetar på uppdrag från förvaltningschefen med att samordna kunskapsstyrningen. Gruppen bereder beslutsärenden till politiken gällande bland annat nationella riktlinjer och remissyttranden. KSG-WT är även styrgrupp till Landstinget Dalarnas diagnosrelaterade råd. I nuläget är följande råd inom Landstinget Dalarna etablerade: Stroke, diabetes, astma och KOL, cancer och palliativ vård. Varje råd har en eller flera patientrepresentanter. Rådets huvuduppgift är att verka för en jämlik och evidensbaserad vård i Dalarna och i sjukvårdsregionen. Råden motsvarar de råd som finns etablerade nationellt och sjukvårdsregionalt och sprider de behandlingsriktlinjer och initiativ som kommer från de nationella programråden. KSG-WT är även styrgrupp till patientprocessinriktade projekt, medicinska rådet och omvårdnadsrådet. I KSG-WT finns även sjukvårdsregionens representanter för samverkansnämndens beredningsgrupp, utvecklingsgrupp och den regionala kunskapsstyrningsgruppen. Nationella riktlinjer handhas av landstingets representant i den regionala utvecklingsgruppen för nationella riktlinjer (RUG) på utvecklingsavdelningen inom hälso- och sjukvårdsenheten. Representanten tar med sig uppdraget gällande nationella riktlinjer till utvecklingsavdelningen för gemensam planering.<sup>35,36</sup>

Regionberedningen är en politisk beredningsgrupp som bereder ärenden från KSG-WT till landstingsstyrelsen gällande bland annat nationella riktlinjer. Regionberedningens politiker får även information av beredande tjänstemän gällande cancerprocess, standardiserade vårdförlopp och alla nationella riktlinjer.

---

<sup>34</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Landstinget Värmland december 2016.

<sup>35</sup> G. Andersson, B. Göthman. 2015. Kunskapsstyrning i Landstinget Dalarna. Samverkansnämnden 3–4 december 2015 (powerpoint).

<sup>36</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Landstinget Dalarna december 2016.



Samverkan med kommunerna i Dalarna sker genom Region Dalarna som är ett kommunalförbund med Dalarnas 15 kommuner och Landstinget Dalarna som medlemmar. Inom kommunalförbundet finns ett chefsnätverk för förvaltningschefer och ett välfärdsråd för politiker. Region Dalarna har identifierat flera processer där samverkan mellan kommun och landsting är viktigt och utvecklingsgrupper har skapats med chefsnätverket som styrgrupp. Utvecklingsgrupperna samverkar och tar fram bland annat gemensamma vårdprogram och överenskommelser.<sup>37</sup>

#### 8.4.7 Region Uppsala

I Uppsala antar regionstyrelsen en politisk viljeinriktning för varje nationell riktlinje. Målsättningen är att implementering av nationella riktlinjer liksom arbetet med Öppna jämförelser ska vara en grund i landstingets planerings- och budgetprocess och tydligt framgå i regelböcker och verksamhetsuppdrag.<sup>38</sup> År 2015 tog Uppsala fram en sammanställning av resultaten i Öppna jämförelser från ett länsperspektiv. Syftet var att ge politiker och medarbetare i landstinget en strategisk överblick och analys av ett urval av resultaten i ÖJ inom hälso- och sjukvård samt läkemedelsområdet.<sup>39</sup>

Programråd finns inom följande områden: diabetes, astma/KOL, hjärtsvikt, hyperlipidemi, depression och ångest, hälsoinriktad hälso- och sjukvård, stroke samt osteoporos i begränsad omfattning. Råden består av läkare, sjuksköterskor, paramedicinsk personal, kommunal personal samt representanter för patientorganisationer samt har adjungerade ledamöter som arbetar med exempelvis Öppna jämförelser och statistik. De representerar sjukhus, primärvård och patienter beroende på område. Programråden för stroke, hjärtsvikt, astma/KOL, diabetes och hälsoinriktad hälso- och sjukvård har tagit fram kvalitetsindikatorer för uppföljning av respektive område. Utgångspunkt har varit nationella riktlinjer och PrimärvårdsKvalitet (se kapitel 11). Samtliga programråd arbetar för att säkerställa att nationella

---

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> Region Uppsala. Programråd och kliniska riktlinjer. [www.lul.se/sv/Extranat/For\\_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Nationella-riktlinjer/](http://www.lul.se/sv/Extranat/For_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Nationella-riktlinjer/) (hämtad 2017-05-04).

<sup>39</sup> Region Uppsala. Öppna jämförelser och Vården i siffror. [www.lul.se/oppnajamforelser](http://www.lul.se/oppnajamforelser) (hämtad 2017-05-04).

riktlinjer och behandlingsstrategier implementeras samt att förbättra resultaten i vården enligt utvalda indikatorer.<sup>40</sup>

Programrådets arbete samordnas från enheten för kunskapsstöd inom hälso- och sjukvårdsavdelningen på landstingets ledningskontor (Regionkontoret). Programråden har definierade uppdrag fastställda av regiondirektören. Programråden rapporterar fortlöpande till två politiska styrelser samt till en tjänstemannaledning.<sup>41</sup>

## 8.5 Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland

Stockholms sjukvårdsregion består av Stockholms läns landsting och Region Gotland. Stockholms läns landsting och Region Gotland har under flera år haft ett nära samarbete inom området kunskapsstyrning. Region Gotland deltar och samverkar i flertalet av nedan beskrivna områden.<sup>42</sup>

Enheten vårdgivarstöd vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar med regionala vård- och behandlingsprogram och samordning av det regionala arbetet med att införa Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm-Gotlands HTA-verksamhet, Metodrådet SLL-Gotland, är knuten till enheten. Metodrådet SLL-Gotland är en regional funktion för evidensbaserad utvärdering av nya och/eller ifrågasatta metoder och processer inom vården i regionen. Metodrådets uppdrag är att stödja vårdgivare, beställare inom förvaltningen och politiker i att göra systematiska vetenskapliga utvärderingar enligt samma metoder som används vid Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.<sup>43</sup>

Det finns 28 specialitetsråd för lika många diagnosområden. Specialitetsråden arbetar bland annat med anpassningar av nationella riktlinjer och rekommendationer, införande av evidensbaserad medicin och ”best practice” samt medverkar i kvalitetsutveckling genom bland annat användandet av kvalitetsregister.

---

<sup>40</sup> Region Uppsala. Indikatorer kvalitetsuppföljning av hjärtviktsvård. [www.lul.se/sv/Extranat/For\\_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Nationella-riktlinjer/Programrad-hjartsvikt-/Indikatorer-for-att-folja-kvalitet-i-hjartsviktsvard/](http://www.lul.se/sv/Extranat/For_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Nationella-riktlinjer/Programrad-hjartsvikt-/Indikatorer-for-att-folja-kvalitet-i-hjartsviktsvard/) (hämtad 2017-05-04).

<sup>41</sup> Ibid.

<sup>42</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Region Gotland december 2016.

<sup>43</sup> Vårdgivarguiden SLL. Health Technology Assessment – HTA.

[www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/vardutveckling/hta/](http://www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/vardutveckling/hta/) (hämtad 2017-05-04).

### 8.5.1 Stockholms läns landsting

Inom Stockholms läns landsting finns enheten vårdgivarstöd vid avdelningen för somatisk specialistvård, kommittén för kunskapsstyrning (KUST) och sakkunnigstrukturen och dess samarbete med olika verksamheter inom SLL och Metodrådet SLL-Gotland som arbetar med HTA.

Medicinsk Kunskapscentrum (MKC) inrättades i Stockholms läns landsting den 1 januari 2010. MKC var en sammanslagning av Läkemedelscentrum och Stöd till kunskapsstyrning inklusive de båda sakkunnigstrukturerna med Spesak (specialsakkunniga läkare), Vårdsak (vårdsakkunniga sjuksköterskor) och Läkemedels-sakkunniga. MKC samverkade med övriga kunskapscentrum såsom dåvarande Cefam (Centrum för allmänmedicin), i dag APC (Akademiskt Primärvårdscentrum), dåvarande Onkologiskt centrum, i dag RCC (Regionalt Cancer Centrum), FoU Äldre och Centrum för psykiatrforskning. I detta hade MKC ett samordnande ansvar i landstingets arbete med kunskapsstyrning. MKC:s uppdrag ovan togs över av avdelningen Stöd för evidensbaserad medicin i samband med en organisationsöversyn 2011. För närvarande pågår en omorganisation inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen där kunskapsstyrning och beställarverksamhet ska integreras.<sup>44</sup>

Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården innebär att val och beslut i alla delar av systemet baseras på rekommendationer som utarbetats utifrån bästa tillgängliga medicinska kunskap. SLL betonar att skillnaden mellan kunskapsstyrning och evidensbaserad medicin i generell bemärkelse är att kunskapsstyrningen har en tydligare koppling till just styrning och integreringen med befintliga styrsystem. Vårdgivare som har avtal med Stockholms läns landsting har skyldighet att rapportera uppgifterna inom sin verksamhet till nationella kvalitetsregister.<sup>45</sup>

Stockholm har utvecklat programråd 4D, och webbplatserna Janusinfo och Viss som presenteras nedan.

---

<sup>44</sup> Stockholms läns landsting. 2010. LS 1005-0483. Stockholms läns landsting FoUU-strategi. Tjänsteutlåtande 2010-11-15.

<sup>45</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Stockholms läns landsting december 2016.

## Programråd 4D

Programråd 4D är ett samverkansprojekt mellan landstinget och Karolinska Institutet som syftar till att skapa bättre hälsa och delaktighet samt bättre förutsättningar för samarbete mellan vård och forskning. Programråd 4D tar fram nya modeller och arbetssätt som skapar förutsättningar för att ny kunskap snabbare kan omsättas till förebyggande åtgärder, behandlingsmetoder och snabbare diagnostisering för patienten. Projektet inleddes 2012 och pågår till 2017. I dagsläget finns fem delprojekt där artrit, bröstcancer, diabetes typ 2 och hjärtsvikt står i fokus. Exempelvis arbetar de med en screeningstjänst för reumatisk sjukdom där personer med oro och besvär, som kan vara möjliga symptom, tidigare ska söka och få rätt vård. Ett femte delprojekt berör informationssystem och fokus ligger på förenklad informationsöverföring där information från journaler, e-hälsokonton, kvalitetsregister och biobanker länkas samman.<sup>46</sup>

## Janusinfo

Janusinfo är en webbplats riktad till sjukvårdspersonal, tillhandahållen av Stockholms läns landstings hälso- och sjukvårdsförvaltning. Sidan tillhandahåller kommersiellt obunden läkemedelsinformation och är även informationskanal för Stockholms läns läkemedelskommitté. Både enkla beslutsstöd att använda vid patientmötet och information för fördjupning och fortbildning erbjuds. Målsättningen är att samla så mycket relevant information inom läkemedelsområdet som möjligt, på ett och samma ställe. På Janusinfo publiceras kontinuerligt läkemedelsnyheter, såväl medicinska som allmänna. En annan viktig del av webbplatsen är evidensbaserade behandlingsriktlinjer, aktuella studiekommentarer och värderingar av nya läkemedel från läkemedelskommitténs expertråd. Andra behandlingsriktlinjer på sajten kommer till exempel från Strama Stockholm. Det går att prenumerera på Janusinfo per e-post.

Janusinfo tillhandahåller även en utökad version av Kloka Listan (rekommenderade läkemedel för basal öppen- och slutenvård i Stock-

---

<sup>46</sup> Vårdgivarguiden SLL. Program 4D – fyra diagnoser. [www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/Projekt/Program-4D/](http://www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/Projekt/Program-4D/) (hämtad 2017-05-04).

holm). I webbversionen finns motiveringar till valen av preparat samt länkar till referenser och behandlingsriktlinjer.

Sajten erbjuder fler beslutsstöd som är avsedda att kunna användas direkt vid mötet med patienten:<sup>47</sup>

- Interaktionstjänsten Sfinx – Swedish Finnish Interaction X-referencing – är ett samarbete mellan avdelningen för klinisk farmakologi vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge, Stockholms läns landsting och Medbase Ltd. i Åbo, Finland.
- Läkemedel och fosterpåverkan ger vägledning vid riskbedömning av läkemedelsexponering under tidig graviditet.
- Läkemedel och amning produceras i samarbete mellan avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge och Janusredaktionen. Kön, genus och läkemedel innehåller information om köns- och genusaspekter på läkemedelsbehandling. Tjänsten är framtagen genom ett samarbete mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns läkemedelskommitté och dess expertråd och Centrum för genusmedicin på Karolinska Institutet.

## VISS

Viss.nu är en webbplats med samlad medicinsk och administrativ information med fokus på samverkan mellan olika vårdnivåer och som primärt riktar sig till primärvården i Stockholmsregionen. Webbplatsen innehåller bland annat över 290 aktuella vårdprogram (handläggningsprogram), nummer till telefonkonsulter och länkar till regionala och nationella vårdprogram m.m. Sidan har funnits sedan 1996 och har cirka 95 000 besök per månad.

Syftet med Viss.nu är att fungera som ett kunskapsstöd (beslutsstöd) vid handläggning av patienter. Informationen kring vårdnivå eller remiss och handläggningsrekommendationer gäller för vårdgivare med vårdöverenskommelse eller avtal med Stockholms läns landsting. Vårdprogrammen produceras av eller via Spesamgrupper (specialister i samverkan) och granskas av represen-

---

<sup>47</sup> Janusinfo SLL. Janusinfo. [www.janusinfo.se/Om-oss1/Om-Janusinfo/](http://www.janusinfo.se/Om-oss1/Om-Janusinfo/) (hämtad 2017-05-04).

tanter för respektive specialitetsråd inom Stockholms medicinska råd (SMR) och Stockholms läns läkemedelskommittés expertråd.<sup>48</sup>

### Vårdgivarguiden

Vårdgivarguiden är en webbplats med information och tjänster till vårdgivare i Stockholms läns landsting. Här samlas information och stöd kring både administrativa frågor och patientmötet. Den samlade informationen kommer från landstingets tidigare webbplatser: Uppdragsguiden, E-tjänster läkemedel, e-Tjänstekort, Produktionsamordning, Smittskydd Stockholm, Vårdhygien, Demensrådet, Barnhälsovården och Vårdinformatik.<sup>49</sup>

De tio mest besökta sidorna under 2016 var e-frikort, barnmorskemottagning, beställningssystem för läkemedel på rekvisition, smittskydd, vårdhygien, vårdhygien e-utbildning, väntetider, avtal och uppdrag samt e-tjänstekort.<sup>50</sup>

## 8.5.2 Region Gotland

Inom Region Gotland finns en regional samverkans- och stödstruktur. Deras uppdrag är att vara dialogpartner och länk mellan nationell, regional och lokal nivå så att initiativ fångas från såväl verksamheter som nationella institutioner och att skapa förutsättningar för en samordnad och effektiv kunskapsstyrning. I kunskapsstyrningsarbetet ska de prioritera gemensamma utvecklingsområden, samordna processer och lösa komplexa, gränsöverskridande uppgifter med brukarens bästa för ögonen, erbjuda långsiktigt stöd för samordnad kunskapsutveckling, ansvara för implementering av riktlinjer och ny kunskap samt uppföljning och utvärdering, kommunicera beslut, kunskap och resultat samt skapa underlag för politiska beslut.<sup>51</sup>

Gotland tar också fram lokala vårdprogram för den gotländska hälso- och sjukvården. Dessa finns för exempelvis demens, diabetes

---

<sup>48</sup> Viss SLL. Information om Viss. [www.viss.nu/Om-Vissnu/Om-Viss/](http://www.viss.nu/Om-Vissnu/Om-Viss/) (hämtad 2017-05-04).

<sup>49</sup> Vårdgivarguiden SLL. Om Vårdgivarguiden. [www.vardgivarguiden.se/om-vardgivarguiden/](http://www.vardgivarguiden.se/om-vardgivarguiden/) (hämtad 2017-05-04).

<sup>50</sup> Vårdgivarguiden SLL. 2017. Helårsrapport 2016 Vårdgivarguiden.

<sup>51</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Region Gotland december 2016.

typ 2 och kronisk hjärtsvikt. Vårdprogrammet för demens utgår ifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Hälso- och sjukvården på Gotland har strukturer för samverkan med SLL inom området kunskapsstyrning, HTA, nationella riktlinjer, läkemedelsområdet med mera. I viss utsträckning finns även lokala vårdprogram framtagna.<sup>52</sup>

## 8.6 Sydöstra sjukvårdsregionen

Sydöstra sjukvårdsregionen består av Region Östergötland, Region Jönköpings län och Landstinget i Kalmar län. En regionsjukvårdsnämnd har inrättats med placering i Region Östergötlands linjeorganisation och med representanter från övriga medlemslandsting. Sjukvårdsregionens samverkansnämnd är organisatoriskt placerad i Region Östergötland men med representation från samtliga huvudmän.

Tjänstemannastödet till Samverkansnämnden utgörs av regionsjukvårdsledningen som dels har en beredande funktion för nämnden, dels en koordinerande funktion för regionala centrumråd och medicinska programgrupper som närmare beskrivs nedan.

Inom sydöstra sjukvårdsregionen finns fyra regionala centrumråd inom områdena Hjärtsjukvård (inklusive medicinsk diagnostik), Hälsa psykiatri, barnsjukvård, och kvinnosjukvård och primärvård, Kirurgi, ortopedi och cancersjukvård samt Rekonstruktiv kirurgisk sjukvård. Centrumråden är primärt ett övergripande samarbetsforum för de ingående specialitetsområdena. Centrumråden är uppdragsgivare för de regionala medicinska programgrupperna (RMPG). De har till uppgift att ta fram förslag på resurstilldelning, produktion och ekonomisk ersättning för regiongemensam vård inom sina respektive verksamhetsområden. De ska följa upp produktion, ekonomi och kvalitet samt ansvara för att koordinera arbetet med regiongemensamma vårdprogram och riktlinjer. De ska också vara ett samarbetsforum. Centrumråden samlar in data från de regionala medicinska programgrupperna (RMPG) som rapporterar till dem. Centrumråden utser ordförande till RMPG, fastställer regionala vårdprogram och vårdriktlinjer. Centrumråden kan även initiera regionala utvecklingsprojekt och FoU-projekt. I centrumråden sitter

---

<sup>52</sup> Region Gotland. Lokala Vårdprogram Gotland. [www.gotland.se/34177](http://www.gotland.se/34177) (hämtad 2017-05-04).

representanter från Universitetssjukhuset i Linköping och de tre landstingen.

I de regionala medicinska programgrupperna (RMPG) sker samarbete inom respektive specialitet. Grupperna har flera olika uppdrag. Några exempel är bevakning av utvecklingen inom sitt område, att understödja samarbetet i regionen samt att sammanställa regionala vårdriktlinjer. I varje grupp ska representation finnas från de nio sjukhusen i regionen.<sup>53</sup>

På sjukvårdsregionens webbsida publiceras pågående arbete kring Socialstyrelsens nationella riktlinjer och vilka RMPG de berör. Riktlinjerna benämns som ett stöd vid prioriteringar och som vägledning om vilka behandlingar och metoder som verksamheterna inom vården och omsorgen bör satsa resurser på.<sup>54</sup> Sydöstra sjukvårdsregionen tar också fram Regionala vårdriktlinjer som ska fungera som beslutsstöd i det grundläggande medicinska arbetet. De ska även utgöra konsensusdokument kring uppdragsfördelning mellan specialiserad och högspecialiserad vård. Varje RMPG ansvarar för vilka dokument som ska tas fram inom respektive område och de ansvarar också för spridning, information och implementering. Dokumenten tas fram av multiprofessionella grupper och med representation från hela regionens specialistvård.<sup>55</sup>

### 8.6.1 Region Östergötland

Inom Region Östergötland arbetas det med kunskapsfrågor på flera olika sätt, däribland genom kunskapsstöd och expertgrupper samt i centrumbildningar och behovsstyrningsprocesser.

På landstingets intranät finns Vårdportalen som innehåller styrande dokument, vårdprogram, kliniskdelade vårdprocessprogram, administrativa riktlinjer samt riktlinjer för läkemedel. Där finns även externa länkar till bl.a. Regionalt Cancercentrum Sydöst, Socialstyrelsens nationella riktlinjer, SBU, Viss.nu och Fakta – Region Jönköping.

---

<sup>53</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Sydöstra sjukvårdsregionen december 2016.

<sup>54</sup> Sydöstra sjukvårdsregionen. Nationella riktlinjer (NR), sydöstra sjukvårdsregionen <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=41823> (hämtad 2017-05-04).

<sup>55</sup> Sydöstra sjukvårdsregionen. Vad är Regionala vårdriktlinjer? <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=40322> (hämtad 2017-05-04).



Östgöta-FAKTA är ett allmänt kliniskt kunskapsstöd som ägs och förvaltas av Region Östergötland. Faktadokumentet utgör ett regionövergripande beslutsstöd i det grundläggande medicinska arbetet och innehåller ibland länkar till omvårdnads- och rehabiliteringskunskap samt andra värdefulla kunskapskällor.

Läkemedelsrelaterade frågor hanteras av Läkemedelskommittén som rekommenderar vilka läkemedel som främst bör användas. Varje år uppdateras den så kallade REK-listan som trycks och skickas ut till alla förskrivare. I regionens journalsystem, Cosmic, markeras rekommenderat preparat för att styra ordinationen till exempel till det mest beprövade och kostnadseffektiva preparatet.

En särskild samverkansgrupp för tandvård finns för utveckling och uppföljning av tandvårdsfrågor ur beställarperspektiv. I gruppen diskuteras såväl odontologiska som administrativa frågor kring tandvård. Samverkansgruppen för tandvård leds av Tandvårdsenheten och i gruppen ingår representanter för Folktandvården och privat-tandvården.<sup>56</sup>

## Centrum för hälso- och vårdutveckling

Centrumets uppdrag är att leverera expertkunskap i form av service, stöd och uppföljning. Centrum för hälso- och vårdutveckling (CHV) stöttar såväl vårdverksamhet, övriga stödcentrum samt regionledningen och den politiska ledningen. Inom CHV finns flera enheter som, enligt sina uppdrag och verksamhetsplaner, arbetar med underlag för kunskapsstyrning på olika sätt.

Clinicums arbete fokuserar på kunskapsförmedling för medarbetare och lyfter här fram aktuell medicinsk kunskap. Enheten bidrar även till utformning av olika utbildningsinsatser såväl på lokal, nationell som internationell nivå. Enheten Verksamhetsutveckling Vård och Hälsa (VVH) har i uppdrag att bidra med kunskap kring folkhälsa samt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete för en mer jämlik hälsa. I uppdraget ingår också att arbeta med att utveckla och initiera nya metoder och verktyg inom hälso- och sjukvården. CHV:s uppdrag kan även handla om att utarbeta nya riktlinjer eller

---

<sup>56</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Region Östergötland december 2016.

processer och kan innebära ett ansvar för delar av eller hela kedjan från att ta fram underlag till implementering. Under hösten 2016 startade medicinska fakulteten vid Linköpings universitet en kurs i implementering i samverkan med CHV.<sup>57</sup>

## Behovsanalyser

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) tar årligen fram ett antal behovsanalyser som belyser läget inom en sjukdoms- eller behovsgrupp.<sup>58</sup> Behovsanalyserna fungerar som ett kunskapsunderlag vilka ger politikerna ökad förståelse inför politiska beslut. Behovsanalysen innehåller bland annat följande:

- Allmän information av relevans – demografi, genus, ålder och socioekonomi
- Information om sjukdomsgruppen – utbredning, förekomst och folkhälsa
- Kunskapsunderlag – nationella riktlinjer, aktuell forskning, vårdprogram etc.
- Verksamhetens organisation och samverkan
- Vårdprocess – förebyggande, hälsofrämjande, diagnostik, behandling och rehabilitering
- Vårdproduktion – vårdtillfällen, väntetider m.m.
- Brukarnas erfarenheter och behov.

Brukarperspektivet, snarare än verksamhetens perspektiv eller partipolitiska perspektiv, ska vara vägledande för analysen. Ett sätt att få med patientrepresentation i behovsanalysarbetet, är via brukardialoger. Brukardialogen syftar till att ta del av erfarenheter, synpunkter, förväntningar och behov hos en specifik behovsgrupp.

När en behovsanalys avslutats, ska de utvecklingsområden som identifierats analyseras av avtalsansvariga. I dialoger mellan avtals-

---

<sup>57</sup> Ibid.

<sup>58</sup> Region Östergötland. Behovsanalyser. [www.regionostergotland.se/Demokrati-och-insyn/Politisk-styrning/Halso--och-sjukvardsnamnden/Behovsanalyser/](http://www.regionostergotland.se/Demokrati-och-insyn/Politisk-styrning/Halso--och-sjukvardsnamnden/Behovsanalyser/) (hämtad 2017-05-04).

ansvariga och verksamheten förändras sedan avtal (privata utförare) och överenskommelser (egen regi) med utgångspunkt i utvecklingsområdena. Detta sker genom att nya uppdrag ges. Uppdragen formuleras i termer av patientlöften. Uppdragen specificeras sedan ytterligare genom en kravspecifikation, som innehåller ska-satser. De nya avtalen eller överenskommelserna ska sedan förankras.<sup>59</sup>

### 8.6.2 Landstinget i Kalmar län

Kalmars arbete med kvalitetsfrågor bedrivs både inom landstinget och inom sjukvårdsregionen. Respektive ledningsfunktion och enskilda verksamhetsledare har till ansvar att arbeta med resultatåterkoppling inklusive återkoppling på nationella indikatorer som exempelvis Öppna jämförelser. Kvalitetsregister och webbaserade datarapporter från Vården i siffror används som stöd för resultatåterkoppling. För att dra nytta av landstingets specifika kompetenser på person- och grupp-nivå finns bland annat så kallat indikatoransvariga med uppdrag att analysera enskilda resultat vidare. Landstingets återkommande aktiviteter via så kallade förbättringsprogram samt det systematiska processarbetet är andra sätt att tillvarata befintlig kompetens. Vissa processer bedrivs också länsövergripande, vilket innebär att även kommunernas hälso- och sjukvårdspersonal är involverade. Till varje klinisk process finns en tvärprofessionell grupp som leds av utsedd processledare. Kunskapsstöd som tas fram under dessa processer visualiseras på webbplatsen [www.vardriktlinjer.se](http://www.vardriktlinjer.se). Webbplatsen är ett av flera stöd i kunskapsstyrningens implementering och där man genom att visualisera styr- och kunskapsdokument som fastslagits öppet delger hur en jämlik och god vård för länets befolkning ska vara. Kunskapsdokumenten utgör länsövergripande beslutsstöd i det grundläggande medicinska arbetet och innehåller länkar till omvårdnads- och rehabiliteringskunskap samt andra värdefulla kunskapskällor.

Begreppet kunskapsstyrning blev en politisk strategi 2007 och landstingets organisation har utvecklats steg för steg sedan dess. I takt med att de nationella samverkansytorna och den gemensamma

---

<sup>59</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Region Östergötland december 2016.

satsningen via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) Nationell Samverkan Kunskapsstyrning har utvecklats, förbättras förutsättningar för landstingets arbete. Landstinget bevakar utvecklingen med målet att strukturellt och organisatoriskt skapa en kunskapsorganisation som stödjer alla vårdnivåer internt och externt så att kunskapsstyrningen blir en naturlig del av verksamheternas faktiska stöd i att ge god vård.

Sjukvårdsledningen i landstinget är den närmaste ledningen under landstingsdirektören och efterfrågar rapporter från samtliga områden inom den interna kunskapsstyrningen. Rapporter med direkt uppdrag från landstingsplanen återkopplas även till den politiska ledningen.<sup>60</sup>

## Kunskap och praktik

Landstingsledningen har ansvar för att skapa förutsättningar för den enskilde medarbetaren att kunna hantera kunskapsstyrning i praktiken. Landstinget arbetar med detta via tre kliniska träningscentrum: ett landstingsgemensamt kliniskt träningscentrum (KTC) på Länsjukhuset i Kalmar och två lokala kliniska träningscentrum i Oskarshamn respektive Västervik. De kliniska träningscentrumen erbjuder all vårdpersonal samt studerande vid läkar-, sjuksköterske-, undersköterske-, sjukgymnast- samt arbetsterapeututbildningen en möjlighet att praktiskt öva teoretiskt inhämtade kunskaper inför möten med patienter. På KTC kan medarbetare och studerande, enskilt eller i grupp, i lugn och ro träna olika medicintekniska och kliniska färdigheter.<sup>61</sup>

## Forskningsenheten

Forskningsenheten är en länsövergripande enhet belägen vid länsjukhuset i Kalmar. Uppbyggnaden av enheten ligger i linje med landstingets strävan mot att alla medarbetare ska ha egen erfarenhet av forskning och utvecklingsarbete. Detta med tanken att insikt om

---

<sup>60</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Landstinget i Kalmar december 2016.

<sup>61</sup> Ibid.

hur forskningsresultat växer fram och används är viktigt. Något som i slutändan kommer patienten till del genom bättre kvalitet och en säkrare hälso- och sjukvård.

Forskningsenheten ska ge stöd till medarbetare som vill börja forska eller som redan bedriver forskningsarbete. På forskningsenheten arbetar landstingets forskningschef, forskningshandledare, statistiker och administrativ personal. Där finns också arbetsplatser som landstingets doktorander och forskare har möjlighet att disponera.<sup>62</sup>

### 8.6.3 Region Jönköpings län

I Region Jönköpings län finns medicinska programgrupper med ansvar för utveckling inom de olika specialiteterna. Högsta ledningen under regiondirektören efterfrågar rapporter och träffar programgrupperna två gånger per år för en utvecklingsdialog. Vid dessa möten presenterar de medicinska programgrupperna sina utvecklingsområden och utifrån detta startas utvecklingsarbeten och vid behov omorganisationer.<sup>63</sup>

Inom primärvården finns en FoU-enhet i regionen som åker ut till vårdcentraler och presenterar deras data för olika utfallsparametrar. Vårdcentralcheferna kontaktar FoU-enheten för stöd vad gäller uppföljning och förbättringsarbete. Även Qulturum kan stå för förbättringskompetens (se nedan).<sup>64</sup>

På Jönköpings webbsida länkas till information från engelska NICE, Norsk helseinformatikk, UpToDate och Sydöstra sjukvårdsregionens regionala vårdriktlinjer. Inom Region Jönköping har de även utvecklat ett kliniskt kunskapsstöd, Fakta, samt Qulturum, Futurum och Jönköping Academy. Dessa presenteras kortfattat nedan.<sup>65</sup>

---

<sup>62</sup> Ibid.

<sup>63</sup> Information från ett möte med representanter från Region Jönköping som utredningen hade i november 2016.

<sup>64</sup> Ibid.

<sup>65</sup> Region Jönköpings län. Evidensbaserad kunskap.

<http://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=40036&nodeType=1&refId=40041> (hämtad 2017-05-04).

## Fakta – Allmänt Kliniskt kunskapsstöd

Fakta – Allmänt Kliniskt kunskapsstöd, ägs och förvaltas av, samt riktar sig till, Region Jönköping. Faktadokumentet är kortfattade, praktiskt inriktade och uppbyggda kring fasta rubriker. De utgör ett länsövergripande beslutsstöd i det grundläggande medicinska arbetet med länkar till omvårdnads- och rehabiliteringskunskap samt andra värdefulla kunskapskällor.<sup>66</sup>

Faktadokumentet utformas ämnesvis med hjälp av multiprofessionellt sammansatta Faktagrupper med representation från öppen och slutenvård. På uppdrag av respektive medicinsk programgrupp ansvarar Faktagruppen för vilka dokument som ska produceras inom ämnesområdet samt för spridning, information och implementering. Läkemedelskommitténs terapigrupper är sedan några år tillbaka integrerade i Faktagrupperna. Läkemedelskommitténs arbete är därför numera än mer inriktat mot slutenvården.

Fakta tar också fram övergripande policydokument, kallade riktlinjer, behandlingsriktlinjer och medicinsk diagnostik. De rör exempelvis fördelning av patienter som söker akut sjukvård, primärvårdens jourverksamhet, rådgivande läkemedelslista och röntgen.<sup>67</sup>

## Qulturum

Qulturum är ett centrum för utveckling och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvård och tandvård. De vill vara en mötesplats för alla som vill vara med och utveckla och förbättra svensk sjukvård. De erbjuder stöd och hjälp i att förändra system, kompetensförnyelse med mera. De arbetar med ledarskapsutveckling, verksamhetsutveckling, utveckling av arbetssätt med mera.<sup>68</sup>

Inom Qulturum finns enheten Metodikum som erbjuder medarbetare i regionen möjligheten att träna olika kliniska aktiviteter som exempelvis att sätta nålar eller träna arbetssituationer som

---

<sup>66</sup> Region Jönköpings län. Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd. <http://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=39574&nodeType=1&refId=39570&refNodeType=13> (hämtad 2017-05-04).

<sup>67</sup> Region Jönköpings län. Riktlinjer för Region Jönköpings län. <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=40038> (hämtad 2017-05-04).

<sup>68</sup> Region Jönköpings län. Om Qulturum. <http://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=43078&nodeType=13> (hämtad 2017-05-04).

olika team kan komma att hamna i. De har simulatorer och apparater till hjälp i träningen.<sup>69</sup>

## Futurum

Region Jönköpings FoU-enhet kallas Futurum och erbjuder stöd till klinisk forskning och samordning av verksamhetsförlagd utbildning inom olika utbildningar.<sup>70</sup>

## Jönköping Academy

Jönköping University, Region Jönköpings län och de 13 kommunerna i Jönköpings län samverkar kring The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare. De riktar sig till beslutsfattare och medarbetare inom vård och omsorg samt forskare och studenter. Jönköping Academy tar fram och nyttiggör kunskap om förbättring och ledarskap inom vård och omsorg med syftet att främja hälsa och välfärd. De utgör ett nationellt och internationellt forum för forskning och utbildning.<sup>71</sup>

## 8.7 Västra sjukvårdsregionen

I Västra sjukvårdsregionen ingår Västra Götalandsregionen samt norra delen av Region Halland. Parterna samverkar inom bland annat kunskapsstyrning, medicinska sektorsråd och RCC. Kunskapsstyrning ses som ett regionalt utvecklingsområde. Det är ett systematiskt arbete för att vården ska bedrivas enligt bästa tillgängliga kunskap. Genom medicinska sektorsråd sker ett strukturerat informationsutbyte.<sup>72</sup>

---

<sup>69</sup> Ibid.

<sup>70</sup> Region Jönköpings län. Futurum är Region Jönköpings läns forsknings- och utbildningsenhet. <http://plus.rjl.se/futurum> (hämtad 2017-05-04).

<sup>71</sup> Jönköping Academy. Om oss. <https://center.hj.se/jonkoping-academy/om-oss.html> (hämtad 2017-05-04).

<sup>72</sup> Region Halland. 2015. RS150051. Samverkansavtal för Västra sjukvårdsregionen. Tjänsteskrivelse 2015-02-13.

### 8.7.1 Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionens politiska beslutsstruktur utgörs av ett ägar-, beställar- och utförarsystem. Regionens ledningssystem för kunskapsstyrning omfattar berednings- och beslutsprocesser för ett ordnat införande av nya läkemedel, medicinteknik, metoder, patientprocesser och riktlinjer. Processerna drivs i beredningen från Koncernstabens avdelning för kunskapsstöd. En omfattande sakkunnigorganisation administreras härifrån och inräknar knappt trettio specialistråd och ett tjugotal läkemedelsterapigrupper varav de senare är samordnade av den lokala läkemedelskommittén.

Ärenden som rör ordnat införande eller utmönstring nomineras till ett Program- och prioriteringsråd för beredning och horisontell prioritering enligt den etiska plattformen och enligt hälso- och sjukvårdslagen. Till stöd för beredningen tillsätts särskilda arbetsgrupper och regionens HTA-enhet stödjer med evidensvalidering enligt GRADE-systemet (mer om GRADE i kapitel 12). Därefter fattar Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslut om vad som ska införas respektive utmönstras och hur detta ska finansieras. Beslutet knyts till en budgetpost för två eller tre års introduktionsfinansiering. Implementeringen av det ordnade införandet följs upp av koncernstaben. Uppföljningen äger rum hos utförarförvaltningen, vilken erhåller introduktionsmedlen först efter avrop och uppvisad prestation. Inom varje förvaltning har verksamhetsområdena resultatansvar där t.ex. förskrivning av läkemedel knyts till enhetens budgetansvar. På detta sätt knyter ledningssystemet ihop processen för kunskapsstöd till ledning, styrning och ansvarsutkrävande på enhetsnivå.

Västra Götalandsregionen har en transparent och tydlig process för framtagande och beslut av styrande riktlinjer så kallade regionala medicinska riktlinjer (RMR). De tas fram av sakkunniga, granskas och förordas av Program- och prioriteringsrådet och beslutas av hälso- och sjukvårdsdirektören på delegation av hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Terapiriktlinjer för läkemedel tas fram av Terapigrupper. De granskas och förordas av läkemedelskommittén innan de beslutas av hälso- och sjukvårdsdirektören på delegation av hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Diabetesrådet och Strokerådet är sakkunniggrupper som består av företrädare från berörda professioner och med representation från delregionerna. De har framgångsrikt arbetat med att implementera



nationella riktlinjer med metoder liknande genombrottsmodellen. Råden arbetar långsiktigt och uthålligt. Kunskapscentrum psykisk hälsa arbetar med att ta fram regionala medicinska riktlinjer inom psykiatri för att öka tillgång till en jämlik och evidensbaserad psykiatrisk vård. De ansvarar också för fortbildning inom området.

Inom Västra Götalandsregionens koncernstab hälso- och sjukvård finns även andra enheter som på olika sätt arbetar med kunskapsfrågor. Enheten Kunskapscentrum för Jämlik vård (KJV) har till uppdrag att förbättra hälso- och sjukvårdens innehåll och kvalitet genom att arbeta för en jämlik vård för att alla invånare i regionen. Regionen har också ett Centrum för sexuell hälsa och en s.k. Stram-enhet som båda arbetar på ett likartat vis.<sup>73</sup>

## Mequal – Hjärtjournalen

Mequal, tidigare Hjärtjournalen, är ett produktionssystem för kardiologisk verksamhet. Det kan integreras med verksamhetens huvudsakliga journalsystem så att information registrerad i Mequal automatiskt förs över. På samma sätt kan information hämtas från andra system för att visas i Mequal. Mequal har utvecklats i nära samarbete med kardiologer, vilket har bidragit till att göra det till en lättanvänd och snabbarbetad applikation med fokus på kvalitetssäkring och verksamhetsnytta. Systemet består av ett antal moduler för olika undersökningar, samt centraliserade delar. De centrala delarna innehåller bakgrundsdata för patienter, bland annat anamnes, diagnoser, tidigare sjukdomar, riskfaktorer, läkemedelslista och allergier. Det innefattar vidare patientöversikt med snabb översikt över patientens bakgrundsdata och besökshistorik, signeringskorg för läkare och automatisk utloggningsfunktion. En loggningsfunktion ger möjlighet att se vilken personal som varit involverad i en viss patient, eller vilka patienter en viss personal varit involverad i och möjlighet till utskrift i flera olika format från de olika modulerna.<sup>74</sup>

Alla inmatade värden sparas unikt. Detta innebär att applikationen stödjer direkt export till ett flertal olika nationella kvalitetsregister, likväl som till andra datajournaler. Dessutom ger det möj-

<sup>73</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Västra Götalandsregionen december 2016.

<sup>74</sup> Domitor Consulting AB. Hjärtjournalen. [www.excense.com/hj.aspx](http://www.excense.com/hj.aspx) (hämtad 2017-05-04).

lighet till kvalificerade datautsökningar för användning till statistik och forskning.

Sedan 2011 har Mequal upphandlats för hela Västra Götalandsregionen.<sup>75</sup>

### 8.7.2 Region Halland

Region Halland arbetar enligt en ny hälso- och sjukvårdsstrategi kallad En hälso- och sjukvård för bättre hälsa. Halland har en särskild avdelning för kunskapsstyrning, vårdens kunskap och innehåll. Avdelningen säkerställer att ”rätt kunskap används” och har samordningsansvar för den regionala kunskapsstyrningen i Region Halland. Enheten för läkemedelsstrategi har samordningsansvar för läkemedel i Region Halland.

En Regional kunskapsstyrningsstruktur har tagits fram som grundar sig på fyra hörnstenar; kunskapsinhämtning, kunskapssamordning, ordnat införande och kunskapsanvändning. Process för ordnat införande sker via Prioriterings- och evidensrådet. Underlag kunskapsvärderas av sakkunniggrupper och synpunkter inhämtas inför Prioriterings- och evidensrådet. Rådet rekommenderar för beslut och en eventuell introduktionsfinansiering. Beslut fattas av hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören. En implementeringsstrategi följer med beslutet.

En regiongemensam processmodell har framtagits för regionövergripande processer, i dagsläget cirka 26 stycken. Processerna visualiseras i vård- och behandlingsprocesser på olika vårdnivåer: egenvård, närsjukvård, specialistvård och regionvård. Tydliga remissvägar och regionala eller nationella vårdriktlinjer inkluderas och länkas in i de olika vårdnivåerna.<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> Ortivus. 2015. Västra Götalandsregionen förlänger avtalet för ”IT-stöd för hjärtsjukvård”. [www.ortivus.com/sve/vastra-gotalandsregionen-forlanger-avtalet-for-it-stod-for-hjartsjukvard/](http://www.ortivus.com/sve/vastra-gotalandsregionen-forlanger-avtalet-for-it-stod-for-hjartsjukvard/) (hämtad 2017-05-04).

<sup>76</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Region Halland december 2016.

## 8.8 Södra sjukvårdsregionen

Medlemmar i Södra sjukvårdsregionen är södra delen av region Halland, Landstinget Blekinge, Region Kronoberg och Region Skåne. Södra Regionvårdsnämnden arbetar enligt beslutat regionavtal inom områdena regionvård, patientträning, kunskapsstyrning, forskning och utveckling, utbildning och kompetensförsörjning samt ekonomisk reglering. Nämnden svarar för politisk samverkan mellan landstingen och kommunerna i Södra sjukvårdsregionen. Kunskapsstyrning ingår i den medicinska samverkan inom regionen. Ett tiotal regionala medicinska kunskapsgrupper (indelade efter organ och sjukdomar) med förankring i regionens fyra landsting har till uppdrag att bedriva arbete i sjukvårdsregionen med införande av nationella riktlinjer, analys av kvalitet utifrån tillgängliga data, beskriva förhållande till nationella riktlinjer, vara Södra sjukvårdsregionens representant vid olika nationella arbeten m.m. Syftet är att medicinska resultat ska få en större betydelse i ledning, styrning och uppföljning av vårdens prestationer samt stödja utvecklingen av en säker, god och jämlik vård i hela Södra sjukvårdsregionen. Grupperna har multiprofessionell sammansättning och leds ytterst av en styrgrupp som består av en representant från respektive huvudmans kunskapsstruktur samt Södra regionvårdsnämndens kanslifunktion.

Inom södra sjukvårdsregionen finns gemensamma solidariskt finansierade verksamheter som både är kunskapscentrum och vårdgivare. Exempel på sådana är klinisk genetik, arbets- och miljömedicin, yrkes- och miljödermatologi, organisation för organ- och vävnadsdonation, centrum för sällsynta diagnoser, RCC m.fl.<sup>77</sup>

### 8.8.1 Region Skåne

Inom avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning är kunskapsstyrningsfrågor integrerade med behovs-, uppdrags- och uppföljningsprocesserna. Ansvariga enheter är enheten för kunskapsstyrning, enheten för läkemedelsstyrning och enheten för strategisk kvalitetsutveckling. Inom landstinget finns ett stort antal sakkunniggrupper såsom expertgrupper inom ett tiotal områden t.ex. obesitas, stroke,

---

<sup>77</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Södra sjukvårdsregionen december 2016.

diabetes, förlossning och trauma, ett 20-tal terapigrupper för läkemedelsfrågor samt ett tiotal politiskt tillsatta kunskapscentrum inom strategiskt viktiga områden såsom migration & hälsa, smärta, demens, kvinnohälsa och prevention och sjukdomsförebyggande metoder. Gemensamt för alla sakkunniggrupper är att de ansvarar för omvärlds- och behovsanalys samt framtagande av vårdprogram och riktlinjer inom respektive område. Inom primärvården finns en aktiv AKO-organisation (allmänläkarkonsulter) som ansvarar för fortbildning och riktlinjer inom allmänmedicin. Nyligen har även en expertgrupp bildats med ansvar för kvalitetsfrågor och indikatorer inom primärvård.

Uppdragen till offentlig och privat hälso- och sjukvård följs kontinuerligt upp med hjälp av indikatorer som beskrivs och definieras i ett indikatorbibliotek. Specifika applikationer har tagits fram för såväl landstingsövergripande som verksamhetsnära uppföljning.

Baserat på uppföljningsresultat lokalt och nationellt ges uppdrag till sakkunniggrupper att ta fram vårdprogram och riktlinjer som fastställs av hälso- och sjukvårdsdirektören. Enheten för strategisk kvalitetsutveckling har till uppgift att stödja implementeringen. För att följa upp effekterna av nya vårdprogram finns en analysenhet kopplad till regionalt registercentrum (ERC, epidemiologiskt registercentrum).

För prioritering av nya metoder och läkemedel har ett prioriteringsråd inrättats. Rådet lämnar yttranden till såväl koncernledning som politisk ledning baserat på evidens, hälsoekonomi och etik. Underlagen till rådet tas fram av Skånes HTA-enhet. Exempel på områden som rådet yttrat sig över är trombelectomi vid stroke, prenatal fosterdiagnostik (NIPT) och HPV-vaccinering av pojkar.<sup>78</sup>

### 8.8.2 Landstinget Blekinge

Blekinge pekar i sin landstingsplan på behovet av och utmaningen att få till en organisation och struktur för arbete med kunskapsstyrning. Landstingets struktur ska komplettera den organisation för kunskapsstyrning som huvudmännen inom den södra sjukvårdsregionen byggt

---

<sup>78</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Region Skåne december 2016.

upp. Införande av riktlinjer och vårdprogram beslutas av landstingsdirektören och linjeorganisationen har ansvaret för genomförande.

I landstinget finns en avdelning för kunskapsstöd med resurser för uppföljning, analys och metodstöd för förbättringsarbete, en medicinsk kommitté med uppdrag att leda och stödja evidensbaserad vård samt en läkemedelskommitté som ska verka för att läkemedelsanvändningen ska vara säker, vetenskapligt belagd och kostnadseffektiv.

Det finns en prioriteringsgrupp för ordnat införande av särskilt kostsamma läkemedel. Primärvården deltar i nationella utvecklingsprojekt (Primärvårdskvalitet och Kunskapsstöd i primärvården). En analysgrupp för systematisk användning av registerdata ur Vården i siffror är under uppstart. Landstinget tar också fram lokala vårdprogram för landstinget, och i förekommande fall kommuner, som förtydligar rutiner och ansvarsfördelning.<sup>79</sup>

### 8.8.3 Region Kronoberg

Kronoberg har gjort en egen kartläggning av kunskapsstyrningen i regionen som ett första steg i ett av SKL initierat projekt för att åstadkomma en förbättrad struktur för utveckling och kunskapsstyrning. Landstingets medicinska kommitté är en strategigrupp som bland annat ansvarar för att stödja ledningen och verksamheten i implementering av nationella riktlinjer och evidensbaserad medicin. Medlemmarna i kommittén är inte chefer utan kunskapsföreträdare inom olika områden. Kommittén granskar även resultaten i Öppna jämförelser och föreslår därefter fördjupnings- eller förbättringsområden. Kommittén är även läkemedelskommitté. Medicinska kommittén bereder alla medicinska frågor som kräver budgettillskott och lämnar därefter förslag till ledningsgruppen.

I Kronoberg använder alla vårdgivare inklusive privata aktörer samt en majoritet av kommunerna i länet samma journalsystem. Landstinget ser det som en styrka i uppföljningsarbetet att vårdinformationssystemet i stort sett är heltäckande. Journaluppgifterna överförs till datalager vilket skapar möjlighet för att ta fram rapporter åt verksamheterna. Vårdadministrativa uppgifter tas fram regel-

---

<sup>79</sup> Information kommer från e-postkontakt med representanter från Blekinge december 2016.

bundet från datalagret och i viss utsträckning också medicinska data, väntetider, och andra tillgänglighetsindikatorer. Kronoberg arbetar också med andra verktyg för uppföljning, exempelvis kvalitetsregister, patientregistret och nationell patientenkät.

Det finns en webbplattform för medicinska riktlinjer och rekommendationer. De medicinska riktlinjer som medicinska kommittén ansvarar för publiceras på landstingets webbsida, tillsammans med tips och råd för den som arbetar med att ta fram riktlinjer. På sidan finns också länkar till bland annat Socialstyrelsens och Läkemedelsverkets riktlinjer.<sup>80</sup>

---

<sup>80</sup> Landstinget Kronoberg. Kunskapsstyrning Landstinget Kronoberg. 20120517, Katarina Hedin FoU chef, Styrbjörn Östberg Chefläkare, [http://www5.ltkronoberg.se/upload/Medicinska%20kommitt%c3%a9n/Kunskapsstyrning/Kunskapsstyrning%20i%20Landstinget%20Kronoberg%202012\\_0828.pdf](http://www5.ltkronoberg.se/upload/Medicinska%20kommitt%c3%a9n/Kunskapsstyrning/Kunskapsstyrning%20i%20Landstinget%20Kronoberg%202012_0828.pdf).

## 9 Kunskapsstöd från patientföreningar och professioner

Professionerna och patienterna är de grupper som har mest kunskap om olika sjukdomar, symptom, behandlingar och hur det påverkar hälsan och livskvaliteten. I detta kapitel beskrivs hur professioner och patienter arbetar med att ta fram kunskapsstöd. Kapitlet inleds med att ge några exempel på hur patientorganisationer arbetar med kunskapsstödjande verksamhet för den egna patientgruppen. Därefter beskrivs arbetet som bedrivs inom fyra professionsföreningar: Svensk sjuksköterskeförening, Fysioterapeuterna, Apotekarsocieteten och inom specialistläkarföreningar. Texterna i detta kapitel är inte uttömmande utan ger en bild av hur det går till inom ett mindre urval av föreningar.

### 9.1 Kunskapsstöd framtagna av patientföreningar

Kunskapsstöd som är tillgängliga för patienten är viktiga för en kunskapsbaserad och jämlik vård. Stöd som bidrar till att patienten kan bedriva egenvård kan ha stor betydelse för patientens livskvalitet likväl som vårdens effektivitet. Ett exempel på ett viktigt kunskapsstöd för patienten är stöd för beslutet om man ska uppsöka vården eller inte. Utvecklingen går snabbt, där olika it-stöd utvecklas som stöd till vårdpersonalen eller direkt till patienten i digital form (mer om detta i kapitel 10).

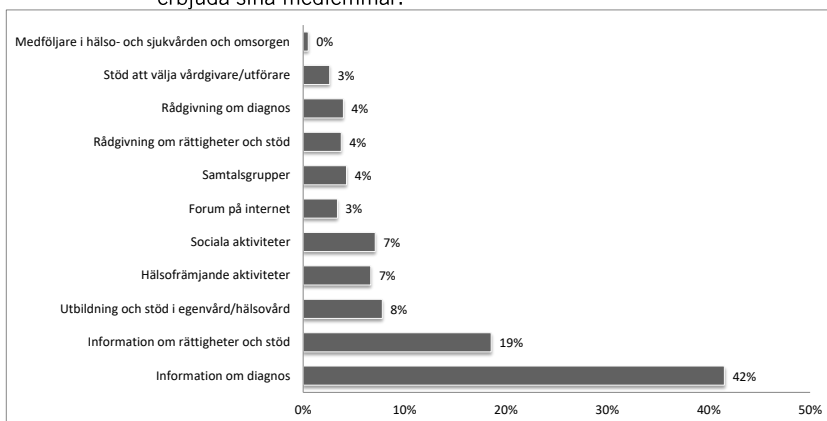
Patientorganisationer samlar personer med en eller flera sjukdomsdiagnoser eller funktionsnedsättningar, samt närstående och stödmedlemmar. De har tre huvudsakliga roller. *Den företrädande rollen* innebär att vara en röst åt gruppen i förhållande till olika delar av samhället.

*Den utförande rollen* innebär att utföra tjänster på uppdrag av och med finansiering från staten eller sjukvårdshuvudmännen. *Den stödjande rollen* fyller behov i den egna gruppen såsom att ge information, personligt stöd eller gemensamma aktiviteter riktade till i första hand medlemmar. I den stödjande rollen kan bland annat ingå att ta fram olika typer av kunskapsunderlag med information om en sjukdom, behandling eller stöd till egenvård.<sup>1</sup>

En enkätundersökning från Vårdanalys som gick ut till medlemmar i fem organisationer under 2015 visade att tillgången till kunskapsunderlag är den absolut viktigaste anledningen till varför de tillfrågade hade valt att bli medlemmar i en förening.<sup>2</sup> Vid fråga om vilken typ av stöd och service en förening bör erbjuda sina medlemmar är information om sjukdom eller diagnos också den absolut viktigaste funktionen som förväntas (se figur 9.1). En majoritet av de tillfrågade tycker också att detta behov tillgodoses genom sin respektive förening.

### Figur 9.1 Önskemål om stöd och service

I figuren redovisas hur stor andel som angav respektive svarsalternativ som det viktigaste stödet eller servicen som en patientförening bör erbjuda sina medlemmar.



Källa: Vårdanalys enkät till medlemmar i fem patient- och funktionshinderorganisationer 2015. Antal svaranden 2 788.

Många föreningar arbetar med information om sjukdom och diagnos genom hemsidor eller genom att sprida information på andra vägar.

<sup>1</sup> Vårdanalys 2015: *Sjukt engagerad – en kartläggning av patient- och funktionshinderrörelsen*, 2015:4.

<sup>2</sup> *Ibid.*



Många organisationer har också lokalföreningar som arbetar med olika typer av stödjande verksamhet.<sup>3</sup> I flera fall har de lokala föreningarna träffar, diskussionsgrupper, läger och enskilt stöd till medlemmar i olika sjukdomsfaser. De erbjuder sig i vissa fall att följa med en medlem vid besök i vården för att vara ett stöd. Flera föreningar ringer upp nya medlemmar för att få ett personligt välkomstsamtal, i vilket bland annat råd och stöd kan behandlas.

Kvalitetsregister där patientens data i realtid matchas mot en större patientpopulation är redan en viktig faktor som grund för professionernas beslut. I ökande utsträckning utgörs data av patientrapporterade data. En framtida utveckling kan komma att ännu mer integrera olika information och data som görs tillgängligt för patienten. På så vis stärks patientens ställning och patienten ges bättre underlag för sin egenvård liksom för gemensamma beslut i mötet med vårdens professioner. Ett exempel som visar kraften och möjligheterna i moderna digitala lösningar är webbsajten PatientsLikeMe. På denna sajt kan patienten själv registrera data, jämföra med andra personer med samma sjukdom och få information om de senaste forskningsrönen och behandlingsmetoder.

Ett exempel på en patientförening som arbetar aktivt med information riktad till patienter och närstående är Reumatikerförbundet. På deras hemsida finns färdigt informationsmaterial, och frågor och svar inom olika kategorier som olika symptom, arbetsliv, sex och samlevnad, kostråd med mera. Det finns även diagnosblad och sjukdomsbroschyrer för nedladdning på hemsidan. Det går att söka fram artiklar i en kunskapsbank om reumatiska sjukdomar. De erbjuder också olika vägar för att få svar på frågor; bland annat kan läsare av medlemstidningen Reumatikervärlden höra av sig till en expertpanel med frågor som sedan besvaras i nästa nummer av tidningen. De bedriver också Hälsportal, där man kan få personligt stöd i sin träning direkt från en coach samt skapa planer och sätta mål för att sedan registrera aktiviteter och får ut statistik på sin hälsa och hälsofrämjande åtgärder. Slutligen driver de Reuma Direkt, där medlemmarna via telefon kan ställa frågor till sjukvårdsutbildad personal. Verksamheten genomförs i samarbete mellan Reumatikerförbundet och FoU-centrum vid Spenshults sjukhus. Tjänsten riktar sig inte enbart till patienter och närstående utan även studenter och sjuk-

---

<sup>3</sup> Ibid.

vårdspersonal är välkomna att ringa. De frågor som ställs är av varierande karaktär, men det kan röra sig om symptom, orsak till sjukdom och sjukdomsutveckling, olika behandlingsmetoder och råd om var personer kan söka hjälp inom exempelvis vården och patientföreningar.<sup>4</sup>

## 9.2 Svensk sjuksköterskeförenings arbete med kunskapsstöd

Svensk sjuksköterskeförening tar fram egna kunskapsstöd och har viss samverkan med andra professioner för att ta fram gemensamma stöd. De strävar efter målet att fler stöd ska vara framtagna av och för flera professioner samt att det ska vara mer fokus på omvårdnad i de kunskapsstöd som finns i dag.

Inom föreningen finns 52 specialistnätverk och tio vetenskapliga råd. Nätverken arbetar med allt ifrån sårbehandling till ortopedi. Cirka 25 procent av deras 65 000 medlemmar är aktiva i något av nätverken. Medlemmarna kan därigenom fylla en viktig funktion i spridningen av kunskap. Nätverken samlas årligen för att inventera vilka kunskapsluckor som finns i den kliniska vardagen. När kunskapsluckor identifieras skickar de in förslag till SBU. Arbetet utgår ifrån PICO (patient – intervention – context – outcome). Ibland deltar de, efter fråga från SBU, i framtagande av underlag. En viktig del i föreningens arbete har varit att få in omvårdnad i underlagen.

Svensk sjuksköterskeförening tar även fram egna kunskapsunderlag i en serie som kallas Re-Aktion. Underlagen publiceras både på webben och trycks i korta rapporter (cirka sex sidor långa). Syftet är att lyfta fram omvårdnadsforskningens betydelse för en god och säker vård.<sup>5</sup> Föreningens förhoppning är att sjuksköterskor via kunskapsunderlagen får tillgång till aktuell kunskap, hjälp med argument för att reagera på fel och brister, och att de också agerar för att patienter inte ska skadas i vården. Re-Aktion kan vid behov omvandlas till lokala vårdprogram. Föreningen får också frågor från sjuk-

<sup>4</sup> Reumatikerförbundet. 2017. Informationen kommer från flera olika sidor på Reumatikerförbundets webbsida [www.reumatikerforbundet.org](http://www.reumatikerforbundet.org). Webbsidan besöktes under januari och april 2017.

<sup>5</sup> Svensk sjuksköterskeförening. *Re-Aktion: kunskapsunderlag för en säkrare vård*. [www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Re-Aktion-kunskapsunderlag-for-en-sakrare-vard/](http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Re-Aktion-kunskapsunderlag-for-en-sakrare-vard/) (hämtad 2016-11-24).

sköterskeutbildningar som vill använda dem i utbildningen. Underlagen finns i dag inom exempelvis adekvat bedömning av kroppstemperatur, läkemedelshantering, spolning av kvarvarande urinkate-ter och om perifer venkateter (PVK).

Svensk sjuksköterskeförening menar att kunskapsstöden får större genomslag i vården om följande kriterier uppfylls:

- Att alla professioner som berörs av ett kunskapsstöd är delaktiga i framtagandet,
- Att verksamhetschefer måste efterfråga resultat och uppföljning samt att de uppmärksammar när rekommendationer eller riktlinjer inte följs,
- Att stöden tillgängliggörs digitalt,
- Att stöden använder nationellt fackspråk,
- Att stöden omvandlas till beslutsstöd i den elektroniska patientjournalen.

Svensk sjuksköterskeförening menar att de stöd som finns tillgängliga i dag ofta består av en textmassa som är svår att använda i vardagen. De menar att de riktlinjer där flera professioner har involverats från början har också bättre förutsättningar att få genomslag. I detta ingår också att de vill se att exempelvis nationella riktlinjer innehåller både medicin och omvårdnad – i dag uppfattar de att de framför allt innehåller medicin och därmed berörs inte sjuksköterskornas arbete i lika stor utsträckning som läkarnas.<sup>6</sup>

### 9.2.1 Tvärprofessionell samverkan mellan sjuksköterskor och läkare

År 2013 gav Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet ut en rapport med namnet Teamarbete & Förbättringskunskap – två kärnkompetenser för god och säker vård.<sup>7</sup> Med utgångs-

---

<sup>6</sup> Informationen kommer från ett möte som utredningen hade med representanter för Svensk sjuksköterskeförening den 27 september 2016.

<sup>7</sup> Ibid; Svensk sjuksköterskeförening. *Teamarbete och förbättringskunskap*. [www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kvalitet/Teamarbete-och-forbattringskunskap](http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kvalitet/Teamarbete-och-forbattringskunskap) (hämtad 2016-11-24).

punkt i svensk vård och vårdutbildning beskriver den två av sex kärnkompetenser för vården. Kärnkompetenserna är kompetenser som alla professioner i vården bör ha och de sex kompetenserna är förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, samverkan i team, personcentrerad vård, säker vård, evidensbaserad vård och informatik. I Sverige har flera olika professionsföreningar samverkat kring dessa.<sup>8</sup>

Utifrån detta valde Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet att ge ut en skrift med fokus på teamarbete och förbättringskunskap. Dessa två valdes eftersom de tillsammans speglar det samarbete mellan professioner och vårdtagare som är nödvändigt i vårdens genomförande och utveckling. Målsättningen är att med en grundläggande och konkret beskrivning visa på betydelsen av och öka förståelsen för gemensamma kärnkompetenser i såväl vårdarbete som i utbildningssammanhang för alla vårdprofessioner. För att åskådliggöra vad teamsamverkan och förbättringskunskap kan omfatta, innebära och hur det kan läras, ges en teoretisk grund, exempel från olika vårdsituationer och förslag på förväntade läranderesultat. Målsättningen är att attrahera alla som medverkar i vården, såväl professionella som dem som är i behov av vård och i utbildningar, samt lärare och studenter.

Svensk sjuksköterskeförening uppger att efterfrågan på rapporten blev mycket stor. De menar att framgångsfaktorn var att båda föreningarna gjorde den tillsammans. Det finns en risk att en produkt avvisas om man tror att det bara riktar sig till en profession.

### 9.3 Fysioterapeuternas arbete med kunskapsstöd

Professions- och fackförbundet Fysioterapeuterna har utvecklat ett program för fysioterapeutiska kliniska riktlinjer. Programmet innebär koordinering av insatser som pågår i landet för att utveckla kliniska riktlinjer och behandlingsrekommendationer. När lokala grupper av fysioterapeuter som arbetar inom närliggande kunskapsområden går samman nationellt får de framtagna kliniska riktlinjerna en ökad trovärdighet. Fysioterapeuternas strävan är också att de riktlinjer som tas fram ska hålla en hög kvalitet och tas fram enligt en och samma

---

<sup>8</sup> Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet. 2013. *Teamarbete & Förbättringskunskap – två kärnkompetenser för god och säker vård*. Solna 2013.

modell. Fysioterapeuterna har därför utvecklat en handbok i framtagandet av kliniska riktlinjer. När riktlinjegrupperna slutfört sitt arbete kvalitetsgranskas riktlinjerna av Fysioterapeuterna som sedan publicerar dessa.<sup>9</sup> Styrkan i detta program är enligt Fysioterapeuterna att det möjliggör att förbundet med små resurser kan medverka till framtagande av kliniska riktlinjer som har hög kvalitet och som kan användas nationellt. De riktlinjer som tas fram bygger på lokala initiativ. Fysioterapeuterna centralt kan inte i någon högre grad påverka vilka riktlinjer som tas fram. Därför kan det saknas riktlinjer inom många för fysioterapeuterna viktiga områden. Då modellen bygger på lokala initiativ kan Fysioterapeuterna inte heller garantera att riktlinjerna uppdateras inom rimlig tid.<sup>10</sup>

Fysioterapeuterna har en artikelserie, ”Forskning pågår”, och i tidskriften *Fysioterapi* publiceras varje månad en kunskapsöversikt. Kunskapsöversikten som skrivs av forskare har som målsättning att sammanfatta evidensläget inom olika områden inom fysioterapi. Artikelserien startade 2006 och sammanlagt har över 100 kunskapsöversikter hittills publicerats.<sup>11</sup>

Förutom ovan nämnda kunskapsstöd finns även nationella tvärprofessionella grupper som utarbetat riktlinjer som är användbara för fysioterapeuter. Yrkesföreningen för fysisk aktivitet har publicerat kunskapsammansättningen FYSS. FYSS riktar sig till personal verksamma inom hälso- och sjukvården och består av en sammanfattning av dagens kunskapsläge om hur man kan förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd med fysisk aktivitet.<sup>12</sup>

Ytterligare exempel är Riktlinjer vid ländryggsbesvär, som är utarbetade av en tvärprofessionell grupp och har hög relevans för fysioterapeuter.<sup>13</sup> Även Föreningen Sveriges habiliteringschefers program för evidensbaserad habilitering har utvecklat behandlingsrekommendationer<sup>14</sup> som är användbara för fysioterapeuter.<sup>15</sup>

---

<sup>9</sup> Fysioterapeuterna. *Kliniska riktlinjer för fysioterapi*.

[www.fysioterapeuterna.se/Profession/Riktlinjer/](http://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Riktlinjer/) (hämtad 2017-04-27).

<sup>10</sup> Informationen kommer från ett möte som utredningen hade med FoU-chefen inom Fysioterapeuterna den 2 maj 2016.

<sup>11</sup> *Fysioterapi, Forskning pågår*, 2016.

<sup>12</sup> FYSS, *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*, 2016.

<sup>13</sup> Kompetenscentret för företagshälsa, *Riktlinjer vid ländryggsbesvär – en sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp*, 2016.

<sup>14</sup> Föreningen Sveriges Habiliteringschefer, *Evidensbaserad habilitering*, 2016.

<sup>15</sup> Informationen kommer från ett möte som utredningen hade med FoU-chefen inom Fysioterapeuterna den 2 maj 2016.

## 9.4 Apotekarsocietetens arbete med kunskapsstöd

Apotekarsocieteten är en oberoende ideell förening som verkar för en för individ och samhälle gynnsam utveckling och användning av läkemedel tvärs över professionsgränserna. För att uppnå detta syfte är kompetensutveckling en viktig komponent. Apotekarsocieteten beskriver sig själv som en ”mötesplats, kunskapskälla och omvärldsbevakare för dig inom läkemedelsområdet”. Den ideella föreningen är uppbyggd kring lokalföreningar och specialistföreningar samt ett dotterbolag med utbildningsenheten Läkemedelsakademien och webbplatsen Läkemedelsvärlden.se. Genom ett nära samarbete mellan specialistföreningarna ges utbildningar både regionalt och centralt i aktuella frågor inom hela läkemedelskedjan. Utbildningarna ges både i form av fysiska möten och i digital form.<sup>16</sup>

## 9.5 Specialistläkarföreningars arbete med kunskapsstöd

I Sverige finns ett stort antal föreningar som samlar olika specialiteter inom läkaryrket. Dessa föreningar är ofta både en sektion inom Svenska Läkaresällskapet och en specialistförening inom Sveriges läkarförbund. Föreningarna tar fram kunskapsstöd för användning inom vården. Vanligen görs detta i samarbete med andra sektioner inom Svenska Läkaresällskapet, andra professionsföreningar, myndigheter eller via internationell samverkan. Kunskapsstöden tillhandahålls vanligtvis via föreningarnas hemsidor. Nationella kvalitetsregister spelar ofta en stor roll i framtagandet. I sammanhanget kan Svensk infektionsläkarförening nämnas som tillhandahåller beslutsstöden och kvalitetsregistren InfCare HIV och InfCare Hepatit. Dessa stöd kan också integreras i journalsystemen.

Utredningen har genomfört en enkät ställd till Läkaresällskapets sektioner. Av enkäten framgår bl.a. hur många kunskapsstöd som tas fram och av vilka sektioner. Enkäten redovisas i kapitel 13.

Nedan presenteras två föreningar som arbetar aktivt med kunskapsstöd och vars kunskapsstöd också används i stor utsträckning

---

<sup>16</sup> Informationen kommer från ett möte som utredningen hade med representanter för Apotekarsocieteten den 22 mars 2016.

i den kliniska vardagen. Det finns ett stort antal ytterligare föreningar som också aktivt arbetar med att ta fram kunskapsstöd.

### 9.5.1 Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG)

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) är en specialitetsförening inom Sveriges läkarförbund och samtidigt den äldsta sektionen av Svenska Läkaresällskapet. Föreningen utgör en sammanlutning av svenska gynekologer-obstetriker och andra läkare med intresse för obstetrik och gynekologi. Föreningen utgör också den samordnande organisationen för landets regionala gynekologiska sällskap.<sup>17</sup>

Föreningen bevakar utbildningen inom obstetrik och gynekologi, står för arrangemang och samordning av ST-kurser, administrerar fortbildningskurser för färdiga specialister med mera. SFOG ingår tillsammans med specialitetsföreningarna i övriga nordiska länder i Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG).<sup>18</sup> Arbetet inom NFOG beskrivs kort i kapitel 12.

SFOG har ett stort antal arbets- och referensgrupper (ARG), som bevakar utvecklingen inom specialiteten. Arbetsgrupperna tar fram skrifter med senaste rön och rekommendationer, och kan författa nationella råd och riktlinjer inom sina områden. På SFOG:s hemsida finns ett stort utbud av information i form av rapporter, styrdokument för diagnos- och åtgärds-koder, råd, riktlinjer och vägledningar med mera. De har också publikationer som tagits fram i samarbete med SKL och med andra specialistföreningar som Barnmorskeförbundet och Barnläkarföreningens neonatalsektion.<sup>19</sup> Föreningens kunskapsstöd anses också användas i stor utsträckning av medlemmarna (se kapitel 13).

---

<sup>17</sup> Herbst, Andreas, Ordförande SFOG. Välkommen till SFOG. [www.sfog.se/start/om-sfog/](http://www.sfog.se/start/om-sfog/) (hämtad 2017-04-27).

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> SFOG. 2017. Informationen kommer från flera olika sidor på SFOG:s webbsida [www.sfog.se/start](http://www.sfog.se/start). Webbsidan besöktes under januari och april 2017.

### 9.5.2 Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI)

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) är en specialitetsförening för läkare inom anestesiologi, intensivvårdsmedicin, anestesiologisk algologi, ambulanssjukvård (både yt- och luftburen) samt hyperbarmedicin. SFAI:s vision är att vara den naturliga mötesplatsen och ett samlande organ för alla Sveriges narkosläkare. SFAI ingår som en specialitetsförening inom Sveriges läkarförbund och utgör en sektion inom Svenska Läkaresällskapet. SFAI har fyra vetenskapliga råd samt fyra nationella specialitetsgranskare inom ramen för samarbete med Socialstyrelsen.<sup>20</sup>

Centrala arbetsuppgifter rör utbildnings- och fortbildningsfrågor, utbildningsarrangemang, specialitetsutveckling, riktlinjer och remissvar. Inom SFAI finns ett antal delföreningar med särskild inriktning såsom forskning och utveckling, gynekologi-obstetrik, intensivvård, neuroanestesi- och intensivvård, operationsledning, pediatrik, smärta, thoraxanestesi- och intensivvård, Ung i SFAI och öron-näsa-halsplastik.

Föreningen är också representerad i flera olika internationella föreningar. Föreningen har sedan 2001 ett nationellt kvalitetsregister för intensivvård (SIR) och sedan 2014 ett nationellt kvalitetsregister för anestesi (SPOR).

På hemsidan presenteras ett stort antal riktlinjer. Riktlinjer och råd delas in i organisatoriska, medicinska och övriga. Föreningen låter också utgångna riktlinjer ligga kvar under en särskild flik. En del av de råd och riktlinjer som presenteras är framtagna av föreningen, andra är framtagna av internationella paraplyföreningar.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> SFAI. 2017. Om SFAI. <https://sfai.se/sfai/om-sfai/> (hämtad 2017-04-27).

<sup>21</sup> SFAI. 2017. Riktlinjetråd. <https://sfai.se/riktlinje/riktlinjetrad> (hämtad 2017-04-27).



# 10 Digitala kunskaps- och beslutsstöd

I detta kapitel redogörs för definitionen av kunskaps- och beslutsstöd. Vidare ges en översikt över de stöd som i dag finns tillgängliga. En särskild redovisning görs även kring utvecklingen av moderna beslutsstöd.

## 10.1 Genomgång av kunskaps- och beslutsstöd som används i Sverige

Det framhävs ofta från professionernas perspektiv att olika stöd i vården behöver finnas lättillgängliga digitalt. Digitaliseringsutvecklingen går fort. Om fokus tidigare låg på att sätta olika kunskapsstöd i digitala format går utvecklingen nu mot att bygga in kunskapen i de olika stödsystem som professionerna har tillgång till i journalsystem m.m. Digitaliseringen ökar också förutsättningarna för att nå ut snabbt nationellt med ny kunskap då alla teoretiskt kan nå dem i samma ögonblick de publiceras. Dessutom kan stöden enkelt uppdateras.

De digitala stöden innebär att vårdens processer och arbetssätt behöver förändras. Det handlar inte bara om att digitalisera själva informationen utan även om att bygga nya infrastrukturer och implementera teknik och arbetssätt anpassade till digitaliseringens möjligheter och förutsättningar. De olika it-systemen måste kunna kommunicera. Ett naturligt utvecklingssteg är att minska fokus på teknik och att i vården koncentrera arbetet mer på verksamhetsutveckling som skapar nytta för invånare, patienter och professionerna.

### 10.1.1 Definition av kunskaps- och beslutsstöd

Kunskapsstöd kan ses som ett samlingsbegrepp för flera olika produkter. Det kan handla om riktlinjer, rekommendationer och allmänna råd från myndigheter, huvudmän, professionsföreträdare patientorganisationer osv. i digitalt eller analogt format. Det kan också handla om medicinsk forskningslitteratur, kunskapsöversikter, läroböcker och lokala vårdprogram. Vidare kan det vara frågan om internetbaserade system med mer eller mindre avancerade sökfunktioner rörande exempelvis specifika diagnoser. Även uppföljningsstöd som kvalitetsregister och öppna jämförelser kan betraktas som kunskapsstöd.

Det finns också avancerade beslutsstöd som använder sig av individdata för att vägleda professionen rätt vid en behandlingsinsats. Ett journalsystem kan exempelvis betraktas som ett beslutsstöd om det innehåller olika avancerade stöd direkt riktade mot vårdprofessionen och som hanterar individdata.

Avslutningsvis kan diskussion med kollegor framhållas som ett mycket viktigt stöd för professionerna i den kliniska vardagen. Lika så är information från brukare och patienter en helt central kunskapskälla för att kunna bedriva en effektiv och bra vård.

I den svenska vården förekommer kunskaps- och beslutsstöd som är utvecklade av kommersiella aktörer och sådana som är utvecklade av offentliga aktörer, som myndigheter och landsting. Vissa av stöden är utvecklade på uppdrag av staten och vissa har utvecklats av landsting i samverkan eller enskilt. Professionsföreningarna utvecklar också kunskaps- och beslutsstöd. Några tjänster är kostnadsfria och några kräver abonnemang. Källorna som används för ett stöd kan ibland vara samma oavsett om det är ett kommersiellt system eller ett system utvecklat av exempelvis ett landsting.

Nedan görs en genomgång av några digitala kunskaps- och beslutsstöd som regelbundet kommit upp i exempelvis de enkäter som utredningen har genomfört.

### Skillnaden mellan digitala kunskapsstöd och digitala beslutsstöd

Ofta görs en åtskillnad mellan digitala kunskapsstöd och digitala beslutsstöd. Definitionerna av vad som utgör ett kunskapsstöd eller ett beslutsstöd skiftar. Skillnaderna är inte heller uppenbara för professionerna, vilket framgår av de enkäter som utredningen genom-

fört tillsammans med Vårdförbundet, Fysioterapeuterna och Läkarförbundet (se mer i kapitel 13).

Skillnaden mellan kunskapsstöd och beslutsstöd kan beskrivas på följande sätt:

*Ett kliniskt kunskapsstöd kan definieras* som en datorbaserad kunskapskälla som presenterar kunskap men utan någon direkt koppling till specifik patientinformation. Kunskapen rör ett kliniskt område och innehåller t.ex. vägledning, rekommendationer, termdefinitioner och förslag på indikatorer.

*Ett kliniskt beslutsstöd kan definieras* som ett datorstött system som baserat på kunskapsstöd aktivt kan ge patientspecifika råd och rekommendationer kring prevention, prognos, diagnostik, behandling och uppföljning för läkare, annan hälso- och sjukvårdspersonal och patienter.<sup>1</sup> Beslutsstöd kan också ha olika ”mognadsnivåer”, vilket utvecklas sist i detta kapitel.

### **Ett beslutsstöd kan betraktas som en medicinteknisk produkt**

Det finns en mer legal definition av begreppet beslutsstöd eftersom stöden, om de innehåller viss funktionalitet, kan betraktas som medicintekniska produkter. Med en medicinteknisk produkt avses enligt lagen (1993:584) om medicintekniska produkter en produkt som enligt tillverkarens uppgift bl.a. ska användas för att påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom, eller påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller en funktionsnedsättning.

Läkemedelsverket gör bl.a. följande definition av begreppet beslutsstöd:

*Medicinska beslutsstödssystem* är en allmän benämning av ett stort antal olika system och avser här datorbaserade verktyg som används för att tillhandahålla sådan information åt hälso- och sjukvårdspersonalen som utgör stöd vid exempelvis diagnostik, prognos, över-

---

<sup>1</sup> Hoffman, Lövström och Gustafsson, Läkartidningen 2014;111:C3HT, 2014. Skillnaderna kan också uttryckas på följande sätt: Ett *kunskapsstöd* kan sägas bestå av en kunskapskälla + gränssnitt. Ett *beslutsstöd* består av samma kunskapskälla + patientspecifik information + beslutsregler + gränssnitt.

vakning och behandling av enskilda patienter eller patientgrupper. Beslutsstödssystemen använder sig av någon form av medicinsk kunskapsbas, som t.ex. best practice, i kombination med inhämtad information kring en eller flera patienter. Vissa typer av beslutsstöds-system stödjer även bearbetning och presentation av beslutsstöd för en specifik patient med utgångspunkt i patientens egen medicinska information. Gränssnitt finns ofta för integrering mot journalsystem och webbapplikationer.<sup>2</sup>

Enligt Läkemedelsverket kan ett beslutsstöd som innehåller bl.a. ovanstående funktioner betraktas som en medicinteknisk produkt. Läkemedelsverket har tillsynsansvar för sådana produkter.<sup>3</sup>

En kartläggning som E-hälsomyndigheten låtit göra av kunskaps- och beslutsstöd i Norge, Danmark, Finland, Kanada, USA och Australien, visar att förekomsten av kunskapsstöd är större än av beslutsstöd. Det är enligt kartläggningen mer ovanligt med beslutsstöd som är integrerade i exempelvis journalsystem än att användaren har tillgång till olika kunskapsstöd genom olika närliggande informationssystem.<sup>4</sup>

I kartläggningen konstateras att system för läkemedelshantering är den vanligaste typen av beslutsstöd i hälso- och sjukvården i Sverige. En möjlig förklaring till detta, som E-hälsokommittén framhåller i sitt betänkande, skulle kunna vara den höga förekomsten av strukturerad data inom läkemedelsområdet och att det finns en nationell hantering av e-recept.<sup>5</sup>

Den nationella användningen av övriga beslutsstöd är däremot begränsad enligt E-hälsokommittén, även om det finns flera exempel på att enskilda landsting eller kliniker utvecklar egna beslutsstöd

---

<sup>2</sup> Läkemedelsverket, *Medicinska informationssystem – vägledning för kvalificering och klassificering av programvaror med medicinskt syfte*, 2014.

<sup>3</sup> Utöver lagstiftningen om medicintekniska produkter utfärdar Läkemedelsverket föreskrifter i anslutning till lagen. Det svenska regelverket är baserat på gemensamma säkerhets- och funktionskrav som publicerats i olika EU-direktiv. Som ett tecken på att en medicinteknisk produkt överensstämmer med regelverkets krav, ska den vara CE-märkt. Läkemedelsverkets tillsynsansvar gällande medicintekniska produkter innebär att myndigheten ska kontrollera att de produkter som släpps ut på marknaden uppfyller lagstiftningen. Socialstyrelsen ansvarar för föreskrifter om användning av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvården och IVO utövar tillsyn över hur medicintekniska produkter används inom hälso- och sjukvården. TLV har regeringens uppdrag att göra hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter.

<sup>4</sup> Internationell utblick, E-hälsomyndigheten, 2015.

<sup>5</sup> *Nästa fas i E-hälsöarbetet*, SOU 2015:32, s. 121.

anpassade till den egna verksamheten.<sup>6</sup> Enligt den internationella kartläggningen från E-hälsomyndigheten har Sverige inte kommit lika långt i hanteringen av patientdata, i jämförelse med exempelvis Danmark och Norge. Besluts- och processtöd för behandlingsprocesserna på sjukhusen anses heller inte lika väl utvecklade jämfört med som vad som kan förekomma i olika system i exempelvis USA.

## 10.2 Översikt över kommersiella digitala kunskapsstöd

Det finns flera kommersiella leverantörer av webbaserade kunskapsstöd. En del av dem är helt eller delvis kostnadsfria för användarna och kan vara reklamfinansierade. Andra stöd blir tillgängliga genom att en prenumeration tecknas av enskilda individer, kliniker, sjukhus eller ett landsting. En del av stöden utgör en integrerad funktion i ett journalsystem och ingår som en del i en mer omfattande tjänst som ett landsting har upphandlat.

De kostnadsfria kunskapsstöden är tillgängliga för alla med internetuppkoppling. Länkar till kommersiella och kostnadsfria stöd görs ibland direkt i sökverktyg framtagna av landstingen och SKL (se exempelvis Vårdverktyget.se, som är en tjänst framtagen av landstingens sjukhusbibliotek där användaren länkas till Internetmedicin.se när denne söker efter vårdprogram).

Tillgängligheten till de stöd som kräver en prenumeration bygger på vilken policy den enskilde yrkesutövarens arbetsgivare har. Det medför att tillgången till kommersiella kunskapsstöd kan se olika ut mellan de enskilda landstingen men även inom ett och samma landsting eftersom beslut om prenumerationer kan fattas långt ner i organisationen. Därutöver kan det också finnas en skillnad mellan privatdriven men offentligt finansierad verksamhet och landstingsdriven verksamhet, beroende på vilka stöd och journalsystem som den privata vårdgivaren väljer att tillhandahålla eller får tillgång till. Det finns också skillnader mellan de privata aktörerna.

I det följande avsnittet görs en genomgång av några av de stöd som professionerna har refererat till i de rapporter och enkäter som utred-

---

<sup>6</sup> *Internationell utblick*, E-hälsomyndigheten.

ningen tagit del av rörande kunskapsstöd. I uppräknningen återfinns inte de olika stöd som utvecklats och tillhandahålls av landstingen.

*Medibas* ägs av Bonnier Business Press och Norsk Helseinformatikk AS och finansieras genom abonnemangavgifter från användarna. Annonser förekommer inte i *Medibas*. Verktøyet bygger på Norsk Elektronisk Legehåndbok, NEL, och har utvecklats främst med fokus på läkare inom primärvården. Även om den primära målgruppen är primärvårdsläkare uppges att stödet ska kunna fungera som en bred kunskapsdatabas för hela sjukvården och riktar sig även till andra specialiteter och yrkesgrupper.

I dagsläget uppges *Medibas* ha cirka 6 000 användare varav cirka 3 500 är läkare och 900 sjuksköterskor. I övrigt anges att användarna främst består av fysioterapeuter, undersköterskor och psykologer. Även IVO och 1177 Vårdguiden uppges använda *Medibas*.

En prenumeration på *Medibas* kan tecknas av enskilda användare. Det vanligaste uppges vara att *Medibas* köps in till en vårdcentral och att betalning utgår per användare. Landstingen i Södermanland och Halland har köpt in *Medibas* till hela primärvården. Enligt Bonnier innehåller *Medibas* i dag över 5 000 översikter över symptom, diagnoser och behandlingar. De källor som används i *Medibas* är svenska och internationella vetenskapliga medicinska tidskrifter. Enligt information från Bonnier uppdateras texterna regelbundet, bl.a. när det kommer nya nationella riktlinjer och rekommendationer från relevanta myndigheter. Alla artiklar för professionerna uppges ha vetenskapliga referenser till bl.a. nationella riktlinjer och rekommendationer, SBU-rapporter, systematiska översikter från exempelvis Cochrane Library m.m. Artiklarna granskas av sakkunniga. Cirka 200 sakkunniga är i dagsläget kopplade till *Medibas* med uppdrag att revidera texterna. Sakkunniga har knutits till *Medibas* bl.a. genom läkarnas specialistföreningar.

*Allmänmedicin* är en annan svensk webbaserad tjänst som finansieras genom prenumerationer. *Allmänmedicin.se* startades 2007 och drivs sedan 2012 av Studentlitteratur. Liksom *Medibas* är målgruppen läkare inom primärvården.

Arbetet med *Allmänmedicin.se* drivs av en redaktion på Studentlitteratur. Innehåll och funktioner på webbplatsen uppges dock dis-

kuterar fortlöpande med ett externt redaktionellt råd bestående av yrkesverksamma läkare.

Genom Allmänmedicin.se kan användarna söka i medicinsk litteratur och på olika svenska och internationella webbplatser. Användarna har tillgång till diagnoskoder, länkar, de vanligaste blanketterna, patientinformation och beslutsstöd för sjukskrivning. På webbsidan uttalas att informationen som finns ska vara stödjande för den enskilde yrkesutövarens kompetens och erfarenhet. På hemsidan listas en lång rad av titlar från Studentlitteratur som användarna har tillgång till. Användarna har också tillgång till sidor som Cochrane reviews, Dermis Diabeteshandboken, Internetmedicin, Janusinfo, Läkartidningens artikelarkiv, Läkemedelsverket, Merck Manual, Praktisk medicin, FASS, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), SBU, Socialstyrelsens information om ovanliga diagnoser, VISS, Vårdriktlinjer, osv. Flertalet av källorna är sådana som vårdpersonal har tillgång till utan att gå genom Allmänmedicin.se. Sökningarna sker genom en inbyggd anpassad Google-sökmotor.

Överst i resultatlistan vid en sökning hänvisas även till 1177 Vårdguiden och kunskapsstödjande dokument hos Socialstyrelsen. Sökmotorn i sig är tillgänglig även för användare som inte har en prenumeration. Via länken hamnar användaren på respektive webbplats med färdiga sökresultat baserade på sökordet.

*Internetmedicin* är en svensk kostnadsfri tjänst som uppges vara riktad mot läkare och sjuksköterskor med förskrivningsrätt. Tjänsten lanserades år 2000 och finansieras av annonsintäkter. På hemsidan framhålls att annonsörerna inte har något inflytande över och inte kan påverka innehållet i kunskapsdatabasen. Internetmedicin innehåller översikter för diagnostik och behandling av sjukdomstillstånd. På hemsidan länkas även till information som exempelvis finns på 1177.se, Socialstyrelsen, enskilda universitetssjukhus, nationella vårdprogram m.m. Enligt Internetmedicin författas materialet av svenska experter inom respektive specialitet och uppdateras kontinuerligt. Till Internetmedicin har knutits ett vetenskapligt råd (cirka 45 personer) bestående av medicinska experter som granskar innehållet inom respektive ämnesområde.

Enligt Google Analytics har Internetmedicin cirka 1 000 000 besök per månad och cirka 2 000 000 sidvisningar per månad. Enligt kia-index.net har Internetmedicin mellan 35 000 och 40 000 besök från

unika webbläsare per vardag. I gruppen Internetmedicin ingår även ett antal andra webbplatser som [www.icd.nu](http://www.icd.nu), [www.internetodontologi.se](http://www.internetodontologi.se), [www.mednytt.se](http://www.mednytt.se), [www.lakemedel.info](http://www.lakemedel.info) och [www.odontologinytt.se](http://www.odontologinytt.se).

*NetdoktorPro* är en kostnadsfri tjänst som främst är riktad mot läkare eller läkarstuderande. Genom ett kostnadsfritt medlemskap ges användaren tillgång till allt innehåll på hemsidan. NetdoktorPro är i huvudsak finansierad genom annonsintäkter.

På hemsidan ges användaren tillgång till cirka 130 medicinska översikter, behandlingsriktlinjer, medicinska bilder, instruktionsfilmer, blanketter osv. inom 23 specialistområden.

NetdoktorPro erbjuder även webbaserade utbildningar inom olika sjukdomstillstånd. På webbplatsen finns också möjlighet för vårdpersonal att i forum och genom expertchattar kommunicera med Netdoktors experter. NetdoktorPro uppges ha över 90 000 besök per månad och antalet medlemmar uppgår till 2 300.

Utöver NetdoktorPro finns även tjänsten Netdoktor.se från samma leverantör, som är en hälsoportal riktad mot allmänheten. Sidan uppges ha över 1 000 000 besökare per månad. NetdoktorPro/Netdoktor ägs sedan juli 2016 helt och hållet av Bonnier Business Media, dvs. samma ägare som till Medibas.

*Praktisk Medicin* är en tjänst som vänder sig till läkare och sjukvårdspersonal inom primärvården. Innehållet ska fungera som en ”kom ihåg”-lista, dvs. ett kompendium med utredningar, differentialdiagnoser och behandlingsförslag, som ska vara relevanta för öppenvården. Sidan finansieras genom annonser samt användarnas köp av bokpaket, som ger tillgång till uppdaterat innehåll på webbsidan. Ett antal företag anges som ”medverkande” i boken *Praktisk Medicin* och på nätet. Hänvisning görs till ett antal läkare som medverkat i framställningen av materialet på hemsidan. Privatpersoner hänvisas till webbsidan [www.privatmedicin.se](http://www.privatmedicin.se), som har samma leverantör som *Praktisk Medicin*.

*Fass* har tillhandahållits av Läkemedelsindustriföreningen, LIF, i över 40 år. Fass ska innehålla samlad och kvalitetssäkrad lättillgänglig läkemedelsinformation och har funnits i bokform. På senare tid har informationen framför allt gjorts tillgänglig genom en digital databas.



Databasen är tillgänglig för vårdpersonal, veterinärer och allmänheten via [www.fass.se](http://www.fass.se). Fass i bokform upphörde 2015–2016.

Läkemedelsinformationen omfattar bl.a. grundläggande information om läkemedel, Fass-texter, produktresuméer och bipacksedlar. All grundläggande information om läkemedel hämtas i dagsläget från Läkemedelsverkets register NPL (Nationell produktregister för läkemedel) vilket under hösten 2016 byttes ut mot E-hälsomyndighetens register LiiV (Leverantörernas information i VARA).

Mer än 200 läkemedelsföretag deltar i framtagandet av Fass. Företagen ansvarar för att publicera och redigera all information om respektive läkemedel. Alla företag som deltar i Fass skriver avtal med LIF. När Läkemedelsverket godkänner ny information om produkter ska informationen vara ute på Fass senast 10 arbetsdagar efter godkännandet.

Utöver regulatoriskt godkänd information om läkemedel finns bland annat bilder på tabletter och kapslar, information om tablettens kan krossas eller delas, information om utbytbarhet, ATC-register, substansregister, sjukdomsinformation via samarbete med 1177 Vårdguiden m.m.

Användare av Fass kan nå informationen på bl.a. följande sätt:

- Fass.se (via direktrafik, sökmotorer eller länkning från andra system, t.ex. journalsystem, apotekens receptsystem, journal på nätet).
- Mobilversionen av Fass.se – [mobil.fass.se](http://mobil.fass.se).
- Via journalsystem som hämtat Fass-information genom SIL (Svenska informationstjänster för läkemedel).
- Via andra leverantörer som hämtat information från Fass webbtjänster, (exempelvis Läkemedelsboken och Apoteket.se).
- Via Fass app (som även fungerar offline).

Fass.se uppges av LIF ha cirka 4 miljoner besök per månad och mer än 8 miljoner unika besökare per år. Användningen är uppdelad på cirka 40 procent privatpersoner, cirka 60 procent vårdpersonal och mellan 1–2 procent besök relaterade till djurläkemedel.

## Internationella stöd

Utöver kunskapsstöd framtagna av svenska leverantörer finns ett antal stöd med internationell spridning och som tagits fram av utländska kommersiella leverantörer.

Ett sådant kunskapsstöd är *UpToDate*, som främst är riktat mot läkare. Enligt uppgifter från *UpToDate* används tjänsten i över 180 länder och av mer än 1,1 miljon kliniker. Täckningsgraden på kliniker i USA uppges exempelvis till 90 procent. *UpToDate* har mer än 26 miljoner besök per månad. Tjänsten, som finns på flera olika språk (dock inte svenska), kräver en prenumeration. *UpToDate* uppges vara oberoende från läkemedelsföretag eller andra företag i hälso- och sjukvårdssektorn. *UpToDate* har funnits sedan 2002 och ägs av den globala koncernen Wolter Kluwers.

Cirka 6 300 läkare anges vara kopplade till *UpToDate* för att ta fram medicinska artiklar och kvalitetsgranska material och 24 olika specialiteter omfattas. Innehållet uppdateras varje eller varannan månad.

Ägaren till *UpToDate*, Wolters Kluwers, erbjuder flera andra kunskaps- och beslutsstöd och som är avsedda att komplettera *UpToDate*. Bland annat finns tjänsten *Lexicomp* som tillhandahåller läkemedelsinformation och klinisk kunskap i syfte att förbättra patientsäkerhet och följsamhet. Vidare finns tjänsten *Medi-Span*, som erbjuder anpassade läkemedelsdatabaser och beslutsstöd kopplat till medicinering och som kan integreras i journalsystemen.<sup>7</sup> I Sverige är det tjänsten *UpToDate* som används. Tillgängligheten varierar över landet men enligt *UpToDate* har stora delar av den svenska hälso- och sjukvården tillgång till tjänsterna. Ibland handlar det om att stora delar av personalen vid ett landsting har getts tillgång till tjänsten.

Ett annat kunskapsstöd med internationell spridning är *BMJ/Best Practice*. *BMJ* är en global distributör av utbildningsmaterial, kliniska beslutsstöd, systemlösningar m.m. och ägs av British Medical Association. *BMJ/Best Practice* används i över 60 länder. *BMJ/Best Practice* innehåller över 1 000 artiklar och man uppger att man har samarbete med över 1 600 experter inom olika områden. Tjänsten är riktad mot sjukhus, vårdcentraler, utbildningsinstitutioner samt olika profes-

---

<sup>7</sup> *Internationell utblick*, E-hälsomyndigheten.

sioner som läkare, sjuksköterskor, farmaceuter. BMJ/Best Practice finns tillgängligt på flera olika språk. Sökningar kan göras på 60 olika språk, bl.a. svenska. Hänvisningar görs till flera olika länders riktlinjer och kunskapsdokument, bl.a. svenska källor. Tjänsten är avgiftsbelagd och kan tecknas både på individnivå och för hela verksamheter.

### 10.3 Översikt över beslutsstöd

Moderna journalsystem som Cosmic, Take Care, PMO, Melior och NCS Cross har oftast olika beslutsstödsfunktioner inbyggda i systemen. Vilka funktioner som återfinns skiljer sig åt mellan landsting och beror bland annat på vad själva journalsystemet tillåter. Även om två landsting använder samma journalsystem, kan det skilja mellan landstingen vad gäller tillgängliga beslutsstöd. Skillnaderna hänger ihop med hur landstingen har utformat kravspecifikationen och vilka tilläggstjänster man har valt ska vara integrerade med systemen. Beskrivningarna av Janus-fönster och SIL nedan visar exempelvis på sådana variationer mellan de journalsystem som räknas upp ovan. En allmän iakttagelse är att företag som äger flera journalsystem inte har någon högre grad av samordnad utveckling mellan sina produkter, utan respektive kundgrupp prioriterar vad som ska utvecklas i ett journalsystem.<sup>8</sup>

*Cambio/COSMIC* är ett exempel på ett journalsystem och ett patientadministrativt system som täcker primärvård, sjukhusvård och specialistvård. COSMIC uppges täcka de flesta delarna av vårdkedjan, bortsett från intensivvård och diagnostik. Systemet erbjuder även ledningsstöd och delning av vårdplaner med den kommunala omsorgen. COSMIC används i dag av åtta landsting samt Capio S:t Görans sjukhus. Systemet används även i Danmark och Storbritannien och av totalt 100 000 vårdanställda.

Beslutsstöd i journalsystemet erbjuds via produkten COSMIC CDS, som är en integrerad del av hela programpaketet. Stödet tillhandahålls i form av maskinläsbara regler, som följer internationell

---

<sup>8</sup> Utredning av förutsättningarna för ett eventuellt beslut om att flytta ansvaret för SIL från Inera AB till E-hälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten, 2016.

standard och terminologi för att kunna utbyta information mellan olika vårdgivare och länder som använder systemet.

Beslutsstödsreglerna kan appliceras direkt i vårdsystemet för att skapa påminnelser, varningar och behandlingsriktlinjer för användarna när exempelvis en diagnos skrivs in. Reglerna kan även övervakas över tid för att mäta den kliniska effekten och identifiera avvikelser.

I produkten COSMIC Medication erbjuds beslutsstöd kopplat till förskrivning av läkemedel i form av en historik av tidigare förskrivna läkemedel, data kring hur patienten reagerat på dessa läkemedel tidigare, varning för negativa interaktioner samt stöd i beslut kring val av läkemedel och dosering. Källor som används är exempelvis Fass och bakgrundsinformation i SIL samt olika ordinationsmallar.

*Janusfönster* (som år 2017 har bytt namn till Janusmed integrerad) är ett beslutsstöd vid läkemedelsförskrivning, som är integrerat i olika journalsystem. Janusfönster utvecklas av Stockholms läns landsting (SLL), bl.a. i samarbete med Karolinska Institutet, men finns tillgängligt för större delen av den svenska hälso- och sjukvården.

Systemet ger varningar och information utifrån patientens läkemedelslista och uppdaterar denna när nya ordinationer införs. I dagsläget finns stöd för varning vid interaktioner, varning för läkemedel som är olämpliga vid amning och graviditet, biverkningsinformation, stöd för ordination till patienter med nedsatt njurfunktion, varning för läkemedel som är olämpliga för äldre samt länk till SLL:s webbplats för kommersiellt obunden läkemedelsinformation, [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se).

I Janusfönster finns även ett stöd för att göra en farmakologisk riskprofil över patientens insatta läkemedel som varnar för biverkningar relaterade till farmakodynamiska effekter (Janusmed riskprofil/Pharao).

Janusfönster/Janusmed signalerar automatiskt varningar till förskrivaren. Varningarna baseras på information från journalsystemet om patientens ordinerade läkemedel, ålder och kön samt läkemedelsinformation i interaktionstjänsten Sfinx och Svenska informationstjänster för läkemedel, SIL. Janusfönster/Janusmed finns exempelvis i journalsystemen TakeCare, Profdoc Journal III, Medidoc, Galactic och Kliniken.

*Svenska informationstjänster för läkemedel, SIL*, är en landstingsgemensam tjänst med kvalitetssäkrad läkemedelsinformation. SIL

kan närmast beskrivas som ett kunskapsstöd och inte ett beslutsstöd i strikt bemärkelse.<sup>9</sup> SIL är tänkt att fungera så att det stödjer olika funktioner i patientjournalssystemen så att alla journalssystem använder samma informationsmängder samtidigt med samma kopplingar. SIL innehåller information som utgör ett stöd bl.a. vid förskrivning av läkemedel och skapande av e-recept och består av ett antal olika källor som har "samförpackats" i ett gemensamt distributionssystem.

Sedan 2012 finns SIL-innehållet eller delar av det infört i alla landsting via respektive journalssystem. Under år 2013 gjordes uppskattningsvis 150 miljoner slagningar i SIL. Informationen som distribueras via SIL når även merparten av de sjukvårdsaktörer i Sverige som är utanför landstingens journalssystem, genom att "distributionsnoder" (SIL-servrar) har etablerats på många håll. Detta har gjorts även av privata företag.

De flesta landsting har egna SIL-servrar som används för det egna journalsystemet. I andra fall har journalsystemsleverantörer SIL-servrar och tillhandahåller dessa informationsmängder som del i en sammanhållen applikation eller webbaserad tjänst.<sup>10</sup>

Den information som finns i SIL är bl.a. farmakologisk information om läkemedlens egenskaper och ingående substanser, men också information kring förpackningar m.m. Exempel på producenter av sådan information är Läkemedelsverket, läkemedelsbolag, LIF (Fass) och Apoteket Produktion & Laboratorier AB. SIL innehåller även information om tillstånd för försäljning, priser etc. Exempel på producenter är myndigheter som Läkemedelsverket, TLV och E-hälsomyndigheten.

I SIL finns evidensbaserad information om läkemedel och deras terapeutiska egenskaper som baseras på insamling av data om faktisk användning inom vården. Exempel på producenter av evidensbaserad information är Stockholms läns landsting.

---

<sup>9</sup> Det finns i API för SIL vissa funktioner inbyggda som innebär att gränssnittet kan utföra de funktioner som annars en specifik beslutsstödsmodul gör, t.ex. genom att kontrollera interaktioner. Det är alltså på sitt sätt en samförpackning av ett antal kunskapskällor men där webbgränssnittet också innehåller en del av de beslutsstödsfunktioner som det annars finns (eller har funnits) särskilda beslutsstödsmoduler till.

<sup>10</sup> Även Statens Institutionsstyrelse, Försvarsmakten och Kriminalvården har tillgång till SIL-information i de journalssystem som man använder i sin sjukvårdsverksamhet. Kommuner använder sig också av SIL i de fall man bedriver hemsjukvård. Se i Utredning av förutsättningarna för ett eventuellt beslut om att flytta ansvaret för Sil från Inera AB till E-hälsomyndigheten.

Eftersom SIL blir tillgängligt via journalsystemet måste respektive systemleverantör göra nödvändiga anpassningar av sina system så att SIL kan integreras och därmed bli tillgängligt hos förskrivaren.

Alla journalsystem har inte stöd för alla källorna i SIL. I vilken omfattning det finns stöd för de olika källorna är oftast beroende av vad systemleverantörens kunder eller kundgrupper tillsammans beställer. Stockholms läns landsting har exempelvis för sitt journalsystem TakeCare utvecklat egna moduler baserade på samma grunddata, men inte alltid via SIL som distributionskanal. De kunder eller landsting, förutom Stockholms läns landsting, som använder TakeCare, kan då också få tillgång till sådana moduler inom läkemedelsområdet.

SIL finns också som en fristående webbtjänst, ”SIL-online”, som vem som helst med internetuppkoppling kan använda.

*InfCare HIV* är ett verktyg som både ska fungera som ett beslutsstöd och ett kvalitetsregister för den svenska hiv-vården. Verktöget används sedan 2003 på Karolinska Universitetssjukhuset och sedan 2009 på alla svenska hiv-kliniker, både inom vuxen- och barnmedicin. InfCare HIV är baserat på en plattform som heter RealQ.

InfCare HIV innehåller fem moduler: beslutsstöd, kvalitets-säkring, konsultationsstöd, forskningsdatabas och därtill genererad access-databas. Utöver att användas vid ”en till en”-konsultationer, är InfCare HIV tänkt att även kunna användas vid behandlingskonferenser mellan läkare och annan sjukvårdspersonal. InfCare HIV uppges vara kopplat till de två största databaserna i världen för kliniska data och virusdata, EuResist ([www.euresist.org](http://www.euresist.org)) och Stanford HIV db. InfCare HIV kan integreras direkt i journalsystem eller via webben. Systemet används även i Danmark.

Ett nytt beslutsstöd baserat på samma plattform, InfCare Hepatit, håller också på att tillgängliggöras för den svenska vården.

*ePed* är ett beslutsstöd för läkemedelsdosering till barn, som utvecklats vid Astrid Lindgrens barnsjukhus. Grunden för ePed är en databas som byggts upp för att samla erfarenhetsbaserad kunskap från professionerna om läkemedelsbehandling av barn. Inera AB har också tagit fram en genomförandeplan med sikte på att ePed ska kunna tillgängliggöras via SIL.

Enligt E-hälsokommittén saknas det ofta kliniska prövningar för att värdera läkemedels säkerhet (biverkningar) och effekt hos barn,

vilket gör att det också saknats en samlad kunskap om dosering och administrering av läkemedel till barn.<sup>11</sup> Avsikten med ePed är att tillgängliggöra sådan kunskap.

Utöver ePed kan nämnas att *Svenska barnläkarföreningen, BLF*, i samarbete med SKL, ska ta fram ett samordnat, nationellt kunskapsstöd inom barnmedicin. Syftet anges vara att skapa likvärdiga förutsättningar för en kunskapsbaserad och jämlik vård i landet. Projektet utgår från en norsk modell där nationella PM tagits fram för barnmedicin (en ”nationell PM-bank”). Den norska kunskapsbanken har funnits i 15 år. Det nya kunskapsstödet för barnmedicin ska utgå från framtagna modeller för informationsstruktur, it-stöd och förvaltning. Kunskapsstödet omfattar drygt 450 barnmedicinska nyckelområden och det kommer att finnas möjligheter för varje landsting att komplettera stödet med lokala tillägg. Projektet finansieras gemensamt av landstingen. Avsikten är att det gemensamma kunskapsstödet långsiktigt ska förvaltas och finansieras av landstingen från och med 2018.

*EES* är ett beslutsstöd för farmaceuter vid receptexpediering för att jämföra det aktuella receptet med kundens övriga förskrivna mediciner. *EES* ger tillgång till information som visar om medicineringen är bra eller om något behöver göras för att förbättra den. *EES* kan identifiera om flera läkemedel med samma funktionalitet förskrivits, läkemedelsinteraktioner, läkemedel som är olämpliga för äldre, och om doseringen överskrider riktlinjer.

*EES* är tillgängligt kostnadsfritt för samtliga apoteksaktörer och tillhandahålls av E-hälsomyndigheten. De funktioner som finns med i *EES* bygger på interna kunskapskällor (t.ex. maxdos, olämpliga läkemedel för äldre) som i dagsläget inte är tillgängliga som kunskapskällor utanför *EES*. *EES* använder en del kunskapskällor från *SIL* och då interaktionsfunktionen *Sfinx*. *EES* beskrivs även i kapitel 13.

---

<sup>11</sup> *Nästa fas i E-hälsöarbetet*, SOU 2015:32.

## 10.4 Utvecklingen går mot en högre användning av beslutsstöd

Utredningen konstaterar mot bakgrund av genomförd kartläggning att kunskapsstöd i dess traditionella bemärkelse alltjämt är dominerande inom hälso- och sjukvården. Utvecklingen går dock mot ett ökat utbud av beslutsstöd, där de traditionella kunskapskällorna kopplas ihop med patientspecifik information och beslutsregler. Beslutsstöden kan också utformas på sådant sätt att informationen görs tillgänglig både för professionerna och för patienterna. Införandet av beslutsstöd kan innebära att nya arbetssätt behöver införas i vården, vilket i sig innebär utmaningar och krav på förändringsvilja.<sup>12</sup>

SBU har kommenterat vad som kännetecknar effektiva beslutsstöd.<sup>13</sup> I kommentaren framhålls att beslutsstödssystemen blir effektiva oftare om både vårdgivare och vårdtagare får råd. Exempel på sådana råd är påminnelser om uppföljningar eller målvärden som skulle kunna ges skriftligt under läkarbesöket eller vid ett senare tillfälle elektroniskt, per telefon, eller som brev.

System som ger råd direkt i arbetsflödet (t.ex. den elektroniska journalen) kan ha ett samband med lägre effektivitet. Enligt SBU skiljer sig detta från tidigare uppfattningar. En tänkbar förklaring kan vara att det finns för många behandlingsråd eller varningar (alerts) i journalsystemen, så att en slags uttrötningseffekt (alert fatigue) uppträder. Uttrötningseffekten ökar om varningarna tycks sakna relevans, eller om de upprepas i onödan. Analysen i översikten tyder på att systemen blir mer effektiva om det är obligatoriskt för användare som vill ignorera en uppmaning från systemet, att förklara varför de gör så. SBU framhåller emellertid att arbetet med att begränsa och förtydliga de allvarligaste varningarna pågår för fullt i svensk hälso- och sjukvård eftersom fler och fler alerts har tillkommit under de senaste åren. Exempel som nämns är läkemedelsinteraktioner, riskläkemedel till äldre, barn, ammande kvinnor, eller läkemedel under bevakning.

---

<sup>12</sup> *Klinisk IT-governance – Principer och språkbruk för klinisk verksamhet och informationssystem i samklang*, Malin Nordström et al., Karolinska Institutet, 2016. Ny teknik, mer tekniskmogen målgrupp och en acceptans för informatikstandards anges bl.a. vara en förutsättning om den lärande sjukvårdsorganisationen ska bli verklighet på bred front. Enligt rapporten kräver KBS (kliniska beslutsstödssystem) en annan typ av governance. Bl.a. framhålls ”den segdragna historien mellan it-leverantörer och sjukvårdens professioner som inte tycks nå varandra”, s. 21.

<sup>13</sup> SBU Kommenterar, 2015.



Enligt SBU har också funktionaliteten i de nya beslutsstöden i Sverige börjat bli mer stödjande i arbetsflödet. Med detta avses att stöden ska hjälpa vårdpersonalen att visualisera och fokusera informationen, i stället för att användas som en ”kom ihåg-funktion” och varningslarm.<sup>14</sup>

Enligt rapporten *Klinisk IT-governance Principer och språkbruk för klinisk verksamhet och informationssystem i samklang*, Karolinska Institutet, anses det ha funnits höga förväntningar på kliniska beslutsstöd, inte minst från akademiskt håll, men att de ännu inte har fått någon större genomslagskraft i klinisk verksamhet.<sup>15</sup> Enligt rapporten finns det evidens för positiva effekter av användning av kliniska beslutsstöd, men att de främst handlar om kortsiktiga förbättringar i form av kostnadsreducering, färre återinskrivningar och minskat antal fel. Det är enligt rapporten svårare att mäta långsiktiga förbättringar av användning av kliniska beslutsstöd eftersom det inte finns så många i kliniskt bruk ännu.

I kunskapsunderlaget *Hälsoekonomisk utvärdering av datoriserat kliniskt beslutsstöd för strokeriskvärdering*, gjorde TLV en utvärdering av om ett införande av ett datoriserat kliniskt beslutsstöd, som leder till att fler fel- eller obehandlade patienter hittas och sätts in på behandling, var kostnadseffektivt. Det beslutsstöd som var föremål för utvärderingen, Stroke Prevention CDS, användes inte i klinisk verksamhet vid tidpunkten för undersökningen. Den hälsoekonomiska utvärderingen var på grund av detta utformad som en analys av olika hypotetiska utfall kring effekt. TLV konstaterade att en åtgärd som ökar följsamheten till behandlingsriktlinjerna för patienter med förmaksflimmer och ökad strokerisk har stor potential att ge hälsovinster och vara kostnadseffektivt. För att beslutsstödet skulle leda till besparingar och hälsovinster var bedömningen att det krävdes att cirka

---

<sup>14</sup> Information från Mikael Hoffman 2017: Metaanalysen täcker studier från 1984 fram till 2010. En stor del av beslutsstöden är av enkla system av typen ”computerized order entry” från 1980- och 1990-tal, dvs. inmatning av läkemedel och/eller dos med varningar vid maxdos eller interaktioner. Metaanalysen grundar sig huvudsakligen på beslutsstöd som befinner sig på mognadsnivå II medan det som nu introduceras och eftersträvas i vården är mognadsnivå III-IV. Generellt anses det finnas problem med sådana system då det i klinisk verksamhet ofta anses finnas skäl att gå utanför de allmänna regelverken och därför inträder ofta ”alert fatigue”. Det är också känt från interaktionsvarningssystem där användare ofta kräver möjlighet att justera känsligheten i systemet för att bättre anpassa till den kliniska verkligheten, dvs. en kombination av många falska signaler och liten upplevd klinisk nytta.

<sup>15</sup> *Klinisk IT-governance Principer och språkbruk för klinisk verksamhet och informationssystem i samklang*, Karolinska Institutet, s. 21.

40 patienter med förmaksflimmer (i ett landsting av Östergötlands storlek), som annars inte skulle ha fått behandling, får behandling med rätt läkemedel under det första året, och fullföljer behandlingen.<sup>16</sup>

I rapporten gjorde TLV även en bedömning av vilka faktorer som är viktiga att beakta vid ett införande för att konsekvenserna av ett beslutsstöd ska bli så gynnsamma som möjligt. Bl.a. framhölls följande faktorer:

- Att beslutsstödet accepteras av användaren och är användarvänligt,
- Att beslutsstödet införs där det gör störst nytta i vårdkedjan,
- Att rutiner för uppföljning av patienter som sätts på en viss behandling (i det här fallet antikoagulantia) utformas, om det inte redan finns, för att undvika att behandlingen avslutas efter en kortare tid,
- Att stödet för det förändringsarbete ett införande skulle betyda i organisationen utvärderas,
- Att det kan vara värdefullt att genomföra en riskanalys för vad ett införande kan innebära.

### Vikten av enhetliga standarder för beslutsstöd

I den ovan nämnda rapporten från KI framhålls att det saknas regulatoriska krav, standarder för informatik m.m. men att ny teknik och en mer teknikmogen målgrupp gör att beslutsstöd ”tillhör framtiden”, även om det varit ”lite trögt hittills”.<sup>17</sup>

Vikten av enhetliga standarder för beslutsstöd framhölls av E-hälsokommittén i deras slutbetänkande.<sup>18</sup> Enligt utredningen kommer huvuddelen av den information som utgör grunden för beslutsstöd från verksamheterna, men också från staten i form av exempelvis riktlinjer. Kommittén framhöll att all information måste vara strukturerad med entydiga termer och begrepp för att kunna

---

<sup>16</sup> Kunskapsunderlag: *Hälsoekonomisk utvärdering av datoriserat kliniskt beslutsstöd för stroke-riskvärdering*, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, 2014.

<sup>17</sup> *Klinisk IT-governance Principer och språkbruk för klinisk verksamhet och informationssystem i samklang*, s. 21.

<sup>18</sup> *Nästa fas i E-hälsoarbetet*, SOU 2015:32, s. 237.

återanvändas i beslutsstöd och att anledningen till det är att i beslutsstöd måste informationen hanteras maskinellt av algoritmer, vilket förutsätter struktur. Entydiga termer och begrepp ansågs vara en förutsättning för detta. För att strukturerad information ska kunna återanvändas i beslutsstöd måste den vara strukturerad i källan den kommer ifrån, exempelvis i journalen. Det innebär också att ostrukturerad information i journaler minskar möjligheterna att skapa ändamålsenliga beslutsstöd för professionerna.

#### 10.4.1 Beslutsstöd har olika mognadsnivåer

Kunskaps- och beslutsstöd kan sägas ha olika mognadsnivåer. Ett kliniskt beslutsstöd kan variera från att vara enkelt till komplext. Det kan till exempel innehålla sökfunktioner för att finna kunskap, enklare felsökningar, larma vid extremvärden, påminnelser för screening eller komplicerade algoritmer som ger rekommendation om intervention.<sup>19</sup>

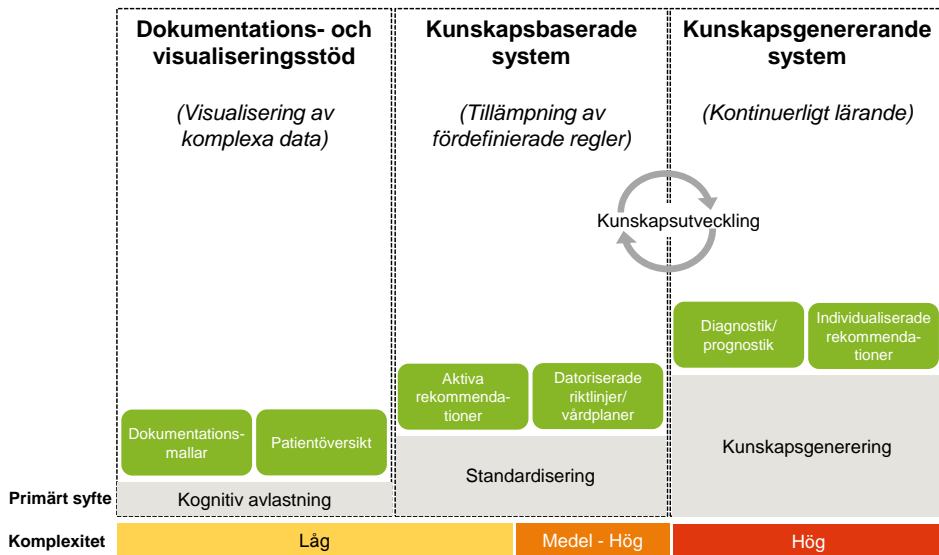
Ett sätt att åskådliggöra detta är följande modell för mognadsnivåer för beslutsstöd:<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> *Kvalitetsregister och beslutsstöd – Två sidor av samma mynt*, Carolina Wannheden, QRC Stockholm, 2016, s. 17.

<sup>20</sup> *Ibid.*

Figur 10.1 Mognadsnivåer för beslutsstöd



Källa: Carolina Wannheden, 2016.

Stegen utgörs av olika typer av beslutsstöd eller beslutsstödsfunktioner med olika grad av komplexitet – från enkla dokumentationsmallar och patientöversikter till mer komplexa expertsystem.<sup>21</sup>

En annan uppställning av mognadsnivåer görs i den internationella kartläggningen av kunskaps- och beslutsstöd från E-hälsomyndigheten. Enligt rapporten ger ett beslutsstödsystem med högre mognadsnivå ett mer proaktivt stöd genom hela vårdprocessen. Den enklaste nivån är aktivitetsbaserad, dvs. beslutsstödet är kopplat till enskilda aktiviteter exempelvis utvärdering av provsvar eller en röntgenbild. Denna ”lägre” nivå anses kännetecknas av att det är reaktivt, dvs. varnar vid avvikande, värden, felaktig dosering etc. efter att en åtgärd har matats in. Den ”högre” nivån är processbaserad, dvs. ger stöd kring hela behandlingsförfarandet, är proaktiv och föreslår åtgärder, ger rekommendationer m.m.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> Internationell kartläggning, E-hälsomyndigheten.

## Mognadsnivå IV

Fullständigt beslutsstöd med strukturerade mallar kopplade till kliniska riktlinjer som triggar varningar vid avvikelser eller bristande följsamhet mot riktlinjerna – kräver även information kring en större patientpopulation för att kunna ge korrekt information om avvikelser, exempelvis om dosering eller längd på en sjukhusvistelse.

## Mognadsnivå III

Kliniskt beslutsstöd baserat på kliniska riktlinjer – ställer krav på informationsdelning och tillgängliggörande av information från olika leverantörer av klinisk data.

## Mognadsnivå II

Beslutsstödssystem som kontrollerar att order skrivs in på rätt sätt (t.ex. i kompletta order-set) ställer större krav. Det krävs t.ex. att beslutsstödet kan ge stöd direkt i orderläggningsmjukvaran (e-journal-systemet). Det krävs också att vårdgivaren har definierat processer och flöden för behandling av olika symptom.

## Mognadsnivå I

Enkla analysstöd, som utvärderar enskilda dataset/bilder, grafer och varnar för/indikerar avvikelser, inkompatibilitet med vissa läkemedel etc. System av den här typen ställer låga krav på digitalisering. Enbart själva analysdatan behöver digitaliseras. Görs analysen på samma avdelning som gjort själva undersökningen/testet så krävs heller ingen informationsdelning. Annars krävs förmågan att utbyta hälsodata.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Ibid.



# 11 Uppföljning som ett verktyg för lärande och förbättring

[...] kunskapsutvecklingen handlar om att göra vad man vet. I nästa led gäller att veta vad man gör.<sup>1</sup>

För att styra med kunskap behövs evidens (kunskapsstöd), stöd till att utveckla arbetet (förbättringsarbete) och möjlighet att följa det egna arbetet (uppföljning). För vården är den viktigaste uppföljningen den som sker lokalt i vården, men i detta kapitel ligger fokus främst på uppföljning av nationella resultat och utgår ifrån det nationella intresset att följa upp vårdens jämlikhet. I 11.1 diskuteras olika former av uppföljning och inblandade aktörer samt deras olika syften med uppföljning. Vidare går vi in på styrning utifrån uppföljning med fokus på dels huvudmännen, dels staten. Vi belyser vilken roll staten kan ha vad gäller att styra utifrån indikatorer. Vi belyser här även risker med att styra utifrån resultat, och kritik mot delar av den styrning som har dominerat de senaste decennierna. Slutligen skriver vi också kortfattat om det förbättringsarbete som görs utifrån resultat bland vårdens professioner.

Både uppföljning och styrning utifrån resultat begränsas ofta av att tillräckliga data saknas. Samtidigt är Sverige unikt i världen för de individbaserade register vi har inom bland annat sjukvården. I 11.2 presenteras tillgängliga datakällor. Vi belyser särskilt hälso-dataregister och nationella kvalitetsregister, men även data inom primärvården, olika patientrapporterade data och andra källor. Vi fokuserar på datakällornas syfte och användningsområden men också i viss mån historik och nationell styrning. I 11.3 belyser vi

---

<sup>1</sup> K. Asplund. 2015. *Kvalitetsmätning inom hälso- och sjukvården*. I G. Jacobsson Ekman m.fl. (red.). *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*. Karolinska Institutet University Press.

svårigheter att få tillgång till data och olika initiativ som pågår för att göra data mer lättillgängliga.

### **11.1 Uppföljning i vården – flera aktörer och olika syften**

För att säkra att bästa tillgängliga kunskap används, och för att utvärdera hur tillämpade metoder och behandlingar fungerar behöver såväl vårdprofessioner som beslutsfattare och patienter kunna ta del av underlag om vilka behandlingar som används och om olika metoders resultat inom vården. Uppföljning och transparens är också viktigt ur demokratisk synpunkt för medborgarens rätt till insyn och information. De olika aktörerna har behov av data i olika format och vid olika tidpunkter för sina respektive syften. De olika aktörerna kommer med största sannolikhet också göra olika typer av tolkningar utifrån resultaten. Yrkesutövaren inom vården är vanligtvis den som rapporterar in eller registrerar data. Utöver det har den också annan bakgrundsinformation med sig utifrån att den har den dagliga kontakten med patienter och befinner sig inom vården. Detta sätter den i en särskild situation vad gäller möjlighet att tolka data och det sammanhang de har fångats i. Ju längre bort från vårdmötet vi kommer, desto svårare kan det vara att tolka data i dess sammanhang. Situationen skiljer sig naturligtvis åt beroende vilken funktion den enskilde professionsutföraren har i vården. Viss vårdpersonal har väldigt lite patientkontakt och ska göra bedömningar helt utifrån data. Vissa möter ständigt nya patienter.

Den enskilda yrkesutövaren eller teamet inom vården behöver tillgång till information om det egna arbetet och de egna patienterna för att själv kunna analysera och förbättra sitt arbete, men även för att sprida goda lärdomar vidare. Verksamhetschefen behöver se verksamhetens resultat och utveckling för att kunna dra slutsatser om möjliga förbättringsområden, och även ta del av andra verksamheters resultat för att därigenom lära av andras goda – och även mindre goda – exempel.

I en stor organisation, som exempelvis ett sjukhus, kan det finnas chefer i flera olika nivåer, allt ifrån närmsta verksamhetschef till sjukhuschef. Inom ett landsting kan det finnas flera led genom nämnder och förvaltningar. Chefer i högsta ledning svarar inför



den huvudman som har gett dem uppdraget att bedriva vård. För att kunna göra de rätta prioriteringarna behöver huvudmännen kunna se hur verksamheterna fungerar och identifiera möjliga förbättringsområden. De kan även vilja följa upp mot politiskt satta mål för vad verksamheterna i landstinget eller kommunen ska uppnå. Staten, genom sitt ansvar för att stifta lagar och för att ta ett övergripande ansvar för att vården i landet är jämlik, behöver kunna se hur de olika verksamheterna eller landstingen utvecklas, var olikheter finns och därefter ta ställning till om staten behöver agera för att påverka utvecklingen. Alla nivåer svarar på olika sätt inför patienter och medborgare.

Uppföljning kan ske av olika anledningar, dels för att vårdgivare ska kunna se vad som kan utvecklas och bli bättre, dels för att den som ansvarar för en verksamhet ska kunna rikta och utveckla sitt stöd, samt leda och utkräva ansvar. Figuren nedan gör en förenklad uppdelning av hur olika aktörers intressen, behov och syfte med uppföljning kan se ut. Figuren visar exempel på en principiell nivå och det kan finnas andra typer av behov i specifika fall. Alla relevanta aktörer är inte heller med i bilden, exempelvis saknas statliga myndigheter, akademi och läkemedelsindustri.

**Figur 11.1 Uppföljning ur några olika perspektiv och för olika aktörer**

	Frekvens eller aktualitet	Syfte	Detaljnivå	Tillgång	Jämförelseobjekt
Patienter och närstående	Kontinuerligt/vid behov	Egenvård och medbestämmande	Hög – egna data	Tillgång till egen data och aggregerad (öppet publicerad) data	Egna data och patientgrupp att jämföra med över tid
Medborgare	Årligen	Ansvarsutkrävande	Låg - aggregerad	Öppet publicerad data	Case mix-justerad data nedbruten på landsting eller enhet
Profession	Kontinuerligt/vid behov	Förbättring	Hög – de egna patienterna	Direkttillgång till egna patienters data	Egna patienter över tid och andra liknande aktörer/enheter
Verksamhetschef	Flera gånger per år	Förbättring, kontroll, styrning	Rel. hög – verksamhetens patienter	Direkttillgång till enhetens egna data	Egna enheten över tid och andra liknande enheter
Huvudman	Minst årligen	Stöd, ledning, styrning, ansvarsutkrävning	Rel. låg – översikt olika verksamheter	Data från organisationernas olika delar bör kontinuerligt samlas in	Case mix-justerad data nedbruten på landsting eller enhet
Regering	Årligen	Stöd, styrning, ansvarsutkrävning	Låg – aggregerade data per huvudman och verksamheter	Data från olika landsting och verksamheter bör kontinuerligt samlas in och sammanställas	Case mix-justerad data nedbruten på landsting eller enhet

*Källa:* Utredningen har vidareutvecklat en figur som finns i B. Kron. 2006. Västra Götalandsregionen. En större bild finns som Bilaga 3, s 591.

Alla aktörer är i behov av information som fångas på mikronivån, det vill säga i vårddokumentet. Det är främst professionerna som för in information i vårddokumentation och register men även patienter kan bidra med information. Informationen kan användas i olika format. Staten är vanligtvis intresserad av aggregerad information med generella och översiktliga mått, och ju närmre verksamheten vi kommer desto mer detaljerade data är intressanta. De olika aktörerna behöver information olika ofta och kan dessutom ha olika utgångspunkter vad gäller hur färsk information de behöver.

I en rapport från Västra Götalandsregionen betonas några faktorer som är viktiga för att uppföljningen ska fungera; ansvarig verksamhetschef måste själv kunna ta fram uppgifter om den egna verksamheten; det krävs hög kompetens och stor förtroenhet med tillgängliga datakällor för att informationen ska bearbetas och tolkas på rätt sätt; och slutligen krävs det kontinuerlig samverkan mellan olika uppföljningsnivåer för att innehållet ska bli så korrekt som möjligt.

För att alla aktörer ska få rätt information är det viktigt att samspelen mellan berörda aktörer fungerar. Från verksamheternas sida, där arbetet ska utföras och data ska rapporteras in, framförs önskemål att de uppgifter som ska tas fram bestäms genom dialog och samarbete mellan de styrande nivåerna och verksamheterna.<sup>2</sup> Informationssystemen måste säkra att inrapportering inte kräver dubbelarbete och att information kan följas mellan olika vårdgivare i händelse av att en patient byter.<sup>3,4</sup> Det finns i dagsläget en uppfattning i vården att de uppgifter som efterfrågas från ledningar inte är de mest relevanta för att ge en bild av verksamheten och att mycket information efterfrågas i onödan.<sup>5</sup> Exempelvis framkom i den internationella sjukvårdspolicyundersökningen International Health Policy Survey (IHP-undersökningen) 2015 att var fjärde allmänläkare i den svenska primärvården upplever att rapportering av data till myndigheter och ledningar utgör ett stort problem i arbetet.<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm 2016.

<sup>3</sup> B. Kron. 2006. Västra Götalandsregionen.

<sup>4</sup> SOU 2014:23. *Rätt information på rätt plats i rätt tid*. Slutbetänkande av Utredningen om rätt information i vård och omsorg. Stockholm 2014.

<sup>5</sup> SOU 2016:2. *Effektiv vård*.

<sup>6</sup> Vårdanalys. 2015. *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder*. Rapport 2015:9.

Det pågår en del olika arbeten för att förbättra uppföljningen inom vård och omsorg och förbättrade möjligheter till jämförelser för brukare inom flera områden. Några av dessa beskrivs under avsnitt 11.3.

### 11.1.1 Kritik mot styrning med fokus på mål och resultat

Uppföljning av vårdens kliniska resultat kan göras med olika primära syften. Syfte med uppföljning kan vara att utvärdera en ny metod, att lära sig att göra bättre genom att se och jämföra vad som görs i dag, men det kan också göras i syfte att styra och utkräva ansvar.

I slutet av 1980-talet och början av 1990-talet arbetade regeringen för att reformera välfärdssektorn som följd av ett missnöje med såväl transparens som ineffektivitet.<sup>7</sup> De styrmodeller som då introducerades har ofta benämnts New Public Management. Marknaden, samt *performance* och *management* stod som inspiration. De första delarna att reformeras var monopolverksamheter som post, tåg och telekommunikation men senare kom även välfärdssektorn att omfattas. Några av de främst märkbara ändringarna som tillfördes vård- och omsorgssektorn var omfattande utvärderings- och granskningssystem samt resultat- och målstyrning. Det finns i dag bred kännedom om att styrning med fokus på mål och resultat kan leda fel och de nya styrmodellerna har i delar fått mycket kritik.<sup>8,9,10</sup> Ett ofta utpekat problem med denna typ av styrning är att det är lätt att mäta det som låter sig mätas och det innebär ofta produktivitet av något slag, vilket sällan visar på kvalitet. Den tid som läggs ner på uppföljning tar tid från kärnverksamheten och givet de datakällor som i dag finns tenderar uppföljningen att fokusera på vad som är möjligt att mäta, snarare än vad som är relevant.<sup>11</sup> När granskning

---

<sup>7</sup> S. Ahlbäck Öberg & S. Widman. 2016. *Att göra rätt – även när ingen ser på*. Statsvetenskaplig tidskrift, Årgång 118, 2016/1.

<sup>8</sup> A. Häger Glenngård. 2015. *Uppföljning och ansvarsutkrävning av vårdgivare jämte pinnstatistik – Erfarenheter av fem års medicinsk revision i primärvården i Region Skåne*. Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet. Skriftserie 2015:2.

<sup>9</sup> M. Alvesson. 2016. Funktionell dumhet i offentlig verksamhet måste bekämpas. Dagens Samhälle. 13 oktober 2016.

<sup>10</sup> SOU 2016:2. Effektiv vård.

<sup>11</sup> A. Häger Glenngård. 2015.

ökar eller produktivitet belönas med ekonomiska incitament riskerar professionella drivkrafter få stå tillbaka.<sup>12</sup>

För att ett potentiellt kontrollsystem ska få genomslag måste medarbetare vara med i designen av systemet. Om medarbetarna känner sig delaktiga ökar också deras acceptans för kontrollen. I en motsatt situation kan det i stället vara svårt att implementera en kontrollfunktion som medarbetarna inte känner sig delaktiga och kanske inte heller förstår syftet med. En kontrollfunktion som utarbetas tillsammans med dem som befinner sig i verksamheterna är också mer benägen att vara relevant för verksamheten.<sup>13</sup>

I Danmark lades grunden för en tillitsreform 2013 när ett avtal om att modernisera den offentliga sektorn undertecknades av regeringen och arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna. Avtalet slog fast sju punkter för hur moderniseringen skulle gå till:

1. Styrning i den offentliga sektorn ska fokusera på mål och resultat.
2. Dialog, öppenhet och tydliga mål ska vara utgångspunkter för hur uppgifterna ska genomföras.
3. Ledning och styrning ska ta avstamp i tillit och ansvar.
4. Utveckling och professionellt handlingsutrymme ska bygga på välunderbyggd dokumentation.
5. Genomförandet av arbetsuppgifterna ska baseras på kunskap om vad som fungerar.
6. Innovation och förnyelse ska främjas genom ledarskap och engagemang.
7. Offentlig service ska ta tillvara medborgarnas resurser och engagemang.

Å ena sidan var ett uttalat syfte att röra sig från New Public Management till styrning med tillit, å andra sidan är de åtgärder som beslutades om också tätt förknippade med begreppet. Samtidigt som medarbetarna ska ges mer tillit och utrymme för engagemang och för att utvecklas professionellt, ställs också krav på dem att

---

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Statskontoret. 2016. Om Offentlig Sektor – Forskning i praktiken – Om praktikrelevant forskning och praktikinära forskningsmiljöer.

upprätthålla professionell kunskap, att ansvara för att mål uppnås, att politiska prioriteringar följs och att arbetssätt utvecklas. Reformen har fått både kritik och positiv återkoppling.<sup>14</sup>

Regeringen har gett flera olika myndigheter uppdrag som syftar till att belysa eller utveckla styrningen av välfärdssektorn. Statskontoret har fått i uppdrag att kartlägga, analysera och i vissa delar lämna förslag avseende statens styrning av statlig respektive kommunal verksamhet.<sup>15</sup> Frågan om att staten bör minska sin detaljstyrning aktualiserades i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1). Regeringen framhåller där att den statliga styrningen ska utvecklas i en riktning som innebär att verksamhetsnära kunskap, erfarenhet och yrkesetik ska bli mer vägledande än vad som gäller i dag. Enligt regeringen bör detaljstyrningen generellt minska till förmån för en mer strategisk styrning som kännetecknas av tillit och förtroende.

Ett annat exempel är Tillitsdelegationen som har till uppdrag att arbeta för ökad tillit i styrningen av den offentliga sektorn. I utredningsdirektivet till Tillitsdelegationen<sup>16</sup> betonas att tillitsfull styrning bygger på ömsesidigt förtroende mellan berörda aktörer. Staten kan styra kommuner och landsting direkt genom bland annat lagar och bidrag och den kommunala nivån i sin tur styr de egna verksamheterna. Staten styr också genom sina myndigheter, som kan utfärda föreskrifter, utöva tillsyn m.m. Den aktör som ansvarar för verksamheten måste ha utrymme att utveckla den och den aktör som styr måste kunna lita på att verksamheter utvecklas på ett rättssäkert sätt och i enlighet med uppsatta mål och att välfärdstjänster av god kvalitet levereras till medborgarna.

### 11.1.2 Statlig resultatstyrning i vården

Kommunallagen (1991:900) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ger sjukvårdshuvudmännen frihet att organisera sin verksamhet som de finner mest lämpligt för de lokala förhållanden som råder. Att Sverige är en enhetsstat innebär också att kommuner och landsting bedriver sin verksamhet inom statens ram där riksdagen anger

---

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Fi2016/00372/SFÖ. 2016. Finansdepartementet. Uppdrag till Statskontoret om statlig styrning av offentlig sektor. 2016-02-04.

<sup>16</sup> Dir 2016:51. Kommittédirektiv – Tillit i styrningen.

ramarna för den offentliga verksamheten och för den kommunala självstyrelsen.<sup>17</sup> Staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården och för samhällsekonomin och styr också hälso- och sjukvården på flera olika sätt. I kapitel 4 och 6 beskrivs den lagstiftning som reglerar hälso- och sjukvården samt olika typer av statlig styrning. I detta avsnitt fokuserar vi på styrning med fokus på kliniska resultat.

Statens roll har definierats som, förutom att formulera mål och principer, att följa och värdera att hälso- och sjukvårdens olika verksamheter utvecklas så att de bidrar till en ökad måluppfyllelse och när så behövs ingripa med olika styrmedel.<sup>18</sup> Staten försöker garantera medborgarna tillgång till välfärdstjänster med en viss service och kvalitet. Staten bedriver ingen direkt styrning av genomförandet av verksamheterna då det är huvudmännens uppgift. Genom resultatstyrning i form av bl.a. uppföljning, utvärdering, kvalitetskontroll och tillsyn, samt formulering av mål.<sup>19</sup>

Behovet av den statliga styrningen har fått ökad uppmärksamhet som en följd av synliggörandet av variation i vården såväl mellan som inom landsting och kommuner.<sup>20</sup> Fokus har, enligt utredningens bedömning, främst legat på att hitta alternativa styrmedel för staten utan att för den skull ändra på ägarskapsfrågor. Retoriskt har den kommunala självstyrelsen som princip betonats starkare på senare år samtidigt som central styrning och kontroll av verksamheterna har ökat. Ett ökat intresse från statens sida att gå in och styra vården har kunnat skönjas genom olika överenskommelser, nationella samordnare, nationella handlingsplaner med mera. Patientlagen som trädde i kraft 2015 kan bl.a. ses som ett uttryck för statlig inverkan i vården genom att vilja tydliggöra och stärka patientens ställning. Därutöver finns annan lagstiftning, som lag om obligatoriskt vårdval, som ålägger landstingen att ha ett fritt vårdval inom vården. Inrättandet av en särskild statlig myndighet med uppgift att utvärdera och analysera vården ur ett patient- och brukarperspektiv

---

<sup>17</sup> Statskontoret. 2003. Statens styrning – En egeninitierad förstudie om relationerna mellan staten, landstingen och kommunerna. 2013:16.

<sup>18</sup> Ds 2010:3. Institutet för uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Förslag till uppdrag och plattform.

<sup>19</sup> Statskontoret. 2003. Statens styrning – En egeninitierad förstudie om relationerna mellan staten, landstingen och kommunerna. 2013:16.

<sup>20</sup> Ds 2010:3. Institutet för uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Förslag till uppdrag och plattform.

(Myndigheten för vård- och omsorgsanalys) är ett annat exempel på en ambition att stärka den statliga styrningen genom utvecklad uppföljning och analys.

Hälso- och sjukvården har särskilda förutsättningar som påverkar möjligheten att styra. Vården levereras i individuella möten och ska vara behovsstyrd samt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är svårt för både sjukvårdshuvudmän och stat att reglera detta i detalj – utförandet och de enskilda avgörandena görs av vårdens professioner och i vissa fall av patienten.<sup>21</sup> De legitimerade vårdprofessionerna är styrda av kraven som gäller för legitimationen. Patientsäkerhetslagen (2010:659) säger bland annat att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 §) och att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Därtill slås fast att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur hen fullgör sina uppgifter (6 kap. 2 §). Politiker har dock att fatta strukturella beslut om dimensionering, lokalisering, organisering, tillsättning och liknande, som kan ge olika förutsättningar för vårdens utförande.

En fråga som är relevant i sammanhanget är om enskilda landsting kan förväntas ansvara för att vården är jämlik över landet. Ett rimligt antagande är att vårdens professioner alltid vill göra vad som är bäst för patienterna. Men med 21 landsting, 290 kommuner och tusentals vårdgivarenheter är det lika rimligt att anta att de inte automatiskt kan förväntas säkerställa att vården blir jämlik över landet, och det är inte heller ett uttalat ansvar de har på alla nivåer. Det är vidare svårt att se att enskilda yrkesutövare kan utkrävas ansvar om vården inte blir jämlik, även om det är en lagstadgad skyldighet enligt portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen att vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen (HSL 2017:30). I takt med att variationer i ekonomi, tillgänglighet och kvalitet uppmärksammas lyfts frågan om statens roll i att styra vården för att garantera jämlik vårdkvalitet och tillgänglighet.<sup>22</sup>

I de senaste årens överenskommelser har regeringen betonat behovet av utvecklade former för styrning och uppföljning samt behovet av utvecklade arbetsätt inom vården för att tillvarata pro-

---

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> Ibid.

professionernas kompetens. Den så kallade professionsmiljarden som är en överenskommelse mellan regeringen och SKL, betonar att verksamheter inom hälso- och sjukvården har fått mer administrativa uppgifter som en följd av ökade krav på rapportering och registrering och att verksamheterna behöver utvecklas med fokus på att de olika yrkeskategorierna ska utföra rätt uppgifter. Regeringen har aviserat att tillit ska genomsyra myndigheternas arbete, att styrningen ska utvecklas och en bättre balans mellan tillit och kontroll behöver hittas (prop. 2015/16:1).

### **11.1.3 Huvudmännens styrning och ledning med fokus på vårdens innehåll**

Landstingen, och inom vissa områden kommunerna, är huvudmän för hälso- och sjukvården. Huvudmännen är i likhet med staten och vårdprofessionerna själva begränsade av att det inte alltid finns heltäckande register eller andra datakällor som möjliggör en uppföljning med fokus på kliniska resultat. Samtidigt använder huvudmännen exempelvis Öppna jämförelser (ÖJ) för att jämföra och hitta förbättringsområden. Men det finns också mer specifika modeller som följer upp olika delar av vården med fokus på dess innehåll snarare än ekonomiska och administrativa indikatorer, några exempel presenteras nedan. Metoderna har testats och utvärderats.

#### **Medicinsk revision i Region Skåne**

Medicinsk revision är en form av styrning där fokus ligger på fördjupad dialog mellan huvudmän och vårdgivare.<sup>23</sup> Definitionen av vad metoden ska innehålla kan skilja sig något mellan olika aktörer. Metoden har också en historia inom professionen där den har förespråkats av Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund. De betonar att revisorn ska ha förankring inom en specialitet och utgöra en samtalspartner med auktoritet. Enheterna bjuder själva in den medicinska revisorn för granskning av verksamheten. Fokus ligger på organisation, klinisk verksamhet, patientanpassning, utbildning och forskning och utveckling. Processen inleds med att revi-

---

<sup>23</sup> A. Häger Glenngård. 2015.



sorn bjuds in, därefter diskuteras gemensamt upplägg och instruktion ges om vilka data som ska samlas in före besöket. Revisionsbesöket utförs genom intervjuer och journalgranskning. Resultaten sammanställs och återförs till all personal på enheten. Granskningen utförs med kritiska men sakkunniga ögon och en viktig skillnad mot kontroll är just att information och slutsatser tolkas i samråd med den berörda enheten.<sup>24</sup>

Inom Region Skåne började man arbeta med medicinsk revision inom primärvården när vårdvalet infördes 2009. Arbetssättet som beskrivs nedan är inte längre i bruk, men lärdomar kan dras från utvärdering av modellen. Enligt 7 kap. 3 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är det obligatoriskt för landstingen att erbjuda vårdvalssystem i primärvården. Införande av valfrihet inom vården har ökat behovet för huvudmännen att kunna planera, följa upp och utkräva ansvar. Medicinsk revision kan vara ett bra komplement till uppföljning av målvärden och kan leda till bättre verksamhetsutveckling än när enbart data granskas.<sup>25</sup>

Med ett eller två års mellanrum genomfördes medicinsk revision av alla vårdgivare (vårdcentral eller motsvarande) inom primärvården i Skåne. Syftet var att minska gapet mellan beställarens önskemål och vad vårdgivarna levererar. Direkt kopplat till den formella styrningens uppföljning öppnar den medicinska revisionen för ansvarsutkrävning av vårdgivare. Brister som identifieras leder till olika typer av konsekvenser beroende på allvarlighetsgrad. Den mjukaste är att rekommendationer riktas till vårdgivare och dessa följs upp vid nästa revision, den hårdaste är att vårdgivare kan mista sin ackreditering. Revisionen har också en stödjande roll med fokus på verksamhetsutveckling där vårdgivare får hjälp att förbättra sin verksamhet och kontinuerligt kan utvecklas.

Den medicinska revisionen har varit uppskattad av såväl revisorerna som av verksamhetscheferna i Skåne. Revisionen har visat på vikten av att primärvården styrs utifrån kunskap som är specifik för primärvården och inte utifrån kunskap som är generell för hela hälso- och sjukvården. Värdet av att alla vårdenheter får besök av revisorer betonas, i motsats till att bara de enheter där man har sett

<sup>24</sup> Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapets enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision. 2002. Medicinsk kvalitetsrevision – Ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten. [www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/48.pdf](http://www.slf.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/48.pdf) (hämtad 2017-05-05).

<sup>25</sup> A. Häger Glenngård. 2015.

problem får besök. Det skapar en god relation mellan huvudmän och vårdgivare då besöket inte enbart förknippas med ansvarsutkrävning. I de mer välfungerande verksamheterna kan revisorerna inhämta kunskap om konkreta lösningar på utmaningar som sedan kan föras vidare till de verksamheterna med problem.<sup>26</sup>

## Triangelrevision inom strokevården

Ett annat område där revision haft betydelse är strokevården. En modell som kallas triangelrevision har testats i Västra Götalandsregionen och börjat spridas till andra landsting. Modellen går ut på att strokeenheter följer upp varandra och samtidigt tar med sig lärdomar hem till den egna strokeenheten. Benämningen triangelrevision syftar på att om enhet A följer upp enhet B, följer enhet B i sin tur upp enhet C som slutligen följer upp enhet A. Med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna för stroke har tio kriterier för god strokevård identifierats. Dessa berör exempelvis var strokeenheter organisatoriskt ska finnas, att vården ska bedrivas i form av multiprofessionella team och att vården ska kännetecknas av vårdprocesstänkande. Det är med utgångspunkt i dessa som triangelrevisionen bedrivs. Metoden har testats och utvärderats inom Västra Götaland.<sup>27</sup>

## Uppföljning av läkemedel

Många läkemedelskommittéer jobbar med att följa läkemedelsförskrivningen och föra ut information om förskrivningsmönster inklusive medicinska och ekonomiska konsekvenser till förskrivarna samt stimulera till en professionell diskussion om förskrivningsstatistiken.<sup>28</sup> Det har visat sig finnas stora variationer mellan olika vårdcentraler och kliniker i hur läkemedel förskrivs och i hur väl man följer rekommendationer. En avhandling från Karolinska Institutet visar att återkoppling med förskrivningsprofiler på kli-

---

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> Västra Götalandsregionen. Triangelrevision – Tvärprofessionella team utvärderar varandras strokeenheter utifrån tio regionala kriterier för strokeenhetsvård. [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida41377/handsout\\_triangelrevision\\_vgr\\_2013.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida41377/handsout_triangelrevision_vgr_2013.pdf) (hämtad 2017-05-05).

<sup>28</sup> Region Halland. Uppdragsbeskrivning för Läkemedelskommittén Halland. [www.regionhalland.se/vard-halsa/for-ardgivare/lakemedel/test/uppdragsbeskrivning/](http://www.regionhalland.se/vard-halsa/for-ardgivare/lakemedel/test/uppdragsbeskrivning/) (hämtad 2017-05-05).

nik- eller vårdcentralsnivå och för individuella läkare bidrog till ett ökat genomslag för läkemedelskommitténs rekommendationer. Förskrivningsprofilerna stimulerade till en diskussion kring avvikelser från förskrivning av väldokumenterade och kostnadseffektiva läkemedel vilket ansågs vara värdefullt för att identifiera förbättringsområden. Förskrivarna ansåg att återkopplingen var värdefull och var i allmänhet intresserade av att ta del av sina personliga förskrivningsprofiler.<sup>29</sup>

Metoden att återkoppla förskrivningsdata till förskrivarna har även använts av Strama som ett medel att minska antibiotikaförskrivningen. I en ny rapport från programråd Strama framhålls detta som en framgångsfaktor i arbetet. Rapporten anger emellertid att diagnosrelaterade förskrivardata inom primärvården används i få landsting i dag och att utmaningen är att få flera landsting att arbeta för att ta fram diagnosrelaterade förskrivardata. Vidare har en bärande idé i Stramas strategi varit det personliga mötet och dialogen som en förutsättning för att åstadkomma attityd- och beteendeförändringar bland läkare. En minskning av antibiotikaförskrivningen är även kopplat till ekonomiska incitament.<sup>30</sup>

## Uppföljning av kvalitetsindikatorer inom cancervården

I en rapport som fokuserar på uppföljning av kvalitetsindikatorer inom cancervården diskuteras olika typer av externt ansvarutkrävande mellan huvudman och vårdgivare. Ett exempel är målrelaterad ersättning vilket innebär att utfallet för enskilda indikatorer används som underlag för fördelning av ekonomiska bedömningar till vårdgivare. Krav på transparens är ett mjukare sätt att utkräva ansvar som helt enkelt bygger på att kräva av vårdgivare att de tillhandahåller indikatorer för att möjliggöra jämförelser mellan vårdgivare. Ett sätt att stärka ansvarutkrävandet är att ställa krav på vilken typ av målområden som måste finnas med bland indikatorerna, det kan till exempel röra sig om patientrapporterade mått. Krav på systematiskt förbättringsarbete är en annan form där led-

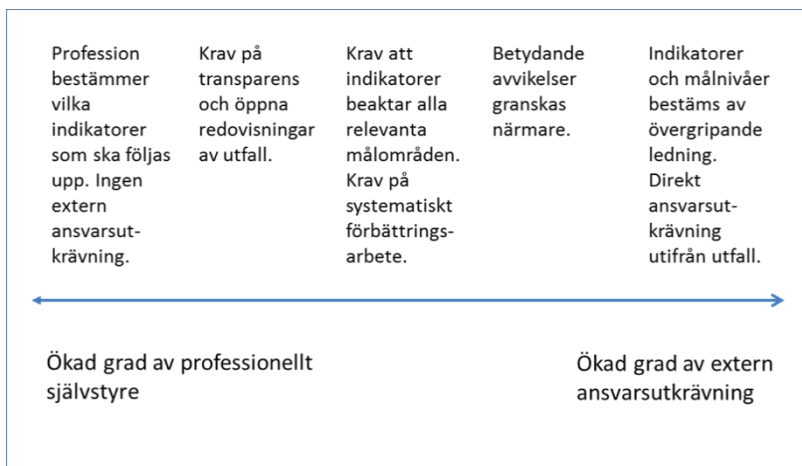
---

<sup>29</sup> Wettermark B. *Drug utilization 90 %: Using aggregate drug statistics for the quality assessment of prescribing*. Doktorsavhandling vid Karolinska Institutet 2004-09-17.

<sup>30</sup> Programråd Strama. 2017. Framgångsfaktorer och utmaningar i lokalt arbete mot antibiotikaresistens 2017.

ningen ställer krav på verksamheten att arbeta enligt evidensbase-  
rade principer. Uppföljning av indikatorer i diagnostiskt syfte in-  
nebär att de vårdgivare som systematiskt avviker från förväntad  
kvalitet och effektivitet identifieras. Därefter kan krav på åtgärds-  
program ställas på den som behöver förbättras och goda exempel  
kan spridas till andra vårdgivare.<sup>31</sup> Hur graden av ansvarsutkrävande  
kan variera med olika arbetssätt illustreras i figur 11.2.

**Figur 11.2** Illustration över hur olika åtgärder påverkar professionellt  
självstyre och externt ansvarsutkrävande



*Källa:* A. Anell. 2015. Utvecklingskraft inom cancervården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet – Förutsättningar och vägval inom RCC syd. KEFU och Ekonomihögskolan, Lunds universitet.

De olika vägarna sänder olika signaler till verksamheterna. I rappor-  
ten förespråkas att det är bättre att utveckla ansvarsutkrävande som  
utgår från lärande och professionernas motivation snarare än ex-  
empelvis ekonomiska belöningar. Målrelaterad ersättning ger inci-  
tament att uppnå olika mål och kunna visa på vissa utfall, men kan  
också öka risken för att data manipuleras, att undanträngning av de  
delar av vården som inte berörs av mål sker, samt att vården i  
mindre utsträckning fokuserar på enskilda patienters behov. Att  
styra utifrån indikatorutfall kan också skapa en känsla av minskat

<sup>31</sup> A. Anell. 2015. *Utvecklingskraft inom cancervården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet – Förutsättningar och vägval inom RCC syd*. KEFU och Ekonomihögskolan, Lunds universitet.

självbestämmande och sända en signal om att verksamheten så som den ser ut i dag inte bedrivs tillfredsställande. Ett generellt problem med ansvarsutkrävande utifrån indikatorer är att data ofta är begränsad av olika anledningar.<sup>32</sup>

#### 11.1.4 Lokalt förbättringsarbete

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska kvaliteten i hälso- och sjukvårdsverksamheter systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 kap. 4 § 2017:30). Att bedriva förbättringsarbete kan sammanfattningsvis sägas handla om att ständigt utveckla verksamheten och arbetssätten för att uppnå bättre resultat – främst hälsa. Alla som kommer i kontakt med vården är möjliga aktörer i förbättringsarbetet – professioner, patienter och närstående, forskare, finansiärer, planerare och lärare.<sup>33</sup>

I en skrift från Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet presenteras två förutsättningar för ett framgångsrikt förbättringsarbete. Den första rör att kunskap framtagen genom forskning ska användas, det gäller både bevisat effektiva behandlingsmetoder och forskning om förbättringsarbete. Den andra punkten rör kontinuerlig utvärdering och mätning av effekter av de nya insatser som införs genom förbättringsarbete. För att lyckas med att implementera nya rön, ny kunskap, förbättringar och nya riktlinjer i verksamheten behövs både professionell kunskap och förbättringskunskap (läs mer om förbättringskunskap i kapitel 14).<sup>34</sup>

Ett verktyg som ofta nämns i samband med förbättringsarbete är nationella kvalitetsregister, då de utgör en källa till uppföljning av vad som faktiskt sker i vården på såväl individ- som aggregerad nivå. Detta eftersom en förutsättning för utveckling och förbättring av verksamheten är att ha god kännedom om innehåll och resultat. Genom kvalitetsregister kan deltagande verksamheter följa sina egna resultat över tid och jämföra dem med andra vårdgivares resultat.

---

<sup>32</sup> Ibid.

<sup>33</sup> QRC Stockholm. Förbättringsarbete. <http://qrcstockholm.se/coachingakademin/utbildning-coacher/> (hämtad 2017-05-05).

<sup>34</sup> Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet. 2013. Teamarbete & Förbättringskunskap – två kärnkompetenser för god och säker vård. Solna 2013.

Utmaningar i verksamheten kan bli tydliga när mönster på helhetsnivå synliggörs och analyseras. Med hjälp av ett register kan:

- förbättringsområden kartläggas och identifieras
- mått som visar kvalitet i process och resultat för verksamhetsområdet identifieras
- mål formuleras efter jämförelse med riket eller riktlinjer
- förbättringsidéer tas fram
- arbetets effekter mätas.<sup>35</sup>

De olika typer av mått som finns i kvalitetsregister kan delas in i strukturmått, processmått och resultatmått inklusive patientrapporterade mått. Alla är relevanta för förbättringsarbete men processmått är mer känsliga för förändringar, vilket gör dem än mer användbara för syftet.<sup>36</sup> Ett exempel på förbättringsarbete med hjälp av register är att vården med hjälp av Tonsilloperationsregistret kunde se att andelen återinläggningar på grund av blödning efter tonsillektomi varierade mellan några få procent till över tio procent mellan olika kliniker i landet. Efter att ha studerat vilka operationstekniker som användes kunde andelen blödningar minskas.<sup>37</sup>

En undersökning till verksamhetschefer inom vården visar att chefer vill ägna sig åt förbättringsarbete och att de ser effekterna av arbetet, men att det ofta saknas data för att belägga framsteg. Cheferna säger att det finns data för att belägga resultat som handlar om ekonomi, medarbetartillfredsställelse och tillgänglighet. Där emot saknas i hög grad data om resultat som rör till exempel patientcentrering och processförbättring.<sup>38</sup>

Studier och myndighetsrapporter visar att kvalitetsregistren inte används i den utsträckning de skulle kunna användas. Olika nationella kvalitetsregister uppfattas i varierande utsträckning som bra och användbara för lokalt förbättringsarbete. Detta kan variera beroende på verksamhetsområde, hur länge registret funnits eller använts i verk-

---

<sup>35</sup> Kansliet för Nationella Kvalitetsregister. 2016. *Guide – kvalitetsregister som stöd i förbättringsarbete*. Andra upplagan, juni 2016.

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> Vårdanalys. 2016. *Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården – ett diskussionsunderlag*. PM 2016:3.

samheten, om variablerna uppfattas som relevanta och om de har tillgång till de data de uppfattar att de behöver för förbättringsarbete.<sup>39</sup>

Inom privat verksamhet används kvalitetsregistren i förbättringsarbete i mindre utsträckning än i offentlig, och inom primärvård används de mindre än inom den specialiserade vården. Graden av användande påverkas av huruvida de som arbetar med dem har tid att lägga på att analysera, hur kompetensen ser ut för den typen av analyser som behöver göras, hur användarvänliga it-systemen är, om man litat på kvaliteten i data samt om täckningsgraden är hög. Slutligen påverkas det också av om det finns tydliga roller på en arbetsplats vad gäller vem som ansvarar för vad i kedjan av förbättringsarbete.<sup>40</sup>

## 11.2 Datakällor inom hälso- och sjukvården

Som underlag för uppföljning samlar vården in data i olika form. Alla individuella resultat i vården journalförs. Men journalerna i sig kan vanligtvis inte generera data för att exempelvis jämföra mellan patienter eller enheter, även om det i dag finns undantag. Historiskt är ett av de främsta verktygen för uppföljning registerdata och i Sverige finns många olika typer av register för att följa vårdens processer och utfall. Det finns både lokala data och nationellt övergripande i form av hälsodataregister och nationella kvalitetsregister. Dessa ger förutsättningar för att följa och jämföra vad som sker i vården.

Sverige har en lång tradition av att följa befolkningen i olika typer av register. Sedan mitten av 1700-talet registreras nyfödda och avlidna samt dödsorsak för avlidna. Personnummer skapades vid mitten av 1900-talet, vilket ger en god förutsättning för andra typer av register och för att samköra register. År 1958 startades cancerregistret som det första hälsodataregistret och under 1970-talet skapades de första kvalitetsregistren. Registren ger på olika sätt goda förutsättningar att se vad som faktiskt händer i vården och om behandlingar eller väntetider skiljer sig exempelvis beroende på var patienten bor eller andra karakteristika som kön eller ålder. På senare år har fler

<sup>39</sup> Vårdanalys. 2014. Registrera flera eller analysera mera? Delutvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister. Rapport 2014:9.

<sup>40</sup> Ibid.

och fler kvalitetsregister också kommit att utveckla beslutsstöd, vilket gör att registren på ett annat sätt än i deras ursprungliga form är närvarande i patientmötet.

En viktig grundläggande skillnad mellan hälsodataregister och kvalitetsregister är att det är obligatoriskt enligt lag för vården att tillhandahålla uppgifter till hälsodataregister (6 § lag (1998:543) om hälsodataregister) medan kvalitetsregistren bygger på frivillighet för vården. Deltagandet från vårdens sida varierar och täckningsgrad och datakvalitet är därmed en viktig aspekt vad gäller kvalitetsregistrens användbarhet – den kan variera stort såväl nationellt som lokalt.

I dagsläget finns många kvalitetsregister inom den specialiserade vården medan det varken finns något heltäckande hälsodataregister eller kvalitetsregister inom primärvården. Däremot finns det ett antal nationella kvalitetsregister som används inom primärvården, exempelvis för astma och KOL samt diabetespatienter. Under avsnitt 11.2.3 beskrivs det projekt som kallas PrimärvårdsKvalitet. Mätningar av patientupplevd kvalitet och erfarenheter är också något som har ökat mycket de senaste åren.

Datakällor och främst kvalitetsregister fyller flera olika funktioner som kunskapsstöd:

- framtagande av kunskap
- säkra implementering av bästa tillgängliga kunskap
- utgöra verktyg för att följa upp vad som sker i vården
- jämförelse mellan vårdgivare.

Nedan beskrivs hälsodataregister, kvalitetsregister, data inom primärvården och patientundersökningar i vården. Vi går inte närmre in på exempelvis journalsystem och biobanker.

### 11.2.1 Hälsodataregister

Hos Socialstyrelsen finns hälsodataregister, dödsorsaksregistret och flera register inom socialtjänstområdet. Personuppgifter i hälsodataregistren får användas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården, samt forskning och epidemiologiska undersökningar (1 § lag om hälso-



dataregister). Alla verksamheter inom hälso- och sjukvården, utom primärvården, är skyldiga att tillhandahålla uppgifter till hälsodataregistren. Registrens täckningsgrad är ofta god men kan variera beroende på olika organisationsform i olika landsting, bland annat skiljer det sig mellan offentlig och privat utförare. Täckningsgraden går inte alltid heller att beräkna.

I grunden är uppgifterna i Socialstyrelsens hälsodataregister, socialtjänstregister samt dödsorsaksregister belagda med absolut sekretess enligt 24 kap 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Enligt samma paragraf kan sekretessen brytas för forskningsändamål om det står klart att den som uppgifterna avser eller någon närstående inte kan lida skada eller men. Sekretessprövningen tar sitt avstamp i offentlighets- och sekretesslagen, personuppgiftslagen samt etikprövningslagen och syftar till att värna den personliga integriteten hos forskningspersonerna. Om forskarens behandling av personuppgifterna kan antas strida mot personuppgiftslagen får ett utlämnande inte ske.

Nedan följer en kort beskrivning av de olika hälsodataregistren.

## Cancerregistret

Registret innehåller uppgift om anmälande sjukhus och klinik, diagnosdatum, tumörutbredning med mera. Syftet med cancerregistret är att kartlägga cancersjukdomars förekomst och förändring över tiden. Det utgör även en bas för forskning och kan användas för internationella jämförelser. Cancerregistret har generellt sett en hög täckningsgrad men samkörning med dödsorsaksregistret och fallstudiejämförelser med journaler visar att den varierar något med tumörens läge.<sup>41</sup>

## Registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård

Registret innehåller uppgift om personer som fått kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Syftet med registret är att tillhandahålla uppgifter om hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen

---

<sup>41</sup> Socialstyrelsen. Cancerregistret – Bortfall och kvalitet. [www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/cancerregistret/bortfallochkvalitet](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/cancerregistret/bortfallochkvalitet) (hämtad 2017-05-05).

ansvarar för. Registret utgör underlag för forskning och till officiell statistik. Registrats kvalitet uppges vara god, men omfattningen av bortfall är okänd.<sup>42</sup>

### Läkemedelsregistret

Registret innehåller uppgifter om läkemedel som hämtas ut mot recept eller motsvarande. Registret omfattar inte läkemedelsanvändning inom slutenvården. Syftet med läkemedelsregistret är att öka patientsäkerheten på läkemedelsområdet. Uppgifterna används till epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik. Bortfallet i registret uppges vara mycket liten och risken för mätfel är liten då processen för att samla in data i stort sett är automatiserad. Vissa bortfall kan dock förekomma av olika anledningar, exempelvis administreras vissa läkemedel inom vissa landsting inom dagvård i stället för att de skrivs ut på recept.<sup>43</sup>

### Medicinska födelseregistret

Registret innehåller uppgifter om graviditeter som har lett till förlossning i Sverige. Registret innehåller uppgifter om själva graviditeterna, förlossningarna och om de nyfödda barnen. Registret utgör ett underlag för analys av händelser och utfall för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och nyföddhetsperioden. Täckningsgraden ligger på mellan 97 och 99 procent.<sup>44</sup>

### Patientregistret

Registret innehåller uppgift om avslutade vårdtillfällen i slutenvård, patienter som varit inlagda på sjukhus i den geriatriska och psykiatriska vården, patienter som behandlats av läkare i öppenvård som

---

<sup>42</sup> Socialstyrelsen. Insatser i kommunal hälso- och sjukvård – Bortfall och kvalitet. [www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/insatserkommunalhalso-ochsjukvard/bortfallochkvalitet](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/insatserkommunalhalso-ochsjukvard/bortfallochkvalitet) (hämtad 2017-05-05).

<sup>43</sup> Socialstyrelsen. Läkemedelsregistret – Bortfall och kvalitet. [www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/lakemedelsregistret/bortfallochkvalitet](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/lakemedelsregistret/bortfallochkvalitet) (hämtad 2017-05-05).

<sup>44</sup> Socialstyrelsen. Medicinska födelseregistret – Bortfall och kvalitet. [www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret/bortfallochkvalitet](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret/bortfallochkvalitet) (hämtad 2017-05-05).

inte är primärvård, diagnoser och åtgärder om patienter som har vårdats i psykiatrisk tvångsvård och akuta öppenvårdsbesök.<sup>45</sup> Sedan den 15 mars 2017 får registret behandla personuppgifter om personer som har behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården. Socialstyrelsen förbereder för närvarande registret för att kunna ta emot dessa nya uppgifter. Vård som utförts av andra yrkesgrupper än läkare inom somatisk öppenvård får inte behandlas. Syftet med patientregistret är att följa hälsoutvecklingen i befolkningen, förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar samt bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling. Registret tillhandahåller data för bland annat statistik, forskning och utvärdering. Inom slutenvården är bortfallet i registret mindre än en procent, inom öppenvården är bortfallet större.<sup>46</sup>

## Tandhälsoregistret

Registret innehåller information om tandvård som utförs inom det statliga tandvårdsstödet, tandvård till personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar samt nödvändig tandvård. Syftet med registret är att kunna följa tandvårdens och tandhälsans utveckling i Sverige. Uppgifterna ska kunna användas till statistik, utveckling av kvalitetsindikatorer samt uppföljningar och utvärderingar. Registrets täckningsgrad för besök hos tandläkare eller tandhygienist är högt men det finns ingen uppskattning över registrets täckningsgrad för utförda åtgärder.<sup>47</sup>

### 11.2.2 Kvalitetsregister

Kvalitetsregister samlar in uppgifter om patienter på individnivå från flera vårdgivare och data används för att utveckla och förbättra vården. Register kan bedrivas regionalt i ett landsting eller natio-

---

<sup>45</sup> Socialstyrelsen. Patientregistret. [www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret) (hämtad 2017-05-05).

<sup>46</sup> Socialstyrelsen. Patientregistret – Bortfall och kvalitet. [www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/bortfallochkvalitet](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/bortfallochkvalitet) (hämtad 2017-05-05).

<sup>47</sup> Socialstyrelsen. Tandhälsoregistret – Bortfall och kvalitet. [www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/tandhalsoregistret/bortfallochkvalitet](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/tandhalsoregistret/bortfallochkvalitet) (hämtad 2017-05-05).

nell, vilket förutsätter att vårdgivare mellan olika huvudmän samverkar. Registren fyller i dag många syften, men enligt 7 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355) får kvalitetsregister enbart startas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. När data väl är insamlad får den även användas för framställande av statistik och forskning inom hälso- och sjukvården (7 kap. 5 § patientdatalagen). Majoriteten av kvalitetsregistren finns inom hälso- och sjukvården – främst inom den specialiserade vården – men det finns även register inom tandvård och omsorg.

Gemensamt för alla kvalitetsregister är att de bidrar till att sammanställa data som kan generera kunskap om patientgrupper eller behandlingar. Genom att följa och utvärdera olika behandlingsmetoder, läkemedel och ingrepp kan slutsatser dras om vilka behandlingar som fungerar bättre respektive sämre.

### **Historik – nationell styrning och organisation kring de nationella kvalitetsregistren**

De första svenska nationella kvalitetsregistren startades inom ortopedi på 1970-talet. Det fanns en önskan att kunna jämföra olika proteser inom knä- och höftproteskirurgi, men antalet operationer vid ett enskilt sjukhus var för få för att ge några bra observationer. Professionerna såg därför ett behov av att kunna samla data mellan olika vårdenheter och huvudmän för att kunna värdera vården och proteserna.<sup>48</sup>

Varje register styrs av en styrgrupp som består av en registerhållare och övriga medlemmar. Styrgruppen beslutar exempelvis om vilka variabler som ska ingå i registret. Traditionellt sett har styrgrupperna utgjorts av professionsföreträdare. För att få finansiellt stöd av den nationella satsningen som pågick mellan 2012 och 2016 finns det krav på registrets styrgruppsammansättning: den ska ha nationell representativitet och för att komma upp i den högsta certifieringsnivån ska en patientföreträdare ingå i gruppen.

Intresset för kvalitetsarbete – samt för bättre uppföljning – i hälso- och sjukvården ökade i början av 1990-talet, och som en följd började staten och landstingen intressera sig för kvalitetsregister

---

<sup>48</sup> J-E. Synnerman. 2015. *Kvalitetsregistrens historia*. I G. Jacobsson Ekman m.fl. (red.). Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården. Karolinska Institutet University Press.

och beslutade om gemensamt finansiellt stöd till dem. Sedan 1990 får kvalitetsregistren nationellt stöd.<sup>49</sup>

År 1993 bildades Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister. Då fick 12 nationella kvalitetsregister ekonomiskt stöd, år 2016 var det 96 stycken plus 12 registerkandidater. Utöver dessa finns även nationella register utan nationellt stöd. Under 2000-talet har flera nya register tillkommit. Under sent 1990-tal började fler register byta pappersblankettsregistrering mot it-baserade system. Registreringen blev enklare och enheter kunde snabbare få tillbaka sina data för analys. När Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården, till stor del baserade på registerdata, började publiceras och spridas under mitten av 2000-talet blev registren allt mer synliga.

År 2010 publicerades en översyn av de nationella kvalitetsregistren ”Guldgruvan i hälso- och sjukvården”. Rapporten togs fram tillsammans av SKL och regeringen. Översynen la fram ett förslag om en femårig satsning på de nationella kvalitetsregistren för att bland annat utveckla deras infrastruktur. SKL och regeringen slöt en överenskommelse och 2012 inleddes en satsning som totalt omfattade 1,5 miljarder kronor, jämnt fördelat över åren med något mindre första året. Satsningen hade en ambitiös ansats med flera och högt uppsatta mål. Dessutom utvecklades flera stödfunktioner parallellt för att stötta registren. Enligt Vårdanalys utvärdering (2014) hade bara två av de sex effektmål som sattes upp för 2013 uppnåtts, men överlag ansågs satsningen ha haft en positiv inverkan på registrens utveckling. Det återstår dock fortfarande stora utmaningar vad gäller it-lösningar samt att de data som samlas in faktiskt ska komma till användning i förbättringsarbete.<sup>50</sup>

År 2016 var satsningens sista år och en slututvärdering av satsningen kommer att publiceras av Vårdanalys senast den 1 december 2017. År 2017 får registren 15 procent mindre finansiellt stöd än vad de hade 2016 och stödfunktionerna har fått dra ner på sin verksamhet som en följd av minskad finansiering. Styrgruppen och kansliet kvarstår och en projektgrupp har tillsatts av styrgruppen för satsningen för att ta fram en långsiktig plan för såväl finansiering som organisering av registren.

---

<sup>49</sup> Ibid.

<sup>50</sup> Vårdanalys. 2014. Registrera flera eller analysera mera? Delutvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister. Rapport 2014:9.

## Kvalitetsregistren skiljer sig vad gäller variabler och patientgrupp

Registren kan skilja sig åt på många sätt. Vissa följer en patientgrupp genom livet (exempelvis InfCare HIV), andra följer en patientgrupp under en kort period, exempelvis när den genomgår en viss behandling (exempelvis ortopediska register). Vissa register är små (exempelvis Barncancerregistret), andra är väldigt stora (exempelvis Nationella diabetesregistret). Registren kan grovt sägas besvara tre olika typer av frågor: vilka resultat har sjukvårdens interventioner? hur väl fungerar vårdens processer? och slutligen, hur väl lyckas sjukvården behandla långvariga eller kroniska sjukdomar?<sup>51</sup>

Registren kan alltså innehålla – förutom vissa varierande bakgrundsvariabler såsom ålder, vikt och diagnos – uppgifter om interventioner i vården (exempelvis kirurgiska ingrepp och dess resultat), processer i vården (exempelvis att munhälsa hos en viss patientgrupp har undersökts), eller sjukdomsutveckling (exempelvis utveckling av glukosvärden hos diabetespatienter). Många register innehåller en blandning av variablerna. Det blir allt vanligare att kvalitetsregistren också mäter patientrapporterade mått.

Kvalitetsregister är ett viktigt verktyg för att kunna förbättra kvaliteten i vården, men också ett sätt att jämföra och sträva mot en mer jämlik vård mellan olika enheter och huvudmän. Journal-systemen har traditionellt sett sällan gett möjligheten att strukturera information efter användarens behov, vilket gör att kvalitetsregistren erbjuder en unik möjlighet att kunna utvärdera bland annat processer, behandlingsmetoder och läkemedel.

De nationella kvalitetsregistren startades inom den specialiserade vården men finns i dag inom allt från psykiatri till tandvård och palliativ vård. Generellt sett är det svårare att få till en hög täckningsgrad för register som:

1. Är nystartade
2. Följer patienter med tillstånd där avgränsning mot andra tillstånd är mindre tydlig
3. Följer en stor patientgrupp
4. Följer patienter med kroniska tillstånd

---

<sup>51</sup> Ibid.

5. Följer en patientkategori som är stor och varierande
6. Följer vård som utförs på större antal enheter
7. Följer patienter som i huvudsak träffar andra personalkategorier än läkare.<sup>52</sup>

Medan de allra första registren följde patientgrupper som var tydligt avgränsade, bestod av mindre grupper och behandlingar som utfördes på ett fåtal kliniker, har flera register som startats senare snarare haft de motsatta förutsättningarna. Majoriteten av registren inom vård av äldre, psykiatri och tandvård har startats senaste tio åren. Patientgrupperna är ofta stora, avgränsningar mot andra tillstånd är mindre tydliga och vården utförs på många enheter.

### **Kvalitetsregistren fyller allt fler syften**

Ett kvalitetsregister får enbart startas för att användas i förbättring och utveckling av vården (7 kap. 1 § patientdatalagen). När data väl har samlats in får den användas till annat också. Nedan följer en översikt av olika användningsområden för registren. Graden av användning avgörs också av möjligheten för externa aktörer att få tillgång till data, vilket varierar mellan registren.

De flesta register används sedan länge också för forskning. Registerdata erbjuder en unik möjlighet att följa patienter under en längre tid och dra slutsatser av värde för vården. Svenska register har också varit pionjärer i att börja bedriva så kallade registerbaserade randomiserade kliniska studier (eller R-RCT). Studierna innebär att patienter lottas till alternativa behandlingar och följs upp i redan existerande register, vilket dels har fördelen att patienterna följs i deras naturliga vårdsituation, dels att studierna blir billigare än traditionella randomiserade studier.

Kvalitetsregisterdata används av både statliga myndigheter och inom sjukvården för att följa utvecklingen av följsamhet till exempelvis riktlinjer och vårdprogram. Denna del är främst relevant för de register som följer processer snarare än utfall. I flera av de register som startats på senare år, exempelvis Senior Alert, är dock

---

<sup>52</sup> Ibid.

implementeringen av exempelvis riktlinjerna också central – genom att registrera i registret checkas av att en viss uppgift har utförts vilket också gör att riktlinjen följs. Inom vissa register samverkar styrgruppen för kvalitetsregistret i framtagandet av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd. Genom registren kan utfall kopplade till målnivåer. Flera kvalitetsregister används i dag också som beslutsstöd, vilket utvecklas senare i detta avsnitt.

Ända sedan de första registren startades har nya medicintekniska produkter och läkemedel kunnat följas, utvärderas och som ett resultat ibland utmönstras. I dag finns också visst intresse för dessa typer av data från såväl läkemedels- och medicinteknikindustrin som myndigheter som arbetar med prissättning och subventioner, exempelvis TLV. Vissa register, däribland Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) och Svenska Höftprotesregistret, har ett väl utarbetat samarbete med industrin där företag exempelvis kan beställa aggregerade data för analys.<sup>53</sup> I stycket nedan beskrivs också hur registerdata kan vara av värde för stegvist godkännande av läkemedel.

Registerdata som offentliggörs bidrar till transparens av hur vården fungerar. Dels är det ett grundläggande demokratiskt syfte att patienter och medborgare får insyn i den vård som bedrivs för offentliga medel, dels är det ett sätt att än mer driva på förbättringsarbete i vården. År 2006 publicerades för första gången registerdata i formatet Öppna Jämförelser i hälso- och sjukvården med syfte att stimulera landsting och kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten.<sup>54</sup> Vårdanalys utvärdering av Öppna jämförelser visade också att den årliga rapporten faktiskt bidrog till att stärka förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården.<sup>55</sup> I dag redovisas årliga jämförelseunderlag i stället i webbformatet Vården i siffror. Även patienter kan använda Vården i siffror och annan registerdata när de väljer vårdgivare och behandlingar. De flesta landsting bedriver analysarbete utifrån registerdata som underlag för styrning och prioriteringar. Detta kan ske i direkt kontakt med registren men också genom underlag från Öppna Jämförelser.<sup>56</sup>

---

<sup>53</sup> Ibid.

<sup>54</sup> SKL. Öppna jämförelser. <https://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajamforelser.275.html> (hämtad 2017-05-05).

<sup>55</sup> Vårdanalys. 2012. Grönt ljus för öppna jämförelser? Rapport 2012:4.

<sup>56</sup> Ibid.



I takt med att allt fler kvalitetsregister digitaliseras både vad gäller inrapportering och utdata öppnas också för nya arbetssätt. Data kan snabbare extraheras och användas dagligen eller för snabb uppföljning. Nedan följer två exempel på områden där registren kan komma att få en större roll.

### Stegvist godkännande vid utveckling och introduktion av nya läkemedel

Kvalitetsregister kan fylla en viktig funktion inom så kallat stegvist godkännandet (på engelska adaptive licensing eller pathways) av nya läkemedel. Det tar ofta lång tid från att nya läkemedel börjar utvecklas till det att de blir tillgängliga för patienten. Genom stegvist godkännande kan patienter med de mest trängande medicinska behoven få tillgång till läkemedel tidigare i kombination med att behandlingens effekt och säkerhet följs upp under strukturerade former, exempelvis i kvalitetsregister. Modellen utvecklas under införandet allteftersom ny information samlas in.<sup>57</sup>

### Beslutsstöd i patientmötet

Beslutsstöd kopplar automatiskt information om patienten till rekommendationer och annan viktig information. Vissa kvalitetsregister fungerar både som register och som beslutsstöd för vidare behandling. Exempelvis har InfCare HIV, Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SQR) och Uppföljningsprogram för cerebral pares (CPUP) både utvecklat ett beslutsstöd och ett kvalitetsregister för patienter med hiv, reumatologi respektive cerebral pares.

Det har ofta lyfts fram att kvalitetsregisterdata inte får användas i patientmötet. Patientjournalen förväntas innehålla alla de uppgifter som behövs för en god och patientsäker vård<sup>58</sup> och patienter ska kunna välja att inte delta i kvalitetsregistret utan att för den skull riskera att få en sämre vård. Patientdatalagen specificerar tydligt för vilka syften personuppgifter i kvalitetsregister får behandlas (7 kap.

<sup>57</sup> B. Jonzon. 2015. Stegvist godkännande – en samverkansmodell för utveckling och introduktion av nya läkemedel. Pharma Industry nr 1–15.

<sup>58</sup> L. Johansson. 2015. Juridiken kring kvalitetsregister. I G. Jacobsson Ekman m.fl. (red.). Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården. Karolinska Institutet University Press.

5 §) samt att de inte får behandlas för andra syften än dessa (7 kap. 6 §). Registren som nämns ovan har särskilda it-system som tillåter att information om en patient kan presenteras och användas i vårdmötet. Informationen finns i en separat databas som fungerar som vårddokumentation och omfattas därmed inte av de särskilda bestämmelser som gäller för kvalitetsregister.<sup>59</sup> De patienter som inte vill registreras i registret kan fortfarande tillgodogöra sig beslutsstödet.

#### *Exempel – Uppföljningsprogram för cerebral pares (CPUP)*

CPUP utvecklades i samarbete mellan barnortopedier, habiliteringsläkare eller neuropediatriker, sjukgymnaster och arbetsterapeuter i Skåne och Blekinge och startade 1994. Professionen hade sett att ett stort antal barn med cerebral pares utvecklade höftluxation och svåra kontrakturer och trodde ett nytt arbetssätt skulle kunna minska siffran. Uppföljningsprogrammet är webbaserat och i realtid ser behandlande team barnets utveckling över tid.

Läkare ställer CP-diagnosen och rapporterar bakgrundsuppgifter kring graviditet, förlossning, associerade skador och sjukdomar. Barnet kontrolleras av sin sjukgymnast och arbetsterapeut en eller två gånger per år. Motorisk funktion, rörelsestatus, hjälpmedelsbehov och behandling bedöms och rapporteras. Höfterna röntgas enligt ett vårdprogram. Man kan på så vis tidigt upptäcka en försämring och sätta in förebyggande behandling. Som vägledning presenteras resultaten enligt trafikljusprincipen, där ett grönt värde inte kräver någon åtgärd, ett gult värde kräver skärpt observans eller behandling och ett rött värde är ett riskvärde som kräver behandling om ingen annan indikation finns (se figur 11.3).

År 2005 blev CPUP även ett kvalitetsregister och ett par år senare hade det fått nationell täckning. Sedan dess kan olika typer av behandling jämföras och utvärderas över landet.<sup>60</sup>

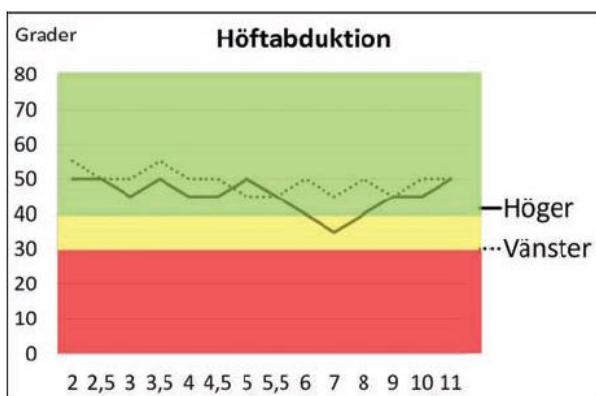
---

<sup>59</sup> Ibid.

<sup>60</sup> G. Hägglund. 2013. Positiv utveckling med CPUP. Läkartidningen 2013-04-09 nr. 15.

**Figur 11.3 Trafikljusprincipen för barn med cerebral pares**

Exempel på rapportkurva som visar utvecklingen av höftabduktion hos ett barn med CP. Genom färgmarkering enligt trafikljusprincipen kan försämring i höger höft tidigt ses och behandlas.



*Källa:* Hägglund G. CPUP – en framgångsrik kombination av preventionsprogram och nationellt kvalitetsregister för Cerebral pares. *Barnläkaren* 2015;5:6–7.

## Kvalitetsregister inom Regionala Cancercentrum (RCC)

I vardera av Sveriges sex sjukvårdsregioner finns en registercentrumorganisation bestående av registercentrum och den del av regionalt cancercentrum som jobbar med kvalitetsregister.<sup>61</sup> För en utförligare beskrivning av RCC, se kapitel 7.

Inom cancercentrumen samlas alla delar i kunskapsstyrningen inom en och samma organisation.<sup>62</sup> Cancercentrumen samordnas nationellt men är regionalt indelade. Inom dessa görs gemensamt arbete med utveckling av nationella vårdprogram, stöd till nationella kvalitetsregister och nivåstrukturering. RCC utgör en plattform för bland annat gemensamma diskussioner mellan beslutsfattarnivåer vad gäller exempelvis data från kvalitetsregister. Nya vårdprogram utvecklas alltid kopplade till systematisk uppföljning med hjälp av register.<sup>63</sup>

<sup>61</sup> H. Sjöberg. 2015. Kvalitetsregistrens organisering. I G. Jacobsson Ekman m.fl. (red.). Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården. Karolinska Institutet University Press.

<sup>62</sup> Regionala cancercentrum i samverkan. 2016. Att leda med kunskap – Erfarenheter från sex år med regionala cancercentrum och nationella cancerstrategin.

<sup>63</sup> I. Karlberg. 2011. Från Vasa till Vårdval – om ansvar och styrning av svensk hälso- och sjukvård. Studentlitteratur.

Även innan RCC inrättades fanns regionalt stöd för cancerregistrering och utveckling av kvalitetsregister vid sex regionala onkologiska center och kvalitetsregister inom cancer har sedan 1990-talet fått stöd för sitt regionala arbete från dessa. RCC har även utvecklat INCA som ägs av landstingen och utgör plattform för alla register inom cancer. RCC är i dag så kallat registercentrum för dessa register.

Nationella vårdprogram för cancer innehåller också uppföljningsbara indikatorer som är hämtade från respektive diagnosspecifikt register. I RCC:s uppdrag ingår att korta ledtider och utjämna skillnader mellan landsting. I registren finns möjligheten att mäta ledtiderna samtidigt som ledtidsmätning för standardiserade vårdförlopp också görs via vårdadministrativa system. I dag kan data från registren automatiskt leverera data till Vården i siffror. Registerdata kommer så småningom kunna bidra till att utvärdera huruvida de fem målen i den nationella cancerstrategin är uppnådda. I dag täcks alla mål av data i registren.<sup>64</sup>

### 11.2.3 Primärvårdsdata

Det finns varken något hälsodataregister för den vård som sker i primärvården eller ett specifikt heltäckande kvalitetsregister för primärvården. De flesta kvalitetsregister följer den specialiserade vården, men ett par register, däribland Nationella diabetesregistret och Luftvägsregistren (astma/KOL), används inom primärvården.

Under ett flertal år har olika initiativ arbetat mot att öka förutsättningarna för datadrivet förbättringsarbete inom primärvården. Socialstyrelsen jobbar under åren 2013 till 2017 med att utveckla Patientregistret för att bättre möta användarnas behov.<sup>65</sup> Ett förslag de lagt utifrån arbetet är att Patientregistret ska börja registrera vård som sker i primärvården. Förslaget inväntar beslut från regeringen.<sup>66</sup>

Under 2016 introducerades ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården kallat PrimärvårdsKvalitet. Det har tagits fram som ett

---

<sup>64</sup> Regionala cancercentrum i samverkan. 2016. Att leda med kunskap – Erfarenheter från sex år med regionala cancercentrum och nationella cancerstrategin.

<sup>65</sup> Socialstyrelsen. Utveckling av patientregistret. [www.socialstyrelsen.se/register/halsodata/register/patientregistret/utvecklingavpatientregistret](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodata/register/patientregistret/utvecklingavpatientregistret) (hämtad 2017-05-05).

<sup>66</sup> Socialstyrelsen. 2012. Nationell datainsamling i primärvården. Artikelnr. 2012-3-36.

stöd för vårdcentralernas förbättringsarbete. Projektet drivs från SKL i samverkan med andra aktörer och med medel från satsningen på nationella kvalitetsregister<sup>67</sup>, och flera professionsföreningar har varit, och är fortfarande, delaktiga i att ta fram indikatorerna och upplägget. PrimärvårdsKvalitet består av ett antal kvalitetsindikatorer, en kravspecifikation för användarvänlig lokal återkoppling och en nationell funktion som tar emot och återför statistiska referensvärden. Data hämtas automatiskt ur vårddokumentationssystemen. För att data ska kunna hämtas automatiskt är indikatorerna utformade utifrån strukturerad journaldokumentation.<sup>68</sup>

Landstingen bestämmer själva vilka tekniska lösningar de vill använda så länge de levererar och återkopplar utifrån specifikationerna i PrimärvårdsKvalitet. Många landsting har ett utdataverktyg där verksamhetsdata samlas från befintliga journalsystem för att därefter analyseras och omvandlas data till överskådliga rapporter och beslutsunderlag i respektive lokalt system. Nationellt kommer data att så småningom presenteras på webbplatsen Vården i siffror.

### 11.2.4 Mätning av patientupplevelser

Det finns ett flertal enkätundersökningar som samlar in data om patienters och medborgares uppfattning om vården. I SKL:s befolkningsundersökning Vårdbarometern intervjuas årligen en halv procent av Sveriges vuxna befolkning om kunskaper om och förväntningar på den svenska hälso- och sjukvården. Från undersökningen kan resultat utläsas per kommun. Den amerikanska sjukvårdsstiftelsen The Commonwealth Fund gör årligen en internationell enkätstudie vid namn International Health Policy Survey (IHP). Vart tredje år är befolkningen målgrupp, vart tredje år är den äldre befolkningen målgrupp och vart tredje år är målgruppen allmänläkare i primärvården. Undersökningen fokuserar på faktiska händelser i vårdmötet snarare än värderande frågor. Den svenska undersökningen görs av Vårdanalys och resultaten publiceras på landstingsnivå. Samtliga landsting deltar också i Nationell patientenkät (NPE) som sam-

---

<sup>67</sup> S. Gäre Arvidsson. 2016. PrimärvårdsKvalitet 2012-16. Stockholm 161223.

<sup>68</sup> Ibid.

ordnas av SKL och är ett samlingsnamn för olika återkommande patientundersökningar. Resultaten kan brytas ner på vårdenheter.

Sedan satsningen på nationella kvalitetsregister inleddes har patientrapporterade utfalls- och upplevelsemått (s.k. PROM och PREM) ökat inom kvalitetsregisterarbetet. Resultaten från dessa undersökningar kan kopplas till enskilda patienters behandlingar och utfall. Genom dessa öppnas möjligheten att förstå mer än de rent medicinskt mätbara resultaten – patienter kan själva berätta hur de exempelvis mår under eller efter en behandling. Det ger också ett verktyg att förstå hur bemötande, symptom och biverkningar påverkar eller upplevs olika av olika grupper, exempelvis män och kvinnor.

### 11.3 Initiativ för att tillgängliggöra data

Uppföljning av vårdens resultat är en grund för att skapa och sprida kunskap. Med öppen redovisning på nationell nivå kan sådana aktiviteter betraktas som nationella kunskapsstöd. Tillgången till och användningen av data från register och undersökningar i vården varierar. Flera olika faktorer kan inverka på om data används eller inte. Personuppgifter i vården skyddas av patientdatalagen (4 kap. 1 §) vilket bland annat innebär att bara den som behöver uppgifterna i sitt arbete inom hälso- och sjukvården får ta del av patientuppgifter. Men även för vårdgivare kan ibland tillgången till data eller möjligheten att använda data försvåras av att it-systemen anses krångliga, att det inte finns tid för att använda data eller för att datasystemen bara tillåter att data tas ut i vissa format. Även datakvalitet påverkar i vilken utsträckning data faktiskt används. Ibland är även data i aggregerade format svåra att få tag i.

I Sverige har under de senaste tio åren vuxit fram några olika uppföljningsinitiativ, som har gemensamt att de bygger på data om vårdens strukturer, processer och resultat från samtliga landsting och kommuner, vilket redovisas öppet och är tillgängligt för alla. Flera olika initiativ har tagits för att göra data mer lättillgängliga. Som exempel kan nämnas satsningen på nationella kvalitetsregister som beskrivs under 11.2.2. Satsningen syftar både till att förbättra möjligheter till förbättringsarbete för vårdpersonal och att förbättra insyn för patienter och medborgare. Satsningen har också drivit på arbete för att göra data mer användbara i vården. Vissa av

de register som startats de senaste åren har också haft ett tydligt syfte från början med att det ska vara lätt för vårdpersonalen att ha tillgång till och använda data. Inom satsningen har också Vården i siffror tagits fram som ett verktyg för att skapa dialog om kvalitet och förbättringsarbete mellan, och inom, olika nivåer hos huvudmän och vårdgivare.

Andra exempel är att statistik från hälsodataregister har gjorts mer tillgängliga för allmänheten genom Socialstyrelsens statistikdatabas. SKL fick 2015 ytterligare statliga medel för fortsatt arbete med Etisk plattform för öppenhet och insyn i vård och omsorg (mellan arbetsgivar-, fack- och branschorganisationer) som ska ge bättre insyn i verksamheternas kvalitet, ekonomi och anställningsvillkor. På 1177 Vårdguiden finns tjänsten Hitta och jämför vård, där medborgare kan hitta olika vårdgivare samt jämföra hur lätta de är att komma i kontakt med och se kvalitetsomdömen från patienter.<sup>69</sup> Uppföljningsguiden hos SKL riktar sig till dem som arbetar med övergripande uppföljning av välfärdstjänster i kommuner och lands-ting och ger stöd och vägledning i arbetet.<sup>70</sup> Äldreguiden hos Socialstyrelsen riktar sig till medborgare och erbjuder möjlighet att jämföra olika verksamheter inom sjukvård och socialtjänst över landet.<sup>71</sup>

På lokal nivå finns exempelvis Kvartalen i Västra Götalandsregionen som tas fram av Registercentrum Västra Götaland. Kvartalen är ett webbaserat system som gör det möjligt att jämföra kvalitet i vården på sjukhus i Västra Götaland. Den primära målgruppen är sjukhusledningarna och andra som arbetar med kvalitet på sjukhusen. Syftet med jämförelserna är att förbättra vården.<sup>72</sup> Det finns också liknande system för psykiatriska register, kallat Psykiatrikompassen.

Nedan följer en närmare beskrivning av några initiativ som syftar till att öka transparens och möjliggöra jämförelser.

---

<sup>69</sup> 1177 Vårdguiden – SLL. Hitta och jämför vård. [www.1177.se/Stockholm/Hitta-vard/Om-Hitta-och-jamfor-vard/](http://www.1177.se/Stockholm/Hitta-vard/Om-Hitta-och-jamfor-vard/) (hämtad 2017-05-05).

<sup>70</sup> Uppföljningsguiden – SKL. Om Uppföljningsguiden. <http://uppfoljningsguiden.se/om-uppfoljningsguiden/> (hämtad 2017-05-05).

<sup>71</sup> Socialstyrelsen. Öppna jämförelser. <http://oppnajamforelser.socialstyrelsen.se/Pages/default.aspx> (hämtad 2017-05-05).

<sup>72</sup> Registercentrum Västra Götaland. Om Kvartalen. [www.registercentrum.se/sv/content/om-kvartalen](http://www.registercentrum.se/sv/content/om-kvartalen) (hämtad 2017-05-05).

## Öppna jämförelser

SKL och Socialstyrelsen har sedan 2006 gett ut en gemensam rapport med namnet Öppna jämförelser (ÖJ) av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. ÖJ-rapporter har även getts ut med specifika hälso- och sjukvårdsteman så som cancervård, äldreomsorg och läkemedel. Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvårdsområdet är en presentationsform som möjliggör jämförelser mellan landsting och i viss mån även mellan vårdenheter. Syftet med ÖJ är att stimulera landsting och kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten. Ytterligare ett syfte är att ge allmänheten insyn i vad gemensamt finansierade verksamheter åstadkommit. ÖJ har byggt på av indikatorer som tagits fram av Socialstyrelsen och SKL (och i vissa fall Läke- medelsverket) gemensamt i samarbete med utvalda kontaktpersoner i landstingen. Viss data kommer från nationella hälsodataregister så som Patientregistret och Cancerregistret dit vården är skyldiga att rapportera in specifika uppgifter (6 § lag (1998:543) om hälsodata- register) samt andra register till exempel Läkemedelsregistret. En stor mängd data kommer också från de nationella kvalitetsregistren där vården frivilligt rapporterar in data. Samarbetet mellan SKL och Socialstyrelsen med de tryckta rapporterna avslutades i och med rap- porteringen 2014. Efter det ansvarar Socialstyrelsen för publicering och utveckling av Öppna jämförelser. Sedan 2015 har SKL övergått till att presentera de tidigare ÖJ-indikatorerna på Vården i siffror samt i kommun-landstingsdatabasen Kolada som presenteras när- mare nedan. Socialstyrelsen ger emellertid fortsatt ut Öppna jämfö- relser i rapportform.<sup>73</sup>

### Vården i siffror

På webbsidan Vården i siffror presenteras utfall för en rad olika mått och indikatorer inom svensk hälso- och sjukvård. Vården i siffror är tänkt att bidra till transparens och vara ett verktyg för att skapa dialog om kvalitet och förbättringsarbete mellan och inom olika nivåer hos huvudmän och vårdgivare. Den primära målgrup-

---

<sup>73</sup> SKL. Öppna jämförelser: hälso- och sjukvård. <https://skl.se/tjanster/merfranskl/oppna-jamforelser/halsoochsjukvard.1563.html> (hämtad 2017-05-05).



pen är ledningspersoner och andra som är intresserade av data från olika datakällor. Förhoppningen är att denna ökade transparens och dialog i sin tur ska leda till mer kvalitet och förbättringsarbete i vården. Vården i siffror vill också bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning genom att belysa bra och mindre bra resultat som underlag för fördjupade analyser.

Underliggande data kommer från vården och från flera källor via så kallade tjänstekontrakt. Varje källa, till exempel ett kvalitetsregister, eller ett landsting eller region, bestämmer vad som är relevant att tillgängliggöra. I dagsläget levererar flera kvalitetsregister in data via en automatiserad överföring som bygger på en gemensam standard. Vården i siffror och de anslutna källsystemen använder sig av en öppen-dataplattform och den nationella tjänsteplattformen<sup>74</sup> för att utbyta informationen om indikatorerna.

Vården i siffror är framtagen inom satsningen på nationella kvalitetsregister och finansieras av staten samt landstingen. Den underliggande generella tekniken är framtagen inom ramen för statens och SKL:s gemensamma arbete med Öppna jämförelser och utformningen av webbplatsen är gjord i samverkan med NSK-regiongrupp. Kansliet för nationella kvalitetsregister har förvaltat innehållet i Vården i siffror och under 2017 tar SKL över ägandeskap och innehållsförvaltning. Den tekniska systemförvaltningen samt driften av Vården i siffror bedrivs av Inera AB som är ett aktiebolag som ägs gemensamt av alla landsting. Inera ABs huvudsakliga uppgift är att koordinera landstingens gemensamma e-hälsoarbete.<sup>75</sup>

## Sveus

Sedan 2013 finns Sveus – Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården. Sveus är ett samarbete för vidareutveckling av hälso- och sjukvårdens styrsystem. Syftet är att skapa bättre möjligheter för vårdgivare och landsting att följa upp och analysera den vård som bedrivs samt att utveckla ersättningsystem som i ökad omfattning möjliggör och stimulerar till innovation och verksamhetsutveckling. Inom Sveus samarbetar fler än 50 organi-

---

<sup>74</sup> Inera. 2016. ICC. Integration Competence Center. 2016.

<sup>75</sup> SKL och Nationella kvalitetsregister. 2016. Om Vården i siffror. 2016.

sationer inklusive berörda specialitetsföreningar, kvalitetsregister, patientföreningar, landsting, universitet, Försäkringskassan och Socialdepartementet. Deltagande landsting är Dalarna, Jämtland Härjedalen, Skåne, Stockholm, Uppsala, Västra Götaland och Östergötland. Sveus leds av en styrgrupp bestående av representanter från deltagande landsting, SKL och Karolinska Institutet. Ett uttalat syfte med Sveus är att bidra till en mer stimulerande arbetsmiljö för de som arbetar inom vården. Även Sveus använder sig av kvalitetsregisterdata samt andra data som deltagande landsting rapporterar in.

## Kolada

I kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) kan kommunernas och landstingens verksamheter följas från år till år. Databasen erbjuder underlag för analyser och jämförelser. I Kolada finns samlade nyckeltal om resurser, volymer och kvalitet i kommuners och landstings alla verksamheter. Nyckeltalen bygger ofta på nationell statistik från statistikansvariga myndigheter, men också på uppgifter från andra källor. Exempelvis deltar de flesta kommuner och landsting i frivillig redovisning av kvalitet i olika verksamheter i Koladas inmatningsfunktion. Kolada ägs av den ideella föreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Föreningens medlemmar är staten och SKL.<sup>76</sup>

## Medrave

Medrave Software AB är ett skandinaviskt företag med verksamhet i Sverige och Norge. De tillhandahåller ett antal olika produkter som samlar data från verksamheter och sammanställer den i olika typer av rapporter. Applikation är gjord för att fånga data från samtliga journalsystem med en installation.

---

<sup>76</sup> RKA. Om Kolada. 2016.

Systemet ger signaler om hur det står till i verksamheten inom ett antal olika områden som professionen känner ett stort engagemang för. Det ger verksamhetschefen en uppdaterad bild av hur verksamheten presterar, bland annat för att kunna bemöta frågor från olika håll, och då inte minst ifrån beställarna.<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> Medrave. Om Medrave. [www.medrave.se/pages/overview.aspx?product=0](http://www.medrave.se/pages/overview.aspx?product=0) (hämtad 2017-05-05).



## 12 Internationella samarbeten och internationell utblick

I detta kapitel gör vi en internationell utblick, dels för att se hur andra länder arbetar, dels för att se över ett urval av det utvecklingsarbete som pågår internationellt. Fokus ligger på riktlinjer av nationell karaktär, vilket i andra länder oftast berör klinisk praxis. I kapitlets första del kartlägger vi de internationella samarbeten som pågår, och i andra delen redovisas kunskapsstyrningen i nio europeiska länder samt i ett nordamerikanskt hälso- och sjukvårdssystem.

### 12.1 Internationella aktörer och samarbeten

Tillämpbarheten av medicinsk kunskap och medicinska framsteg är inte specifika för enskilda länder – kunskap som tas fram på en plats kan tas tillvara internationellt. Med detta i åtanke kan antas att riktlinjer inte skulle skilja sig särskilt mycket världen över – eller att olika länder till och med skulle kunna använda samma. Däremot skiljer sig olika länder ofta vad gäller sjukvårdens organisation, vilka resurser som finns att tillgå och hur lagstiftningen som styr vården är utformad. Fokus i detta kapitel ligger på det som olika länder kallar nationella riktlinjer eller liknande. Det bör dock påpekas redan här att även riktlinjerna faktiskt ser olika ut i olika länder.

Nationella riktlinjer, i någon form, har globalt sett spridits kraftigt sedan början av 1990-talet.<sup>1</sup> Synen på nationella riktlinjer, hur de tas fram, vad som ingår och hur de implementeras kan skilja sig och det är alltså inget enhetligt fenomen. Det arbete med riktlinjer som

---

<sup>1</sup> H. Legido-Quigley, D. Panteli, J. Car, M. McKee & R. Busse (Editors). 2013. *Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies. United Kingdom.

bedrivs av Socialstyrelsen särskiljer sig internationellt eftersom myndigheten arbetar med hälsoekonomiska bedömningar, man gör prioriteringar i riktlinjerna och man riktar sig till beslutsfattare snarare än kliniskt verksam personal.

Sedan ett par decennier tillbaka finns ett antal aktörer för internationellt samarbete och för methodsamverkan inom riktlinjeområdet. År 1998 startades the AGREE Collaboration med syfte att utveckla ett gemensamt riktlinjeinstrument. Guidelines International Network (G-I-N) grundades 2002 för att främja samarbete inom riktlinjearbetet.

Det finns röster internationellt som förespråkar mera samverkan internationellt.<sup>2</sup> I European Observatorys kartläggning (2012) ges en policyrekommendation om att de europeiska länderna bör samarbeta mer för att ta fram riktlinjer, stödja varandra och undvika dubbelarbete. Argumenten för ökad samverkan är bland annat att olika länder använder samma forskningsunderlag när de tar fram systematiska litteraturoversikter, och att mer internationellt samarbete därför kan vara värdeskapande.<sup>3</sup>

En del aktörer använder sig av befintliga riktlinjer innan de arbetar fram egna. Exempelvis Kaiser Permanente i USA, Norge och Skottland söker efter existerande systematiska litteraturoversikter eller riktlinjer, som sedan anpassas till det egna landets system.<sup>4</sup> I den norska handboken för framtagande av riktlinjer understryks vikten av att riktlinjeutvecklare undersöker om det redan finns framtagna riktlinjer för det aktuella området innan de påbörjar den systematiska kunskapsammansättningen. Därmed undviks dubbelarbete och divergerande riktlinjer. Detta görs genom sökningar i riktlinjedatabasen på Helsebibliotek.no samt hos NICE, G-I-N och SIGN. I Skottland går man också igenom andra existerande riktlinjer, speciellt de som utvecklats av NICE samt de systematiska litteraturoversikter som gjorts av Cochrane. Även specialitetsföreningar inom Sveriges läkarförbund tar ibland fram behandlingsriktlinjer genom

---

<sup>2</sup> Vårdanalys. 2015. Bilaga till rapport 2015:7, *Lång väg till patientnytta – Underlag om nationella riktlinjer i andra länder*; H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Vårdanalys. 2015. Bilaga till rapport 2015:7, *Lång väg till patientnytta – Underlag om nationella riktlinjer i andra länder*.

att göra anpassningar av internationella riktlinjer.<sup>5</sup> Nedan presenteras och ges exempel på några olika typer av samarbeten som pågår internationellt med fokus på metod, evidens och riktlinjer.

### Samverkan över gränserna mellan professionsföreningar i Europa och Norden

Inom många specialiteter samarbetar professioner över nationsgränser och tar fram exempelvis behandlingsriktlinjer. European Society of Cardiology tar fram flera olika riktlinjer inom kardiologiområdet. Svenska kardiologföreningen publicerar internationella riktlinjer som de har bedömt och godkänt på sin hemsida. De publicerar samtidigt en kommentar för att lyfta fram det viktigaste, och i vissa fall för att ange vad de tycker behöver anpassas för att användas i svenska förhållanden.<sup>6</sup> På hemsidan publicerar de även dokument de tar fram själva samt Socialstyrelsens riktlinjer. I en artikel i Läkartidningen betonar några kardiologer att de europeiska riktlinjerna tar fram den medicinska kunskapen medan de svenska även lägger till hälsoekonomi för prioriteringar och tar hänsyn till samhällsekonomin som råder i Sverige. Därmed kompletterar de varandra väl i arbetet för att ge svenska kliniker det underlag de behöver.<sup>7</sup>

Nordiska Föreningen för Obstetrik och Gynekologi (NFOG) har initierat ökad samverkan inom kliniska riktlinjer med syftet att öka tillgång, kvalitet och effekt av riktlinjer. Inom initiativet ingår dels att översätta existerande riktlinjer till engelska, dels att ta fram gemensamma nordiska riktlinjer. De uppmuntrar alla som arbetar med riktlinjeutveckling att alltid e-posta minst abstract på engelska till den nationella representanten i NFOG:s riktlinjekommitté. Medlemmar uppmuntras även att föreslå nya områden för riktlinjer. På NFOG:s hemsida finns i dagsläget elva riktlinjer inom gynekologi och 35 inom obstetrik publicerade. I listan över riktlinjer står inom vilket land den har utvecklats, vilket år den kom och om och hur

<sup>5</sup> Kansliet för Nationella Kvalitetsregister. 2016. Nationella riktlinjer. [www.kvalitetsregister.se/drivaregister/valideringshandbok/variabler/nationellariktlinjer.1977.html](http://www.kvalitetsregister.se/drivaregister/valideringshandbok/variabler/nationellariktlinjer.1977.html) (hämtad 2017-04-28).

<sup>6</sup> Svenska Kardiologföreningen. 2017. Internationella riktlinjer (ESC). <http://cardio.se/internationella-riktlinjer-esc> (hämtad 2017-04-28).

<sup>7</sup> L. Wallentin, B. Lindahl, C. Kärvinge, K. Eklund, L. Levin, L. Grip. 2008. *Svenskt arbete med nationella riktlinjer kan bli internationellt föredöme*. Läkartidningen nr. 16 2008 volym 105. [www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/9/9253/LKT0816s1194\\_1197.pdf](http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/9/9253/LKT0816s1194_1197.pdf).

evidensen har graderats. Tre metoder för evidensgradering återkommer: GRADE, Oxford och peer review.<sup>8</sup> På Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi har en nyhet lagts upp den 11 oktober 2016 som annonserar att två nya riktlinjer har publicerats på NFOG:s hemsida. Det tydliggörs också att den ena av riktlinjerna har anpassats från en svensk riktlinje och den andra från en norsk.<sup>9</sup>

NFOG beskriver också att de fem nordiska ländernas riktlinjer skiljer sig i format och omfattning, samt att vissa är evidensbaserade medan andra inte är det. Sammanfattningsvis har Norge cirka 100 riktlinjer och de flesta har ett innehåll som ryms på mindre än tio sidor. I Danmark finns 150 stycken som är upp till 100 sidor långa. Det står inte hur många svenska riktlinjer det finns inom obstetrik och gynekologi men däremot att de finns i olika format: SFOG-riktlinjer, medicinska råd gyn, medicinska råd ob och ARG-rapporter. I Finland finns tolv riktlinjer från Duodecim och sju från National Institute for Health and Welfare. Island slutligen har publicerat åtta riktlinjer. På NFOG:s hemsida beskrivs också att European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Medicine har en sektion kallad "Guidelines and Consensus Statements" där riktlinjer från olika professionsföreningar över Europa publiceras. Riktlinjen genomgår först peer review.

### Guideline International Network (G-I-N)

G-I-N är ett globalt nätverk som har funnits sedan 2002. Nätverket strävar mot ökad kvalitet i vården genom att främja systematik i framtagande av kliniska riktlinjer globalt. Nätverket syftar till att leda, stärka och stödja globalt samarbete inom utveckling, anpassning, implementering och spridning av evidensbaserade riktlinjer. G-I-N erbjuder samarbetsmöjligheter för organisationer som utvecklar, implementerar och använder riktlinjer, samt forskare, studenter och andra intressegrupper. Nätverket stödjer också medlemmarna i att minska dubbelarbete och att höja effektiviteten i riktlinjearbetet.

---

<sup>8</sup> N. Uldbjerg. Chairman of the Guideline Committee. NFOG. Guidelines presented by NFOG – Clinical Guidelines and Nordic Collaboration. [www.nfog.org/guidelines.shtml](http://www.nfog.org/guidelines.shtml) (hämtad 2017-04-28).

<sup>9</sup> DSOG. October 11, 2016. Two new NFOG guidelines published. [www.dsog.dk/wp/dsog/two-new-nfog-guidelines-published](http://www.dsog.dk/wp/dsog/two-new-nfog-guidelines-published) (hämtad 2017-04-28).



G-I-N driver ett internationellt riktlinjebibliotek som i nuläget innehåller över 6 000 dokument.<sup>10</sup>

Nätverket består av 97 organisationer, däribland Socialstyrelsen, och 128 individuella medlemmar från 32 olika länder. G-I-N har utvecklat partnerskap med flera andra internationella aktörer inom området. Det är en icke-vinstdrivande förening. G-I-N har ett antal regionala arbetsgrupper för att hantera de regionala behov som kan finnas. Dessa är uppdelade i G-I-N Afrika, G-I-N Norden, G-I-N Australien och Nya Zeeland, G-I-N Nordamerika, G-I-N Asien och G-I-N Arab.

Sedan 2016 är en representant från Socialstyrelsen ordförande i den nordiska gruppen. De arbetar bland annat tematiskt med områden såsom patientinvolvering, förvaltningsdimensioner och riktlinjeanpassning. De har också finansiering från Nordiska rådet för ett gemensamt innovationsprojekt som dels syftar till att ge stöd till professionsföreningar i att utbyta underlag mellan länderna, dels samverkan kring tekniska lösningar. Socialstyrelsen och norska Helse-direktoratet har också provat att samverka i att ta fram nya riktlinjer för demens.<sup>11</sup>

### *G-I-N Adaptation Working Group*

Mellan åren 2006 och 2010 fanns ett internationellt samarbete som hette ADAPTE Collaboration. Samarbetet bestod av olika aktörer inom riktlinjearbete som strävade efter att främja framtagande och användande av kliniska riktlinjer genom anpassningar av existerande riktlinjer. Gruppen arbetade med att utveckla och validera en generisk anpassningsprocess för att främja valida och högkvalitativa riktlinjer och för att skapa ägarskap hos användarna av de anpassade riktlinjerna. Efter att gruppen hade tagit fram och utvärderat en ADAPTE-manual och ett resursverktyg ansåg man att gruppens huvudsyfte hade uppnåtts. År 2010 bad man därför G-I-N att säkra

---

<sup>10</sup> G-I-N. About G-I-N/Introduction. [www.g-i-n.net/about-g-i-n/introduction](http://www.g-i-n.net/about-g-i-n/introduction) (hämtad 2017-04-28).

<sup>11</sup> Informationen kommer från ett möte som utredningen hade med en representant för Socialstyrelsen den 29 november 2016.

kontinuiteten i arbetet. I augusti 2010 etablerades the Adaptation Working Group inom G-I-N.<sup>12</sup>

G-I-N definierar riktlinjeanpassning som:

Guideline adaptation is the systematic approach to the endorsement and/or modification of a guideline(s) produced in one cultural and organisational setting for application in a different context. Where high quality guidelines are already available, adaptation may be used as an alternative to de novo guideline development to customise the existing guideline to the needs of local users.<sup>13</sup>

I flera länder arbetar hälso- och sjukvårdssystemen med att få till bättre evidens i vården och att öka kvaliteten med givna resurser. Existerande riktlinjer från andra länder eller internationella organisationer kan utgöra ett alternativ till att ta fram helt nya riktlinjer, vilket annars ofta kräver hög expertis och mycket tid och resurser. The Adaptation Working Group erbjuder stöd till aktörer som vill anpassa riktlinjer till nya förhållanden.

## GRADE

The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, eller GRADE, har utvecklat en vedertagen metod, även den kallad GRADE, för att gradera styrkan i vetenskapliga underlag. Gruppen bildades 2000 som ett informellt samarbete mellan individer med intresse för frågan.<sup>14</sup>

Sedan 2007 använder SBU GRADE för att gradera evidensstyrkan i sina kunskaps sammanställningar. SBU ingår också i GRADE Working Group vilken kontinuerligt utvecklar systemet.<sup>15</sup> SBU skriver att GRADE bildades för att skapa samstämmighet i hur olika evidens och rekommendationer graderas. När olika system används uppstår lätt förvirring. Systemet bygger vidare på andra graderings-

---

<sup>12</sup> G-I-N. *History of the ADAPTE Collaboration*. [www.g-i-n.net/working-groups/adaptation/history](http://www.g-i-n.net/working-groups/adaptation/history) (hämtad 2017-04-28).

<sup>13</sup> G-I-N. *Introduction to the G-I-N Adaptation Working Group*. [www.g-i-n.net/working-groups/adaptation/introduction-g-i-n-adaptation-wg](http://www.g-i-n.net/working-groups/adaptation/introduction-g-i-n-adaptation-wg) (hämtad 2017-04-28).

<sup>14</sup> GRADE. *What is GRADE? – The GRADE working group*. [www.gradeworkinggroup.org/](http://www.gradeworkinggroup.org/) (hämtad 2017-04-28).

<sup>15</sup> SBU. 2014. *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok*. [www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok\\_kapitel10.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel10.pdf).

system men har ett tydligare fokus på risk och nytta. Även Socialstyrelsen använder GRADE.

## AGREE

The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation, eller AGREE, har utvecklats för att hantera problem med att kvaliteten i olika riktlinjer varierar. AGREE är ett verktyg för att bedöma hur rigid och transparent en metod vid utveckling av riktlinjerna är. Det första instrumentet publicerades 2003 och har sedan dess förbättrats och kallas nu AGREE II, vilken även innehåller en användarmanual. AGREE består av sex kvalitetsdomäner: scope och syfte, involvering av intressenter, rigour of development, tydlighet i presentation, applicerbarhet, editorial independence.<sup>16</sup>

Det första instrumentet utvecklades med start 1998 av en grupp internationella forskare och riktlinjerutvecklare, det så kallade AGREE Collaboration. Syftet var att utveckla ett verktyg för att bedöma riktlinjers kvalitet. Projektet finansierades av EU, men i samarbetet ingick förutom 14 europeiska länder även forskare från Kanada, Nya Zeeland och USA. År 2001 var det första projektet färdigt och ett antal deltagare föreslog då att ett internationellt riktlinjenätverk borde startas för att skapa forum för idéutbyte och samarbete. Detta resulterade i G-I-N.

Deras definition av riktlinjekvalitet är att det finns tilltro till att en potentiell partiskhet i utvecklingen har hanterats på lämpligt sätt och att rekommendationerna har både intern och extern validitet samt att de kan användas i praktiken. Instrumentet hade år 2013 översatts till 32 språk<sup>17</sup> och är enligt European Observatory väl accepterat<sup>18</sup>. I European Observatorys rapport ser de att det finns länder som använder AGREE i stor utsträckning, länder utan krav på kvalitetskontroll men som ofta använder AGREE, länder som följer en anpassad version av AGREE, länder som använder andra instrument och länder som inte har någon formell process för att bedöma kvaliteten i de

---

<sup>16</sup> AGREE. Introduction to AGREE II. [www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/introduction-to-agree-ii/](http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/introduction-to-agree-ii/) (hämtad 2017-04-28).

<sup>17</sup> AGREE. *AGREE History – 10 Years of AGREE (2003–2013)*. [www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/agree-history/](http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/agree-history/) (hämtad 2017-04-28).

<sup>18</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

kliniska riktlinjerna. Bland länder som använder AGREE i stor utsträckning finns England, Italien, Norge och Finland. I Danmark och Belgien används ofta AGREE även om det inte finns något formellt krav på kvalitetssäkring. I Tyskland har en lokalt anpassad version, DELBI-checklistan, utarbetats baserat på AGREE. Frankrike och Nederländerna har utarbetat en respektive flera metoder för kvalitetssäkring av riktlinjerna.<sup>19</sup>

### Världshälsoorganisationen (WHO)

En av WHO:s kärnfunktioner är att utveckla globala riktlinjer för att säkra mest lämpliga användning av evidens. Exempel på områden där WHO har tagit fram riktlinjer är barns hälsa, kroniska sjukdomar, skador och funktionsförmåga, hiv/aids, hälso- och sjukvårdssystem, nutrition, malaria, mödrahälsa, reproduktiv hälsa och kvinnors hälsa. Under 2016 har bland annat en riktlinje tagits fram om näring till spädbarn i områden där Zikaviruset sprids.

Inom WHO finns ett sekretariat med en kommitté för riktlinjeutveckling och WHO har även tagit fram en handbok för riktlinjeutveckling.<sup>20</sup>

### The Physiotherapy Evidence Database (PEDro)

Physiotherapy Evidence Database (PEDro) är en databas med relevant forskning för sjukgymnaster och fysioterapeuter. Databasen drivs av Centre for Evidence-Based Physiotherapy vid The George Institute for Global Health i Australien men är gratis öppen för alla. Den innehåller i dagsläget minst abstract av 34 000 randomiserade studier, systematiska översikter och kliniska riktlinjer inom fysioterapi. Studiernas kvalitet utvärderas också innan de publiceras.<sup>21</sup> Svenska Fysioterapeuterna länkar till PEDro på sin hemsida.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>20</sup> WHO. Guidelines Review Committee (GRC). [www.who.int/publications/guidelines/guidelines\\_review\\_committee/en/](http://www.who.int/publications/guidelines/guidelines_review_committee/en/) (hämtad 2017-04-28).

<sup>21</sup> PEDro. *Welcome to PEDro*. [www.pedro.org.au/](http://www.pedro.org.au/) (hämtad 2017-04-28).

<sup>22</sup> Fysioterapeuterna. *Databaser*. [www.fysioterapeuterna.se/Profession/Forskning/Databaser/](http://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Forskning/Databaser/) (hämtad 2017-04-28).

## 12.2 Internationell utblick

I detta avsnitt presenteras några exempel från länder som kan vara lärorika för de vägval Sverige står inför. Vi jämför också det svenska arbetet med riktlinjer med andra länders.

I de flesta europeiska länder tas riktlinjer fram av statliga eller halvstatliga aktörer samt i samverkan med professionsföreningar.<sup>23</sup> Många länder uppger att de följer AGREE-verktyget vid framtagandet av riktlinjerna.<sup>24</sup> Ett fåtal länder har lagar som på ett eller annat sätt rör riktlinjer eller framtagandet av dem. Ett gemensamt problem för många länder är att möjlighet vad gäller att följa upp implementering av riktlinjer brister.

De flesta länder anger att riktlinjernas huvudsakliga syfte är att vara ett stöd för vårdpersonalen i deras beslutsfattande samt vara till nytta för beslutsfattare och patienter.<sup>25</sup> Exempelvis skriver det norska Helsedirektoratet i deras vägledning för att utveckla riktlinjer att rekommendationerna ska vara konkret utformade, stödja vårdpersonal och patienter att fatta goda beslut, bidra till att reducera önskad variation samt främja god kvalitet inom hälsa och omsorg.<sup>26</sup> Det är mindre vanligt att, som i Sverige, rikta de nationella riktlinjerna primärt till beslutsfattare.

### 12.2.1 Socialstyrelsens riktlinjemodell jämfört med nationella riktlinjer i andra länder

Det finns många likheter mellan det arbete som görs av Socialstyrelsen med riktlinjer och andra länders arbete. Men det skiljer sig också i viktiga avseenden. Socialstyrelsen betonar att de svenska nationella riktlinjerna skiljer sig internationellt genom följande aspekter:

- Socialstyrelsens riktlinjer tas först och främst fram för beslutsfattare, ej kliniskt verksamma. I de flesta länder riktar sig riktlinjerna i första hand till vårdpersonal.

---

<sup>23</sup> Vårdanalys. 2015. *Bilaga till rapport 2015:7 Lång väg till patientnytta – Underlag om nationella riktlinjer i andra länder.*

<sup>24</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>25</sup> Vårdanalys. 2015. *Bilaga till rapport 2015:7 Lång väg till patientnytta – Underlag om nationella riktlinjer i andra länder.*

<sup>26</sup> Helsedirektoratet. 2012. *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer.* Helsedirektoratet. Oslo.

- Socialstyrelsens riktlinjer innehåller prioriteringar som har arbetats fram systematiskt och öppet.
- Socialstyrelsens riktlinjer innehåller hälsoekonomi.
- Socialstyrelsens riktlinjer finansieras av staten. I vissa europeiska länder tas riktlinjer till exempel fram av specialistföreningar.
- Socialstyrelsens riktlinjer kan beröra hela vårdkedjan och utarbetas med hjälp av flera olika professioner.

Socialstyrelsen bedömer själva att riktlinjer från den brittiska organisationen National Institute for Clinical Excellence (NICE) är de som är mest lika de svenska. NICE rangordnar eller prioriterar dock inte mellan sina rekommendationer.<sup>27</sup>

I OECD:s Sverigerapport i serien OECD Reviews of Health Care Quality från 2013 betonas de svenska riktlinjernas likhet med de från NICE samt de riktlinjer som tas fram av den franska myndigheten Haute Autorité de Santé (HAS). OECD menar att likheterna består i att de tre länderna arbetar med vägledning snarare än att ta fram standarder. Alla tre länder förlitar sig på underlag om kostnadseffektivitet och utvärdering av teknologier inom vården (HTA), vilket i Sverige produceras av SBU. Underlagen från SBU lägger en grund för prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård, men erkänner också den lokala friheten att fatta beslut. OECD betonar vidare att svenska nationella riktlinjer inte bara rör enskilda professionella discipliner, utan är ett bredare försök att få in evidensbaserad medicin i hela sjukvårdssystemet, att de tar in aspekter av kostnadseffektivitet, multidisciplinära perspektiv och prioriteringar.<sup>28</sup>

### 12.2.2 Riktlinjer i andra länder

Vad gäller riktlinjer finns det vissa centrala skillnader mellan länder i hur de tas fram och i hur de implementeras. I European Observatorys jämförelse över riktlinjearbetet i Europa delas länder in i tre kategorier baserat på organisationen kring hur riktlinjerna tas fram

<sup>27</sup> Socialstyrelsen. Riktlinjer internationellt. [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/riktlinjerinternationellt](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/riktlinjerinternationellt) (hämtad 2017-04-28).

<sup>28</sup> OECD. 2013. OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013. *In series: OECD Reviews of Health Care Quality*. Published on December 12, 2013.

(huvudaktör och nivå av decentralisering): en nationell aktör tar fram kliniska riktlinjer, flera aktörer bidrar till framtagandet men en central aktör koordinerar arbetet och slutligen att professionsföreningar är huvudsakligen ansvariga och ingen central koordinering sker. I några länder finns eller har det funnits ekonomiska incitament för att implementera riktlinjer.

De länder som, av European Observatory, pekas ut som ledande inom arbetet är Belgien, Frankrike, England, Nederländerna och Tyskland. Finland, Norge och Sverige anses också ha ”väletablerade program”. Länderna skiljer sig stort på andra plan, vilket också kan påverka hälso- och sjukvårdssystemen och arbetet med riktlinjer. Danmark, Finland, Italien, Norge, Portugal, Storbritannien har liksom Sverige ett skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem (så kallat Beveridge) medan Belgien, Frankrike, Tyskland och Nederländerna har ett försäkringsfinansierat system (så kallat Bismarck).<sup>29</sup>

Ett urval av de olika ländernas arbete med riktlinjer presenteras nedan. Först presenteras tre nordiska länderna, därefter ett urval av länder i övriga Europa och sist systemet Intermountain Healthcare i USA.

## Danmark

I Danmark tas kliniska riktlinjer liksom i Sverige fram av stat, professionsföreningar, regioner och kommuner. It-systemen stödjer till viss del användandet.<sup>30</sup> Fram till 2012 togs riktlinjerna fram av professionsföreningar och regioner. Från 2012 beslutade regeringen att satsa på nationella riktlinjer under en fyraårsperiod, vilket resulterat i att 47 riktlinjer har publicerats. Riktlinjerna ska vara multidisciplinära och applicerbara över vårdgränser.<sup>31</sup>

Riktlinjerna ska bidra till hög kvalitet och lika behandling i vården. Riktlinjerna kan användas som beslutsstöd för vårdpersonal. Riktlinjerna riktar sig i första hand till vårdprofessionerna och rör diagnostik, behandling, vård och rehabilitering. Som sekundär målgrupp

---

<sup>29</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>30</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>31</sup> OECD (2013). OECD Reviews of Health Care Quality: *Denmark 2013: Raising Standards*. OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>.

har de också patienter och beslutsfattare.<sup>32</sup> På sin hemsida publicerar Sundhedsstyrelsen även en implementeringshandbok med konkreta förslag på hur sjukhus och kommuner kan implementera de nationella riktlinjerna. Systemet GRADE används för att värdera evidensen.<sup>33</sup>

Grunden för arbetet med riktlinjer lades redan på 1980-talet genom professionsledda konsensuskonferenser och har alltmer kommit att fokusera på evidensbaserad medicin. I dag baseras de på systematiska litteraturgenomgångar och bedömning av tillgänglig evidens, vilket kompletteras med lokal empirisk kunskap. De flesta riktlinjerna är sjukdoms- eller specialitetsbaserade. De beskriver vad som ska göras.

OECD sammanfattar i sin landrapport om Danmark från 2013 att Danmark har tagit imponerande initiativ för att förbättra kvalitetsmonitorering och förbättringar i vården, att det finns många databaser som visar processer och resultat i vården, och att det finns en stark agenda att förbättra informationsinfrastrukturen. En utmaning är dock att skapa fler länkar och synergier mellan de olika initiativen. En annan utmaning är att ta fram riktlinjer som tar sig an hela vårdkedjan för multisyjuka patienter, att förbättra verktygen för att mäta patientrapporterade upplevelser och att utveckla kvalitetsmättningsverktyg för primärvården.<sup>34</sup>

### *De danska forløbsprogrammer*

Standardisering av vården sker utöver nationella riktlinjer också genom s.k. forløbsprogrammer (på engelska Disease Management Programs) och pakkeforløb (på engelska Pathways).<sup>35</sup> Forløbsprogrammer och pakkeforløb kommer från försök att systematiskt beskriva de steg en patient ska gå igenom när de lider av en viss sjukdom eller ett medicinskt problem. De båda förankras också i de kliniska riktlinjerna men utöver att beskriva vad som ska göras beskriver de också vem som ska göra vad, när och var.<sup>36</sup>

---

<sup>32</sup> Sundhedsstyrelsen. Om Nationale kliniske retningslinjer (NKR). [www.sst.dk/da/nkr/~/media/D9A53C2E45EA489DA9D13A2C1AD9F70B.ashx](http://www.sst.dk/da/nkr/~/media/D9A53C2E45EA489DA9D13A2C1AD9F70B.ashx) (hämtad 2017-04-28).

<sup>33</sup> Ibid.

<sup>34</sup> OECD (2013). OECD Reviews of Health Care Quality: *Denmark 2013: Raising Standards*.

<sup>35</sup> Ibid.

<sup>36</sup> Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb på kræftområdet. [www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb](http://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb) (hämtad 2017-04-28).



Pakkeforløben utvecklas nationellt av Sundhedsstyrelsen inom cancer och hjärtsjukdom.<sup>37</sup> På regional nivå har de utvecklats inom psykiatri. Inom cancer säkras de att patienter med misstanke om cancer eller med bekräftad cancerdiagnos får bästa möjliga utredning och behandling utan onödig väntetid. Bakgrunden var att Danmark hade långa väntetider och att överlevnadssiffrorna var sämre jämfört med andra nordiska länder. Pakkeforløben infördes 2007 genom en överenskommelse mellan danska regeringen och de danska regionerna. Pakkeforløben ställer krav på tidpunkter och innehåll i utredning och behandling från misstanke om cancer till efterbehandling. De beskriver nödvändiga undersökningar och behandlingar och hur lång tid det får gå mellan de olika delarna. De beskriver också hur patienter ska få information längs vägen och de mätpunkter som ska möjliggöra mätning av om pakkeforløben fungerar. Det kliniska innehållet tas fram av multidisciplinära kliniska arbetsgrupper där kliniker från de fem regionerna är representerade. De baseras på existerande och senast uppdaterade riktlinjer.

Sedan 2008 finns fyra pakkeforløb för icke-akuta livshotande hjärtsjukdomar. De har senare omarbetats så att de stämmer överens med registreringsvägledningar från Statens Serum Institut, vilket skapar möjligheter för tätare monitorering.<sup>38</sup>

Inom cancervården finns också 24 databaser för multidisciplinära grupper som arbetar med cancervård. Syftet är att skapa en infrastruktur för forskning och att bidra med data som kontinuerligt kan leda till uppdatering av kliniska riktlinjer. För varje databas utvecklas kvalitetsindikatorer baserade på internationella standarder. Databaserna ska bidra med kontinuerlig återkoppling på indikatorerna till varje deltagande sjukhus, samt ta fram och offentliggöra årliga resultatrapporter.<sup>39</sup>

Forløbsprogrammer för kroniska sjukdomar ger en precis beskrivning av uppdelning av uppgifter, samt koordinering och kommunikation mellan alla involverade parter i behandling av kroniskt sjuka. De beskriver bland annat tvärssektoriell och koordinering av insatser samt säkras användning av evidensbaserad kunskap. De beskriver

<sup>37</sup> OECD (2013). OECD Reviews of Health Care Quality: *Denmark 2013: Raising Standards*.

<sup>38</sup> Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens opfølgning på hjerteområdet.

[www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/hjertesygdom/hjerteområdet](http://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/hjertesygdom/hjerteområdet) (hämtad 2017-04-28).

<sup>39</sup> OECD (2013). OECD Reviews of Health Care Quality: *Denmark 2013: Raising Standards*.

också hur kvalitetsmonitorering sker och utvärdering och revision av programmen.<sup>40</sup>

### *Kommunalreform och tillitsreform*

Danmark har genomfört ett antal stora reformer senaste tio åren. Den danska kommunalreformen som trädde i kraft 2007 innebar att de dåvarande 14 regionerna, amten, ersattes av 5 regioner utan beskattningsrätt. De 275 kommunerna blev 98 med ökat ansvar och bibehållen beskattningsrätt. Även staten fick ett ökat ansvar för sjukvården vad gäller ekonomi och uppföljning. Målet med den ökade centraliseringen var bland annat att skapa en ökad och jämn kvalitet i vården över hela landet, öka kvaliteten utan att öka kostnaderna, korta väntetiderna och minska byråkratin. Reformen anses bland annat ha lett till minskad byråkrati, bättre förutsättningar för ansvarsfördelning, kommunikation och samordning i vården samtidigt som sjukhusens produktivitet har ökat.<sup>41</sup>

År 2013 enades den danska regeringen och parterna i den offentliga sektorn – centrala företrädare för berörda fackföreningar och arbetsgivarorganisationer – om ett nytt avtal, den så kallade Tillitsreformen, ett nytt styrsystem för den offentliga sektorn. Avtalet syftar till minskad kontroll, och ökat ansvar och tilltro till medarbetarnas professionalitet och förmåga att leda sig själva.<sup>42</sup> Tillitsreformen beskrivs också kortfattat i kapitel 11.

## **Finland**

I Finland tas olika typer av nationella riktlinjer fram av det finska läkaresällskapet Duodecim och av dess icke-vinstdrivande bolag Duodecim Medical Publications Ltd. Den första typen av riktlinjer, som heter Käypä hoito på finska och Current Care Guidelines på engelska, tas fram av arbetsgrupper och specialistföreningar som

---

<sup>40</sup> Sundhedsstyrelsen 2016 Forløbs-programmer for kronisk sygdom. [www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/forloebprogrammer](http://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/forloebprogrammer). (hämtad 2017-04-28).

<sup>41</sup> Vårdanalys. 2014. *Strukturreformer i häls- och sjukvårdssystem – Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna*. Rapport 2014:8.

<sup>42</sup> M. Agerberg. 2015. *Tillitsreform ska minska detaljstyrningen*. Läkartidningen. 2015;112:DPXC. [www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/09/Tillitsreform-ska-minska-detaljstyrningen/](http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/09/Tillitsreform-ska-minska-detaljstyrningen/).

nomineras av Duodecim.<sup>43</sup> Duodecims redaktörer har stöttat cirka 1 400 arbetsgrupper runt om i landet i att utveckla drygt hundra nationella riktlinjer som riktar sig till läkare, vårdpersonal och medborgare.<sup>44</sup> Arbetet med de nationella riktlinjerna granskas av Institutet för Hälsa och Välfärd (THL) och är offentligt finansierat.

Duodecim Medical Publications Ltd tillhandahåller en databas, EBMG (Evidence-Based Medicine Guidelines), som innehåller drygt 1 000 evidensbaserade riktlinjer för primärvård. Genom ett sökverktyg kan man hitta relevanta riktlinjer och i databasen publiceras också vetenskapliga underlag till riktlinjerna. En stor mängd (cirka 1 400) fotografier av bland annat hud- och ögonåkommor samt cirka 60-tal videor finns sökbara i databasen. De evidensbaserade medicinska riktlinjerna uppdateras kontinuerligt och publiceras på ett antal olika språk i kommersiellt syfte.<sup>45</sup> Riktlinjerna tas vanligtvis fram av en expert och granskas därefter av en redaktionsstyrelse (editorial board) innan de publiceras.<sup>46</sup> Syftet med dem är att de ska användas i vårdmötet och de är därför kortare än de nationella riktlinjerna som beskrevs ovan. De två produkterna överensstämmer med varandra där överlapp finns. De experter som tar fram EBMG är ofta också med i en arbetsgrupp som tar fram nationella riktlinjer.

Duodecim Medical Publications Ltd utvecklar också ett beslutsstödssystem som heter EBMeDS (Evidence-Based Medicine electronic Decision Support).<sup>47</sup> Systemet bygger både på de nationella riktlinjerna och EBMG.<sup>48</sup> EBMeDS tar emot strukturerade patientdata från elektroniska patientjournaler och skickar tillbaka påminnelser, terapiförslag och diagnosspecifika länkar till riktlinjer.<sup>49</sup> Påminnelserna är på engelska men flera andra språk stöds: danska, holländska, amerikansk och brittisk engelska, estländska, finska, franska, tyska, italienska, norska, spanska och svenska. EBMeDS analyserar patientdata genom så kallade beslutsstödsregler eller scripts. Scripts är små mini-

---

<sup>43</sup> E-postkontakt med Duodecim den 2 november 2016.

<sup>44</sup> Duodecim. *God medicinsk praxis*. [www.kaypahoito.fi/web/svenska/kaypa-hoito](http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/kaypa-hoito) (hämtad 2017-05-02).

<sup>45</sup> Duodecim Medical Publications Ltd. *Evidence-Based Medicine Guidelines*. [www.terveysportti.fi/dtk/ebmg/home](http://www.terveysportti.fi/dtk/ebmg/home) (hämtad 2017-05-03).

<sup>46</sup> E-postkontakt med Duodecim den 2 november 2016.

<sup>47</sup> Duodecim Medical Publications Ltd. *EBMeDS Clinical Decision Support*. *Welcome*. [www.ebmeds.org/web/guest/home?](http://www.ebmeds.org/web/guest/home?) (hämtad 2017-05-03).

<sup>48</sup> E-postkontakt med Duodecim den 2 november 2016.

<sup>49</sup> Duodecim Medical Publications Ltd. *EBMeDS Clinical Decision Support*. *Welcome*. [www.ebmeds.org/web/guest/home?](http://www.ebmeds.org/web/guest/home?) (hämtad 2017-05-03).

behandlingsriktlinjer som har översatts i ett format som datorn kan tolka. Varje script berör ett mycket specifikt kliniskt scenario, exempelvis rekommenderar script 16 metformin som förstahandsval vid typ 2-diabetes. Användare kan föreslå nya script eller förändringar i befintliga script. Scripten uppdateras löpande när nya medicinska rön kommer.

EBMeDS kan integreras med vilket journalsystem som helst förutsatt att patientinformationen i det är strukturerat och presenterat i maskinläsbart format exempelvis Snomed CT-kodat. Det är också möjligt att använda EBMeDS för analys och forskning så som populationsdatautvinning (data mining).<sup>50</sup>

Duodecim står även för den så kallade Terveysportti ”Hälsporten” som samlar ihop information som är nödvändig för det praktiska arbetet för yrkesutövare inom hälsovården.<sup>51</sup> Där finns till exempel uppdaterade vårdrekommendationer, medicinsk information och otaliga tillämpningar som underlättar det praktiska arbetet. Tjänsten används inom hälsovården över hela Finland och cirka 50 miljoner sökningar görs i den per år.

I en rapport från E-hälsomyndigheten betonas att utvecklingen av kunskapsstöd i Finland kännetecknas av engagemang och deltagande från läkarprofessionen i att ta fram informationen och stöden. En viktig framgångsfaktor är att systemen och dess innehåll är relevant och väl förankrat hos professionen.<sup>52</sup> EBMeDS används enligt uppgift mycket inom primärvården<sup>53</sup> och har även sålts till andra länder, exempelvis Belgien.

## Norge

Helsedirektoratet är enligt lag den enda institution i Norge med mandat att utveckla nationella kliniska riktlinjer.<sup>54</sup> Riktlinjer tas därmed fram centralt i Norge men ofta i nära samarbete med representanter från specialistföreningar och andra intressenter såsom patient-

---

<sup>50</sup> E-postkontakt med Duodecim den 2 november 2016.

<sup>51</sup> Duodecim Medical Publications Ltd. *Evidence-Based Medicine Guidelines*. [www.terveysportti.fi/dtk/ebmg/home](http://www.terveysportti.fi/dtk/ebmg/home) (hämtad 2017-05-03).

<sup>52</sup> E-hälsomyndigheten. 2015. Internationell kartläggning (slutrapport).

<sup>53</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>54</sup> Helsedirektoratet. 2016. *Metoder og verktøy*. <https://helsedirektoratet.no/metoder-og-verktoy>. (hämtad 2017-05-02).

representanter och Legemiddelverket.<sup>55</sup> År 2014 fanns det cirka 400 nationella kliniska riktlinjer i Norge.<sup>56</sup> Helsedirektoratet ansvarar också för att ta fram prioriteringsriktlinjer tillsammans med de fyra regionala hälsomyndigheterna. Dessa ska ge stöd till specialister vad gäller prioriteringar vid remittering till sjukhus.

Andra riktlinjer tas fram av olika specialistavdelningar inom Den norske legeforening.<sup>57</sup> Norska Helsetilsynet har på Helsedirektoratets önskan, och tillsammans med Den norske legeforening, utvecklat riktlinjer för att utveckla riktlinjer. Helsedirektoratet har även i samarbete med Helsebiblioteket och Kunnskapssenteret tagit fram en referensbok om riktlinjeutveckling. Det finns få standarder och kliniska riktlinjer inom primärvården och de som finns har enligt OECD också dålig följsamhet.<sup>58</sup>

På Helsebiblioteket.no finns en riktlinjedatabas så att all vårdpersonal i Norge får fri tillgång till informationen. Helsebiblioteket har gjort en kvalitetsutvärdering av de norska riktlinjerna med AGREE-verktyget. Vidare finns information om och länkar till många internationella aktörer såsom GRADE, WHO:s handbok och ADAPTE.<sup>59</sup>

Riktlinjerna är inte bindande. Om sjukvårdspersonal väljer lösningar som i väsentlig grad avviker från givna rekommendationer bör detta dokumenteras och de bör vara beredda att motivera valet i eventuella klagomål eller vid tillsyn.<sup>60</sup> Vissa riktlinjer är integrerade i journalsystemen. Norges motsvarighet till det svenska Kansliet för nationella kvalitetsregister betonar att de norska nationella kvalitetsregistren bland annat ger förutsättningar för att kunna följa upp om nationella riktlinjer följs.<sup>61</sup>

E-hälsomyndigheten skriver att Norge anses ha kommit relativt långt på kunskapsstödssidan med lösningar för bred tillgång till medicinsk evidens och även sammanfattande riktlinjer och guider.<sup>62</sup> På verksamhetssidan har ett par system en stor marknadsandel men

---

<sup>55</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>56</sup> OECD (2014). OECD Reviews of Health Care Quality: *Norway 2014: Raising Standards*. OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>

<sup>57</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>58</sup> OECD (2014). OECD Reviews of Health Care Quality: *Norway 2014: Raising Standards*.

<sup>59</sup> Helsebiblioteket. *Om Helsebiblioteket.no*. [www.helsebiblioteket.no/om-oss](http://www.helsebiblioteket.no/om-oss) (hämtad 2017-05-02).

<sup>60</sup> Helsedirektoratet. 2016. *Metoder og verktøy*.

<sup>61</sup> Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. *Hva er medisinske kvalitetsregistre?*. [www.kvalitetsregistre.no/om-medisinske-kvalitetsregistre](http://www.kvalitetsregistre.no/om-medisinske-kvalitetsregistre) (hämtad 2017-05-02).

<sup>62</sup> E-hälsomyndigheten. 2015. *Internationell kartläggning* (slutrapport).

operationaliseringen av beslutsstöd anses inte ha kommit så långt, även om visst processtöd finns.

Huvudsakligen har utvecklingen av lösningar i Norge drivits av offentliga investeringar/beställningar men genomförts av privata aktörer. Upplägget har drivit utveckling av lösningar som efterfrågas av utförarna men anses inte ge marknaden möjligheten att arbeta långsiktigt med utveckling av exempelvis nya typer av lösningar, eftersom lösningen hela tiden anpassas efter utförarnas behov. Kunskapsstöden har byggts upp med direkta statliga investeringar, för att säkerställa oberoende och tillgänglighet för alla.<sup>63</sup>

### *Sjukvårdsreformer i Norge*

Norge har, liksom Danmark, genomgått stora strukturreformer under 2000-talet. Den norska sjukhusreformen från år 2002 innebar framför allt en ökad grad av centraliserad styrning av hälso- och sjukvården, men i viss mån också en decentralisering. Staten övertog ägaransvaret för sjukhusen från den regionala nivån – fylkena. Samtidigt inrättades statligt ägda och regionalt förlagda hälsoföretag, helseföretak, med ansvaret att erbjuda specialiserad vård till sina respektive invånare. De norska kommunerna ansvarar för primärvården, äldreomsorgen och övrig socialtjänst. Reformen syftade dels till att förtydliga ansvar men också till att bättra den medicinska kvaliteten, korta köerna och ökad geografisk jämlikhet i vården.<sup>64</sup>

I januari 2012 trädde en ännu större sjukvårdsreform i kraft i Norge, samhandlingsreformen. Fokus låg nu både på sjukhusen och kommunernas arbete och syftade till att uppnå en tydligare samordning, nedmontering av organisatoriska gränser och brukaranpassning mellan olika vårdnivåer. Tre utpekade huvudutmaningar att bemöta var patientens behov av samordnad hälso- och sjukvård, förbättra de sjukdomsförebyggande insatserna och att säkra samhällsekonomisk stabilitet genom att möta demografiska trender och dagens sjukdomsbild.<sup>65</sup>

---

<sup>63</sup> Ibid.

<sup>64</sup> Vårdanalys. 2014. *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem – Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna*.

<sup>65</sup> Ibid.

## England

I England tas olika typer av vägledning och stöd för sjukvårdspersonal fram av National Institute for Health and Care Excellence (NICE). NICE:s arbete drivs med offentliga medel men regleras som oberoende enligt the Health and Social Care Act. NICE:s produkter tas fram för England men de har avtal som gör att vissa produkter kan tas fram för Wales, Skottland och Nordirland också. De lokala administrationerna arbetar sedan självständigt med hur vägledningen används. De är också ofta involverade och konsulterade i framtagandet av NICE:s vägledning.<sup>66</sup>

NICE har uppdraget från the Department of Health att ta fram vägledning för beslut i bland annat hälso- och sjukvården<sup>67</sup> och de tar fram flera olika produkter inom detta uppdrag.<sup>68</sup> Utöver riktlinjer tar de fram vägledning för att värdera teknik, vägledning för interventionsprocedurer, vägledning för medicinteknik, vägledning för diagnostik, vägledning för högspecialiserad teknik och program för utvärdering av medicinteknik.<sup>69</sup>

NICE riktlinjer beskrivs som evidensbaserade rekommendationer för vård och omsorg i England. De riktar sig till NHS, lokala myndigheter samt lokala och nationella organisationer i privata och frivilliga sektorerna. På NICE hemsida står det ”*We expect you to take our guidance into account.*”, vilket sedan följs av information om att patienter har rätt att vara delaktiga i sin vård och beslut som rör den.<sup>70</sup> I de fall riktlinjerekommendationer inte följs förväntas sjukvårdspersonal dokumentera orsaken till detta.<sup>71</sup> Detta görs med förståelsen att riktlinjer inte alltid ska följas. På NICE hemsida betonas särskilt att tre andra saker ska övervägas: relevanta professionella riktlinjer, standarder och lagar, personcentrerad vård och att skydda barn och sårbara vuxna. Rekommendationer där evidensens nytta är stark

---

<sup>66</sup> NICE. *Who we are*. [www.nice.org.uk/about/who-we-are](http://www.nice.org.uk/about/who-we-are) (hämtad 2017-05-03).

<sup>67</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>68</sup> NICE. *Who we are*. [www.nice.org.uk/about/who-we-are](http://www.nice.org.uk/about/who-we-are) (hämtad 2017-05-03).

<sup>69</sup> NICE. *NICE Guidance*. [www.nice.org.uk/About/What-we-do/Our-programmes/NICE-guidance](http://www.nice.org.uk/About/What-we-do/Our-programmes/NICE-guidance) (hämtad 2017-05-03).

<sup>70</sup> NICE. *Making decisions using NICE guidelines*. [www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/making-decisions-using-nice-guidelines](http://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/making-decisions-using-nice-guidelines) (hämtad 2017-05-03).

<sup>71</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

formuleras som ”erbjuda” medan rekommendationer där evidensens nytta är mindre stark formuleras som ”övertvåga”.<sup>72</sup>

Möjliga områden för riktlinjer kan komma från departementet eller från sjukvårdspersonal, akademi, industri etc. i det fall det råder osäkerhet eller förvirring kring ett läkemedel, produkt, behandling eller procedurs värde. Dessa intressenter konsulteras också under processens gång.<sup>73</sup> Rekommendationerna tas fram i samverkan mellan experter, brukare och vårdgivare. På NICE hemsida finns annonser för såväl vårdpersonal som patienter och allmänhet att anmäla sig för att bidra.<sup>74</sup>

OECD skriver att NICE är en internationellt erkänd ”pionjär” inom både HTA och spridning av riktlinjer. Det som pekas ut som utmaningar är att stödja patienter och vårdgivare i att utveckla partnerskap kring riktlinjer och standarder i vården. Som positivt ses att de kliniska riktlinjerna alltmer fokuserar på hela vårdkedjan (pathway) och ger rekommendationer från diagnos till behandling.<sup>75</sup>

## Belgien

I Belgien utvecklades riktlinjer tidigare av flera olika aktörer, men riktlinjerna hade en mycket begränsad spridning. År 2011, i samband med The Policy of Evidence Based Medicine, skapades en statligt koordinerad och finansierad paraplyorganisation för evidensbaserad medicin, EBMPracticeNET. Paraplyorganisationen stödjer utveckling och spridning av riktlinjer och med inloggning kan man nå runt 1 100 riktlinjer på EBMPracticeNET:s hemsida. Riktlinjerna är för primärvård och cirka 1 000 av dem har man köpt från DUODECIM, det finska läkarsällskapet, tillsammans med beslutsstödsapplikationen The Evidence-Based Medicine electronic Decision Support (EBMeDS). Belgien betalade cirka 300 000 Euro för grundpaketet. De finska riktlinjerna har anpassats till belgiska förhållanden. Riktlinjerna och EBMeDS finns integrerade i journalsystemen och kopplar informationen i riktlinjerna till patientens data. I takt med att

---

<sup>72</sup> NICE. *Making decisions using NICE guidelines*.

<sup>73</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>74</sup> NICE. *Developing NICE guidelines: how to get involved*. [www.nice.org.uk/process/pmg22/chapter/introduction](http://www.nice.org.uk/process/pmg22/chapter/introduction) (hämtad 2017-05-03).

<sup>75</sup> OECD (2016). *OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards*. OECD Publishing. Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239487-en>.



egna riktlinjer utvecklas, byts de finska riktlinjerna ut. En prioriteringsgrupp avgör vilka riktlinjer som ska göras om. Det tar cirka ett år från framtagande av en riktlinje eller rekommendation till att den finns i journalsystemet. En av de organisationer som tar fram riktlinjer är KCE (Belgian Health Care Knowledge Centre). Riktlinjerna är riktade till kliniskt praktiserande läkare och är inte kopplade till ekonomiska överväganden. KCE gör även Health Technology Assessments (HTA) som väger in ekonomiska aspekter och som är riktade till beslutsfattare. De kan exempelvis beskriva hur en stegvis introduktion av en dyr behandling bör ske. Hittills finns även cirka 200 patientinformationsblad framtagna på flamländska (men de är ännu inte översatta till franska). Hur stor användningen av beslutsstödet är, och därigenom riktlinjerna, har ännu inte följts upp men en stor enkätstudie om kännedom och rapporterad användning pågår just nu. För tillfället undersöker Belgien även möjligheter att köpa in riktlinjer för sjuksköterskor.

Flera olika aktörer såsom universitet, professionsföreningar, sjukhus, vetenskapliga föreningar, statliga enheter etc. är involverade i att ta fram medicinska riktlinjer i Belgien. Någon central samordning görs inte. Vissa riktlinjer är omarbetningar av internationella riktlinjer men det finns även internationella riktlinjer som används rakt av.<sup>76</sup>

## Nederländerna

De nationella riktlinjerna i Nederländerna syftar till att stödja klinisk praxis. Riktlinjernas målgrupp är vårdpersonal men de används också som grund för inspektion och tillsyn av sjukvården samt fungerar som en evidensbas för det försäkringsbaserade ersättningsystemet. I Nederländerna finns flera tusen riktlinjer, men i den officiella riktlinjedatabasen finns 500 stycken varav 250 är evidensbaserade och framtagna med patientinvolvering. Netherlands Comprehensive Cancer Organisation (IKNL) och Quality Institute for Medical Specialists (KIMS) står gemensamt för riktlinjedatabasen.

Riktlinjerna skrivs av de professionella organisationerna, vanligtvis i multiprofessionella konstellationer. Det finns också riktlinjer

---

<sup>76</sup> Informationen om Belgien kommer från ett studiebesök som utredningen gjorde till Nederländerna i oktober 2016. Utredningen träffade då bland andra det belgiska centrumet Belgian Health Care Knowledge Center (KCE).

som är framtagna av patienter och de kallas då för standarder. När de för riktlinjen relevanta professionella organisationerna godkänt riktlinjen får den status som en nationell riktlinje och publiceras i riktlinjedatabasen. I några fall har professionen inte kunnat komma överens och då går frågan till National Institute for Health (ZIN) som tar över produktionen av riktlinjen eller avgör vilken version som ska gälla. Flera institut och privata företag har specialiserat sig på att stötta professionsorganisationerna i framtagandet av riktlinjerna.

I de nederländska riktlinjerna finns en implementeringsplan med tidsgränser för implementering av olika delar av riktlinjen. ZIN har nyligen inlett ett arbete med att stötta implementering av riktlinjer. En viss del av alla specialläkarens lön är öronmärkt för kvalitetsarbete (25 cent per arbetad timme). Pengarna går till en fond som finansierar The Knowledge Institute of Medical Specialists (KIMS) som stöttar processen med att ta fram riktlinjer, implementering samt kvalitetsutveckling av verksamheter. Av lagstiftningen följer att man ska ge god vård och att god vård definieras av riktlinjerna. Riktlinjerna är uppdelade i två delar. Den kortare delen anger vad som är minimistandarder, cirka tio standarder per område. Den nederländska inspektionen för vård och omsorg inspekterar denna del av riktlinjerna. Ett exempel på en minimistandard för högriskoperationer kan vara att en klinik måste genomföra 20 operationer av en viss sort per år för att få fortsätta att göra dem. Inspektoratet publicerar checklistor på sin hemsida om vilka riktlinjer, eller aspekter de inspekterar på.<sup>77</sup>

## Portugal

Portugal har introducerat flera strukturella reformer och kvalitetshöjande initiativ de senaste åren med syfte att höja effektiviteten och uppnå bättre vårdkvalitet. Reformerna anses ha visat vissa goda resultat men utmaningar kvarstår också, däribland att säkra följsam-

---

<sup>77</sup> Informationen om Nederländerna kommer från en studieresa som utredningen gjorde i oktober 2016. Utredningen träffade då bland annat Zorginstituut Nederland (ZIN), Richtlijnen Database och Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

het till kliniska riktlinjer och standarder.<sup>78</sup> Den finansiella krisen 2009 gjorde att nationella riktlinjer gavs prioritet och utvecklades mer intensivt. År 2011 undertecknade Portugal en avsiktsförklaring med den så kallade Troikan bestående av Europeiska Kommissionen, Europeiska Centralbanken och Internationella valutafonden (IMF), vilken fastslog att Portugal skulle fortsätta utveckla riktlinjer samt få på plats ett system för revidering av deras implementering.<sup>79</sup> Framtagandet av riktlinjer ökade betydligt mellan 2011 och 2013.<sup>80</sup>

I Portugal ansvarar Hälsodepartementet och Ordem dos Medicos – en portugisisk professionsförening för alla medicinska professioner – för framtagande och implementering av riktlinjer.<sup>81</sup> De ska även utvärdera deras användbarhet och vilket genomslag de får. Riktlinjerna fokuserar främst på läkemedel och teknik, men detta kompletteras delvis av så kallade Integrated Care Pathways (ICP), som stödjer olika professioner och sjukvårdsenheter i att arbeta integrerat kring en patient samt identifiering av patienter med kroniska sjukdomar m.m. Arbetet med ICP hade ännu inte utvärderats när OECD skrev sin rapport 2015 men förväntade utfall var förbättrade processer för patientcentrering, bättre vårdsamordning och bättre synergier mellan finansiering, klinisk praktik, kvalitet och säkerhet.<sup>82</sup>

På hälsoministeriets och Ordem dos Medicos ansvar ligger också att utbilda kliniska revisorer och att utföra klinisk revision.<sup>83</sup> Man arbetar på att ta fram ett uppföljningsverktyg för dålig följsamhet. Ett förslag är offentligt erkännande för god följsamhet och ekonomiska straff för dålig följsamhet. Detta förslag bedöms svårt att implementera. OECD betonar att OECD-länder inte brukar använda negativa sanktioner för dålig följsamhet till riktlinjer samt att det vore komplext att implementera. Det konstateras vidare att ett sundare tillvägagångssätt vore att fokusera på positiva incitament i form av informationsspridning i första hand och möjligen offentlig

---

<sup>78</sup> OECD (2015). OECD Reviews of Health Care Quality: *Portugal 2015: Raising Standards*. OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.

<sup>79</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>80</sup> OECD (2015). OECD Reviews of Health Care Quality: *Portugal 2015: Raising Standards*.

<sup>81</sup> WHO. 2016. *Ambulatory care sensitive conditions in Portugal*. WHO Regional Office for Europe.

<sup>82</sup> OECD (2015). OECD Reviews of Health Care Quality: *Portugal 2015: Raising Standards*.

<sup>83</sup> WHO. 2016. *Ambulatory care sensitive conditions in Portugal*.

rapportering av följsamhetssiffror och ekonomiska incitament i andra hand.<sup>84</sup>

## Frankrike

Haute Autorité de Santé (HAS) är en oberoende och vetenskaplig myndighet som bland annat arbetar med att främja god praxis inom det franska hälso- och sjukvårdssystemet. Riktlinjer (Clinical Practice Guidelines) tas fram, finansieras och publiceras centralt av HAS. HAS metod går ut på att riktlinjeutvecklingsgrupper bestående av 15 till 20 specialister med relation till ämnet men från olika discipliner samt patientrepresentanter, arbetar med riktlinjerna. Rekommendationerna utvärderas sedan av en grupp med liknande sammansättning bestående av 30 till 50 personer. Efter återkoppling uppdateras rekommendationerna. I det fall riktlinjer tas fram i samarbete med professionsföreningar och medicinska föreningar, koordinerar HAS arbetet i enlighet med deras metod för utveckling av kliniska riktlinjer, men de finansierar inte. HAS analyserar riktlinjer framtagna av andra aktörer med AGREE-metoden.<sup>85</sup>

HAS tar även fram rekommendationer som kallas Accelerated Developed Guidelines och Best Practice Guidelines samt verktyg för att de enklare ska kunna användas. Syftet är att ge vårdpersonal och patienter information om bästa praxis med målet att öka vårdens kvalitet och säkerhet. Accelerated Developed Guidelines tas fram under en sexmånadersperiod och publiceras som korta pamfletter. De utgår från två kriterier: att det finns aktuell evidens, till exempel i form av Clinical Practice Guidelines, och att det råder avsaknad av signifikant ämneskontrovers. I första hand används samma metod som vid framtagande av Clinical Practice Guidelines vid framtagande av Best Practice Guidelines. Men vid avsaknad av stark evidens eller om det finns kontrovers kring ämnet, används i stället Formell Konsensusmetod.<sup>86</sup>

Ett annat verktyg som stödjer vårdpersonal och patienter att fatta rätt beslut vad gäller kroniska sjukdomar är så kallade ALD-guides

---

<sup>84</sup> OECD (2015). OECD Reviews of Health Care Quality: *Portugal 2015: Raising Standards*.

<sup>85</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>86</sup> HAS. Methodology for Guideline Development. [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2040454/fr/sbpp2-methodologie-d-elaboration-des-recommandations](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040454/fr/sbpp2-methodologie-d-elaboration-des-recommandations) (hämtad 2017-05-03).

(affectations de longue durée). Syftet är att skydda personer med långsiktig sjukdom från ekonomiska svårigheter. ALD-guiden förklarar den optimala vården av en patient som ingår i ALD-guiden. Guiderna skickas ut i både patient- och professionsversion till primärvårdsläkare och sjukhus. Patienters sjukvårdsförsäkringar uppmantrar patienter att gå med och bjuder in primärvårdsläkare att följa upp med patienten. Läkarna får också betalt per patient och år.<sup>87</sup>

## Italien

I Italien utvecklas riktlinjer centralt av The National Guidelines System (SNLG) som är en del av National Institute of Health (ISS) och svarar under Health Ministry strategic committee.<sup>88</sup> Riktlinjerna tas fram i samarbete med universitet, vetenskapliga organisationer, professionsföreningar, regionala myndigheter och hälsodepartementet. Riktlinjer tas även fram av specialitetssammanslutningar och vetenskapliga multispecialitetskommitteer genom att internationella riktlinjer anpassas till lokala sammanhang. Slutligen tar regionala myndigheter också fram lokala riktlinjer.<sup>89</sup>

De nationella riktlinjerna riktar sig till vårdpersonal, patienter och lokala beslutsfattare. Riktlinjerna beskriver för olika sjukdomar alla befintliga alternativ och framgångsmöjligheter, vilket ger vårdprofessioner möjlighet att välja mellan vetenskaplig information samtidigt som patienter kan uttrycka vad de föredrar och administratörer kan göra rationella val i relation till lokala mål och prioriteringar. En del av riktlinjerna publiceras även på engelska.<sup>90</sup>

På SNLG:s hemsida samlas alla nationella riktlinjer, regionala riktlinjer och även internationella.<sup>91</sup> Det finns även en jämförelsedatabas "Comparative Database" som underlättar sökning efter internationella riktlinjer och ger en första bild av deras reliabilitet och möjlighet till överföring. Databasen riktar sig till vårdpersonal och beslutsfattare. American National Guideline Clearinghouse™'s (NGC) har varit utgångspunkt för den italienska databasen. Alla

---

<sup>87</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>88</sup> SNLG & ISS. National Guidelines System (SNLG). [www.snlg-iss.it/cms/files/brochureSNLG\\_L.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/brochureSNLG_L.pdf) (hämtad 2017-05-03).

<sup>89</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>90</sup> SNLG & ISS. National Guidelines System (SNLG).

<sup>91</sup> Ibid.

riktlinjer som ingår i databasen har utvärderats vad gäller metod och rekommendationernas innehåll och implikationer. De har sökts fram manuellt, bland annat hos internationella organisationer och andra länders myndigheters webbsidor. Flera kriterier har funnits när databasen byggdes upp, exempelvis använder de bara riktlinjer på italienska eller engelska, de får inte vara mer än fem år gamla och de måste uppfylla vissa kvalitetskrav.<sup>92</sup>

Det är inte obligatoriskt att använda riktlinjer och det finns inga direkta ekonomiska incitament för att implementera dem. Enskilda sjukhus och regionala sjukvårdsinstitutioner kan ta fram direktiv som är obligatoriska att följa. Utvärdering av följsamhet till riktlinjer är lagstadgat och detta sköts av AGENAS.<sup>93</sup> OECD:s Italienrapport från 2014 skriver att riktlinjerarbetet i Italien har saknat en strategi för implementering. Implementeringsansvaret ligger i dag på de 21 regionerna. De skriver vidare att det finns ett behov av att utveckla riktlinjer som tar sig an mer komplexa behov, exempelvis för äldre, multisjuka och patienter med särskilda samordningsbehov.<sup>94</sup>

## USA

I USA tas riktlinjer fram antingen av sjukvårdsorganisationerna själva eller av specialitetsföreningar. Detta leder till att det finns väldigt många olika riktlinjer med varierande kvalitet, vilket gör det svårt för sjukvårdsorganisationerna och professionerna att avgöra vilka som är de mest aktuella och pålitliga. För att göra det möjligt att utveckla riktlinjer av god kvalitet har Institute of Medicine (IOM) tagit fram standarder för att utveckla tillförlitliga riktlinjer. Den amerikanska sjukvårdsorganisationen Intermountain Healthcare utvecklar egna organisationsövergripande riktlinjer och har ett tydligt fokus på kunskapsstyrning och kvalitetsstyrning genom organisationsövergripande vårdprogram och riktlinjer, samt uppföljning.

---

<sup>92</sup> SNLG & ISS. *How a comparative database is created*. [www.snlg-iss.it/en\\_cdb\\_how\\_is\\_created](http://www.snlg-iss.it/en_cdb_how_is_created) (hämtad 2017-05-03).

<sup>93</sup> H. Legido-Quigley et al. 2013.

<sup>94</sup> OECD (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards*. OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.

*Intermountain Healthcare*

Intermountain Healthcare (Intermountain) är ett hälso- och sjukvårdssystem i Utah, som både är finansiär (försäkringsorganisation) och vårdgivare. Sjukvårdssystemet täcker cirka hälften av invånarna i Utah och omfattar 22 sjukhus och 185 kliniker. Intermountain är en icke-vinstdrivande organisation som styrs av en oavlönad styrelse.

Med amerikanska mått mätt anses Intermountain prestera goda medicinska resultat och rankas i olika undersökningar som ett av de bästa sjukvårdssystemen i USA. Jämförelser mellan Intermountains och Sveriges medicinska resultat är svåra att göra, bl.a. på grund av att indikatorerna skiljer sig åt.

Intermountain är känt för sitt systematiska förbättringsarbete för att utveckla kvaliteten och samtidigt minska kostnaderna. De strävar mot att integrera forskningsevidens i det kliniska arbetet, samtidigt som lärande från vårdens vardagspraktik tillvaratas och tillåts påverka kunskapsstöden och arbetssätten.

Att Intermountain är både utförare och finansiär i samma organisation har lett till en mycket tät koppling mellan kunskapsstyrning och ekonomistyrning. En slogan som upprepas är att ”Inga ekonomiska beslut tas utan att professionerna är med i rummet”. Mätning och målstyrning av både vårdresultat och ekonomiska resultat framhålls som centrala framgångsfaktorer och ett finansiellt incitament-system för chefer och ett stort antal av medarbetarna är kopplat till måluppfyllnaden för vårdresultaten.

Utmärkande för Intermountain är också att de anses vara bra på patientcentrering och kontinuitet. Organisationen är planerad kring patientens väg genom vården i så kallade kliniska huvudprocesser som leds och utvecklas av tvärprofessionella team. Processerna följs upp på kvalitet och ekonomi med återkoppling till vårdpersonal och chefer veckovis eller månadsvis. Ett programråd är kopplat till varje klinisk huvudprocess. Programrådet består av kliniska ledare och administrativ personal från bland annat it och ekonomi. De träffas regelbundet för att diskutera vårdresultat, ekonomiska resultat, förbättringsmål och utvecklingsområden och har en skyldighet att både föra ut information till organisationens medarbetare och att inhämta synpunkter.

Behandlingsriktlinjer och arbetsflödesbeskrivningar tas fram i den egna organisationen genom så kallade Care Process Models (CPMs).

Dessa leds av särskilda utvecklingsteam kopplade till programråden och innefattar ett aktivt införande av behandlingsriktlinjerna i vården. Ett kliniskt informationssystem som identifierar och spårar medicinska resultat tillsammans med ekonomiska resultat är ett viktigt stöd i detta. Det finns också verktyg för beslutsstöd som vanligen är integrerat i journalen.

På Intermountain är datadriven analys grunden för all systematisk utveckling. Man jobbar löpande med att förbättra it-systemen och det finns en tydlig infrastruktur med statistiker och analytiker som gör det möjligt att kontinuerligt samla och återkoppla information.

Det poängteras ofta att det systematiska förbättringsarbetet genomsyrar hela Intermountains organisation. En svensk rapport från 2014 framhåller emellertid att man bör vara medveten om att inte alla arbetssätt får ett fullständigt genomslag i hela systemet och att all hantering på Intermountain inte är digitaliserad. Rapporten menar att det inte löser Sveriges problem att kopiera de övergripande strukturerna i Intermountains system, utan att det snarare handlar om att dra viktiga lärdomar av hur evidens och kunskap som genereras i vården, integreras och används i patientmötet. Rapporten framhåller också att detta sker mycket tack vare it-systemet.<sup>95</sup>

Intermountain Healthcare har etablerat ett institut som stödjer vårdssystemet med kunskap om kvalitetsutveckling och kostnads-effektivitet. På institutet erbjuds metodstöd samt bedrivs utbildning och forskning. Samtliga chefer på Intermountain ska genomgå ett Advanced Training Program (ATP) för att få en bred och djup kunskap om systematiska förbättringsmetoder och att leda förändring.<sup>96</sup>

---

<sup>95</sup> SKL. 2014. *Intermountain Healthcare – Styrning för kvalitet i ett högpresterande system.*

<sup>96</sup> Informationen om Intermountain kommer från en studieresa som utredningen gjorde till Intermountain i november och december 2016.



## 13 Vilka kunskapsstöd används i vårdens kliniska vardag?

I detta kapitel görs en genomgång av olika rapporter som syftar till att ge en bild av hur hälso- och sjukvårdspersonalen söker information, vilken information de söker och anser vara viktig samt vilken typ av information eller kunskapsstöd som de ser ett ökat behov av.

I kapitlet återfinns även en redovisning av de enkäter som utredningen genomförde tillsammans med Vårdförbundet, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet och Fysioterapeuterna under 2016 för att få en bild av hur professionsföreträdare gör för att hålla sig uppdaterade gällande den kunskapsutveckling som äger rum inom vården. Frågor ställdes också kring vilka kunskapsstöd som används i det dagliga arbetet och i vilken utsträckning befintliga stöd upplevdes som tillgängliga.

En redovisning görs också av exempel på kunskaps- och beslutsstöd som används på apotek respektive inom tandvården.

Kapitlet avslutas med en sammanvägd bedömning av resultaten i rapporterna samt enkäterna.

### 13.1 Studie från SBU om hur professionerna söker information

För att få bättre kunskap om vårdprofessionernas tankar och åsikter kring kunskapsstöd, genomförde SBU 2012 en fokusgruppsundersökning med representanter för sex prioriterade målgrupper. Grupperna definierades som allmänläkare, specialister, verksamhetschefer, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Med specialister avsågs i studien läkare specialiserade inom diabetes, reumatologi (privat), anestesi, psykiatri och kirurgi. Undersökningen gjordes inom ramen för SBU:s förstudie om ett nationellt hälsobibliotek (se

kapitel 6).<sup>1</sup> Resultatet visade på vissa olikheter i behov och sök-beteenden bland de olika yrkesgrupperna.

Av undersökningen framgår att internet var en viktig informationskälla för hälso- och sjukvårdspersonal i de undersökta målgrup-perna. De lokala intranäten ansågs också vara en viktig informationskälla, förutsatt att information var anpassad efter den egna verksamheten. Tryckta medier, som böcker, användes också som informationskälla av målgrupperna men i mer begränsad omfattning.

Läkarna i undersökningen använde internet i princip dagligen i sitt arbete medan sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor använde sig av internet någon gång per vecka. Undersökningen pekade på att läkarna gjorde sökningar för arbetsrelaterad information främst från sin arbetsplats, eftersom de där hade tillgång till bl.a. avgiftsbelagda databaser och digitala tidskrifter m.m.

Nästan alla läkare hade en egen dator. Sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter hade enligt studien en mer begränsad tillgång till dator.

### **I vilka situationer söker man – och vad?**

Enligt studien sökte allmänläkarna och sjuksköterskorna huvudsak-ligen information med koppling till aktuella patientfall. De som enligt studiens definition kategoriserades som specialister eller sjukgymnas-ter, sökte information både för förkovran och för patientmötet. Verksamhetscheferna i gruppen sökte främst i rollen som läkare, inte som chef. Överhuvudtaget ansågs det finnas tydliga skillnader mellan mål-grupperna när det gällde vad man sökte efter och var man sökte.

Allmänläkarna i undersökningen, liksom sjuksköterskorna, sökte främst på svenska kliniskt inriktade sajter, medan de tillfrågade specialisterna (specialister i allmänmedicin exkluderat) sökte mer på internationella och vetenskapligt inriktade sajter. Specialisterna sökte bredare på internet och ansågs ha mer vana och erfarenhet av att söka i medicinska databaser och dessutom på engelska. SBU:s bedömning var att behovet av samlad medicinsk information på webben föreföll vara allra störst inom primärvården. Allmänläkarna framhölls som en

---

<sup>1</sup> Förutsättningar för ett nationellt hälsobibliotek – förstudie – SBU, 2013. Regeringen beslutade den 24 maj 2012 att uppdraga åt SBU att förbereda inrättandet av ett webbaserat nationellt hälsobibliotek. Förstudien utgör SBU:s avrapportering av uppdraget.

grupp med särskilda behov av samlad information. Flera anledningar till detta angavs: allmänläkarna träffar patienter med många typer av sjukdomar, de är relativt ensamma i sin roll som läkare och har begränsad möjlighet att rådfråga kollegor, och de arbetar ofta under tidspress med relativt kort tid tillgänglig per patient. Samtidigt angavs att allmänläkarna var vana vid att söka på internet i samband med patientmötet och att tillgången till datorer var god. Bedömningen var därför att en tjänst som samlar kunskap på ett ställe skulle ha goda möjligheter att få genomslag i den gruppen.

Enligt studien arbetar specialister utanför primärvården på ett annat sätt än primärvårdsläkarna. Dessa specialistläkare arbetar oftare i team med andra läkare och annan vårdpersonal. Därmed ansågs de ha bättre möjligheter att diskutera exempelvis behandlingar med kollegor. Internet användes ofta i denna grupp men jämfört med allmänläkarna fanns bland de tillfrågade specialisterna större behov av möjligheter att exempelvis söka efter tidskrifter och behandlingsprogram.

## **13.2 Kunskapsstöd och informationssökning i primärvården**

### **13.2.1 Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad? – rapport från SKL**

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) publicerade 2015 en rapport om den evidensbaserade primärvården – Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad?<sup>2</sup> Syftet med rapporten var att belysa förutsättningarna för att i primärvården ha ett omhändertagande av patienter med kronisk sjukdom som är kunskapsbaserat och i linje med rekommendationer i nationella riktlinjer. I rapporten beskrevs även framgångsfaktorer och hinder för etablerandet av ett strukturerat arbetssätt. Rapporten byggde på intervjuer med professioner som arbetar med vård av patienter med kronisk sjukdom.

Enligt rapporten har landstingen i olika utsträckning själva utvecklat kliniska kunskapsstöd till primärvården genom anpassning av nationella riktlinjer och andra källor till systematiserad kunskap.

---

<sup>2</sup> Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad? – En kartläggning av primärvårdens användning av och uppfattning om evidensbaserad praktik vid kronisk sjukdom, SKL/Health Navigator, 2015.

I intervjuerna framkom att kliniskt verksamma i primärvården ansåg att landstingens stöd inte i tillräcklig utsträckning var anpassade till typiska patienter i primärvården. Utöver de stöd som togs fram av landstingen konstaterades att det fanns andra källor tillgängliga, som rekommendationer utfärdade av specialistföreningar och kommersiella aktörer.

I rapporten anges att två tredjedelar av de tillfrågade kliniskt verksamma använde landstingens kunskapsstöd. Även andra källor beskrevs som viktiga. När intervjupersonerna ombads att uppge de tre viktigaste kunskapskällorna som de använde i sitt dagliga arbete hamnade landstingens kunskapsstöd högst på listan. Kommersiella kunskapsstöd angavs som det näst viktigaste kunskapsstödet och lyftes fram som en av de tre viktigaste källorna av nästan hälften av de tillfrågade (se tabell 13.1).

**Tabell 13.1 Viktigaste kunskapskällorna enligt professionsutövare i primärvården**

<b>Andel av tillfrågade som anger källan som en av de tre viktigaste</b>	
Landstingens kunskapsstöd	67 %
Kommersiella kunskapsstöd (Internetmedicin.se, Medibas med flera)	45 %
Läkartidningen och andra vetenskapliga tidskrifter, böcker	24 %
1177 (patientinformation och telefonrådgivningsstöd)	21 %
Läkemedelsboken/information från Läkemedelsverket	21 %
Konsultation med kollegor	15 %
Socialstyrelsens nationella riktlinjer	15 %
Vidarutbildning och nätverksträffar	15 %
SBU	12 %
Grund- och specialistutbildning	9 %
Specialistföreningars riktlinjer	6 %

*Källa:* SKL (2015) – Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad?

67 procent av de svarande ansåg att landstingens kunskapsstöd var en av de tre viktigaste källorna vid sökningen efter information. En tredjedel ansåg dock att landstingen stöd inte var bland de viktigaste informationskällorna. Den dominerande anledningen till detta var enligt rapporten att de svarande upplevde det som krångligt och tidsödande att hitta informationen i landstingens kunskapsstöd. Sex av tio upplevde att det var svårt att hitta information i sitt landstings kliniska kunskapsstöd. Enligt rapporten förekom att de intervjuade

använde andra landstings kunskapsstöd om dessa ansågs vara mer lättanvända än det egna landstingets kunskapsstöd.

Hälften av de intervjuade kliniskt verksamma angav att de såg kommersiella kliniska kunskapsstöd, tillgängliga på internet, som viktiga tjänster. De vanligast angivna tjänsterna bland dessa var Internetmedicin.se, Praktisk Medicin och Medibas. Tjänsterna upplevdes som värdefulla i det kliniska arbetet eftersom informationen presenterades ”snabbt, enkelt och koncist”. Praktisk Medicin och Medibas uppger dessutom att de specifikt är utformade för att användas i primärvården.<sup>3</sup> I intervjuerna framkom att flera upplevde att informationen i vissa av de kommersiella tjänsterna inte alltid överensstämde med nationella riktlinjer eller att de var otillräckligt uppdaterade.

I intervjuer med såväl kliniskt verksamma, som verksamhetschefer och tjänstemän, betonades att det fanns risker med att ett stort antal olika kunskapskällor användes i primärvården. Svårigheterna att hitta information ansågs också kunna leda till skillnader i praxis som skulle kunna resultera i försämrade möjligheter att erbjuda en jämlik och kunskapsbaserad vård. Vidare framhölls den stora förbättringspotentialen som finns när det gäller tillgänglighet och format. Det beskrevs även som tidsödande för personalen att leta information på flera olika ställen.

Flera av de intervjuade ansåg att det fanns ett stort behov av ett nationellt kunskapsstöd med nationella diagnostik- och behandlingsrekommendationer för primärvården. Detta för att förbättra förutsättningarna för en jämlik och kunskapsbaserad vård.

Förutsättningarna för fortbildning och utveckling av praxis ansågs vara varierande. Många av de kliniskt verksamma i studien beskrev att de inte hade tillräckliga möjligheter att ta del av och ta till sig nya rekommendationer och riktlinjer. Endast en tredjedel upplevde sig ha tillräckliga förutsättningar att hålla sig uppdaterade.

---

<sup>3</sup> Information från hemsidorna för Praktisk Medicin och Medibas.

### 13.2.2 Enkät genomförd i Västra Götalandsregionen om sökvanor i primärvården

År 2015 genomförde Västra Götalandsregionen en enkät kring nätbaserade vårdgivarstöd (kunskapsstöd). Enkäten besvarades av 117 färdiga specialister och 140 ST-läkare i allmänmedicin.<sup>4</sup> Resultaten av enkäten är liknande de som SBU fann i sin studie liksom resultaten i SKL:s rapport. Spridningen på upplevelsen av och åsikterna om tillgängliga kunskapsstöd och hur dessa bör se ut, bedömdes vara stor.

Drygt 8 av 10 av de som besvarade enkäten sökte efter information på internet om frågor som rörde handläggningen av en specifik patient. Bland yngre läkare var andelen ännu högre. Undersökningen visade även att information som var ett resultat av sökningar gjorda på internet, var den främsta källan till medicinsk information för läkare i primärvården. Internet var det verktyg läkarna helst ville använda när det gällde att söka efter information, vilket även gällde när läkarna ville fördjupa sig kunskapsmässigt inom ett medicinskt område. Här var dock användningsgraden för bokbunden litteratur, riktlinjer i häften och dylikt högre än när det handlade om att få tag i information i samband med ett patientmöte. Knappt 1 av 10 enkättagare använde kunskapsstöd (regionala riktlinjer m.m.) i pappersformat som det främsta stödet när det fanns behov av handläggningsinformation.

I enkäten ombads läkarna ange vilka hemsidor de helst använde vid informationsinhämtning. De fem mest frekventa svaren var:

1. Internetmedicin.se
2. Västra Götalandsregionens intranät med PM, medicinska riktlinjer, REK-lista, vårdgivarstöd osv.
3. PraktiskMedicin.se
4. Janusinfo/Viss.nu (SLL)
5. FASS

---

<sup>4</sup> Västra Götalandsregionen, Hemsides-enkät riktade mot distriktsläkare och ST-läkare i allmänmedicin, 2014.

Ett funktionellt nätbaserat vårdgivarstöd (kunskapsstöd) för primärvården ansågs enligt rapporten kräva bland annat följande:

- användarvänlighet och igenkännbarhet för användaren
- tydlig presentation av vad hemsidan innehåller
- tillräcklig information för att uppfylla behovet, så att inte användaren ändå tvingas söka efterfrågad information på annan plats
- regelbunden och tillförlitlig uppdatering av den presenterade informationen
- att det rent tekniska fungerar och att sidan inte ”hänger sig” vid exempelvis hög trafik
- möjlighet att hemsidan på sikt ska kunna införlivas antingen i ett journalsystem, eller kunna på ett säkert sätt härbärgera sekretessbelagd information (även om detta inte är ett krav inledningsvis)
- att eventuella ändringar, uppdateringar, vidareutvecklingar av hemsidan sker i samråd med professionen
- tydlig förankring i sektorsrådet för allmänmedicin.

### **13.3 Utredningens enkätundersökningar om olika professioners erfarenheter av kunskapsstöd i arbetet**

I detta avsnitt beskrivs olika professioners användning och erfarenhet av kunskapsstöd i vårdens vardag. Utredningen valde att undersöka detta genom att skicka ut enkäter till några professionsföreningars medlemmar. Varje enkät utformades i samarbete med respektive professionsförening och har anpassats till målgruppen. Enkäterna som gick ut till medlemmarna var därför olika för de olika professionerna. Enkäter gick ut till medlemmar i Vårdförbundet, Sveriges läkarförbund och Fysioterapeuterna. En enkät specifikt om kunskaps- och beslutsstöd gick ut till Svenska Läkaresällskapet.

### 13.3.1 Enkät ställd till Vårdförbundets medlemmar

Vårdförbundet genomförde enkäten bland sina medlemmar under hösten 2016. Drygt 1 500 personer svarade på enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 27 procent. Gruppen utgjordes av barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor, sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor.

Över 80 procent av de svarande var verksamma inom den landstingsdrivna vården. Cirka 10 procent var anställda inom kommunal verksamhet och 7 procent inom privat verksamhet. Av de som arbetade inom landstingen verkade de flesta inom den öppna eller slutna sjukhusvården. Drygt 14 procent arbetade inom primärvården.

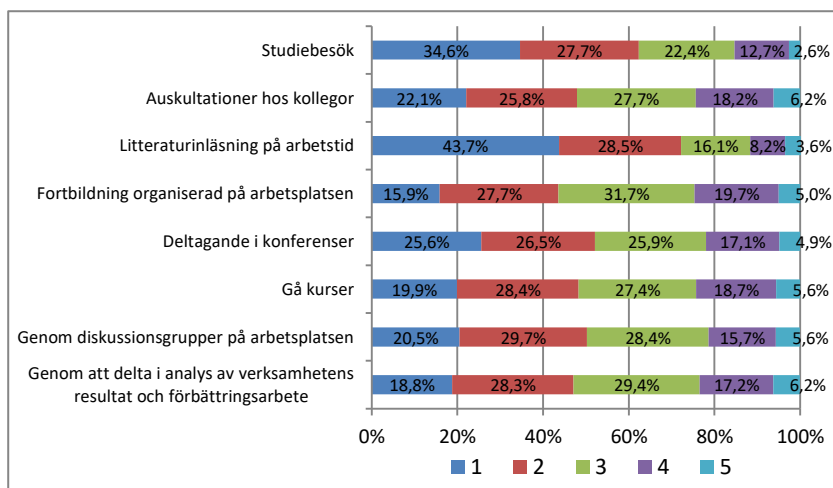
#### Förutsättningar för kontinuerligt lärande

Nästan 55 procent av de svarande ansåg att kulturen på arbetsplatsen i hög eller mycket hög grad uppmuntrade till kontinuerligt lärande. Fyra procent höll inte alls med om detta. Lite drygt hälften ansåg att de hade tillfredsställande eller mycket tillfredsställande möjligheter till att upprätthålla sin kompetens. Även här var det fyra procent som inte höll med.

De svarande fick specificera genom vilka aktiviteter de kunde hålla sig à jour med kunskapsutvecklingen inom det egna yrkesområdet. Resultatet pekar på att många anser att möjligheterna är begränsade, framför allt när det gäller litteraturinläsning på arbetstid samt studiebesök (82 procent graderade möjligheterna till 1–2 på en femgradig skala där 1 = inte alls och 5 = i mycket hög grad). Det bedömdes finnas större möjligheter till fortbildning organiserad på arbetsplatsen, fortbildning genom diskussionsgrupper på arbetsplatsen samt genom att delta i analys av verksamhetens resultat och förbättringsarbete. Emellertid svarade knappt 50 procent att dessa möjligheter inte var tillfredsställande (svar 1–2 på den femgradiga skalan).



**Figur 13.1** Enkät Vårdförbundet: Hur är dina möjligheter att hålla dig à jour med kunskapsutvecklingen inom ditt eget yrkesområde genom följande aktiviteter?



## Förutsättningar för kontinuerligt lärande – svarande med en chefsfunktion

Svaranden som hade en chefstjänst fick svara på frågan om verksamheten erbjuder tid för någon form av utbildning eller kompetensutveckling med fokus på de för verksamheten aktuella kunskapsstöden. En övervägande majoritet, 74 procent, av de svarande uppgav att tid för sådan utbildning eller kompetensutveckling fanns.

När det gällde hur den egna verksamheten återkopplar klinikkens eller enskilda medarbetares resultat avseende följsamhet till aktuella nationella kunskapsstöd, var resultatet splittrat. Drygt en tredjedel av de tillfrågade cheferna upplevde att den egna verksamheten regelbundet återkopplade på klinikkens eller de enskilda medarbetarnas resultat med avseende på följsamhet till aktuella nationella kunskapsstöd. En tredjedel svarade på samma fråga nej och en tredjedel svarade ”vet inte”.

## Kunskapsstöd som används i det kliniska arbetet

När det gällde vilka kunskapsstöd som användes i det kliniska arbetet angavs diskussion med kollegor som det stöd som användes oftast i vardagen. Knappt 80 procent angav detta alternativ. Kunskapsstöd som FASS, riktlinjer framtagna i den egna verksamheten liksom lokala vårdprogram och behandlingsrekommendationer var också frekvent använda och användes av mellan 65 och 70 procent av de svarande. Drygt 60 procent angav att de googlade efter information på nätet. Det framgår dock inte vilka sidor man googlade fram eller främst besökte. Hälften av de svarande använde Socialstyrelsens riktlinjer som ett stöd i arbetet. Drygt 40 procent uppgav att de använde 1177 Vårdguiden som kunskapsstöd.

**Tabell 13.2 Enkät Vårdförbundet: Kunskapsstöd som används i det kliniska arbetet**

	Procent	Antal
1177 Vårdguiden	42,2	626
Diskussioner med kollegor	79,3	1 177
ePed	0,5	7
FASS	72,9	1 082
FYSS	2,4	36
Internationella "clinical guidelines"	10,1	150
Kunskapssammanställningar från SBU	9,4	140
Lokala vårdprogram, behandlingsrekommendationer och metodbeskrivningar	66,7	991
Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen	50,5	750
Nationella vårdprogram, behandlingsrekommendationer eller metodbeskrivningar (exempelvis metodböcker)	37,7	560
Rikshandboken för barnhälsovård	3,3	49
Riktlinjer framtagna i verksamheten där du i dag arbetar	69,9	1 038
Standardiserade vårdplaner eller metodbeskrivningar	35,7	530
Söker information på nätet – "Googlar"	60,5	898
Vetenskapliga artiklar	27,1	402
Vårdhandboken.se	36,8	547
Andra stöd för läkemedelshantering	16,5	245
<b>Svarande</b>		<b>1 485</b>

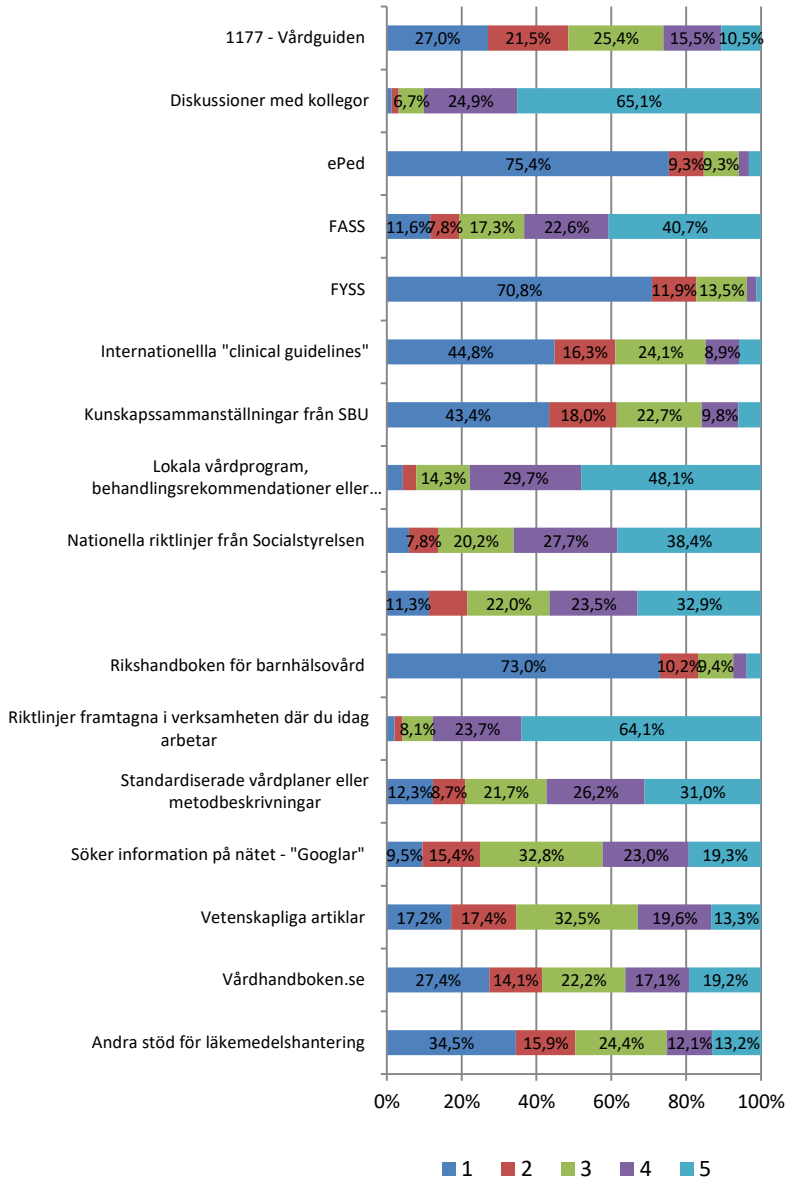
## Kunskapsstöd som ansågs vara viktiga

Diskussioner med kollegor angavs som de viktigaste kunskapsstöden av de svarande. Cirka 90 procent angav att detta stöd var viktigt eller mycket viktigt. Riktlinjer framtagna i verksamheten där de svarande själva arbetade, bedömdes som nästan lika viktiga som diskussion med kollegor (knappt 90 procent av de svarande). Knappt 80 procent angav lokala vårdprogram som viktiga eller mycket viktiga. För nationella vårdprogram var siffran cirka 56 procent.

Av de svarande angav 65 procent att Socialstyrelsens nationella riktlinjer var viktiga eller mycket viktiga. Detta ska jämföras med att över 90 procent av de svarande cheferna ansåg att Socialstyrelsens nationella riktlinjer var viktiga för den egna verksamheten. Drygt 40 procent av de tillfrågade angav sökningar på Google som ett viktigt eller mycket viktigt kunskapsstöd.

Kunskapssammanställningar från SBU eller ”international clinical guidelines” ansågs av cirka 60 procent av de svarande inte vara viktiga eller inte alls viktiga.

**Figur 13.2 Enkät Vårdförbundet: Hur viktiga är följande kunskapsstöd för dig i ditt arbete?**

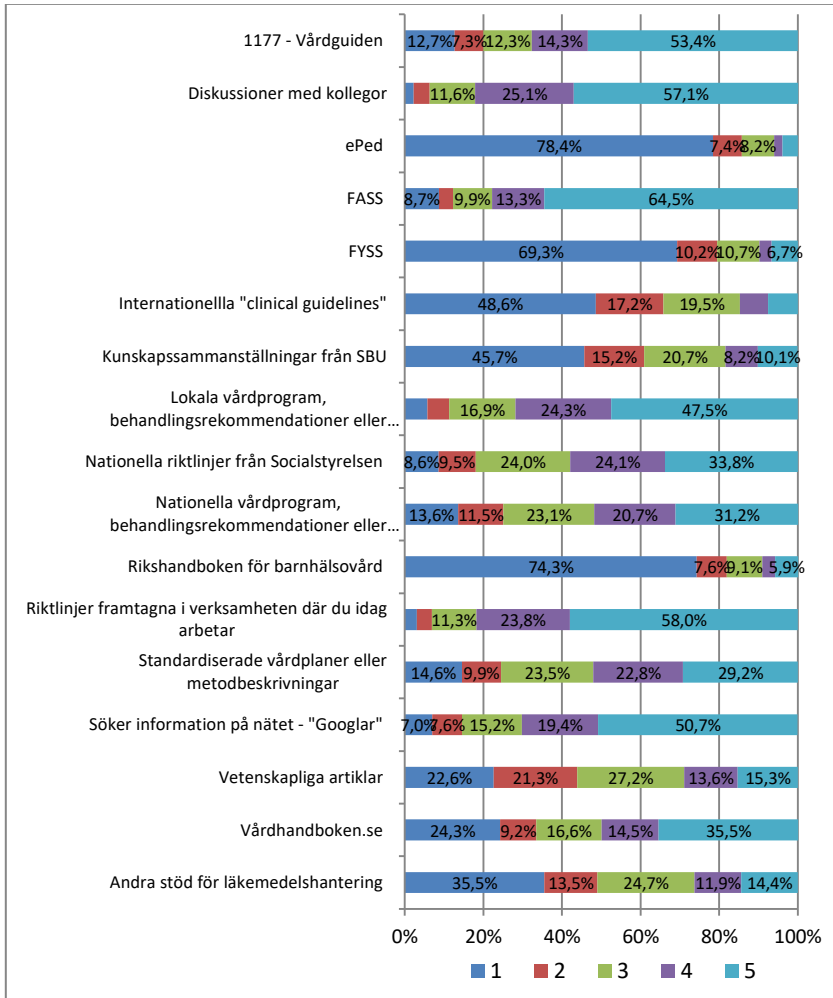


(1 = inte alls, 5 = i mycket hög grad)

När det gällde tillgång till kunskapsstöd hade de allra flesta tillgång till FASS. FASS innehåller läkemedelsinformation för vårdpersonal och patienter sammanställd av Läkemedelsindustriföreningen.

Över 80 procent hade i hög eller mycket hög grad tillgång till kollegor som kunskapsstöd i det kliniska arbetet. Ungefär samma antal hade tillgång till riktlinjer framtagna av verksamheten. Cirka 70 procent hade en hög tillgång till Google och 1177 Vårdguiden. Läst tillgång hade de svarande till vetenskapliga artiklar. Färre än 30 procent uppgav att de hade tillgång till den typen av material.

**Figur 13.3** Enkät Vårdförbundet: I vilken omfattning har du tillgång till följande kunskapsstöd i ditt kliniska arbete?



(1 = inte alls, 5 = i mycket hög grad)

### Tillgång till beslutsstöd

En övervägande majoritet av de svarande hade inte tillgång till beslutsstöd i det kliniska patientmötet (68 procent). Nästan 20 procent uppgav att de hade tillgång till beslutsstöd för vissa diagnoser och drygt 13 procent angav att de hade tillgång till beslutsstöd för fler-

talet diagnoser. Fritextkommentarerna indikerar dock att tolkningen av begreppet beslutsstöd inte är enhetlig.

### 13.3.2 Enkät ställd till Läkarförbundets medlemmar

Läkarförbundets enkät genomfördes under hösten 2016 och skickades ut till cirka 1 900 yrkesverksamma läkare. Drygt 700 läkare svarade, vilket innebär en svarsfrekvens på 37 procent.

Läkarna fick besvara ett antal grundläggande frågor om befattning, specialitet, arbetsplatstyp, landsting osv. Majoriteten – 96 procent – av de svarande läkarna arbetade kliniskt. Huvuddelen arbetade inom den offentliga sektorn (88 procent av de svarande). De svarande var verksamma på universitetssjukhus, länssjukhus, länsdelssjukhus, vårdcentraler och specialiserade öppenvårdsmottagningar. Drygt 70 procent av de svarande var anställda på ett sjukhus och 21 procent var anställda på en vårdcentral. En liten andel – 6 procent – av de svarande var anställda vid en specialiserad öppenvårdsmottagning. Några av de svarande arbetade även på andra ställen som kommun, skola eller i särskilda centrumbildningar.

Frågor ställdes om vilka kunskapsstöd som användes och hur ofta, vilka stöd som läkarna skulle vilja använda samt hinder för användning. Vidare ställdes frågor om vilka beslutsstöd som upplevs som mest värdefulla samt inom vilka områden det saknas beslutsstöd. Läkarna fick också besvara frågor om förutsättningarna att delta i utvecklingen och uppdateringen av nya kunskaps- och beslutsstöd.

### Vilka kunskapsstöd används av läkarna?

I stort sett samtliga svarande läkare, 93 procent, uppgav att diskussion med kollegor var ett regelbundet använt kunskapsstöd i den kliniska vardagen. Med regelbundet avses att man rådfrågade kollegor varje dag eller några gånger i veckan.

Därefter följde svenska privata nätbaserade stöd som Medibas och Internetmedicin, som regelbundet användes av 72 procent av de svarande. Detta kan jämföras med att 36 procent av de svarande regelbundet använde utländska privata nätbaserade stöd som Best Practice och UpToDate och att 30 procent använde sig av landstingsdrivna nätbaserade stöd som Viss.nu och plus.rjl.se/fakta.

Omkring 65 procent använde sig regelbundet av arbetsgivarens riktlinjer och behandlingsrekommendationer. Specialistföreningens riktlinjer användes regelbundet av 51 procent av de svarande. I sammanhanget kan nämnas att cirka 50 procent av specialistföreningarna också utvecklar och tillhandahåller riktlinjer inom sin specialitet enligt den enkät som utredningen skickade ut till Läkaresällskapets sektioner. Vidare framgår av enkäten att användningen av specialistföreningens riktlinjer skiljer sig mycket mellan de olika specialiteterna.

En redovisning per specialitet har gjorts när det finns fler än 35 svarande verksamma inom specialiteten. För vissa specialiteter anges användningen av specialistföreningens riktlinjer till mellan 80 och 100 procent (obstetrik och gynekologi 79 procent, anestesioch intensivvård 89 procent samt barn- och ungdomsmedicin 100 procent), vilket gör dessa stöd till de mest använda. För allmänmedicin uppgår användningen till 17 procent. För exempelvis internmedicin och kirurgi uppgår användningen till 56 procent respektive 42 procent.<sup>5</sup>

När det gällde kunskapsstöd från myndigheter var de fördefinierade alternativen i enkäten Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Socialstyrelsens övriga riktlinjer och behandlingsrekommendationer samt Kunskapsöversikter från SBU.

Det stöd som användes mest regelbundet var Socialstyrelsens nationella riktlinjer (51 procent av de svarande). Socialstyrelsens övriga riktlinjer och behandlingsrekommendationer och kunskapsöversikter användes regelbundet av 22 procent av de svarande. Vad gäller dessa kunskapsstöd som tillhandahålls av myndigheter sker den regelbundna användningen med längre intervall än de övriga kunskapsstöden. Medan majoriteten av de svarande läkarna diskuterar medicinsk information och rekommendationer med sina kolle-

---

<sup>5</sup> I den enkät som utredningen ställde till Läkaresällskapets sektioner, uppgav följande sektioner att de tog fram kunskapsstöd: Svensk rättsmedicinsk förening, Svensk Kirurgisk Förening, Svensk förening för fysisk aktivitet och idrott, Svensk förening för klinisk cytologi, Svensk förening för transfusionsmedicin, Svensk Njurmedicinsk Förening, Svensk lungmedicinsk förening, Svensk Förening för Medicinsk Radiologi, Sektionen för arbets- och miljömedicin, Svensk hematologisk förening, SFNR, Svensk Reumatologisk Förening, SSdV, Svensk Förening för Barn- och ungdomspsykiatri, Obstetrik och Gynekologi, Endokrinologföreningen, Neurologi, Svensk Geriatrisk förening, Svenska Kardiologföreningen, Svensk förening för klinisk fysiologi, SFAI, Svenska föreningen för allergologi, Svensk Barnkirurgisk Förening, Svensk Klinisk Immunologisk förening samt Svensk barnkirurgisk förening SBKF.



gor dagligen, konsulteras SBU-rapporter och Socialstyrelsens olika riktlinjer några gånger per månad eller år.

**Tabell 13.3 Enkät Läkarförbundet: Vilka av följande kunskapsstöd använder du regelbundet i ditt kliniska arbete?**

	Procent
Diskussion med kollegor	93
Arbetsgivarens riktlinjer/behandlingsrek.	65
Specialitetsföreningens riktlinjer/behandlingsrek.	51
Socialstyrelsens nationella riktlinjer	51
Socialstyrelsens övriga riktlinjer/behandlingsrek.	22
Kunskapsöversikter från SBU	22
Medicinsk forskningslitteratur	44
Landstingsdrivna nätbaserade stöd t.ex. viss.nu, plus.rjl.se/fakta	30
Svenska privata nätbaserade stöd t.ex. Medibas, Internetmedicin	72
Utländska privata nätbaserade stöd t.ex. BestPractice, UpToDate	36
Annat kunskapsstöd	12

Vilka kategorier av kunskapsstöd som användes påverkades i viss mån av arbetsplatstypen, dvs. om den svarande läkaren arbetade på en vårdcentral, specialistmottagning eller ett sjukhus. Ett återkommande resultat är att läkare som arbetar på vårdcentral har ett annat användningsmönster än läkare som exempelvis arbetar i den högspecialiserade vården. Ett exempel är att nätbaserade kunskapsstöd, oavsett om de var privata eller landstingsdrivna, främst användes på vårdcentraler. För svenska privata nätbaserade stöd uppgick användningen till drygt 85 procent på vårdcentraler medan användningen av motsvarande stöd på universitetssjukhus uppgick till 56 procent. För landstingsdrivna stöd var skillnaden ännu större. Den regelbundna användningen uppgick till 63 procent på vårdcentraler medan användningen av dessa stöd uppgick till 14 procent på universitetssjukhus.

Utländska privata stöd hade betydligt större spridning inom sjukhusvården som helhet än på vårdcentraler och specialiserade öppenvårdsmottagningar. Ett stöd som UpToDate är också uttalat anpassat för mer specialiserad vård.<sup>6</sup> Medicinsk forskningslitteratur liksom specialistföreningarnas riktlinjer användes också främst på sjukhus

<sup>6</sup> Information från UpToDate:s hemsida.

och inom den specialiserade öppenvården. Myndigheternas kunskapsstöd användes ungefär lika mycket, oavsett arbetsplatstyp.

**Tabell 13.4 Enkät Läkarförbundet: Användning av kunskapsstöd på olika arbetsplatser**

	Tot	US	Läns- sjukhus	Länsdels- sjukhus	VC	Spec.ÖM
Diskussion med kollegor	93	94	96	96	90	89
Arbetsgivarens riktlinjer/behandlingsrek.	65	62	67	72	70	40
Spec. föreningens riktlinjer/behandlingsrek.	51	55	64	65	18	66
SoS nationella riktlinjer	51	45	52	52	60	43
SoS övriga riktlinjer/behandlingsrek.	22	17	23	16	25	34
Kunskapsöversikter från SBU	23	22	25	16	22	14
Medicinsk forskningslitteratur	45	66	46	42	13	46
Landstingsdrivna nätbas. stöd t.ex. viss.nu, plus.rjl.se/fakta	30	14	18	37	63	34
Svenska privata nätbas. stöd t.ex. Medibas, Internetmedicin	72	56	72	86	87	77
Utländska privata nätbas. stöd, t.ex. BestPractice, UpToDate	36	42	47	42	14	23
Annat kunskapsstöd	12	14	11	4	14	6

Den svarande läkarens befattning hade också en påverkan på vilka kunskapsstöd som användes. Enligt enkäten ökade exempelvis användningen av specialitetsföreningens riktlinjer, rapporter från SBU, samt medicinsk forskningslitteratur med ökad medicinsk kompetens eller senioritet. Dessa kunskapsstöd användes således i högst utsträckning av överläkare, och i minst utsträckning av legitimerade läkare innan ST. Vad gäller arbetsgivarens riktlinjer, landstingens nätbaserade stöd och svenska privata stöd var förhållandet i stället det motsatta. Dessa stöd användes i högre grad av legitimerade läkare innan ST samt ST-läkare. Myndigheternas olika kunskapsstöd användes ungefär lika mycket, oberoende av läkarens befattning.

## Vilka stöd vill läkarna använda och vilka hinder finns?

En övervägande majoritet av de svarande läkarna angav att de i högre utsträckning än i dag skulle vilja använda olika kunskapsstöd. Det främsta hindret mot detta angavs generellt vara tidsbrist och alltför hög arbetsbelastning. Det näst största hindret uppgavs vara bristande tillgänglighet och då bl.a. till kollegor.

Det kunskapsstöd som de flesta av de svarande skulle vilja använda i högre utsträckning var medicinsk forskningslitteratur (45 procent av de svarande). Därefter ville läkarna ha ännu mer utrymme för diskussion med kollegor (34 procent av de svarande). Intresse fanns också för att i högre utsträckning än i dag kunna använda kunskapsstöd från specialitetsföreningarna samt från myndigheterna. En tredjedel av de svarande angav att de i högre utsträckning skulle vilja använda specialitetsföreningarnas stöd. Motsvarande siffror för Socialstyrelsens nationella riktlinjer och Kunskapsöversikter från SBU var 29 procent respektive 24 procent. För Socialstyrelsens övriga rekommendationer var siffran 12 procent. Cirka 30 procent av de svarande ville i högre utsträckning använda sig av utländska stöd som Best-Practice och UpToDate. För svenska stöd var siffran 11 procent.

Gällande hinder mot att använda arbetsgivarens riktlinjer eller behandlingsrekommendationer, som var ett av de mest använda kunskapsstöden, angavs bl.a. avsaknaden av relevanta riktlinjer och att stöden var opraktiska, svåransända eller svåra att hitta.

För landstingsdrivna nätbaserade stöd angavs dålig användarvänlighet som ett hinder. Vissa av systemen ansågs ha mycket dålig användarvänlighet och det förekommer att läkarna i stället använder andra landstings system än det system som det egna landstinget tillhandahåller. Brist på djup och omfång i stödets innehåll, ansågs också vara ett hinder.

När det gäller hinder för att i högre utsträckning använda kunskapsstöd från Socialstyrelsen och SBU var ett återkommande skäl bristande tillgänglighet och tillämplighet. Enligt enkäten kunde riktlinjerna upplevas som krångliga och byråkratiska. Begränsningar i ämnesomfånget angavs också som ett skäl mot ökad användning.

För utländska privata nätbaserade stöd var hög kostnad och bristande tillgänglighet ett hinder som ofta angavs i enkätsvaren. Bristande möjligheter till evidenskontroll och osäkerhet kring tillämpligheten till svenska förhållanden var också teman som återkom.

**Tabell 13.5** Enkät Läkarförbundet: Vilka, om några, av följande kunskapsstöd skulle du vilja använda i högre utsträckning än i dag?

	Procent
Diskussion med kollegor	34
Arbetsgivarens riktlinjer/behandlingsrek.	14
Specialitetsföreningens riktlinjer/behandlingsrek.	32
Socialstyrelsens nationella riktlinjer	29
Socialstyrelsens övriga riktlinjer/behandlingsrek.	12
Kunskapsöversikter från SBU	24
Medicinsk forskningslitteratur	45
Landstingsdrivna nätbaserade stöd t.ex. viss.nu, plus.rjl.se/fakta	16
Svenska privata nätbaserade stöd t.ex. Medibas, Internetmedicin	11
Utländska privata nätbaserade stöd, t.ex. BestPractice, UpToDate	30
Annat kunskapsstöd	5

### Användningen av beslutsstöd

Enkäten visar att diskussion med kollegor är det enskilda beslutsstöd läkarna upplever som mest värdefullt. Därutöver var enkätsvaren spridda. Även svaren på frågan om inom vilka områden som läkarna saknade beslutsstöd hade stor spridning på svaren. En majoritet av de svarande läkarna kunde eller ville inte skilja på begreppen kunskapsstöd respektive beslutsstöd. Begreppen kunskaps- och beslutsstöd och andra stöd blandades. En önskan om större spridning om kunskapsstöd kring etiska frågor återkom i svaren, liksom en önskan om stöd inom psykiatri.

### Läkarnas delaktighet i framtagandet av kunskapsstöd

I enkäten gavs uttryck för en större önskan om delaktighet i utformningen av kunskapsstöd. Drygt 45 procent av de svarande läkarna hade deltagit i någon form av sådant utvecklings- eller uppdateringsarbete under det senaste året, varav den absoluta majoriteten avsett arbetsgivarens egna riktlinjer och behandlingsrekommendationer. Utvecklingen av arbetsgivarens egna stöd kan ofta utföras på arbetstid. Nästan alla arbetsgivare tar också fram egna kunskapsstödjande promemorior. Bedömningen var också att källorna som användes sannolikt ofta är överlappande. 37 procent av de svarande hade deltagit i utformningen av arbetsgivarens riktlinjer och behandlingsrekommendationer.

dationer. Andelarna för samtliga övriga typer av stöd var under 10 procent. Generellt uppges bristande möjligheter att få ledigt för sådant utvecklingsarbete vara det största hindret. En knapp fjärdedel av de svarande ansåg även att de inte hade uppnått tillräcklig kompetens. 13 procent angav begränsat personligt intresse som ett skäl.

### 13.3.3 Enkät ställd till Fysioterapeuternas medlemmar

Fysioterapeuternas enkät genomfördes under maj och juni 2016. Enkäten gjordes i syfte att studera vilka kunskaps- och beslutsstöd fysioterapeuter använde och efterfrågade samt deras syn på sin möjlighet att upprätthålla och utveckla sin kompetens. Enkäten besvarades av cirka 3 800 personer vilket motsvarar en svarsfrekvens om 46 procent.

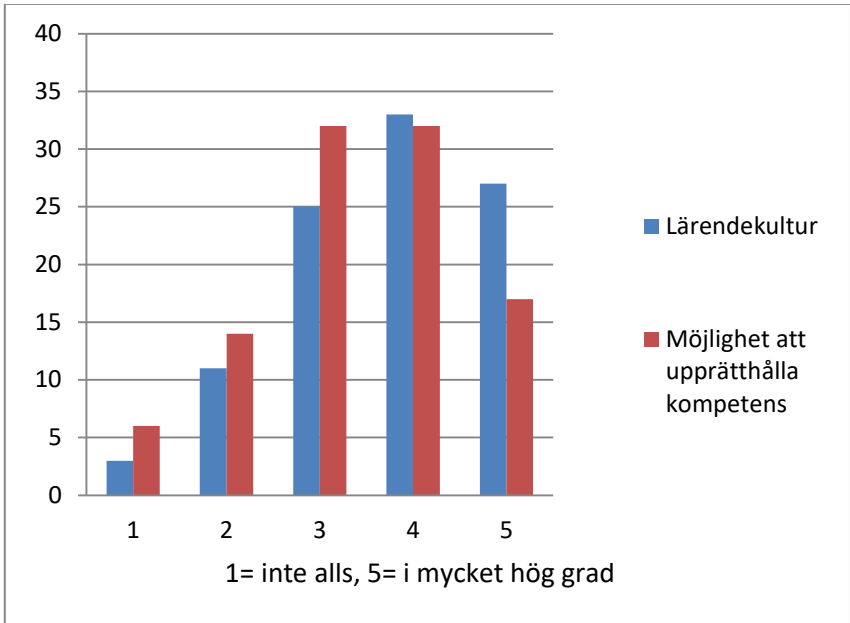
Av de svarande var 52 procent anställda i landsting, 16 procent i kommun, tre procent i statlig verksamhet, 15 procent hos privat vårdgivare eller vårdbolag och 14 procent var egenföretagare.

### Möjligheter till att upprätthålla kompetens

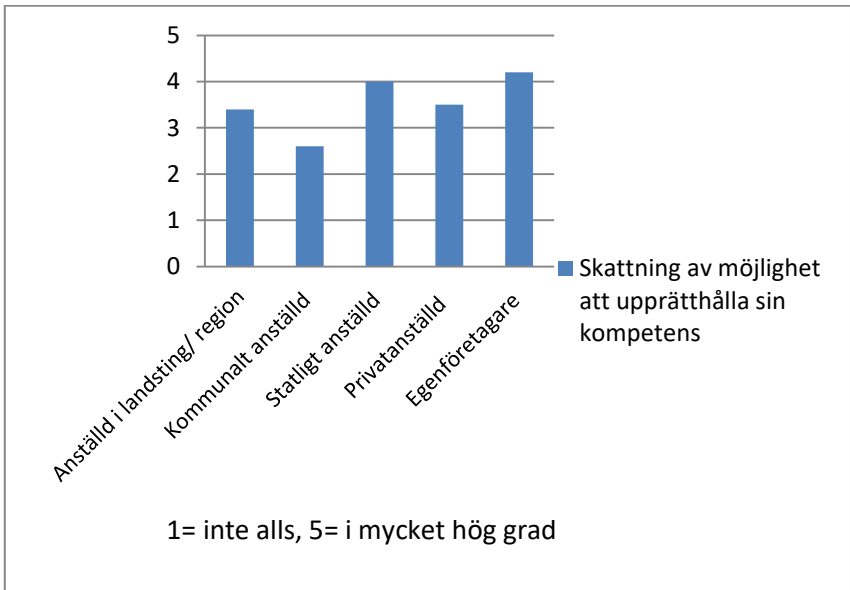
Resultaten i enkäten visade på att en majoritet av de svarande ansåg att kulturen på deras arbetsplats uppmuntrade till lärande. Skattningsskalan i enkäten gick från 1, som innebar inte alls, till 5 som innebar att man ansåg att kulturen på arbetsplatsen i mycket hög grad uppmuntrade till kontinuerligt lärande. Omkring 60 procent av de svarande skattade 4 alternativt 5.

Av enkäten framgick att det fanns tydliga skillnader i resultaten beroende på vilket verksamhetsområde fysioterapeuten verkade inom. Statligt anställda och egenföretagare ansåg att de i hög grad kunde upprätthålla sin kompetens. Medelvärde var 4,0 respektive 4,2 på en femgradig skala. Fysioterapeuter anställda i landsting samt privatanställda skattade sin möjlighet lägre med ett medelvärde på 3,4 respektive 3,5. Kommunalt anställda fysioterapeuter föreföll ha mest begränsade förutsättningar att upprätthålla sin kompetens jämfört med de övriga. Medelvärde här var 2,6.

**Figur 13.4** Enkät Fysioterapeuterna: Lärandekultur och möjligheter att upprätthålla kompetens

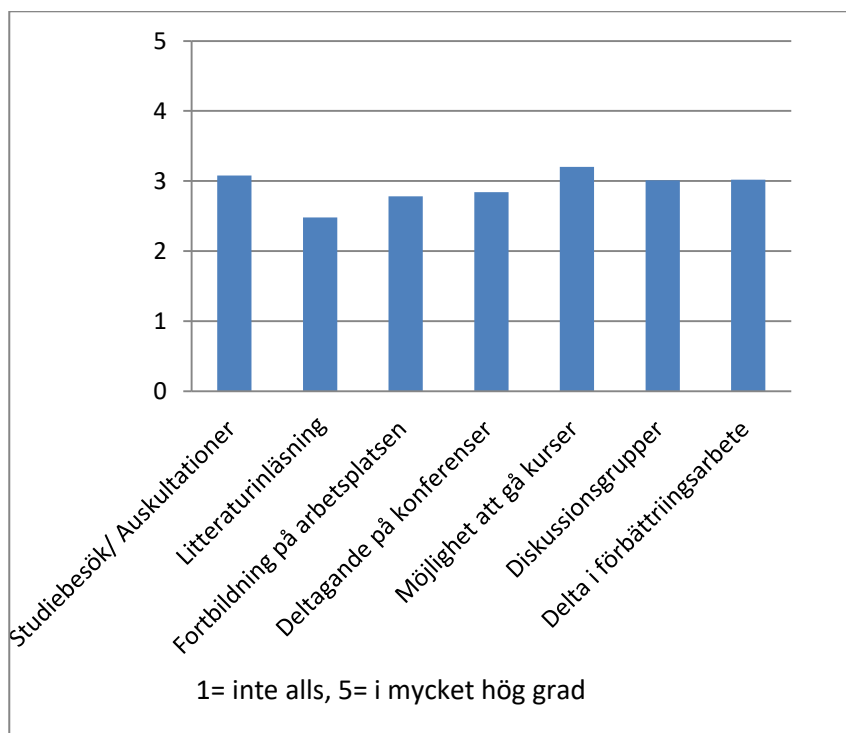


**Figur 13.5** Enkät Fysioterapeuterna: Anställningsområden och möjligheter att upprätthålla kompetens



Gällande vilken möjlighet fysioterapeuterna hade att hålla sig à jour med ny kunskap genom olika typer av aktiviteter, skattades möjligheterna genomgående till 3 eller lägre. Lägst skattades möjligheten till litteraturläsning på arbetstid, där medelvärdet var 2,48. Högst skattades möjligheterna att gå kurser, göra studiebesök eller auskultationer, där medelvärdet var något över 3.

**Figur 13.6** Enkät Fysioterapeuterna: Möjlighet att hålla sig à jour med kunskapsutvecklingen genom olika typer av aktiviteter



### Kunskapsstöd som används av fysioterapeuterna

Diskussion med kollegor angavs som det mest använda kunskapsstödet. Över 95 procent av de svarande angav detta alternativ. Av de skriftliga stöd som användes, använde drygt 80 procent av de svarande nationella vårdprogram/behandlingsrekommendationer eller nationella riktlinjer från Socialstyrelsen. En något lägre andel, 74 procent, uppgav lokala vårdprogram/behandlingsrekommendationer.

Över 90 procent av fysioterapeuterna uppgav alternativet ”att googla” som ett kunskapsstöd som de använde. Svaret gav dock ingen bild av vilka sidor eller portaler som fysioterapeuterna sökte på eller efter.

Vetenskapliga artiklar användes av 78 procent av de tillfrågade och FYSS av 70 procent (FYSS står för Fysisk aktivitet i Sjukdoms-prevention och Sjukdomsbehandling och är rekommendationer utgivna av Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet och är antagna av Svenska Läkaresällskapet och av Svenska Barnläkarföreningen). Båda dessa kategorier bedömdes också ha den högsta tillgängligheten när det gällde material var som relevant för fysioterapeuterna.

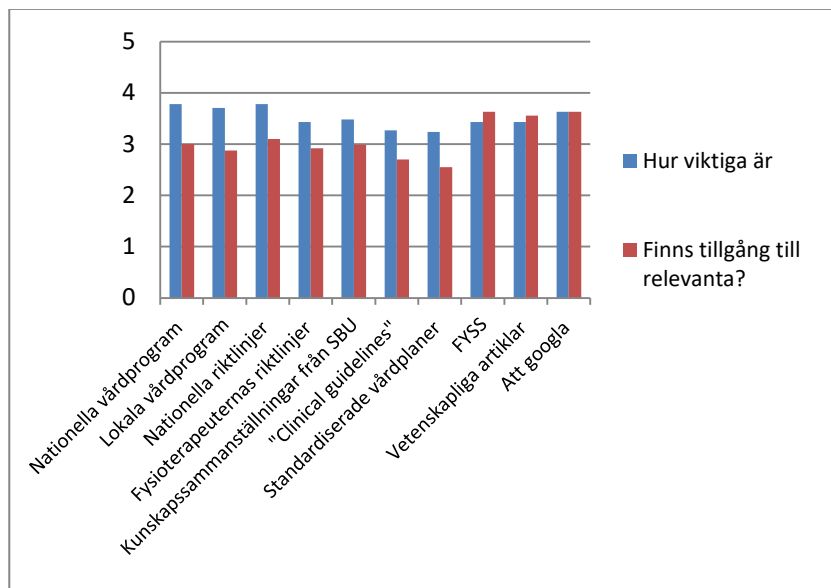
Riktlinjer från Fysioterapeuterna eller Fysioterapeuternas sektioner användes av 57 procent. Något fler av de svarande använde sig av SBU:s kunskapssammanställningar. Under hälften av de svarande (40 procent) använde sig av internationella kliniska riktlinjer eller rekommendationer. Standardiserade vårdplaner användes av ungefär hälften av fysioterapeuterna. Både gällande internationella rekommendationer eller riktlinjer och standardiserade vårdplaner, var tillgängligheten lägre än för övriga kategorier.

### **Kunskapsstöd som ansågs viktigast**

De kunskapsstöd som fanns tillgängliga för fysioterapeuterna ansågs generellt vara viktiga och de svarande angav att man försökte utnyttja dem. De fyra viktigaste stöden enligt enkäten var nationella vårdprogram, lokala vårdprogram, nationella riktlinjer och att ”googla”. Nationella och lokala vårdprogram samt nationella riktlinjer skattades emellertid inte lika högt när det gällde hur relevanta de ansågs vara. FYSS och vetenskapliga artiklar ansågs mer relevanta liksom information som man fick genom Google.



Figur 13.7 Enkät Fysioterapeuterna: Hur viktiga och relevanta kunskapsstöden är



Många fysioterapeuter gav uttryck för att viktiga stöd saknades. Flera av de svarande angav vidare att det var ett problem att hitta och sammanställa den kunskap som finns. Ett annat stort problem var att välja ut vad som är kliniskt användbart och relevant. Många fysioterapeuter påtalade också problem med avsaknad av tillgång till databaser med vetenskapliga artiklar.

Ytterligare en åsikt som uttrycktes av många var att tillgängliga riktlinjer inte gav det professionella stöd som fysioterapeuter behövde. Multiprofessionella riktlinjer och vårdprogram ansågs i de flesta fall vara för generella när det gällde fysioterapeutiska insatser för att ge professionen stöd i val av insats. Specifikt fysioterapeutiska riktlinjer uppgavs finnas endast inom ett fåtal områden.

Flera svarande anförde att de hade en bristande tillgång till vetenskapliga databaser. Det kan bl.a. handla om sådana vetenskapliga artiklar som var tillgängliga under utbildningen men där tillgängligheten försvinner när fysioterapeuterna kommer ut i yrkeslivet. Den bristande tillgången gällde framför allt fysioterapeuter som var anställda i kommunal och privat verksamhet men även egenföretagare.

Bland de tillfrågade fysioterapeuterna var det flera som efterfrågade någon form av nationell portal där kunskap finns samlad och organiserad och anpassad efter klinikerns behov. En sådan portal behövde enligt enkäten dessutom vara tillgänglig för alla, oberoende av verksamhetsområde.

### Tillgång till och användning av beslutsstöd

Beträffande beslutsstöd angav över 90 procent av de svarande fysioterapeuterna att de inte hade tillgång till sådana. Många uttryckte att beslutsstöd var ett okänt begrepp för dem. Flera av de skriftliga kommentarerna i enkäterna visade emellertid på ett intresse för att kunna använda beslutsstöd i patientmötet.

#### 13.3.4 Enkät ställd till Läkaresällskapets sektioner

Under hösten 2016 genomförde utredningen tillsammans med Svenska Läkaresällskapet en enkät ställd till sällskapets olika sektioner angående kunskaps- och beslutsstöd. Läkaresällskapet har 68 sektioner och 53 sektioner besvarade enkäten. Av de svarande sektionerna angav knappt hälften (25) att de tillhandahöll någon form av kunskaps- eller beslutsstöd. Totalt angavs att cirka 160 kunskaps- eller beslutsstöd tillhandahölls. Av de 160 stöden stod två sektioner för knappt 80 av dem. Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) stod för 47 olika stöd och Svensk Förening för Gynekologi och Obstetrik för 30. Den ovan redovisade enkäten som genomfördes av Läkarförbundet visar dessutom att dessa två sektioners kunskapsstöd används i hög utsträckning. Någon korrelation mellan sektionernas storlek och antalet kunskapsstöd finns emellertid inte.

Över 90 procent av kunskaps- och beslutsstöden tillhandhölls via hemsidor. Knappt hälften av samtliga svarande sektionerna uppgav i enkäten att de hade planer på att ta fram stöd.

Av de stöd som uppgavs vara beslutsstöd tillhandahölls två stycken integrerade i journalsystemen eller som en applikation (detta gällde beslutsstöd från Svensk reumatologisk förening och Svensk förening för medicinsk radiologi). Sannolikt finns det fler sådana stöd som är framtagna med hjälp av specialistföreningar. I sammanhanget kan exempelvis Svensk infektionsläkarförening nämnas som tillhand-

håller beslutsstöden InfCare HIV och InfCare Hepatit. Dessa stöd kan också integreras i journalsystemen. Svensk infektionsläkarförening besvarade inte enkäten.

Hälften eller drygt hälften av de svarande sektionerna som tagit fram stöd, hade samarbetat med andra sektioner inom Läkaresällskapet, andra professionsföreningar, myndigheter eller hade samverkat internationellt. För cirka 65 procent av stöden hade de nationella kvalitetsregistren spelat en roll i framtagandet.

När det gällde om sektionen hade något mått på i vilken utsträckning kunskaps- och beslutsstöden användes, angav 65 procent att man inte hade någon uppfattning om användningsgraden. Däremot uppfattade de svarande sektionerna att medlemmarna var positiva till användningen av kunskaps- och beslutsstöd (85 procent angav svarsalternativet starkt eller svagt positiva och ingen angav alternativet negativ).

## **13.4 Användningen av kunskapsstöd bland farmaceuter, tandläkare och tandhygienister**

Utredningen har inte genomfört några enkäter ställda till farmaceuter eller personal inom tandvården. Nedan redovisas resultat från olika studier kring dessa gruppers användning av kunskaps- och beslutsstöd.

### **13.4.1 Farmaceuters användning av kunskaps- och beslutsstöd på apotek och i vården**

I nedanstående text listas tillgängliga kunskapsstöd för farmaceuter med information från olika källor och uppgiftslämnare.

#### **Kunskapsstöd på apotek**

Under 2016 gjorde E-hälsomyndigheten en kartläggning av de beslutsstöd inom läkemedelsområdet som används i hälso- och sjukvården och på apotek. Kartläggningen visar att beslutsstöd upplevs som ett potentiellt stöd, men inte anses finnas tillgängliga i den utsträck-

ning som skulle behövas för att bidra till en ökad patientsäkerhet. Tillgången över landet varierar.<sup>7</sup>

E-hälsomyndighetens kunskaps- och beslutsstöd för apoteken utgörs i dagsläget av EES. EES, som är ett beslutsstöd, vänder sig i dag endast till apoteksmarknaden och används av farmaceuter på apotek. I dag används EES på de flesta apoteken i Sverige. Mer än 95 procent har tillgång till systemet och de flesta uppges använda EES. I den kartläggning som E-hälsomyndigheten har gjort framkommer att apoteken uppskattar EES och inte ser något behov av ytterligare beslutsstöd.<sup>8</sup>

Sedan 2015 har användningen av EES utvecklats positivt. Jämför man samma vecka (vecka 1) 2015, 2016 och 2017 har användningen ökat från 376 aktiva apotek 2015 till 706 aktiva apotek 2016 och 1 022 apotek 2017. Antalet EES-analyser gjorda per vecka låg i början av 2017 på över 40 000. Detta innebär att EES analyserat cirka 40 000 kunders läkemedel. Användningen av EES hos de olika apoteksaktörerna uppges dock skilja sig åt markant.<sup>9</sup>

Sedan våren 2016 har Sfinx interaktionsinformation, som beskrivs i kapitel 10, integrerats i EES. Den amerikanska databas som använts i EES ersattes med Sfinx. Sfinx användes sedan tidigare i stora delar av hälso- och sjukvården. Förändringen medförde således att hälso- och sjukvården och apoteken använder sig av samma interaktionsinformation. Samma information finns med i hela läkemedelskedjan, från förskrivningstillfället till expeditionen på apoteket. Övriga delar av EES kvarstod dock oförändrade.

Vilka stöd som finns på respektive apotek kan skilja sig åt. Apoteket AB har exempelvis de egna stöden MOD – Muntlig Omsorg i Dialog, som är ett textbaserat rådgivningsstöd för läkemedelsanvändning som i huvudsak används för läkemedel på recept.

Utöver detta har Apoteket AB i sitt expeditionsstödsystem Rex en interaktionskontroll för de läkemedel som ligger i den expeditionen (ordern) som håller på att genomföras och som också kan ses som ett rådgivningsstöd. Efter samtycke kan man från Rex även komma åt EES. Rex och EES använder samma databas för interak-

---

<sup>7</sup> Utvecklingsarbete rörande myndighetens statistikverksamhet, rapport från E-hälsomyndigheten, 2016.

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> Uppgifter från E-hälsomyndigheten.

tionskontroll. Apotek Hjärtat har utvecklat ett eget rådgivningsstöd kallat Pharma Advice.

I dag finns inget nationellt och heltäckande kunskapsstöd för rådgivning kring receptfria läkemedel på apotek i Sverige. Nu används främst 1177 Vårdguiden men kunskap inhämtas från flera olika ställen. Tidigare, före omregleringen av apoteksmarknaden, använde samtliga apotek ”Symptom Råd Åtgård” (SRÅ).<sup>10</sup>

### Kunskapsstöd för farmaceuter i vården

Exempel på kunskapsstöd som används av kliniska farmaceuter är FASS, interaktionstjänsten Sfinx, FAS-UT (ett stöd för utfasning av läkemedel), Internetmedicin samt bakgrundsmaterial till läkemedelsrekommendationslistan i Skåne. I intervjuer som genomförts av utredningen nämns också Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer och Läkaresällskapets sektioners kunskapsstöd. Även utländska kunskapsstöd används. Exempel som nämns är Renal Drug Handbook, Geriatric Dosage Handbook de amerikanska stöden Micromedex och CYP450 interaktionstabellen från Indiana University. För frågor kring hur man kan dela och krossa tabletter samt enteral administrering i sond används Apoteket AB:s häfte Sväljes Hela och handboken Drug administration via enteral feeding tubes. Trissel's handbook on Injectable drugs används vid blandbarhetsfrågor. Diskussioner med kollegor framhålls som det viktigaste kunskapsstödet.

#### 13.4.2 Vad använder professionerna i tandvården?

Tandvården skiljer sig från hälso- och sjukvården organisatoriskt och hur vården är finansierad. Till skillnad från den offentliga hälso- och sjukvården är tandvården i hög grad finansierad av patienten själv. Det innebär bl.a. att patienten på ett annat sätt än i sjukvården är involverad i beslutet om vilken behandling som ska ges. Patienten kan exempelvis välja en billigare behandling än den som får en rekommendation enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Men patienten kan också välja en mer dyrbar behandling än den som är

<sup>10</sup> Lif – Ur förslag från Lif till NLS.

nödvändig (exempelvis en krona i stället för en fyllning på en framtand). I det enskilda fallet kan en billigare behandling vara bättre än den behandling som får en högre rekommendation i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som är en generell rekommendation.

Den tandvård som i det här perspektivet mest liknar sjukvården är tandvård till barn- och unga (personer som är upp till 22 år). Denna grupp betalar inte för sin tandvård. Detsamma gäller grupper av äldre patienter som får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Alla landsting/folktandvårdsorganisationer har vårdprogram för barn- och ungdomstandvård. Utöver det finns ofta även olika vårdprogram för vuxentandvård. Det kan vara generella program för vuxenvård eller specifika för exempelvis äldretandvård, implantatbehandling eller behandling av tandlossningssjukdom.

Exempel på vårdprogram är Norrbottens vårdprogram för förebyggande vård av barn och ungdom. Ett annat exempel är folktandvården i Värmland som har ett vårdprogram uppdelat på ålder, exempelvis Vårdprogram 0–3 år och Vårdprogram 14–19 år. I Gävleborg finns bl.a. vårdprogram för implantatbehandling och riktlinjer för vårdprogram.

Även inom privat verksamhet finns vårdprogram, både hos enskilda mottagningar men även hos större tandvårdsföretag som har mottagningar över hela landet.

## Vilka kunskapsstöd används i vårdens kliniska vardag?

Sveriges tandläkarförbunds/Svenska tandläkarsällskapets kursverksamhet anses fylla en stor funktion när det gäller kunskapsspridning inom tandvården. Denna verksamhet är en grund för svenska tandläkares fort- och vidareutbildning. Kunskap från dessa utbildningar bedöms vara ett stort stöd i den kliniska vardagen. Vissa specialistföreningar anordnar också utbildningsdagar för tandläkare från hela tandvården.

Utöver det anordnas regionala utbildningar av lokalföreningar inom förbundet eller av stora vårdgivare. Dessa utbildningar brukar vara öppna för tandvården inom den aktuella regionen.

Ett annat exempel är SKaPa, som är ett kvalitetsregister som omfattar en allt större del av tandvården i Sverige. Det finns en bred uppslutning för SKaPa inom såväl privat som offentligt bedriven

tandvård i Sverige. Landstinget i Värmland har det centrala person-uppgiftsansvaret för SKaPa och registret finansieras av Nationella Kvalitetsregister via SKL.

Om en verksamhet är ansluten till SKaPa skickas vissa basdata och uppgifter om diagnoser och utförda åtgärder rörande behandlade patienter till SKaPa digitalt. Vårdpersonalen behöver inte vidta några särskilda åtgärder för att data ska överföras. Datafångst sker automatiserat från datoriserade journaler samt filöverföringar från de databaser som systemen har genererat. För att detta ska fungera krävs att de aktuella variablerna redan i datajournalerna och deras databaser, är systematiskt hanterade i kodifierade tabellstrukturer. Informationen till SKaPa bygger huvudsakligen på TLV:s tillstånds- och åtgärds-koder. Utdrag görs inte ur textbaserade datamängder. Tandvårdspersonalen kan därefter ta del av olika rapporter via SKaPa som utgör grund för kvalitetsförbättring och verksamhetsutveckling.

### **Socialstyrelsens utvärdering av de nationella riktlinjerna för vuxentandvård**

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vuxentandvård publicerades 2011. Socialstyrelsens utvärdering från 2013 visade att en stor andel av landets vårdgivare uppfattar riktlinjerna som viktiga för tandvården men att vårdgivarna hade kommit olika långt i implementeringen. Specialisterna, som utgör cirka 10 procent av tandläkarna, uppges vara de som mest noggrant läser riktlinjerna.<sup>11</sup> Utvärderingen visade vidare på stora regionala skillnader i följsamheten mellan vårdgivarna och även mellan befolkningsgrupper, för flera av indikatorerna. En faktor som skiljer vuxentandvården från övrig hälso- och sjukvård är att vården till stor del finansieras av patientavgifter. Enligt Socialstyrelsen kan därför (vilket också nämns ovan) en situation uppstå mellan behandlare och patient där riktlinjerna rekommenderar en viss åtgärd men där patienten tycker att kostnaden är för hög och därför önskar en åtgärd som är lägre rangordnad i riktlinjerna.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Nationell utvärdering 2013 – tandvård: rekommendationer, bedömningar och sammanfattning, Socialstyrelsen.

<sup>12</sup> Ibid.

## Studie om användning av riktlinjerna utförd i Västerbottens läns landsting

Folktandvården i Västerbotten beslutade i samband med att Socialstyrelsens riktlinjer för vuxentandvård publicerades, att aktivt arbeta med implementering av riktlinjerna i den patientvårdande verksamheten. Ett vårdprogram arbetades fram liksom en metod för implementering.

Som ett led i arbetet för att följa implementeringen, genomfördes ett antal enkätstudier där urvalet utgjordes av samtliga tandhygienister och tandläkare anställda i Folktandvården, Västerbottens läns landsting. Frågor ställdes bl.a. om kännedom om Socialstyrelsens nationella riktlinjer och hur informationen om nationella riktlinjer inhämtades, tid som ägnades åt vetenskaplig litteratur, följsamhet till Folktandvårdens vårdprogram, faktorer som underlättar respektive utgör hinder för att införa nationella riktlinjer eller vårdprogram på kliniken samt stöd från närmaste chef för att tillämpa evidensbaserad kunskap.<sup>13</sup>

Kunskap om Socialstyrelsens nationella riktlinjer bedömdes som hög redan före det implementeringsprojekt som Folktandvården i Västerbotten initierade. Före implementeringen uppgav 84 procent av tandhygienisterna och 94 procent av tandläkarna att de kände till de nationella riktlinjerna, en siffra som gick upp efter implementering.

När det gällde användningen av Socialstyrelsens hemsida för att inhämta kunskap om de nationella riktlinjerna uppgav majoriteten att de använde hemsidan någon gång per år. Detta gällde både tandläkarna och tandhygienisterna. Det var fler tandläkare än tandhygienister som uppgav att de använde hemsidan någon gång per månad

Över 70 procent av tandläkarna uppgav att de ägnade upp till 60 minuter per vecka till inläsning av vetenskaplig litteratur. En mindre andel, cirka två – fyra procent ägnade mer än fem timmar i veckan åt inläsning av litteratur. Tandhygienisterna ägnade mindre tid åt inläsning av vetenskaplig litteratur än vad tandläkarna gjorde. 28 procent uppgav att de använde upp till 60 minuter i veckan åt vetenskaplig litteratur.

---

<sup>13</sup> Västerbottens läns landsting, Implementering av Nationella riktlinjer för vuxentandvård – Projekt riktat till tandhygienister och tandläkare i Folktandvården, 2016.



Enligt studien uppgav tandhygienisterna och tandläkarna en stor följsamhet till Folktandvårdens vårdprogram (mellan 94 och 100 procent). Cirka 90 procent av de svarande i båda grupperna ansåg också att vårdprogrammet hade stor betydelse för att kunna arbeta evidensbaserat.

I studien framhålls ett flertal enskilda faktorer som ansågs kunna underlätta respektive försvåra införandet av evidensbaserad vård. Som försvårande faktorer angavs exempelvis tidsbrist, stor arbetsbörda, brist på tillgång till databaser och vetenskaplig litteratur, ”vårdkultur” på klinik (som ”att arbeta som man alltid gjort”), och vana. Exempel på faktorer som enligt studien ansågs kunna underlätta var att tid för inläsning schemalades liksom uppdatering av ny kunskap. Vidare angavs tillgång till litteratur och databaser på kliniken och möjligheten att ha en stödperson med specialkunskap på kliniken som faktorer som skulle kunna underlätta följsamhet till evidensbaserad vård.

### **13.5 Sammanfattande bedömning av resultaten i enkäterna och rapporterna**

#### **Diskussion med kollegor – det vanligaste och viktigaste stödet**

I samtliga enkäter angavs att diskussion med kollegor var det mest använda kunskapsstödet men också det stöd som sågs som det viktigaste i vardagen. I Läkarförbundets enkät framkom att många ville ha mer tid för att diskutera med kollegor och att det främsta hindret var tidsbrist och hög arbetsbelastning. I SBU:s rapport uppges att allmänläkare har mer begränsade möjligheter att rådfråga kollegor då de är relativt ensamma i sin roll och har kort tid per tillgänglig patient. Läkarförbundets enkät ger också visst stöd för att så är fallet.

#### **Sökningar på internet och kommersiella internetbaserade kunskapsstöd är viktiga och används ofta**

I samtliga enkäter och i de övriga refererade rapporterna i kapitlet, lyftes internet fram som ett frekvent använt och viktigt hjälpmedel i sökandet efter information. Användningen av internet styrs också naturligtvis av tillgången till egen dator eller motsvarande. Enligt

SBU:s studie förefaller det som att läkare hade större tillgång till dator och internet i arbetet än exempelvis sjuksköterskor.

I svaren i enkäterna och av rapporterna framgår inte tydligt vilka sidor eller webbplatser vårdpersonalen besöker. Ett rimligt antagande är emellertid att det ofta handlar om många av de webbaserade kunskapsstöd framtagna av privata leverantörer, som finns fritt tillgängliga på internet, exempelvis Internetmedicin. Det styrks också av det faktum att Internetmedicin och Praktisk medicin ofta namnges som exempel i de olika enkäterna (se enkäten från Västra Götaland där de svarande kunde ange vilka tre sidor de oftast besökte).

Att kommersiella kunskapsstöd ofta används i vårdens vardag styrks av samtliga rapporter och enkäter. Generellt har internet och de kommersiella stöden lika hög användningsgrad som riktlinjer framtagna av verksamheten där professionen arbetade. I många fall hade de kommersiella stöden också en högre användning än många av de stöd som landstingen tillhandahåller.

Gällande de kommersiella stöden finns det dels, som nämnts ovan, sådana som är tillgängliga för alla, dels sådana som kräver en prenumeration, som Medibas. Användandet av exempelvis Medibas styrs således av om kliniken, landstinget osv. har valt att teckna en prenumeration eller inte. Även den enskilda yrkesutövaren kan såklart teckna en prenumeration privat. Styrande för användningen är också för vilken del av vården stödet är riktat.

En skillnad måste också göras mellan svenska och utländska stöd som UpToDate, där tillgången också är beroende av vilka prenumerationer som det enskilda landstinget, sjukhuset eller kliniken valt att teckna. I vissa fall används stödet ofta, ibland inte alls. UpToDate är inriktat mot den specialiserade vården och har en högre användning inom den delen av vården än andra kommersiella internetstöd som Internetmedicin (Läkarförbundets enkät).

### **Riktlinjer framtagna av den egna verksamheten är viktiga men ibland svår använda**

Gällande skriftliga kunskapsstöd angav både Vårdförbundets och Läkarförbundets medlemmar att riktlinjer framtagna i den egna verksamheten eller lokala riktlinjer från arbetsgivaren var några av de mest använda kunskapsstöden. Vårdförbundets medlemmar ansåg också att de lokala riktlinjerna var ett av de viktigaste stöden. Ett hinder

mot användandet som framförts är att stöden upplevdes som opraktiska och svåränvända. Som exempel kan nämnas den enkät som genomfördes av Västra Götalandsregionen där enkätdeltagarna ombads att betygsätta funktionaliteten av regionala eller lokala vårdgivarstöd (riktlinjer, vårdprogram, PM etc.) i den kliniska vardagen. Betygsskalan var 1–10 där 1 är fullständigt undermåligt och 10 perfekt. I medelvärde skattade enkätdeltagarna funktionaliteten till knappt 5.

Det förekommer också att andra landstings stöd än det egna användes om dessa stöd upplevdes som mer lättanvända (Läkarförbundets enkät och SKL:s rapport).

### **Socialstyrelsens nationella riktlinjer anses viktiga men inte alltid relevanta**

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är främst riktade mot beslutsfattare som ett stöd för prioriteringar i verksamheten. En majoritet av de tillfrågade i samtliga enkäter använde emellertid riktlinjerna. Vårdförbundets enkätsvar visade att riktlinjerna användes i mindre utsträckning än vad de ansågs viktiga för verksamheten. Särskilt de bland Vårdförbundets medlemmar som var chefer, ansåg att riktlinjerna var viktiga. Bland Läkarförbundets medlemmar fanns också ett intresse av att i högre grad använda sig av riktlinjerna. Tillgänglighet, tillämplighet och begränsat ämnesomfång ansågs dock utgöra ett hinder mot användningen. Riktlinjerna användes främst några gånger i månaden eller om året.

Fysioterapeuternas användning av Socialstyrelsens nationella riktlinjer var högre än för övriga grupper, även om de inte alltid ansågs helt relevanta för professionsgruppen. En särskild implementeringsprocess ökade kännedomen och användningen av Socialstyrelsens riktlinjer i Folk tandvården i Västerbotten.

### **Begreppen kunskaps- och beslutsstöd uppfattas som oklara och svåra att skilja åt**

En majoritet av de svarande i enkäterna angav att de inte hade tillgång till beslutsstöd. Enkäterna visar emellertid också på en osäkerhet kring vad som innefattas i begreppet beslutsstöd. Läkarförbun-

dets enkät ger att en majoritet inte kan eller vill skilja på begreppen kunskapsstöd och beslutsstöd. Fysioterapeuternas enkät pekar på att det finns ett intresse för beslutsstöd men att begreppet är okänt för många av de svarande. Endast 10 procent av fysioterapeuterna hade tillgång till beslutsstöd enligt enkätens definition. Även den enkät som specifikt handlade om kunskaps- och beslutsstöd och som skickades till Läkarsällskapets sektioner, visar på att det för professionen saknas en känd etablerad definition. Begreppet beslutsstöd har dock definierats i flera sammanhang, se kapitel 10.

### **Svårigheter att hitta i och bland kunskapsstödjande dokument**

I samtliga enkäter anger flera av de svarande att de saknar tillgång till vissa kunskapsstöd. Det kan vara fråga om stöd som i praktiken är tillgängliga för alla som har en internetuppkoppling. Samtidigt har de flesta svarande en god tillgång till internet. En slutsats är att det snarare handlar om svårigheter för professionen att hitta den relevanta informationen på internet än att den inte alls är tillgänglig. Det kan också vara så att information som i sig är tillgänglig inte är praktiskt möjlig att använda i den aktuella situationen. Ett exempel är information som är nödvändig under själva patientmötet, men där det tar för lång tid att ta fram den för att den ska vara praktiskt användbar.

I samtliga enkäters fritextsvar lyftes också behovet av att kunskapsstöd var samlade på ett enkelt sätt och att någon form av nationell portal eller motsvarande borde göras tillgänglig. Behovet av en nationell portal lyftes också i SKL:s rapport Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad? I SBU:s förstudie kring ett nationellt kunskapsbibliotek drogs slutsatsen att behovet av samlad medicinsk information på webben föreföll vara allra störst i primärvården. Av Läkarförbundets enkät framgår också att det är i främst i primärvården som internetbaserade stöd används. I rapporten från Folktandvården i Västerbotten anges brist på tillgång till databaser och vetenskaplig litteratur som ett hinder mot att arbeta mer evidensbaserat.

I SBU:s rapport Märk väl! är en av slutsatserna att många kunskapsdokument i dag saknar viktig, grundläggande innehållsmärkning som anger syftet med dokumentet, vem eller vilka som har skrivit det samt vilka hälsotillstånd och åtgärder dokumenten handlar om. Enligt rapporten medför avsaknaden av grundläggande innehållsmärkning att det finns problem att hitta kunskapsdokumenten på sökmotorer och annat sätt. Resultaten i enkäterna och rapporterna ovan visar också att det finns svårigheter för hälso- och sjukvårdsprofessionen att hitta den information de eftersöker.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Märk väl! – Nyttan av bättre innehållsmärkning, taggning och struktur i vårdens kunskapsdokument (2014). SBU föreslår i sin rapport att ett webbaserat verktyg/formulär tas fram som gör det möjligt att förse varje kunskapsdokument med en grundläggande innehållsmärkning före publicering. Innehållsmärkningen skulle enligt SBU förbättra synlighet och tydlighet i vanliga sökmotorer som Google, samlingsportaler och publika webb-platser och göra det enklare för professionen att bedöma och använda kunskapsdokumenten. I en delrapport från Socialstyrelsen 2016 till Rådet för statlig styrning med kunskap konstateras, mot bakgrund av det stora antal kunskapsstödande publikationer som myndigheterna ger ut (cirka 600 under 2015) att det både är viktigt att utveckla sökbarheten för redan framtagna produkter och att utmönstra inaktuella produkter. Vidare konstateras att det utifrån användarnas behov är viktigt att veta hur kunskapsunderlagen ska användas och vilken graden av styrning är. Myndigheterna i Rådet för statlig styrning med kunskap fattade i oktober 2016 beslut om att myndigheterna ska arbeta efter den metod som anges i rapporten Märk väl.



## 14 Genomslag, implementering eller nyttiggörande av ny kunskap

I detta kapitel beskrivs resan från vad som ibland kallas för eminensbaserad medicin till evidensbaserad medicin och evidensbaserad praktik. Kapitlet beskriver först forskning om hur en policy går från beslut till implementering eftersom det finns lärdomar att dra vad gäller policyer inom vården och nationella kunskapsstöds genomslag. Sedan beskrivs olika synsätt på och forskningsansatser kring hur ny kunskap kan påverka praxis. Bland annat beskrivs ansatser som bygger på att man ser kunskap som något som skapas av en part och sedan förs över i rationella steg till den som är tänkt att använda kunskapen. I kapitlet beskrivs också ansatser som menar att kunskap snarare är något som sprids enligt mer komplexa processer där mottagarens särskilda förutsättningar måste tas i beaktande, och ansatser som menar att kunskap inte alls låter sig spridas enligt någon modell. Teorier kring kunskapsutveckling i komplexa system samt forskningsfältet förbättringskunskap beskrivs också. Slutligen redogörs för utvärderingar och forskning som mer specifikt har studerat Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

I det här kapitlet tar utredningen inte ställning till vilket synsätt eller vilken forskningsansats som är bäst, utan återger så objektivt som möjligt olika synsätt och forskningsansatser. Syftet är att få en fördjupad och en vidgad förståelse kring utredningens uppdrag och frågeställningar. Utredningen har valt att använda den terminologi som respektive källa använt. Vissa forskningsfält bygger exempelvis hela sitt resonemang kring ordet implementering medan ordet har en negativ klang inom andra fält.

## 14.1 Från eminensbaserad till evidensbaserad medicin

Begreppet evidensbaserad medicin (EBM) myntades i början av 1990-talet.<sup>1</sup> Att praktisera EBM innebär att integrera den individuella kliniska expertisen med den bästa tillgängliga kunskapen från systematisk forskning.<sup>2</sup> Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) beskriver EBM som ett förhållningssätt där man hela tiden kritiskt bedömer om vården vilar på bästa tillgängliga vetenskapliga grund.<sup>3</sup> EBM-begreppet har också kommit att utvecklas till så kallad evidensbaserad praktik (EBP) och har spridit sig till andra områden exempelvis ”evidence based policy making”.<sup>4,5</sup>

Kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården är snabb. Den medicinska databasen PubMed innehåller över 26 miljoner referenser till biomedicinsk litteratur och varje år tillkommer drygt 1,4 miljoner medicinska artiklar.<sup>6,7</sup> Som enskild yrkesutövare kan det vara utmanande att hålla sig uppdaterad på den senaste forskningen. Det är också väl känt att det är svårt att nå ut med forskningsresultat så att den påverkar klinisk praxis och det finns ofta en diskrepans mellan vad forskningen har visat fungerar och vad som faktiskt görs i vården.<sup>8</sup>

Ett första steg i att underlätta för yrkesutövarna kan vara att värdera och sammanställa forskningsresultaten i olika typer av kunskapsstöd som standardiserade vårdplaner eller riktlinjer. Följsamhet till rekommendationer i riktlinjer och standardiserade vårdplaner har visat sig ge positiva resultat för patienten.<sup>9,10,11</sup> Följsamhet

---

<sup>1</sup> Evidence-Based Medicine Working Group, *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine*, 1992.

<sup>2</sup> DL Sackett, m.fl., *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*, 1996.

<sup>3</sup> SBU, *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. 2 uppl., 2014.

<sup>4</sup> P. Nilsen, *Implementering av evidensbaserad praktik*, 2014.

<sup>5</sup> L. Sundberg Richter, *Mind the gap: Exploring evidence-based policymaking for improved preventive and mental health services in the Swedish health system*, 2016.

<sup>6</sup> SBU, 2014.

<sup>7</sup> NCBI, PubMed, 2016.

<sup>8</sup> L. A. Bero, m.fl., *Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings*. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group, 1998.

<sup>9</sup> Fritz JM, m.fl., *Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute low back pain delivered by physical therapists?*, 2007.

<sup>10</sup> U. Ronellenfitsch, m.fl., *Clinical Pathways in surgery: should we introduce them into clinical routine?* A review article, 2008.

<sup>11</sup> G. M. Rutten, m.fl., *Adherence to clinical practice guidelines for low back pain in physical therapy: do patients benefit?*, 2010.



har emellertid visat sig svårt att uppnå och det finns många förklaringsmodeller till det. Att enbart sammanställa och sprida skriftligt material, som till exempel riktlinjer, är inte tillräckligt för att förändra klinisk praxis.<sup>12,13,14,15</sup>

## 14.2 Policyimplementering i offentlig förvaltning

Inom statsvetenskapen har man länge studerat implementering av policyreformer. Implementering kan i denna kontext tolkas ungefär som genomförande av politiska beslut. Resonemangen som teorierna för med sig kan vara användbara både för att förstå vad som krävs för att nå jämlik vård, och för att resonera kring hur ett kunskapsstöd i form av exempelvis en riktlinje kan tänkas få genomslag.

Policyreform har traditionellt setts som en process där politiker beslutar om en policy som förvaltningen sedan implementerar. Detta linjära synsätt kan också försvaras enligt den demokratiska principen att folket har valt representanter som i sin tur ska förverkliga sin politik. Fram till 1960-talet studerades därför främst processen fram till beslutsfattandet. Att policyn därefter förverkligades togs för givet. Redan under 1960-talet uppmärksammades dock vad som kommit att kallas implementeringsproblemet: att beslut inte genomförs så som beslutsfattarna avser. Ett klassiskt exempel som fått representera implementeringsproblemet rör att reformer med avsikt att minska fattigdomen i USA:s slumkvarter på 1960-talet inte förverkligades trots att både den politiska viljan och de ekonomiska förutsättningarna fanns.<sup>16</sup> Efterhand som misslyckad implementering av policyer har uppmärksammats har det dock vuxit fram nya synsätt och studier som syftar till att förstå och ge rekommendationer för en förbättrad implementering av policyer.

En av de mest välkända teorierna kring policyimplementering kallas Top-down. Top-down-teorin utgår ifrån att perfekt implemente-

<sup>12</sup> Bero, m.fl., 1998.

<sup>13</sup> R. Grol och J. Grimshaw, *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*, 2003.

<sup>14</sup> M. Lugtenberg, m.fl., *Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners*, 2009.

<sup>15</sup> M. Lugtenberg, m.fl., *Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review*, 2009.

<sup>16</sup> A. Sannerstedt. 2001. *Implementering – hur politiska beslut genomförs i praktiken*. Kapitel i B. Rothstein. 2001. *Politik som organisation* (tredje upplagan).

ring kan uppnås genom raka led från beslutsfattare till implementeringsnivå. Bland de som förespråkar ett top-down-perspektiv finns också teorier om vilka problem som kan försvåra implementeringen. Brist i koordinering är en sådan, policyprocessen antas vara rationell och att det viktiga är att det finns en rak kommunikationslinje, dvs. att policyn kommuniceras tydligt uppifrån och ner från beslutsfattare till förvaltning. Andra förutsättningar som antas behöva finnas på plats för att implementeringen ska fungera är perfekt kommunikation och tillräckliga resurser och tid.<sup>17</sup> Enligt dessa teorier borde det kunna antas att eventuella problem med implementeringen av riktlinjer eller föreskrifter inom hälso- och sjukvården skulle kunna härledas till brist i kommunikation och koordinering. Antagandet är alltså att de som arbetar i vården skulle agera ”rationellt” och använda rätt kunskap förutsatt att de bara fått korrekt information om att det är så de bör göra. Ett potentiellt problem med detta antagande är att vårdprofessionerna då inte ses som tänkande individer som själva kan påverka patientens behandling, eller som kan tänkas påverkas av hur de är vana vid att arbeta och vara ovilliga att förändra det.

Även om man i enlighet med top-down-perspektivet skulle vara på god väg att genomföra en lyckad implementering inom själva förvaltningen finns det en risk att individer som är berörda av policyn inte accepterar den. Detta synsätt utgår från antagandet att medborgare i dagens samhälle är mindre motiverade än tidigare att delta i politiken, vilket leder till att de inte inser hur en policy kommer att påverka dem förrän det är försent för dem själva att påverka utfallet. De blir alltså både medvetna om policyn och formar sin åsikt om den ungefär samtidigt, med andra ord när policyn redan har trätt in i implementeringsfasen. Risken för denna typ av hinder skulle kunna ha undvikits om man valt att involvera berörda individer redan vid initieringsfasen, på så sätt skulle dessa personer ha fått möjlighet att säga sin mening redan vid förhandlingsbordet, vilket skulle leda till en smidigare övergång vid implementeringsperioden och en mer förankrad implementering.<sup>18</sup>

I kunskapsstyrning är frågan om en mer deltagande policyprocess skulle kunna ha lett till en mer lyckad implementering i allra högsta

<sup>17</sup> J. Hudson, S. Lowe. 2009. *Understanding the Policy Process*. Bristol: The Policy Press. (2nd edition).

<sup>18</sup> H. A. Maarten, H. Wagenaar, (eds.). 2003. *Deliberative Policy Analysis, understanding Governance in the Network Society*. Cambridge: Cambridge University Press.

grad aktuell. Hade berörda aktörer möjlighet att påverka utformningen av exempelvis kunskapsstödet eller uppmärksammades policyn först i implementeringsfasen när den redan var fastställd? Detta är relevant oavsett om vi studerar en nationell fråga som en riktlinje eller en ny lag, eller om vi studerar hur ett landsting själv tar fram en policy för implementering i förvaltningen. I det första fallet är alltså landstingsledningen en av aktörerna som kan påverkas under implementeringsfasen medan de i det andra exemplet är beslutsfattare, vars policyer påverkar andra aktörer.

Ovan har policyprocessen beskrivits med antagandet att den kan delas in i faser där implementering föregås av ett politiskt beslut. Policyforskare som förespråkar en bottom-up-ansats (i dess mest extrema form) menar dock att policyprocessen inte kan skiljas från implementeringsfasen då denna påverkar en policys utformande. Detta synsätt introducerades på 1980-talet och med den gick synen på policy från att vara ett beslut till att bli ett handlande. Inom bottom-up ses implementeringen som en process och inte ett slutmål; slutresultatet kan skilja sig från det som beslutsfattarna avsett med policyn. Implementeringsfasen spelar alltså en avgörande roll för själva policyns utformning, effektivitet och förankring i den dagliga verksamheten. Det antagande som top-down-perspektivet i sin mest extrema form gör om tjänstemän som icke-tänkande och lydande personer i ett maskineri är här borta. Här får de enskilda tjänstemännen en större roll att påverka handlingsutrymmet för policyn, vilket kan leda till att en policy kan tolkas olika utifrån den enskilde handläggarens tolkningsförmåga. Ett potentiellt problem som kan uppstå när man ger tjänstemän eget tolkningsutrymme är först och främst att implementeringen blir del av ett subjektivt handlande där de enskilda handläggarna kan tolka policyn olika vilket leder till olika utfall.<sup>19</sup>

Under tidigt 1980-tal myntades begreppet närbyråkrat (engelska: street-level bureaucrat) av Michael Lipsky som driver tesen att de byråkrater som arbetar direkt med eller mot människor har stort utrymme i utformandet av en policy i praktiken.<sup>20</sup> Vårdens professioner får här betraktas som närbyråkrater. I frågan om kunskapsstödens användande i vården poängteras ofta att vårdpersonalen *ska* göra egna

---

<sup>19</sup> Hudson & Lowe, 2009.

<sup>20</sup> K. Löfgren. 2012. *Implementeringsforskning – En kunskapsöversikt*. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö.

medicinska bedömningar utifrån den individuella patientens behov och att det kan kräva avsteg från kunskapsstödet rekommendationer. Vårdens så kallade närbyråkrater har ofta så stor handlingsfrihet att det är de, snarare än politiska beslutsfattare, som utformar policyerna. Detta är också naturligt då vården ska vara individanpassad och präglas av professionell kompetens. Samtidigt gör det också att politiska beslutsfattare får svårt att styra och kontrollera.

De två teorierna bottom-up och top-down är i sin renodlade form extrema. Det finns exempel på policyer som genomförs av förvaltningen uppifrån och ner efter fattat beslut, om riksdagen exempelvis beslutar att höja barnbidraget kommer det att vara genomfört samma dag beslutet träder i kraft. Men många reformer lämnar större utrymme för anpassning och tolkning. Från slutet av 1980-talet utvecklades flera teorier som lägger större tonvikt vid att sammanhang och kontext avgör hur policyprocessen kan förstås. Från år 1990 ungefär ligger forskningens fokus på New Public Management och implementeringsproblem ses då som ett managementproblem. Från 2000 ungefär ligger i stället fokus på governance-forskning som studerar samverkan i nätverk.

Slutligen finns det också social-konstruktivistiskt synsätt som betonar att vi måste se att individer som påverkas av en policy tillhör olika grupper vilket per automatik ger dem olika privilegier.<sup>21</sup> Detta tillför mer komplexitet till policyprocessen men tillför värdefulla verktyg i att förstå varför personer med samma symptom eller diagnos kan få olika behandling i vården.

### 14.3 Nyttiggörande av ny kunskap studeras inom en rad forskningsfält och traditioner

I takt med det växande intresset för evidensbaserad medicin (EBM) har intresset växt för att även studera hur forskningsresultaten på bästa sätt kan få genomslag och påverka praxis.<sup>22</sup> Under 1990-talet

---

<sup>21</sup> H. Ingram, A. Schneider, P. DeLeon. *Social Construction and Policy Design*. i Sabatier, Paul, A., 2007. *Theories of the Policy Process*. Boulder: Westview Press.

<sup>22</sup> Nilsen, 2014.

började vårdforskningen också att studera EBM ur ett implementeringsperspektiv.<sup>23</sup>

### 14.3.1 Forskning om genomslag och implementering

I EBM:s barndom tänkte man sig att den evidens man tog fram och presenterade per automatik skulle komma att användas i klinisk praxis. De senare årens forskning om kunskapsanvändning visar dock att så inte är fallet. För att förändra praxis menar forskarna att det krävs väl designade och genomtänkta strategier som bygger på interaktion mellan avsändare och mottagare samt hänsynstagande till såväl kultur som kontext.<sup>24,25</sup> I dag finns en stor mängd forskning om genomslag och implementering inom en rad olika forskningsfält. Flera av forskningsfälten är snarlika eller överlappande och en viss begreppsförvirring råder enligt den svenske forskaren Per Nilsen som i sin bok *Implementering av evidensbaserad praktik* listar ett antal forskningsfält och ansatser med koppling till implementering:

- Implementeringsvetenskap (Implementation Science)
- Kunskapsöversättning (Knowledge Translation)
- Translationell forskning (Translational Research)
- Kunskapsöverföring (Knowledge transfer)
- Kunskapsutbyte (Knowledge Exchange)
- Förbättringsvetenskap (Improvement Science).

Liksom EBM bygger implementeringsvetenskap på en naturvetenskaplig tradition där kunskap framtagen genom randomiserade kontrollerade studier ses som kvantifierbar, neutral och generaliserbar. Kunskapen förväntas alltså någorlunda oförändrad kunna överföras till vårdens vardag.<sup>26</sup> Till att börja med tenderade forskarna att se implementering som en linjär och rationell process där evidens i bestämda steg förs över från producenter till användare. Med tiden har

<sup>23</sup> S. Johansson. 2012. Implementering av förändringar i socialtjänstens verksamheter – Vad säger forskningen? Powerpoint framtagen för SKL:s BoU-träff. [www.gotland.se/69515](http://www.gotland.se/69515).

<sup>24</sup> P. Garpenby och P. Carlsson, 2014.

<sup>25</sup> Lugtenberg, m.fl., 2009.

<sup>26</sup> P Nilsen, *Implementering, teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*, 2010.

implementeringsvetenskapen utvecklats till att ta mer hänsyn till att implementering är en komplex process där många olika faktorer är beroende av varandra och kontexten är viktig.<sup>27,28</sup>

Under senare år har implementeringsforskning även bedrivits inom det så kallade STS-fältet (Science and Technology Studies). Inom STS-fältet menar man att evidens är tillfälligt stabiliserad kunskap som bara är sann i den kontext där den togs fram. Att fokusera på följsamhet till centralt aggregerad vetenskaplig kunskap, till exempel i form av riktlinjer, blir därför inte särskilt relevant enligt detta sätt synsätt. Här förespråkas i stället ett bottom-up-perspektiv på implementering som lämnar stort utrymme för lokal kreativitet och innovation i förhållande till olika riktlinjer.

Även inom naturvetenskaplig forskning finns en medvetenhet om möjliga problem med att generalisera evidensbaserad kunskap till olika kontexter. Det talas om extern validitet, det vill säga forskningsresultatens förmåga att gälla inte bara i forskningsmiljön utan även i andra miljöer. Riktlinjedokument inleds ofta med en text där man tydliggör att riktlinjerna är skrivna på en generell nivå och att avsteg från riktlinjerna kan vara nödvändiga vid behandling av enskilda patienter.<sup>29</sup>

## Rogers tidiga syn på implementering – Diffusion of Innovations

Tidiga modeller om hur forskningsresultat leder till förändrad praktik beskrev processen som linjär och rationell, med överföring av forskningsresultat från producenter till användare.<sup>30</sup>

I Everett M Rogers epokgörande bok *Diffusion of Innovations*<sup>31</sup> från 1962 beskrivs för första gången begreppsapparaten kring spridning och *adoption*<sup>32</sup> av innovationer.<sup>33</sup> Med diffusion menar Rogers inte bara spontan, oplanerad spridning av nya idéer utan även spridning som är planerad och styrd. Implementering är enligt Rogers när en person tar en innovation i bruk. Han beskriver implementerings-

---

<sup>27</sup> K Fernler, *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*, 2012.

<sup>28</sup> P. Nilsen, *Making sense of implementation theories, models and frameworks*, 2015.

<sup>29</sup> Fernler, 2012.

<sup>30</sup> Nilsen, 2015.

<sup>31</sup> E Rogers, *Diffusion of Innovation* (fifth edition: first edition 1962), 2003.

<sup>32</sup> Ung. användare.

<sup>33</sup> Nilsen, 2010.

processen som en tids-sekventiell kedja med fem steg: kunskap – övertygande – beslut – implementering – bekräftelse.<sup>34</sup> Rogers diffusionsteori beskriver fem egenskaper hos innovationen som påverkar i vilken utsträckning den kommer att bli använd:

1. Relativ fördel (om innovationen upplevs vara bättre än tidigare praxis),
2. Kompatibilitet (om innovationen stämmer överens med användarens behov, värderingar och tidigare erfarenheter),
3. Komplexitet (om innovationen anses lätt eller svår att förstå samt använda),
4. Testbarhet (om innovationen kan prövas i liten skala först),
5. Synliga resultat (om innovationens resultat är väl synlig för andra).

Rogers var också den som beskrev de fem kategorierna av användare som många känner igen: innovatörer (innovators), tidiga användare (early adopters), den tidiga majoriteten (early majority), den sena majoriteten (late majority) och eftersläntrare (laggards). För att en innovation ska få ordentligt fäste och bli långvarig krävs enligt Rogers att man har uppnått en kritisk massa av användare, det vill säga att tillräckligt många har anammat innovationen.

Rogers Theory of Diffusion framhåller också vikten av så kallade intermediära aktörer (opinion leaders, change agents och gatekeepers).<sup>35</sup>

### **Forskningen har visat att genomslaget påverkas av kontexten och en rad andra bestämningsfaktorer**

Många av Rogers slutsatser håller än i dag, men med tiden har man blivit mer medveten om komplexiteten i implementeringsprocessen och linjära sekventiella sätt att se på implementering har med tiden ifrågasatts, även av Rogers.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Rogers, 2003.

<sup>35</sup> Ibid.

<sup>36</sup> Nilsen, 2014.

Genomslaget av en innovation beskrivs bero på egenskaper hos en rad så kallade determinanter, eller bestämningsfaktorer, som i sin tur påverkar varandra (se tabell 14.1). Implementeringsobjektet själv, exempelvis ett kunskapsstöd, är en sådan determinant. Det måste vara trovärdigt, bygga på legitim kunskap, vara relevant för det dagliga arbetet och vara lätt att använda. Kunskapsstödet behöver möta ett behov som de tänkta användarna upplever.<sup>37,38</sup> Användarna måste också förstå riktlinjens intention, vad deras egen uppgift i sammanhanget är och vad de ska göra för att agera i linje med riktlinjen. Att användarna vill agera i enlighet med kunskapsstödet är också avgörande.<sup>39</sup> För att vilja det krävs att de känner förtroende för det. Detta kan uppnås exempelvis genom att de vet vem som skrivit det och vilka källor det bygger på. Användarna behöver också känna att kunskapsstödet innehåller inte påverkar deras yrkesverksamhet negativt och att de har incitament att följa det.<sup>40,41</sup> En rad andra egenskaper hos användarna spelar också in så som tidigare kunskaper, förändringsbenägenhet, självtillit, normer, motivation, förväntningar, skicklighet, ålder och kön.<sup>42,43</sup>

Användarna måste också kunna agera enligt riktlinjen. Det kräver att de känner till den och vad den innehåller men också att de har tillräckliga resurser och organisatoriska möjligheter.<sup>44,45,46</sup> Kontexten i vilken användarna verkar är av avgörande betydelse för genomslaget. Här kommer faktorer som organisationens storlek och ålder in liksom bemanning, befintliga rutiner, konkurrens från andra initiativ, finansiering och organisationens kultur. Patienternas inställning och agerande är avgörande för genomslaget. I tillägg till egenskaperna hos ovan beskrivna determinanter krävs också väl planerade och desig-

---

<sup>37</sup> J. Grimshaw, m.fl., *Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications*, 2004.

<sup>38</sup> Nilsen, 2010.

<sup>39</sup> L Lundquist, *Aktörer och strukturer*, 1984.

<sup>40</sup> S Vengberg, *Statlig kunskapsstyrning av den medicinska professionen – en studie om implementeringen av de nationella riktlinjerna för strokesjukvård*, 2012.

<sup>41</sup> U Winblad-Spångberg, *Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården*, 2003.

<sup>42</sup> Nilsen, 2010.

<sup>43</sup> Rogers, 2003.

<sup>44</sup> Lundquist, 1984.

<sup>45</sup> Vengberg, 2012.

<sup>46</sup> Winblad-Spångberg, 2003.



nade, implementeringsstrategier. De behöver involvera rätt personer och utföras enligt plan med fortlöpande feedback.<sup>47,48</sup>

**Tabell 14.1** Genomslaget beror på egenskaper hos en rad determinanter som i sin tur påverkar varandra.<sup>49</sup>

Determinant	Egenskaper som påverkar genomslag
Implementeringsobjektet (ex. riktlinjen)	Forskningsunderlagets kvalitet (ex. evidensstyrka), trovärdighet, relevans för det dagliga arbetet, användarvänlighet
Användarna (utförarledet)	Upplevt behov, förståelse, vilja, mandat, självförtroende, normer, motivation, förväntningar, skicklighet/förmåga, tidigare kunskaper, förändringsbenägenhet, professionstillhörighet, inflytande från kollegor, ålder, kön
Målgruppen (patienterna)	Patientens karaktäristika och följsamhet
Kontext	Finansiering, politiska beslut, bemanning, befintliga rutiner, konkurrens från andra initiativ, organisationens storlek, ålder och mognad, kommunikation, kultur och klimat (mer tillfälligt)
Implementeringsstrategiernas effektivitet	Beror på kontext men de behöver vara väl planerade och designade, involvera rätt personer, utföras enligt plan med fortlöpande feedback (utveckling och reflektion)

### Några implementeringsinterventioner har visat sig vara mer effektiva än andra

Det verkar inte finnas *ett* svar på vad som fungerar vad gäller implementering. Det finns ingen ”Magic bullet”. Redan tidigt försökte forskare emellertid bedöma effektiviteten av olika implementeringsinterventioner.<sup>50</sup> Flera, men inte alla, framhåller sammansatta interventioner<sup>51</sup> som mer effektiva än enskilda interventioner. Det tros ha att göra med att hela interventionsprojektet blir mer aktivt

<sup>47</sup> Lugtenberg, m.fl., 2009.

<sup>48</sup> Nilsen, 2010.

<sup>49</sup> Fritt efter Lundquist, 1984, Nilsen, 2014, Vengberg, 2012, Winblad-Spångberg, 2003.

<sup>50</sup> Ung. aktiviteter.

<sup>51</sup> Multifaceted intervention.

samt att vårdpersonal tar till sig information på olika sätt.<sup>52,53,54,55</sup> Även några enskilda interventioner har lyfts fram som effektiva. *Educational outreach*<sup>56</sup> är ett sådant exempel. Interventionen innebär som namnet antyder att någon kommer ut till arbetsplatsen och utbildar kring något särskilt, till exempel läkemedelsförskrivning. Material kan eventuellt delas ut och återbesök eller påminnelser av annat slag ingår ofta.<sup>57,58,59</sup> Datorbaserade beslutsstödssystem som kräver att vårdpersonal motiverar avvikelser från råd och varningar har också visat sig ge effekt,<sup>60</sup> liksom interaktiv undervisning – till exempel workshop i liten grupp.<sup>61</sup> Beslutsstöd som riktar sig både till patienter och vårdpersonal är oftare effektivare än beslutsstöd riktade enbart till vårdpersonal.<sup>62</sup> Gemensamt för effektiva interventioner tycks vara att de förutsätter aktivitet och ställningstaganden från både avsändare och mottagare.

Ett antal interventioner har emellertid visat sig sakna effekt. Forskarna verkar överens om att enbart spridning av skriftligt material, till exempel riktlinjer, inte är tillräckligt för att få genomslag. Det samma gäller traditionell undervisning som föreläsningar och katederundervisning.<sup>63</sup> Datorbaserade beslutsstödssystem som har påminnelser och varningar i arbetsflödet riskerar att upplevas som störande eller helt enkelt ignoreras när man vant sig vid dem.<sup>64</sup>

---

<sup>52</sup> Bero, m.fl., 1998.

<sup>53</sup> A. Boaz, m.fl., *Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature*, 2011.

<sup>54</sup> Lugtenberg, m.fl., 2009.

<sup>55</sup> Prior, m.fl., *The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings*, 2008.

<sup>56</sup> Academic detailing.

<sup>57</sup> Bero, m.fl., 1998.

<sup>58</sup> Grol och Grimshaw, 2003.

<sup>59</sup> Prior, m.fl., 2008.

<sup>60</sup> P. S. Roshanov, m.fl., *Features of effective computerised clinical decision support systems: meta-regression of 162 randomised trials*, 2013.

<sup>61</sup> Prior, m.fl., 2008.

<sup>62</sup> Roshanov, m.fl., 2013.

<sup>63</sup> Prior, m.fl., 2008.

<sup>64</sup> Roshanov, m.fl., 2013.

## Fokuserade och väl designade strategier krävs för att lyckas med implementering

Forskningen visar att det är nödvändigt att använda sig av fokuserade och väl designade implementeringsstrategier för att få genomslag och förändra praxis. Dessa strategier behöver inte se likadana ut överallt och det tycks inte finnas en enskild strategi som är den allra bästa.<sup>65,66</sup>

Ett stort antal modeller har utvecklats. Exempel på modeller är PHARIS<sup>67</sup>, Knowledge-to-Action (KTA)<sup>68</sup>, Quality Implementation Framework (QIF)<sup>69</sup>, Consolidated Framework for Implementation Research” (CFIR)<sup>70</sup> och Behaviour Change Wheel<sup>71</sup>. Modellerna utgår i varierande grad från ett top-down eller ett bottom-up-perspektiv i relation till vem som identifierat behovet av förändring och driver processen. Ofta beskrivs dock en pragmatisk syn på detta där exempelvis producenter av ett kunskapsunderlag identifierar behovet tillsammans med de kliniskt aktiva, som förväntas använda det. Flera modeller beskriver implementeringen som en cirkulär process med olika typer av ”feedback-loopar”.

Dean Fixsen med kollegor har presenterat ett kombinerat top-down och bottom-up-ramverk<sup>72</sup> för hur interventioner kan implementeras storskaligt. I processen skapas förutsättningar för användningen av interventionen samt en gynnsam miljö för det samma. Fixsen betonar vikten av så kallade implementeringsteam. Teamen består av personer som har expertkunskaper om implementering och förbättringsarbete och är ansvariga för att saker och ting ska hända, ”make it happen”. Fixsens ramverk innehåller också en feedback-loop från användarna av interventionen till beslutsfattarna som i sin tur ska skapa bättre och bättre förutsättningar för användandet av interventionen. En extern support ska enligt Fixsen finnas på plats eftersom det anses svårt att förändra en organisation samtidigt som

---

<sup>65</sup> J. M. Grimshaw, m.fl., *Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions*, 2001.

<sup>66</sup> Grol och Grimshaw, 2003.

<sup>67</sup> J. Rycroft-Malone, m.fl., *Ingredients for change: revisiting a conceptual framework*, 2002.

<sup>68</sup> I. D. Graham, m.fl., *Lost in knowledge translation: time for a map?*, 2006.

<sup>69</sup> D. C. Meyers, m.fl., *The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process*, 2012.

<sup>70</sup> CFIR Research Team, *Consolidated Framework for Implementation Research*, 2014.

<sup>71</sup> S. Michie, m.fl., *The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions*, 2011.

<sup>72</sup> Statewide Implementation of Evidence-Based Programs.

man själv ingår i den. Tre faktorer framhålls som centrala för att ett förändringsarbete ska lyckas: kompetens hos användarna, en stödjande organisation och ett effektivt ledarskap.<sup>73</sup>

### 14.3.2 Låter sig kunskap spridas enligt en modell?

Det finns forskare som menar att kunskap inte låter sig spridas och implementeras från producenter till användare enligt strukturerade modeller. De menar att förklaringen till hur vårdpersonalen tillgodogör sig ny kunskap är betydligt mer komplex. The Adoption Model utgår exempelvis ifrån att den som upplever att den har ett problem eller ett behov kommer att söka information för att lösa det. Modellen beskriver hur processen startar med att användaren, eller "the adopter", upplever ett behov av en förändring.<sup>74</sup> Därefter söker användaren en lösning som tillgodoser dennes behov. Användaren bedömer olika möjliga lösningar och bestämmer sig för den som verkar bäst. Till sist anpassar användaren lösningen till den specifika kontexten. Spridaren av ett kunskapsstöd eller dylikt bör enligt denna modell fokusera på att vara ett stöd för användaren i dennes sökande efter lösningar, till exempel genom att skapa arenor för kollegial diskussion eller genom att informera om ett urval av olika tänkbara lösningar.<sup>75</sup>

En än mer komplex förklaringsmodell beskrivs av Gabbay och le May som genom sin forskning kommit fram till att läkare inte följer riktlinjer (guidelines) utan "mindlines". Mindlines är kollektivt förstärkta, integrerade och undermedvetna riktlinjer. De är uppbyggda av läkarens egen kunskapsbas, interaktion med kollegor och patienter, praktiska erfarenheter och information från korta sporadiska stunder av läsning. Läkarens mindlines påverkas också genom förhandlingar utifrån organisationskrav och en rad olika nyckelaktörer vilket leder till ett socialt konstruerat "knowledge in practice".<sup>76</sup>

---

<sup>73</sup> Fixsen D, m.fl., *Statewide Implementation of Evidence-Based Programs*, 2013.

<sup>74</sup> Här poängteras att användaren och spridaren av en idé, exv. ett kunskapsstöd, inte alltid ser samma problem eller samma behov av förändring.

<sup>75</sup> SW Fraser och P Plsek, *Translating evidence into practice: a process of externally driven spread or personal adoption?*, 2003.

<sup>76</sup> J. Gabbay och A. le May, *Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?"* Ethnographic study of knowledge management in primary care, 2004.

Mindlines är uppbyggda av läkarens egen kunskapsbas, interaktion med kollegor och patienter, praktiska erfarenheter och information från korta sporadiska stunder av läsning. De påverkas också genom förhandlingar utifrån organisationskrav och en rad olika nyckelaktörer vilket leder till ett socialt konstruerat ”knowledge in practice”.<sup>77</sup>

### 14.3.3 Att leda kunskapsbaserad utveckling i komplexa system

Svensk hälso- och sjukvård beskrivs av Palmberg med kollegor som ett komplext adaptivt system bestående av olika nätverk där de ingående aktörerna inte kan styras på samma sätt som i en klassisk hierarkisk linjeorganisation.<sup>78</sup> Även Calltorp med kollegor menar att man kan få en mer tydlig bild av styrningens möjligheter och begränsningar inom hälso- och sjukvården genom att utgå från ett nätverksperspektiv. I en väv av kontakter och relationer hanteras stora och komplexa utbyten både mellan kommunernas och landstingens egna enheter och med externa intressenter. Många medicinska ställningstaganden görs exempelvis inom ramen för olika professionella nätverk som ofta är uppbyggda specialitetsvis och överskrider både sjukhus- och landstingsgränser.<sup>79</sup>

Hälso- och sjukvårdsorganisationen kan därutöver sägas bestå av tre skilda domäner: vårdens och medicinens professioner, den administrativa ledningen och de förtroendevalda politikerna.<sup>80</sup> De tre domänerna har sinsemellan olika perspektiv och delvis skilda värderingar och olika förståelse för verksamheten.<sup>81</sup> De professionella grupperna har ofta fokus på den enskilda *patienten*, och vill ge bästa möjliga vård och omsorg till denne. Fokus ligger alltså på kvalitet på individnivå. Politik och administration har fokus på *patienter* eller *medborgare*, exempelvis alla som står i vårdköer. Det vill säga kvalitet på populationsnivå. Ibland kan dessa perspektiv stå

---

<sup>77</sup> Ibid.

<sup>78</sup> M Palmberg och K Palmberg Broryd, *Att leda kunskapsbaserad utveckling – Ett kunskapsunderlag*, 2014.

<sup>79</sup> J Calltorp, m.fl., *Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården*, 2006.

<sup>80</sup> B Hallin och S Siverbo, *Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*, 2002.

<sup>81</sup> N Källberg, *Förändringsprocesser i sjukvården: en studie av aktörer på en röntgenavdelning och deras agerande*, 2013.

i motsatsförhållande. Ett sådant exempel är när en riktlinje ger låg prioritet till en effektiv behandling på grund av att den inte är kostnadseffektiv.<sup>82</sup>

Palmberg beskriver ett synsätt på vad systemledningen<sup>83</sup> kan och bör styra i ett komplext system, och vad som bör utvecklas av de fria aktörerna inom systemet. Synsättet bygger på ramverket RADAR från EFQM<sup>84</sup> som beskriver att framgångsrika organisationer arbetar genom att:

- sätta upp vilka mål, vilket värde och vilka resultat man vill uppnå (Result)
- ta fram angreppssätt för hur man ska gå tillväga (Approach)
- bestämma hur dessa angreppssätt ska tillämpas (Deployment)
- följa upp utfallet (Assess)
- förfina sitt system (Refine).

Empirin har visat att när man leder i komplexitet bör systemledningen begränsa sitt fokus till RAR, dvs.:

- sätta upp mål och resultatkrav (R)
- följa upp utfallet i systemet som helhet och för respektive aktör – hur går det? (A)
- förfina målen och systemet när resultaten visar vad som behöver ”skruvas på” (R).

Däremot bör valet av angreppssätt (A) och hur det tillämpas (D) lämnas till aktörerna i systemet att bestämma. De olika aktörerna kan välja att göra på många olika sätt, och ändå nå målen. Det är viktigt, och lite av poängen, att i komplexa system lämna stor frihet för detta.<sup>85</sup>

---

<sup>82</sup> Myndigheten för vård och omsorgsanalys, *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*, 2015.

<sup>83</sup> Dvs. de som ansvarar för systemet.

<sup>84</sup> European Foundation for Quality Management.

<sup>85</sup> Palmberg och Palmberg Broryd, 2014.

### 14.3.4 Förändringsarbete och förbättringskunskap

Socialstyrelsen listar i sin skrift "Om implementering" från 2012 fem vanliga missförstånd om förändringsarbete. Den första är att effektiva metoder sprider sig själva. Det andra är att information räcker för att åstadkomma förändring. Det tredje är att utbildning leder till användning, det fjärde att förändring sker snabbt och det femte att det räcker att man tror på det man gör för att det ska bli bra.<sup>86</sup> Fixsen och kollegor konstaterar fortsatt att med kunskap om implementering genomförs i genomsnitt 80 procent av det planerade förändringsarbetet efter tre år. Utan sådan kunskap genomförs 14 procent av förändringsarbetet efter i genomsnitt 17 år.<sup>87</sup>

Paul Batalden menar att hälso- och sjukvården inte kommer att nå sin fulla potential, om inte förändringsarbete blir en integrerad del av allas jobb, varje dag och i alla delar av systemet. Man behöver också vara uppmärksam på om förändringarna verkligen innebär förbättringar.<sup>88</sup> För att åstadkomma förändringar som är förbättringar kan man söka stöd i förbättringskunskap. Förbättringskunskap består av fyra komponenter:

1. Systemförståelse, att försöka se kopplingen mellan enskilda aktiviteter och helheten.
2. Förståelse för variation i processer med hjälp av statistiska metoder.
3. Förändringspsykologi, särskilt om gruppdynamik och samverkan, om motivation, konfliktlösning och kreativitet.
4. Lärande hos vuxna som baseras på egen erfarenhet, observation och reflektion.

Man behöver också ha möjligheten att testa förändringar i liten skala enligt det så kallade PDSA-hjulet (Plan-Do-Study-Act)<sup>89</sup>. Batalden menar att både förbättringskunskap och professionell

---

<sup>86</sup> Socialstyrelsen, Om implementering, 2012.

<sup>87</sup> D. L. Fixsen, m.fl., *Mobilizing communities for implementing evidence-based youth violence prevention programming: a commentary*, 2011.

<sup>88</sup> P. B. Batalden och F. Davidoff, *What is "quality improvement" and how can it transform healthcare?*, 2007.

<sup>89</sup> J Thor, Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbetet inom vården, 2002.

kunskap behövs för att förbättra medicinska, funktionella och upplevda resultat (se figur 14:1).<sup>90</sup>

Figur 14.1 Ett ramverk för vad som krävs för att förbättringar ska ske i hälso- och sjukvården. En kombination av professionell kunskap och förbättringskunskap krävs enligt Paul Batalden<sup>91</sup>



Källa: Paul Batalden.

Ett antal förutsättningar antas vara viktiga för att ett effektivt och ändamålsenligt förbättringsarbete och lärande ska kunna bedrivas i organisationer. Vanliga förutsättningar är:

1. Förändringstryck och insikt om att förändring behövs.
2. Kunskap om handlingsalternativ. Om det finns ett stort förändringstryck i den berörda organisationen utan att det finns idéer om att problemen går att lösa, är risken stor att det uppstår frustration. Kunskap i sammanhanget ska ses brett. Det kan handla

<sup>90</sup> P. B. Batalden och P. K. Stoltz, *A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work*, 1993.

<sup>91</sup> Ibid.



om andras forskning, andra som gjort lyckade lösningar (kan vara en annan bransch), egna analyser, egna idéer eller idéer till lösningar som uppstår i samverkan med de som verksamheten finns till för, dvs. patienter.

3. Hantverksskicklighet i förändringskunskap. Det handlar om kunskap att analysera, förstå problem, identifiera lösningar men framför allt kunskap i hur man effektivt kan hjälpa gruppen som ska genomföra förändringen att lyckas. Det handlar om att kunna hantera lärandestyrning i komplexa system.
4. Data för att veta om förändringar leder till förbättringar samt för att skala upp och bibehålla framgångsrika förändringar som testats i mindre skala i det egna systemet.
5. Ledningens engagemang.<sup>92</sup>

Mats Brommels skriver i *Läkartidningen* 2006 att implementering är den kliniska forskningens största utmaning.<sup>93</sup> Johan Calltorp med kollegor skriver vidare att: ”Många bedömare menar att de största möjligheterna till framsteg inom hälso- och sjukvården f.n. inte kan förväntas bli genererade av den medicinska forskningen i form av medicinska genombrott. De finns i stället i att utveckla vårdorganisationernas förmåga att tillgodogöra sig kunskap och omsätta den i praktiskt handlande.”<sup>94</sup>

I slutbetänkandet av Utredningen av den kliniska forskningen *Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården* (SOU:2009:43), skriver utredaren att klinisk behandlingsforskning och forskning om implementering av nya metoder i sjukvården är underfinansierad jämfört med den medicinska grundforskningen. Vidare skriver utredaren att landstingen enligt hälso- och sjukvårdslagen har ansvaret för såväl forskning som sjukvård, vilket bör uttolkas som en skyldighet såväl att bedriva dagens bästa sjukvård som att bidra till utveckling av ännu bättre metoder för framtiden. Personal inom hälso- och sjukvården har ett ansvar att arbeta utifrån forskningsresultat och beprövad erfarenhet vilket också innefattar att delta i kliniska behandlingsprövningar och implementering av ny metodik. Utredaren

---

<sup>92</sup> Institutet för Framtidsstudier, *Bortom IT – Om hälsa i ett digitalt samhälle*, 2012.

<sup>93</sup> M Brommels, *Implementering är den kliniska forskningens största utmaning*, 2006.

<sup>94</sup> Calltorp, m.fl., 2006.

konkluderar emellertid att landstingen i samverkan med universiteten i allt högre utsträckning har börjat dels uppmärksamma behovet av oberoende forskning kring metoder för snabbare implementering av nya metoder i sjukvården, dels efterfråga dessa aspekter på forskningen.<sup>95</sup>

### Svenska forskningscentrum inom implementering och förbättringskunskap

I Sverige finns ett antal centrum för forskning om implementering och förbättring med fokus på just hälso- och sjukvården. *The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare* bildades 2009 i samverkan mellan Jönköping University, Region Jönköpings län samt kommunerna i Jönköpings län. Verksamheten i Jönköping Academy syftar till att främja hälsa och välfärd genom att ta fram och nyttiggöra kunskap om förbättring och ledarskap inom vård och omsorg. Jönköping Academy fungerar som ett nationellt och internationellt forum för forskning och utbildning och bedriver utbildning och forskning i samproduktion med andra universitet och högskolor, som exempelvis the Dartmouth Institute for Clinical Practice and Health Policy i USA, samt vård- och omsorgsverksamheter.<sup>96</sup> Jönköping Academy har nära kopplingar till Futurum – akademien för hälsa och vård, Region Jönköping.<sup>97</sup>

*Medical Management Centrum (MMC) på Karolinska Institutet* fokuserar på organisation, ledarskap och innovation och studerar hur kunskap, kompetens och resurser bäst utnyttjas för att förbättra människors hälsa. MMC samverkar nationellt, regionalt och lokalt med myndigheter, sjukvårdshuvudmän, vårdgivare och patientföreträdare. Samarbeten finns även med andra utbildnings- och forskningsinstitutioner inom medicin och vård och MMC fungerar som kunskapsförmedlare och forskningsanknutet stöd för förändrings- och utvecklingsarbete för att få till möten mellan teori och praktik.<sup>98</sup>

*Centre for Healthcare Improvement (CHI)* är en centrumbildning vid Chalmers tekniska högskola som bedriver forskning och utbild-

<sup>95</sup> SOU:2009:43, Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården 2009.

<sup>96</sup> Jönköping Academy, Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare 2016.

<sup>97</sup> Region Jönköpings län, Futurum – akademien för hälsa och vård, 2016.

<sup>98</sup> Karolinska Institutet, MMC – Medical Management Centrum, 2016.

ning inom förbättring, innovation och transformation av hälso- och sjukvård. Inom CHI finns kompetens inom ämnesområden som kvalitetsutveckling, logistik, produktionsplanering, innovation och organisatoriskt lärande. Målet för CHI är att tillsammans med svensk hälso- och sjukvård skapa och sprida forskningsbaserad och handlingsorienterad kunskap om hur man kan uppnå en bättre och säkrare hälso- och sjukvård. CHI vill även bidra till den professionella utvecklingen inom ledning och utveckling av hälso- och sjukvården.<sup>99</sup>

Forskningsprogrammet *Vinnvård* tillkom 2007 som en gemensam satsning av Vårdalstiftelsen, VINNOVA, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialdepartementet. Sedan 2014 är även Forte en part i programmet. Syftet med *Vinnvård* är att bidra till ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem i Sverige genom forskning om lednings- och verksamhetsfrågor. *Vinnvård* finansierar olika forskningsprojekt och har ett fellowship-program som syftar till att utveckla och fördjupa kunskapen och ledarskapet runt förbättrings- och utvecklingsarbete i Sverige. En viktig idé med programmet är att få ihop akademi och praktik och ledning för att knyta samman systemet till en lärande helhet. Inte bara forskare utan även praktiker uppmanas söka till fellowship-programmet. En av idéerna är att bidra till att nya forskningsmiljöer ska kunna skapas som har överlevnadsförmåga och en kritisk massa av olika typer av forskare.<sup>100</sup>

#### 14.4 Utvärderingar av och forskning kring Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är främst riktade till beslutsfattare i vården som ett stöd för resursfördelning och har funnits i sin nuvarande utformning sedan 2004. Genom åren har det dock rått viss förvirring om riktlinjernas syfte och vilken som är deras egentliga målgrupp. En rad rapporter<sup>101,102,103,104</sup>, forskningsartiklar<sup>105,106</sup>

---

<sup>99</sup> Chalmers, CHI – Centre for Healthcare Improvement, 2016.

<sup>100</sup> *Vinnvård*, *Vinnvård*, 2016.

<sup>101</sup> SKL och Socialstyrelsen, *Mot en effektivare kunskapsstyrning*, 2009.

<sup>102</sup> Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2015.

<sup>103</sup> Riksrevisionen, *Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?*, 2013.

och doktorsavhandlingar<sup>107,108</sup> har studerat och utvärderat produkten, processen för att ta fram den och kanske framför allt implementeringen av den i vården. Socialstyrelsen gör själv en indikatorbaserad utvärdering kopplat till de viktigaste rekommendationerna i respektive riktlinje två år efter att den har publicerats. När riktlinjers påverkan på vårdmötet studeras är det viktigt att komma ihåg att deras syfte inte är att användas direkt i vårdmötet utan de riktar sig till beslutsfattare. Även om de är ämnade att påverka vården är det svårt att direkt koppla de nationella riktlinjerna till reella förändringar i vården eller till medicinska resultat eftersom det finns mycket annat som kan påverka. Nedan redogör vi för några av de studier som har gjorts på riktlinjernas genomslag, fokus ligger ofta på deras direkta inverkan på vården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) gjorde i rapporten *Lång väg till patientnytta* en bred genomlysning av nationella riktlinjer och dess effekter ur ett patientperspektiv. Vårdanalys menar att de nationella riktlinjerna trots ett gott anseende har en begränsad påverkan på den vård patienterna får.<sup>109</sup> För knappt en tredjedel av de studerade indikatorerna visade analyserna en förstärkt förbättring åren efter att en nationell riktlinje publicerats. Vårdanalys fann också en bristande följsamhet till rekommendationer om att helt avstå från vissa behandlingar, så kallade ”icke-göra”. Vårdanalys enkätstudie till verksamhetschefer visar att många av verksamhetscheferna uppgav att de använder de nationella riktlinjerna men främst som underlag för lokala vårdprogram. I en enkätundersökning till primärvårdsläkare som presenterades av SKL 2015 angav 15 procent av de tillfrågade att de ansåg att Socialstyrelsens nationella riktlinjer var en av de tre viktigaste kunskapskällorna i deras arbete. Motsvarande siffra för landstingens egna kunskapsstöd var 67 procent.<sup>110</sup> I den enkätundersökning som utredningen genomfört

---

<sup>104</sup> Olson UJ, Beslutsfattarperspektivet i arbetet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer och beslutsunderlag för prioriteringar, 2004.

<sup>105</sup> M. Fredriksson, m.fl., *Recentralizing healthcare through evidence-based guidelines – striving for national equity in Sweden*, 2014.

<sup>106</sup> H. Strehlenert, m.fl., *Evidence-informed policy formulation and implementation: a comparative case study of two national policies for improving health and social care in Sweden*, 2015.

<sup>107</sup> Sundberg Richter, 2016.

<sup>108</sup> M Ingemansson, *Evidence-based practice for children with asthma in primary care: quality of management and effects of learning*, 2016.

<sup>109</sup> Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2015.

<sup>110</sup> Health Navigator, Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad?, 2015.

i samarbete med Vårdförbundet, och som redovisas i kapitel 13, angav 50 procent av de svarande att de använder nationella riktlinjer i sitt arbete. Något fler, 65 procent, angav att Socialstyrelsens nationella riktlinjer var viktiga eller mycket viktiga. Detta ska jämföras med att över 90 procent av de svarande som innehade en chefsposition ansåg att Socialstyrelsens nationella riktlinjer var viktiga för den egna verksamheten. Motsvarande enkät skickades ut i samarbete med Läkarförbundet och där svarade 51 procent av läkarna att de använder nationella riktlinjer regelbundet men med en frekvens av några gånger per månad eller år. Enkäten till Fysioterapeuternas medlemmar stack ut med resultatet att 80 procent av de som besvarat enkäten angav att de använder Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Samtidigt framfördes kritik mot att de nationella riktlinjerna inte svarar mot fysioterapeuters behov eftersom de är för översiktliga. I övrigt tolkar utredningen resultaten från enkäterna som att man inte vanligen använder dem i det dagliga patientarbetet. Att de i större utsträckning anses viktiga av de som innehar en chefsposition rimmar väl med att deras egentliga syfte är att vara ett prioriteringsunderlag.

Det uttalade syftet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer är inte att användas direkt i patientmötet och i fritextsvaren i enkäterna kritiserar de nationella riktlinjerna också för bristande tillgänglighet och tillämplighet. Begränsningar i ämnesomfånget angavs också som ett skäl mot ökad användning. Vårdanalys intervjustudie visar också på att även om de nationella riktlinjerna har ett högt anseende finns en rad hinder för användandet, främst i vårdmötet. Bland annat upplevs inte presentationsformatet som användarvänligt i mötet med patienten. Riktlinjerna är inte heller heltäckande inom ett område och eftersom det tar relativt lång tid att ta dem fram, upplevs de på vissa områden som inaktuella redan när de publiceras.

De nationella riktlinjerna utgår, i likhet med många andra kunskapsstöd, i stor utsträckning från diagnoser. De flesta vårdkedjor börjar emellertid vanligen med en symptombild, vilket innebär ett tomrum innan diagnosen är ställd och kunskapsstödet blir användbart. Ofta är det kanske vägen från symptom till diagnosticering som är den del där vårdprofessionerna kan ha allra störst behov av stöd i arbetet. Många patienter har också flera olika sjukdomar, vilket kan försvåra tillämpningen av de nationella riktlinjerna som ger rekommendationer för en diagnos i taget. Vårdanalys lyfter upp att det är

problematiskt att de nationella riktlinjerna inte på ett systematiskt sätt omsätts i kunskapsstöd som är ändamålsenliga i vårdmötet. Vårdanalys menar att rekommendationerna i riktlinjerna inte i tillräcklig utsträckning når ut till yrkesutövarna och patienterna i vårdmötet och att detta underförstått förutsätter en sammanhållen kedja från framtagande genom en lång rad aktörer ut till vårdmötet men att denna kedja inte finns i realiteten.<sup>111</sup> Denna slutsats stöds också i en studie från Linköpings universitet som visar att översättningsprocessen i fyra landsting – från riktlinjer på den nationella nivån över landstingens ledningsnivåer, vidare över verksamhetsledning för att slutligen nå den enskilde befattningshavaren som möter patienten – inte alltid är optimal. Forskarna framhåller att kedjorna inte blir starkare än sina svagaste länkar.<sup>112</sup> Även Socialstyrelsens utvärderingar visar ett större genomslag på landstingsledningsnivå och ett lägre genomslag i patientmötet.<sup>113,114</sup> Beslutsfattare som Vårdanalys intervjuat uppger att de uppskattar att få stöd i att göra prioriteringar och att de använder nationella riktlinjer för att forma politiska viljeriktningar och uppdrag till verksamheterna. Flera landstingspolitiker som intervjuats framhåller dock att de har ansvar för hela hälso- och sjukvården och inte bara de områden som har nationella riktlinjer från Socialstyrelsen. I det dagliga arbetet tvingas landstingsledningar göra prioriteringar mellan olika sjukdomsområden och i detta arbete ger riktlinjerna inget stöd. Av intervjuerna framkom att riktlinjer till och med kan försvåra horisontella prioriteringar, alltså prioriteringar mellan olika områden eftersom prioriteringsstöd ges på vissa områden men inte på andra. Prioriteringsskalan upplevs som svårtolkad och intervjuade landstingspolitiker beskriver hur de tar stöd av lokal medicinsk expertis för att avgöra vilka prioriteringar som bör gälla i det egna landstinget.<sup>115</sup>

---

<sup>111</sup> Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2015.

<sup>112</sup> Elg M, m.fl., *Översättning av riktlinjer – Fallstudier av sjukdomsförebyggande metoders genomslag*, 2016.

<sup>113</sup> Socialstyrelsen, *Nationell utvärdering diabetesvård – rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*, 2011.

<sup>114</sup> Socialstyrelsen, *Nationell utvärdering vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni – Indikatorer och underlag för bedömningar*, 2013.

<sup>115</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2015.

## 15 Analys

Utredningen ska enligt kommittédirektiven överväga, och lämna förslag till, hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Syftet med uppdraget är att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik, och ges på samma villkor till kvinnor och män.

I uppdraget ligger också att överväga behovet och lämpligheten av att göra de nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen i någon form mer bindande eller mer obligatoriska. Regeringen har tydliggjort att kostnader och ansvarsfördelning mellan stat och kommun samt praktisk genomförbarhet särskilt ska beaktas. Vidare konstaterar regeringen att styrmodeller som skapar större frihet för medarbetarna i offentlig sektor måste utvecklas och professionerna stärkas. Slutligen ska den statliga styrningen utvecklas i en riktning som innebär att professionernas kunskap, kompetens, erfarenhet och yrkesetik blir mer vägledande.

Utredningens tolkning av direktiven och förståelse för problemställningen är att detta handlar om vilket genomslag nationella kunskapsstöd får i praktiken, och att genomslag betyder att vården förhåller sig till kunskapsstöden och tar aktiva beslut om vilken kunskap som är mest relevant att använda i den givna situationen. Utredningen har därför valt att huvudsakligen använda ordet genomslag före ordet följsamhet. Syftet är detsamma, nämligen att vården ska ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet samt på lika villkor till kvinnor och män. Detta förhållningssätt lämnar utrymme för nödvändiga avvikelser och individanpassning av vården.

I detta kapitel redovisas utredningens analys.

## 15.1 En lärande och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård för jämlika vårdutfall

Svensk hälso- och sjukvård presterar medicinska resultat som i många internationella jämförelser hamnar bland de bästa. Aktörerna inom det svenska vårdssystemet har också under många år successivt stärkt och utvecklat förmågan att ta fram och ta till sig ny kunskap. Utredningens uppdrag utgår från de lagstadgade kraven på att vården ska vara kunskapsbaserad och jämlik. Nationella kunskapsstöd kan bidra i rätt riktning men enbart förekomsten av nationella kunskapsstöd är inte tillräckligt. Det kan till och med finnas en fara i att fokusera på förekomsten av nationella kunskapsstöd, eftersom det riskerar att skapa en skev bild av att förutsättningarna för en kunskapsbaserad och jämlik vård därmed är på plats. I stället för att besitta all kunskap behöver yrkesutövarna i vården besitta kompetens om när de behöver söka ny kunskap och hur de går tillväga för att finna den. Det blir framför allt tydligt när utvecklingen inom vissa områden går så snabbt att det som anses vara bästa behandling kan förändras på mycket kort tid. Nya medicinska framsteg görs, men får inte tillräckliga genomslag i varje patientmöte.

Det finns stor potential i ett förändrat arbetssätt och utveckling av hur vården organiseras. De statliga kunskapsstöden har hittills ofta tagits fram centralt och bearbetats under lång tid innan de distribueras till vården på bred front. Därmed tillvaratas inte fullt ut den viktiga interaktionen med den kunskap som finns och genereras i vårdens vardag. Denna medvetenhet finns inom flera vårddykesutbildningar, exempelvis hos de lärosäten som arbetar med den modell som kallas problembaserat lärande. I stället för att den som undervisar ger studenterna en kunskap, går undervisningen ut på att studenterna får redskap att själva identifiera vilken kunskap de saknar och finna vägar att förvärva denna kunskap.

Utredningen vill här påminna om att kunskap kan bidra till att göra vården mer jämlik men inte till att hälsoutfallet blir helt jämlikt. Detta påverkas av många andra faktorer såsom socioekonomisk status och sjukdomens allvarlighetsgrad, men också individanpassning.

En grundläggande svårighet för just nationella kunskapsstöd, oavsett om de tas fram av myndigheter eller huvudmän, är att de ofta produceras på en bra bits avstånd från den praktiska vården och ibland med ett syfte som inte är lätt att relatera till för den enskilde



yrkesutövaren i vårdens vardag. Syftet med kunskapsstödet kan exempelvis vara jämlik vård över landet eller en kostnadseffektiv resursfördelning. För att det nationella kunskapsstödet ska få avsedd effekt krävs emellertid ofta att rekommendationerna följs av yrkesutövaren i mötet med patienten. I denna situation är yrkesutövaren fokuserad på vilken vård den enskilde patienten är i behov av och kan därmed inte i första hand fokusera på om vården på nationell nivå blir jämlik eller kostnadseffektiv.

De nationella kunskapsstöden uppfattas, enligt utredningens kartläggning, allt för ofta som otympliga, svåransända och ofullständiga av vårdens personal. De nationella kunskapsstöden utnyttjar i dagsläget sällan digitaliseringens möjligheter i tillräcklig grad och är inte integrerade i journalsystemet. Ofta är de nationella kunskapsstöden tänkta att föras ut i vården genom en kedja av aktörer och aktiviteter, men kedjan är teoretisk och finns inte i praktiken. I många fall finns det behov av att anpassa de nationella kunskapsstöden till det lokala sammanhang där de är tänkta att göra nytta. Detta kan vara ett utvecklande arbete för de som är inblandade men det är också tidskrävande. Eftersom de nationella kunskapsstöden i sin tur kan ta flera år att ta fram kan ibland utvecklingen i vården redan ha sprungit förbi dem när de väl publiceras. Utredningens enkätundersökningar visar att yrkesutövarna i vården vanligen använder digitala, ofta kommersiella, kunskapsstöd eftersom dessa uppfattas som mer lättillgängliga, användarvänliga, uppdaterade och relevanta än övriga. De svarar bättre upp mot yrkesutövarens behov i praktiken än många kunskapsstöd som tas fram av myndigheterna.

En utmaning som utredningen har identifierat med de nationella kunskapsstöden är att det inom vissa områden finns väldigt många av dem. Med goda intentioner producerar myndigheter och andra aktörer flera hundra kunskapsstöd per år, ibland med överlappande eller till och med motsägande budskap. Vid behandling av patienter med flera sjukdomar kan denna problematik öka än mer, då kunskapsstöden ofta dessutom är sjukdoms- eller diagnosspecifika. Effekten blir att det redan stora flödet av kunskap i hälso- och sjukvården riskerar att bli än mer svårnavigerat, trots att kunskapsstöden tas fram i syfte att hjälpa till med just detta. Utredningen menar att patientnyttan och påverkan på jämlikheten i vården av detta omfattande arbete är otillräcklig.

### 15.1.1 Svensk kunskapsstyrning behöver ta ett nytt steg

Jämlig vård är högt prioriterat i Sverige och en av portalparagraferna i hälso- och sjukvårdslagen. I mångt och mycket har den rådande uppfattningen varit att en mer jämlig vård kan uppnås om all vårdpersonal använder bästa tillgängliga kunskap sammanställd och paketerad i olika former av kunskapsstöd, exempelvis riktlinjer. Tanken är rimlig, kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården är snabb och det kan vara svårt att som enskild yrkesutövare hålla sig à jour med den senaste kunskapen.

Utredningen kan konstatera att mycket kraft läggs på att sammanställa kunskap och producera olika sorters kunskapsstöd. Många aktörer runtomkring sjukvården och en stor mängd hälso- och sjukvårdspersonal är engagerade i arbetet. Inte sällan är samma individer involverade i framtagandet av kunskapsstöd från olika avsändare, exempelvis en myndighet, en professionsförening, en patientförening eller en kommersiell aktör.

Att genomslaget för dessa kunskapsstöd visat sig vara varierande och i många fall blygsamt är egentligen inte ett oväntat resultat. Forskningen har sedan länge visat att det är mycket svårt att förändra klinisk praxis genom att presentera forskningsresultat eller sammanställd kunskap. Många forskare har i dag gått ifrån uppfattningen att kunskap är något som ska skapas centralt för att sedan paketeras och, med mer eller mindre grad av obligatorium, föras ut i vården. I stället poängteras att den kunskap man som yrkesutövare eller patient känner ett behov av, det är den kunskapen som man söker och tar till sig. Behovet kan vara att rent praktiskt ha verktyg till hands för att kunna lösa ett problem man står inför. Man kan också bli medveten om ett behov genom att följa sina patienters behandlingsresultat. Om patienterna uppnår ett sämre resultat än man förväntat sig upplever yrkesutövaren troligen ett behov av att förbättra sin praktik. I detta läge kan ett kunskapsstöd spela en viktig roll givet att det är lättillgängligt och lättanvänt, uppdaterat och tydligt samt att det upplevs som legitimt av yrkesutövaren.

Att som i dag formligen översköljas av kunskapsstödsprodukter, framtagna av olika aktörer i all välmening men kanske med olika syften och ibland med olika budskap, upplevs emellertid inte som en hjälp. Och denna bild bör kompletteras med att det för vissa områden är det motsatta läget som råder – att det inte finns några natio-

nella stöd alls att tillgå. I de enkäter utredningen genomfört tillsammans med flera professionsförbund framkommer att många bland vårdpersonalen känner sig osäkra på var de kan hitta kvalitetssäkrad kunskap, att många söker på nätet eller helt enkelt frågar en kollega.

Mot denna bakgrund bedömer utredningen inte att det råder en brist på kunskapsstöd generellt. Utan snarare att det råder brist på tydlighet kring vilket eller vilka kunskapsstöd som gäller vid vilket tillfälle och brist på enkel och funktionell tillgång till kunskapsstödet och till uppföljningsdata i rätt ögonblick. För att orientera sig bland kunskapsstöd och för att hinna ta ut och från början lägga in data krävs också att vårdpersonalen har tid för den här typen av uppgifter. Studier visar att svenska allmänläkare lägger mer tid på administrativa uppgifter än vad läkare i andra länder gör. Vidare visar studier att många yrkesutövare i vården har en stressfylld arbetssituation. En del av detta handlar om att rätt kompetens ska användas för rätt uppgifter. En del handlar om att sådant som rör uppföljning och inrapportering av data behöver bli en naturligt integrerad del i arbetet – av själva vården av patienten – snarare än en uppgift utanför patientmötet som inte tillför något i arbetet.

Att det finns många aktörer som producerar kunskapsstöd och vill vara med och styra vården med kunskap är utredningen inte först med att konstatera. I betänkandet Gör det enklare (SOU 2012:33) beskrevs den statliga kunskapsstyrningen som splittrad. Regeringen lämnade ett par år senare förslag kring hur statens kunskapsstyrning skulle bli mer samordnad, effektiv och anpassad till behov (Ds 2014:9). Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterade i rapporten Lång väg till patientnytta att arbetet på nationell, regional och lokal nivå behöver hänga ihop bättre. Många initiativ till samordning har också tagits, inte minst på nationell nivå. Landsingen och kommunerna samordnar sitt kunskapsstyrningsarbete i arbetsgrupper (NSK och NSK-s)<sup>1</sup> med därtill knutna programråd. Ett av regeringen initierat samverkansinitiativ som utredningen har valt att lyfta fram är Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan. RCC beskrivs som framgångsrikt i Socialstyrelsens utvärdering från

---

<sup>1</sup> Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning och Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten.

2016 och Socialstyrelsen bedömer att formen för etableringen av RCC väl kan tjäna som modell inom andra områden.<sup>2</sup>

Regeringen har också låtit inrätta Rådet för styrning med kunskap (Rådet) för att förbättra samordningen mellan de statliga myndigheterna. Knutet till Rådet finns Huvudmannagruppen för styrning med kunskap (Huvudmannagruppen) bestående av landstings- och kommunpolitiker från sex landsting och tio kommuner. Rådet har i sitt inledande arbete funnit att myndigheterna producerar en stor mängd kunskapsstöd till vården, att de ibland är överlappande, har oklar målgrupp och i enstaka fall motsäger varandra. Statskontoret konstaterar i sin första utvärdering av Rådets arbete att myndigheterna som samverkar i rådet inledningsvis har vidtagit relevanta åtgärder, men att det är långt kvar innan den statliga kunskapsstyrningen är samordnad, effektiv och anpassad till behoven hos professioner, patienter och huvudmän.

Utredningen kan vidare konstatera att det finns ett flertal överenskommelser mellan regeringen och SKL där kunskapsstöd och kunskapsstyrning har en betydande roll. Regeringen lägger också ett inte oväsentligt antal uppdrag på olika myndigheter, främst Socialstyrelsen. Trots ambitioner om samordning framträder fortfarande en fragmentiserad bild med bristande genomslag och på övergripande nivå inte tillräckligt effektiv resursanvändning.

Utredningen har uppmärksammat att det finns en tendens att myndigheterna uttalar sig oftare i frågor där evidensen är relativt god och mindre ofta i frågor med svag evidens. Vissa områden riskerar att lämnas utan kunskapsstöd för att de är sparsamt beforskade eller beforskade med metoder som inte bedöms leda till en hög evidensgrad enligt gängse bedömningsmodeller. Konsekvensen av detta blir en brist på stöd i de kanske allra mest krävande frågorna, vilket kan leda till svåra etiska och medicinska ställningstaganden för den enskilde yrkesutövaren. Utredningen anser att det är i dessa situationer som nationella kunskapsstöd kan göra den största nyttan. Kunskap skapas också i vårdens vardag och att systematiskt ta vara på denna kunskap bidrar till att fylla kunskapsluckor och ompröva gängse metoder.

---

<sup>2</sup> Socialstyrelsen, *Uppbyggnaden av regionala cancercentrum – En samlad bedömning från fyra års uppföljning*, 2016.

Legitimerad vårdpersonal har en lång gedigen utbildning och en lagstadgad skyldighet att verka enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. För att kunna göra det och ge patienterna den bästa möjliga vården – jämlikt över landet – krävs också ett livslångt lärande och ett systematiskt arbete med utveckling och förbättring av vården. För att det ska kunna ske behövs inte bara att utomstående aktörer samordnar sina ambitioner att styra vården genom kunskap. Det krävs också att den enskilde yrkesutövaren har tillgång till data om hur det går för hens patienter, det krävs tillgång till lättanvända och ändamålsenliga kunskapsstöd när man behöver dem, det krävs kunskap om hur man förbättrar sin praktik och det krävs en tillåtande miljö för att göra det.

Detta förutsätter i sin tur att verksamhetschefen har mandat och personella resurser för att anpassa nationella kunskapsstöd till lokala förutsättningar, rigga verksamheten så att det finns utrymme att följa upp patienternas medicinska utfall, stötta medarbetarna i värderingen av den nya kunskapen, samt omvandla relevanta lärdomar i nya arbetssätt och behandlingsmetoder.

Utredningen bedömer att ett kontinuerligt lärande och arbete med att utveckla och förbättra baserat på egna uppföljningsdata kan leda till minskad oönskad variation i hälso- och sjukvården med bibehållen önskad variation (dvs. variation orsakad av individanpassning) vilket i förlängningen leder till bättre hälsa och mer jämlika vårdutfall för patienterna.

Som framgår i bakgrundskapitlen i detta betänkande har huvudmännen, staten och andra aktörer tagit många initiativ på kunskapsstyrningsområdet och flera viktiga åtgärder har genomförts. Tyngdpunkten för den statliga kunskapsstyrningen ligger emellertid fortfarande på framställning av kunskapsstödsprodukter tänkta att överföras till hälso- och sjukvården, om än på ett mer samordnat sätt än tidigare. Utredningen bedömer att detta synsätt inte har tillräckliga förutsättningar att leda till att nå ända fram till målet om en mer jämlik vård genom användning av bästa tillgängliga kunskap i vårdens vardag. Utredningen gör därför bedömningen att svensk kunskapsstyrning behöver ta ett nytt steg och att det behövs ett nytänkande kring roller och ansvar för att kunna ta detta steg.

### 15.1.2 Styra mot jämlik vård i ett komplext system

Svensk hälso- och sjukvård beskrivs av forskare som ett komplext adaptivt (anpassningsbart) system bestående av olika nätverk där de ingående aktörerna inte kan styras på samma sätt som i en klassisk hierarkisk linjeorganisation.<sup>3</sup> Forskarna menar att man kan få en mer tydlig bild av styrningens möjligheter och begränsningar inom hälso- och sjukvården genom att utgå från ett nätverksperspektiv.<sup>4</sup> I en väv av kontakter och relationer hanteras stora och komplexa utbyten både mellan kommunernas och landstingens egna enheter och med externa intressenter. Många medicinska ställningstaganden görs exempelvis inom ramen för olika professionella nätverk som ofta är uppbyggda specialitetsvis och överskrider både sjukhus- och landstingsgränser.

Hälso- och sjukvårdsorganisationen kan därutöver sägas bestå av tre skilda domäner: vårdens professioner, den administrativa ledningen och de förtroendevalda politikerna. De tre domänerna har sinsemellan olika perspektiv och delvis skilda värderingar och olika förståelse för verksamheten.<sup>5,6</sup> De professionella grupperna har ofta fokus på den enskilda patienten, och vill ge bästa möjliga vård och omsorg till denne. Politik och administration har fokus på patienter som grupp, exempelvis patienter som står i vårdköer. Ibland kan dessa perspektiv stå i motsatsförhållande. Empirin har visat att när man leder i komplexitet bör systemledningen begränsa sitt fokus till en övergripande styrning eller ”governance” och sätta upp mål, följa utfallet i systemet som helhet och för respektive aktör samt justera och förfina mål och resultatkrav. Däremot bör valet av angreppssätt och hur de tillämpas lämnas till aktörerna i systemet att bestämma. De olika aktörerna kan välja att göra på många olika sätt, och ändå nå målen. Det är viktigt, och lite av poängen, att i komplexa system lämna stor frihet för detta.<sup>7</sup> Detta är en viktig utgångspunkt i utredningens analyser.

---

<sup>3</sup> M Palmberg och K Palmberg Broryd, *Att leda kunskapsbaserad utveckling – Ett kunskapsunderlag*, 2014.

<sup>4</sup> J Calltorp, m.fl., *Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården*, 2006.

<sup>5</sup> B Hallin och S Siverbo, *Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*, 2002.

<sup>6</sup> N Källberg, *Förändringsprocesser i sjukvården: en studie av aktörer på en röntgenavdelning och deras agerande*, 2013.

<sup>7</sup> Palmberg och Palmberg Broryd, 2014.

Vissa forskare menar att i och med att vården blir mer och mer komplex både vad gäller kunskapsutveckling och organisation blir det än svårare för staten att få genomslag för styrning genom riktlinjer och rekommendationer. Samtidigt medger dagens öppna redovisningsklimat att det är lättare för medborgare och patienter att uppmärksamma regionala skillnader i vården. Kraven på nationell enhetlighet ökar, vilket innebär en utmaning för staten i frågor som definitionsmässigt styrs och utförs lokalt.

Mot bakgrund av den kommunala finansieringsprincipen menar utredningen att en rimlig utgångspunkt är att staten som huvudregel inte bör gå in och ta över beslut om vilken vård som ska erbjudas, annat än om man också tar över kostnadsansvaret för den delen samt kan tillse att den beslutade vården verkligen utförs. Utredningen menar att en mer relevant huvuduppgift för staten är att utöva en interaktiv kunskapsstyrning där kraven på kunskapsbaserad och jämlik vård står i centrum och vårdens behov av stöd styr vad staten genom sina myndigheter bör tillhandahålla. Detta ställer krav på kontinuerlig lokal och nationell uppföljning. Staten behöver i bred dialog med huvudmän, patienter och professioner tydliggöra de mål kunskapsstyrningen ska uppnå, samlat och i olika delar. För att uppnå målen krävs en mix av mjuk och hård styrning liksom förtydligad lagstiftning. Bred dialog och förankring är avgörande. Säkerställande av professionernas involvering och acceptans är särskilt viktigt. Det är också nödvändigt att tillsammans med huvudmännen komma överens om vad som händer när målen inte uppnås. Detta är viktigt för att stödja kvalitetsutveckling och förbättringsarbete, men är också betydelsefullt ur ett patientperspektiv och i syfte att stödja medborgarnas förtroende för vården. Viss ansvarsutkrävning kan komma att bli aktuell i de fall vården inte når upp till det lagstadgade kravet om en jämlik vård. Detta förutsätter en ytterligare förbättrad nationell uppföljning som förmår skilja slumpmässig från reell variation och önskad variation från oönskad variation.

Kunskapsstöd kan bidra till en mer jämlik vård. Samtidigt måste förväntningarna vara realistiska. Ojämlighet har många strukturella orsaker. Socioekonomisk tillhörighet, förmåga att ta till sig den information som ges i vårdmötet (hälsolitteracitet), hälso- och sjukvårdens organisering såsom att Sverige har ett sjukhustungt system, att olika delar av vården inte är samordnad och mycket mer. Kunskapsstöden kan främst bidra till att göra vården mer jämlik när per-

sonerna väl har kommit till mötet med vården. För de som inte kommer dit, eller hamnar fel eller som inte har förmågan att ta till sig den information de ges i mötet och sedan ta den vidare i hemmet, är kunskapsstödens inverkan på en jämlik vård mer begränsad.

## 15.2 Internationella erfarenheter

Utredningens kartläggning av internationella exempel visar att nationella riktlinjer som regel inte är obligatoriska. Vad som benämns nationella riktlinjer skiljer sig emellertid mycket åt mellan länder och jämförelser är därför svåra att göra. Socialstyrelsens nationella riktlinjer särskiljer sig ur ett internationellt perspektiv därför att de framför allt riktar sig till beslutsfattare och har formen av prioriteringsriktlinjer. I många andra länder är riktlinjerna mer utformade för vårdpersonal. Många andra länder har också betydligt fler nationella riktlinjer även om de ofta är smalare än Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Ett exempel på ett land som utredningen valde att studera närmre för att de ofta omnämns som ett land med obligatoriska riktlinjer är Nederländerna. Det som benämns som obligatoriska riktlinjer är emellertid patientsäkerhetsregler, som inte går att jämföra med Socialstyrelsens riktlinjer.

Mycket pekar på att på att kunskapsstöden för att nå fullt genomslag aktivt behöver involvera professionerna i framtagandet.

Ett av de system som har studerats närmre är Intermountain Healthcare beläget i Utah, USA. I detta system, som både utför och finansierar vård, är medicinska kvalitets- och ekonomistöd tätt ihopkopplade. Datadriven analys är grunden för all systematisk utveckling och målstyrning av både vårdresultat och ekonomiska resultat framhålls som centrala framgångsfaktorer. Inom Intermountain tas evidensbaserade riktlinjer för behandling fram som sedan aktivt arbetas in i arbetsflödesbeskrivningar eller vårdprogram för att integrera riktlinjerna i vården. Till hjälp för detta finns ett kliniskt informationssystem som identifierar och spårar medicinska resultat tillsammans med ekonomiska resultat samt ett verktyg för beslutsstöd som till del finns integrerat i journalssystemet. Eftersom evidens inte finns



för alla delar av den vård som faktiskt utförs<sup>8</sup> beskriver Intermountain sina vårdprogram som pragmatiska. Vårdpersonalen förväntas i princip avvika från riktlinjerna, där patientens behov så kräver, men alltid motivera varför. Vårdprogrammen uppdateras mycket ofta, kanske en eller två gånger per månad, utifrån ny forskning samt erfarenheter som gjorts på vårdgolvet och fångats upp genom systematisk uppföljning.

Ett annat exempel av intresse är Finland där det som benämns nationella riktlinjer tas fram av det finska läkaresällskapet Duodecim och av dess icke-vinstdrivande bolag Duodecim Medical Publications Ltd. Exempelvis tillhandahålls drygt 1 000 evidensbaserade riktlinjer för primärvård (EBMG). De finska riktlinjerna är dessutom integrerade i beslutsstödssystem (EBMeDS). Bara antalet riktlinjer indikerar tydligt att det är en annan produkt än de riktlinjer som tas fram av Socialstyrelsen. Intressant att nämna i sammanhanget är att Belgien har köpt Finlands EBMG-riktlinjer för primärvård tillsammans med beslutsstödssystemet EBMeDS och har anpassat dem till belgiska förhållanden.

Förutom fallstudier av ett antal länder har utredningen även studerat de olika internationella samarbetsinitiativ som finns kring riktlinjer. Att internationella samarbeten bedrivs kring frågor om kunskapsstöd är i högsta grad motiverat då medicinsk kunskap oftast inte blir mindre giltig för att den korsar en landstingsgräns eller en landgräns. Det finns flera exempel på nordisk samverkan. Sverige och Norge har samarbetat från grunden i att ta fram nya riktlinjer för demens. Ett annat exempel är den kommersiella tjänsten UpToDate, som används i drygt 150 länder, däribland Sverige. Kunskapsstödet uppges ha stor spridning bland svenska läkare, detta trots att det inte översätts till svenska och konkurrerar med kunskapsstöd som både är avgiftsfria och finns tillgängliga på svenska.

---

<sup>8</sup> Institute of Medicine (US), Evidence-Based Medicine and the Changing Nature of Healthcare: 2007 IOM Annual Meeting Summary. The Need for Better Medical Evidence., 2008.

### 15.3 Värdet uppstår i vårdens vardag

Det är hos varje patient och berörda professioner som kunskapen inom hälso- och sjukvården finns och måste finnas. Många aktörer runt om kring vården vill påverka den på olika sätt. Det kan vara nog så viktigt men vårdens värde skapas till syvende och sist i mötet med patienten. Det är här den bästa tillgängliga kunskapen behöver användas för att kunna leda till jämlika utfall för patienterna.

#### 15.3.1 Perspektivet måste utgå från patienten och professionerna

Ett personcentrerat förhållningssätt där samarbetet mellan patienten, närstående och vårdpersonalen är i fokus leder till bättre hälsa, högre vårdkvalitet, frigör resurser och leder till samarbetsvinster mellan vårdens olika aktörer. Med hjälp av modern teknik kan nyttan bli ännu större. Patientinflytande och medskapande betonas allt mer och lagstiftningen på området har förändrats i denna riktning. Patienter har i dag bättre möjligheter än tidigare att få information, vilket kan leda till att patienterna möter professionerna på ett mer jämlikt sätt. Detta är givetvis bara positivt och innebär en ökad makt för patienten. Det förtjänar dock att påpekas att sjukdomar som exempelvis demenssjukdomar kan reducera möjligheterna till inflytande, även om närstående i dessa fall i stor utsträckning kan ta delar av patientens roll i mötet med vården.

Men dagens och morgondagens patient kan också innebära utmaningar för vårdens personal, eftersom patientens krav och behov kan komma att kräva att vården genomgår en kulturförändring. Utvecklingen ställer krav på nya sätt att möta patienten, och därmed krav på ändrade arbetssätt eller andra attityder och beteenden i patientmötet. I takt med ökande tillgång till information via internet har risken för desinformation ökat. Patienter är i högre utsträckning pålästa. Även om det å ena sidan kan ge förutsättningar för en bättre dialog om behandlingen och dess effekter kan det å andra sidan också leda till att vårdmötet ägnas åt diskussioner om vilken information som är pålitlig och kvalitetssäkrad. Detta pekar på vikten av att patienter och deras företrädare aktivt deltar i framtagandet av kunskapsstöd, i uppföljning och i förbättringsarbete och att kunskapsstöd riktade till patienter och närstående också prioriteras.

## Komplext beslutsfattande och teambaserad vård

Utvecklingen ställer krav på nya sätt att möta patienten och därmed krav på ändrade arbets sätt. Patientens möte med vården innebär ett komplext samspel mellan inblandade aktörer. Patienten kan möta flera olika företrädare för olika professioner eller specialiteter inom samma profession. Dagens hälso- och sjukvård bedrivs ofta teambaserat och vården vilar i hög grad på professionernas kunskap, förmåga och omdöme. Enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienter ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Av 2 § i samma kapitel följer att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter, vilket dock inte innebär någon inskränkning i vårdgivarens ansvar enligt lagen eller annan författning.

De stödstrukturer som finns ska underlätta för personalen att utföra sitt arbete, liksom ge goda förutsättningar för uppföljning, förbättringsarbete, vidareutbildning, forskning och innovation.

Värdet som vården åstadkommer skapas i mötet mellan patienten och vårdens professioner. I mötet fattas beslut om utredning, behandling, omvårdnad och rehabilitering vilket innebär att det är i mötet som förutsättningar skapas för en mer jämlik vård. Beslutsfattande beskrivs ofta som en rationell process där beslutsfattaren väger olika faktorer för att därefter fatta ett rationellt beslut, ibland med hjälp av olika beslutsstöd. Vårdens beslutsfattande är dock komplext och utförs av enskilda individer, ibland efter samråd i olika former, t.ex. i vårdteamet. Dessa personer utgör inte en homogen grupp, utan de har varierande skicklighet och fattar beslut på olika grunder, delvis beroende av vilken personlighet man har. Komplexiteten gör att man behöver ha realistiska förväntningar på vad kunskapsstöd kan åstadkomma i form av standardisering och jämlik vård. Bra stöd kan reducera oönskade skillnader, men inte eliminera dem.

Yrkesutövarnas beslut i patientmötet utgår från att man vill göra gott och ge en god vård. Men forskning visar att felbedömningar inte sällan görs och att individer med identisk problematik ges olika behandling hos samma yrkesutövare.<sup>9,10,11,12,13,14</sup> Män och kvinnor riskerar få olika behandling. Socioekonomi och språkförståelse har också visat sig spela roll. Yrkesutövaren strävar efter en nöjd patient, vilket inte per automatik behöver betyda att den vård som ges är baserad på bästa kunskap. Rädsla för att göra fel eller tidspress kan också bidra till att yrkesutövaren behandlar individer på olika sätt.

Det är alltså viktigt att erkänna att beslut fattade av människor inte är så rationella som man kan tro eller önska. En viktig uppgift för att nå en mer jämlik vård är att göra besluten mer rationella. En central faktor för att nå detta är utvecklad uppföljning, ända till individnivå. Genom god uppföljning medvetandegörs varje professionsindivid om att alla patienter med en viss diagnos kanske inte uppnått aktuella målnivåer. Därmed får vårdteamet möjlighet att korrigera beslut som kanske inte varit adekvata. Uppföljningen bör i första hand avse resultat eller utfall inklusive patientrapporterade mått. Det är dock viktigt att uppföljningen på den här nivån inte får för stora inslag av kontroll. Kompetensen att tolka resultaten är störst i den del av organisationen som arbetar närmast patienterna. Uppföljningen bör göras i syfte att ge personalen och den lokala organisationen grund för lärande och förbättringsarbete. Transparens och öppen diskussion om individers och enheters resultat bidrar till en lärande kultur. Tillit bör vara ledord och rätt förutsättningar behöver finnas.

## Olika behov hos olika professioner och i olika verksamheter

Under utredningens arbete har det blivit tydligt att behoven av kunskapsstöd ser olika ut mellan olika professioner och i olika verksamheter. De allra flesta har behov av bra it-stöd som kan presentera

---

<sup>9</sup> Lassen, m.fl., 2005.

<sup>10</sup> Grol och Grimshaw, 2003.

<sup>11</sup> M. Eriksson, m.fl., [The Swedish stroke register indicates differences in stroke care. Unconscious discrimination might explain some of the differences], 2015.

<sup>12</sup> M. Sjolander, m.fl., Socioeconomic Inequalities in the Prescription of Oral Anticoagulants in Stroke Patients With Atrial Fibrillation, 2015.

<sup>13</sup> Arriaga, m.fl., 2009.

<sup>14</sup> E. Tengelin, *Social ställning och medicinskt bemötande i vården – en kunskapsöversikt*, 2013.

individdata på ett lättillgängligt sätt, gärna grafiskt. It-stöden får gärna ge information direkt i journalen om lämpliga åtgärder för den aktuella patienten och ge möjlighet att motivera eventuella avsteg från de rekommenderade åtgärderna. En smal specialist med ett snävt men väldigt djupt perspektiv i ett specialområde behärskar kanske sitt specifika område med hjälp av ett annat slags stöd kunskapsstöd och ser som en av sina huvuduppgifter att hålla sig uppdaterad. Mellan primärvård och smal specialist finns givetvis många nivåer av behov av olika kunskapsstöd. Verksamheter med stor bredd, främst primärvården, har enligt utredningen rimligtvis ett än större behov av mer handfasta rekommendationer i direkt anslutning till patientmötet. Det är svårt att vara uppdaterad inom alla områden. I primärvården är det inte heller idealt att många av dagens kunskapsstöd ger rekommendationer utifrån en förmodat redan fastställd diagnos, exempelvis hjärtsvikt, medan patienterna i primärvården ofta söker med mer eller mindre tydliga symptom. Många patienter har också flera olika sjukdomar samtidigt vilket inte beaktas av många av dagens kunskapsstöd. Horisontella kompetenser så som folkhälsa, hälsofrämjande, jämlik vård och jämställdhet behövs rimligen oavsett vilken del av vården det handlar om.

Tillgång till patientdata i realtid är med stor sannolikhet ett viktigt stöd i de flesta verksamheter. Goda exempel finns som InfCare HIV och Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, och fler är under utveckling. Att tillsammans med patienten grafiskt kunna se hur individens data utvecklas över tid och samtidigt se målvärden utifrån aggregerade data bedömer utredningen vara ett mycket gott exempel på ett kunskapsstöd. Här är det viktigt att understryka att tillgången till uppföljningsdata kan saknas och att detta är något som behöver åtgärdas med hög prioritet.

Utredningen vill framhålla vikten av att lyfta alla professionsgrupper och olika områden. Det finns en tendens att diskussionen om kunskapsstöd stannar vid läkargruppen och den medicinska delen.

I dag utgår många kunskapsstöd – i likhet med vården i stort – utifrån en diagnos eller ett organ. Kunskapsstöd behövs inte bara på djupet utan också på bredden då dagens patienter ofta har fler än en åkomma och det största problemet är då inte nödvändigtvis att de har en isolerad och allvarlig sjukdom. Många patienter i dag har kanske snarare flera, mindre allvarliga, diagnoser eller symptom men som tillsammans utgör ett större problem, inte minst för att de själva be-

höver vägleda sig genom vårdens olika stuprörsorganiserade instanser. Vården behöver stärka sin kompetens och möjlighet att arbeta samordnat med patienten som utgångspunkt. Kunskapsstöd kan också fylla en viktig funktion även innan en diagnos har ställts genom att vägleda vårdpersonal i vilka frågor de bör ställa, vad de bör utreda vidare, hur de ska remittera vidare etcetera baserat på symptom. Det kan dessutom röra sig om att personal som arbetar i den somatiska vården får vägledning i när det kan finnas anledning att hjälpa patienten vidare till den psykiatriska vården, det kan röra sig om att primärvården får stöd i att kontakta socialtjänst inom kommunen men också inom den specialiserade vården finns det utrymme för stora förbättringar vad gäller multisjukas väg genom vården. Antalet multisjuka förväntas öka kraftigt den närmast åren. Detta kommer medföra att en allt större del av hälso- sjukvården kommer utföras av kommunerna. Det är därför av största vikt att kommunerna involveras allt mer i det framtida arbetet med kunskapsstyrning.

## Tandvården

Som har beskrivits i utredningens kartläggning skiljer sig tandvården från hälso- och sjukvården organisatoriskt och hur vården är finansierad. Tandvården är i hög grad finansierad av patienten själv. Det innebär att patienten på ett annat sätt än i hälso- och sjukvården är involverad i beslutet om vilken behandling som ska ges. Patienten kan exempelvis välja en billigare behandling än den som är rekommenderad i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Men patienten kan också välja en mer dyrbar behandling än den som är nödvändig (exempelvis en krona i stället för en fyllning på en framtand). Patientens möjligheter att göra reella val av vårdinsats får i sin tur en påverkan på hur professionerna ska förhålla sig till nationella kunskapsstöd. Faktorer som betalningsförmågan hos patienten är en aspekt som hälso- och sjukvården oftast inte behöver ta hänsyn till.

Även om patienten i tandvården har en större påverkan på behandlingsinsatsen, har staten å sin sida en mycket större påverkan i tandvården än i hälso- och sjukvården på vilka åtgärder som ska utföras. Detta hänger samman med finansieringen av vården och att det på nationell nivå fattas detaljerade beslut vilken vård som ska vara statligt finansierad.

Tandvården är sammanfattningsvis ett exempel på hur bl.a. finansieringssystemet kan påverka professionernas och patienternas förhållningssätt till vilken vård som ska erbjudas respektive accepteras.

## Den lärande organisationen

Genom att utgå från patientmötet och den kliniska vardagen skapas förutsättningar för verkligt genomslag av forskningsresultat och annan kunskap samt för att tillvarata den kunskap som finns och kan skapas i vården. Vårdyrken kräver ett ständigt lärande och förutsättningar för detta måste finnas på olika sätt. Efter avslutad utbildning krävs fortbildning för att stärka kompetens och skicklighet. Enligt patientsäkerhetslagen 6 kap. 2 § bär den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv ansvaret för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter. Detta innebär emellertid enligt andra stycket i samma paragraf ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar. I förarbetena till 6 kap. 2 § andra stycket anges att verksamhetschefen ansvarar för att identifiera medarbetarnas utbildningsbehov och ge möjligheter till regelbunden fortbildning och kompetensutveckling. Detta innebär inte bara att delta i utbildningar eller kurser utan det är minst lika viktigt för skicklighet hos professionerna att det dagliga arbetet organiseras på ett sätt så att det finns förutsättningar för ett ständigt lärande. Detta förutsätter kontinuerlig tillgång till sina egna patienters resultat för att kunna identifiera förbättringsområden. Allt för få har enligt utredningen i dag tillgång till aktuella data för de egna patienterna, ännu färre har tillgång till data sammanställda på ett lättförståeligt sätt. Även bristen på kontinuitet försvårar lärandet. Att kunna följa en patient är av avgörande betydelse för möjligheterna till lärande, inklusive lärande av misstag som gjorts. Man behöver kunna följa hela vårdperioden inklusive omvårdnadsinsatser och rehabilitering i stället för fragment av densamma. Eftersom patienter inte sällan remitteras vidare är det t.ex. viktigt att möjligheterna att inhämta information om patienten efter det att ansvaret överlämnats inte beskärs.

En vanlig kommentar är att det saknas tid för utvecklingsarbete. Svaren på utredningens enkäter (se kapitel 13) indikerar att detta problem kan vara större inom den kommunala vården. Framgångsrikt lärande bygger på ett öppet och tillåtande klimat och är därmed

en kultur- och ledningsfråga. Det finns enligt utredningens bedömning anledning att överväga förtydliganden av lagstiftningen när det gäller verksamhetschefens roll och ansvar, för att ytterligare stärka förutsättningarna i vården att verka enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt att bedriva ett kontinuerligt kvalitetsarbete. Det är också av stor vikt att professionernas resurser används på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt än i dag. Rätt kompetenser måste ha tid att fokusera på rätt saker.

### **Lagstiftningen saknar tydlighet kring vem som bär ansvar för att kvalitets- och utvecklingsarbete i vården sker**

Det finns relativt omfattande reglering kring kvalitetsarbetet i vården. I det följande beskrivs de bestämmelser som framför allt är av intresse för utredningens arbete.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) anger att för att få bedriva hälso- och sjukvård i Sverige finns övergripande krav på verksamheten att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 §). Med god vård avses bl.a. att den är av god kvalitet och med en god hygienisk standard och att den tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen (5 kap. 1 §). Därutöver anges i 5 kap. 4 § samma lag att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras men det är inte specificerat vem som har ansvaret för att detta sker. Motsvarande reglering finns i 3, 4 a och 16 §§ tandvårdslagen (1985:125).

I 4 kap. 2 § HSL samt i förordningen till denna lag, finns även bestämmelser om verksamhetschefens ansvar. Verksamhetschefen svarar för verksamheten och får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta. Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

I propositionen till den hälso- och sjukvårdslagen (prop. 2016/17:43) framhålls att verksamhetschefen är en central ledningsfunktion inom hälso- och sjukvården. Regeringen ansåg att de grundläggande bestämmelserna om verksamhetschefen även fortsatt bör finnas i lag. Däremot ansåg man vidare att viss reglering av verksam-



hetschefen bör flyttas till lägre normgivningsnivå för att minska detaljregleringen i hälso- och sjukvårdslagen.

I 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) finns bestämmelser om vårdgivares skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket bl.a. innebär att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen upprätthålls (3 kap. 1 §). Enligt förarbetena innebär detta bl.a. att tillse att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter och att de i övrigt fullgör sina åligganden på ett korrekt sätt. I detta ligger också ett ansvar för att se till att eventuella brister i kunskap eller kompetens hos personalen åtgärdas genom lämplig fortbildning (prop. 2009/10:210 s. 90). En vårdgivare ska enligt patientsäkerhetslagen snarast anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienter ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Av 2 § samma kapitel följer att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter, vilket dock inte innebär någon inskränkning i vårdgivarens ansvar enligt lagen eller annan författning. Enligt 4 § är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Av 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen framgår att hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg. Tillsynen innebär en granskning av att hälso- och sjukvården och dess personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (7 kap. 2 §). Av lagen framgår även att tillsynen främst ska inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap., dvs. vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetslagen innehåller således bestämmelser som möjliggör för tillsynsmyndigheten att vidta åtgär-

der både mot vårdgivare som inte fullgör sin skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och mot hälso- och sjukvårdspersonal som exempelvis visat sig oskickliga i sin yrkesutövning.

Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Enligt 3 kap. 1 § ska vårdgivaren ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten, vilket ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Av föreskrifterna följer bl.a. att vårdgivaren med stöd av ledningssystemet ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten samt på olika sätt systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Av Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av SOSFS 2011:9 framgår att för att den som bedriver verksamheten ska kunna utveckla och säkra kvaliteten behöver denne även planera för personalförsörjning och kompetensutveckling. Enligt 6 kap. 1 § i föreskriften ska vårdgivaren säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. I Socialstyrelsens handbok för tillämpningen av SOSFS 2011:9 anges att det är viktigt att den som bedriver verksamhet uppmuntrar personalen att delta i kvalitetsarbetet genom ett öppet klimat.

I Socialstyrelsens handbok Vem får göra vad i hälso- och sjukvården anges att tydlighet kring vem som får göra vad har stor betydelse i vårdens kvalitetssäkringsarbete och ytterst för patientsäkerheten. Förutom att man alltid måste följa de allmänna reglerna på hälso- och sjukvårdens område så finns emellertid en stor frihet när det gäller hur arbetsuppgifter som inte är särskilt reglerade fördelas. Verksamhetschefen har vissa författningsreglerade uppgifter men utöver det är det vårdgivaren som bestämmer vilka uppgifter och skyldigheter verksamhetschefen ska ha inom sitt verksamhetsområde. Verksamhetschefens ansvar för kvalitetsarbete är inte preciserat i SOSFS 2011:9.

I de föreskrifter (SOSFS 2005:2) som föregick SOSFS 2011:9 var det tydligt preciserat vad som var verksamhetschefens ansvar inom vårdgivarens kvalitetsledningssystem. Verksamhetschefen skulle enligt de tidigare föreskrifterna ansvara för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt skulle bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten. Vidare skulle verksamhetschefen ansvara för att mål

för verksamheten formuleras och för att dessa nås samt ansvara för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kunde vidtas för att förbättra vården.

## Förbättringskunskap

Att driva förbättringsarbete kräver tillgång till teknisk förbättringskunskap och kompetens inom logistik och processutveckling. Vårdens professionella kunskap behöver kompletteras med förbättringskunskap. Professionella kunskaper handlar om ämneskunskap och färdigheter i hur man botar, lindrar och tröstar men också om värderingar och etik. Förbättringskunskap omfattar kunskaper och färdigheter i att arbeta med system, förstå variation, förändringspsykologi och pedagogik. Professionell kunskap bidrar till utvecklingen av nya behandlingar medan förbättringskunskap bidrar till utvecklingen av processer och system ur ett patientperspektiv. Kombinationen av professionell kunskap och förbättringskunskap skapar tillsammans effektiva förutsättningar att öka värdet av vården för patienterna. Långt ifrån alla som arbetar i vården har i dag kompetens inom förbättringskunskap – detta gäller också på chefsnivå. Dessutom är personer med dataanalyskompetens, vilka fyller en viktig funktion för det datadrivna arbetet, en bristvara i vården i dag. Dessa kompetenser är dessutom uppsplittrade på många olika ställen vilket riskerar att förminska potentialen i stödet till vården.<sup>15</sup> Idealt sett skulle det alltså finnas en mötesplats för gemensam kunskap i analysarbete. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys pekar i en promemoria på att chefer anser sig sakna kompetens inom förbättringsarbete och har svårt att prioritera förbättringsarbete i förhållande till produktionen. Promemorian visar också att allt färre läkare väljer att delta i utvecklingsarbete vilket har lyfts som ett stort problem av forskare som menar att förbättringsarbetets framgång är helt beroende av läkarnas engagemang.<sup>16</sup> Utredningen vill i detta sammanhang lyfta fram läkemedelskommittéernas och Stramagruppernas arbete med datadriven och lokalt förankrad kunskapsstyrning i

---

<sup>15</sup> *Bortom IT, om hälsa i en digital tid*. Institutet för framtidsstudier, 2016.

<sup>16</sup> Läkartidningen, Läkarna har nästan veto, 2016. och Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016.

form av återkoppling till förskrivare av förskrivningsdata i relation till rekommenderad behandling.

## 15.4 Nationell kunskapsstyrning av regionaliserad vård

Det framstår som att ordet nationell ofta används synonymt med statligt, främst eftersom staten under lång tid varit ensam aktör att agera med beslutsmandat på nationell nivå. Mot bakgrund av ökade krav på nationell enhetlighet har dock landstingen i samverkan under de senaste åren utvecklat flera nationella lösningar, ofta med statligt stöd. Nationella lösningar som huvudmännen i samverkan själva kommit överens om bör rimligen ha bättre förutsättningar att bli genomförda i den praktiska vårdvardagen än lösningar som kommer från staten utan inblandning från huvudmännen. Historiskt finns det dock olika exempel där den största utmaningen har varit att få huvudmännen att börja samverka. Ett sådant är rikssjukvården där den bristande samverkan mellan huvudmännen bl.a. bidrog till en ökad statlig styrning genom tillskapandet av rikssjukvårdsnämnden. Landstingens utvecklade samverkan kring kunskapsstyrning på nationell nivå (se kapitel 7) är ett lovande steg mot en mer integrerad interaktiv modell där kunskap används och skapas i den kliniska vardagen och där det finns en sammanhängande kedja från nationella kunskapsstöd via regionala och lokala anpassningar och kompletteringar till användning i klinisk vardag och tillbaka igen.

Utredningens slutsats är att även om den nya landstingsgemensamma modellen i sig är ett stort och viktigt steg framåt, kommer en hel del arbete att krävas för att modellen och organisationen bakom ska bli den självklara aktören när det gäller landstingens arbete med kunskapsstyrning. Det handlar om hur huvudmännen arbetar med frågan och vilka resurser och mandat som ges de personer som ska vara involverade i arbetet, exempelvis representation från professioner och patientföreträdare, samt hur den kommunala hälso- och sjukvården behandlas. Vidare handlar det om samarbetet mellan staten och huvudmännen samt den övergripande statliga inriktningen för och uppföljningen av vården samt effekterna av det nya arbetssättet.

## 15.5 Behov av utvecklad samverkan och styrning

Samtidigt som utgångspunkten är patientens och vårdens vardag bedömer utredningen att ett bärande inslag i en reformerad struktur för kunskapsstöd måste vara att stärka den för staten och huvudmännen gemensamma nationella arenan. Syftet med detta är att nå målen om kunskapsbaserad och jämlik vård och nationell enhetlighet i relevant utsträckning, samt att åstadkomma nödvändig effektivisering givet att det i dag enligt utredningens kartläggning görs lika eller snarlika insatser på många ställen. Det sistnämnda är både en ineffektiv användning av begränsade resurser, likväl som en risk för otydlighet och ett hinder för genomslag. Staten bör fokusera på den övergripande styrningen genom en reformerad styrmodell med en kompletterad lagstiftning och ansvarsutkrävande baserat på en förbättrad nationell uppföljning. Det handlar inte om en ökad kontroll, utan om att skapa förutsättningar för ett professionellt yrkesutövande inom rimliga gränser.

Staten har successivt utvecklat sin roll i kunskapsstyrningen. I budgetpropositionen för 2015 beskrivs detta samt myndigheternas roll på följande sätt: Med statlig kunskapsstyrning avses de föreskrifter och olika former av kunskapsstöd som statliga myndigheter tar fram och som riktar sig till huvudmän och olika professioner inom verksamheterna. Vidare anges att en kunskapsbaserad verksamhet innebär ett lärande system i ständig utveckling. Ny kunskap utvecklas på såväl lokal, regional som på nationell och internationell nivå. Regeringen konstaterar att det är en utmanande uppgift både för vården och för statliga myndigheter att finna arbetsformer som kan ta till vara både den kunskap som genereras inom alla vetenskapssamhällen och den som utvecklas inom verksamheter lokalt och regionalt.

Regeringen gör i budgetpropositionen bedömningen att detta kräver en utvecklad samverkan med ett stort antal aktörer och att en sådan samverkan behöver formaliseras och ges en tydlig struktur. Regeringen menar att de sätt som tidigare använts för att utveckla samverkan mellan myndigheterna, exempelvis bestämmelser i myndigheternas instruktioner och särskilda uppdrag, har visat sig vara otillräckliga. Regeringen inrättade därför Rådet för statlig styrning med kunskap och därtill kopplad Huvudmannagrupp. I förordningen om rådet klargör regeringen att syftet med den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är att utgöra ett

stöd för huvudmännen i arbetet med att ge patienter och brukare en god vård och insatser av god kvalitet. Regeringen tydliggör därmed att det är huvudmännen som har det fulla ansvaret för verksamheten. Myndigheternas kunskapsstyrning ska utformas på ett sådant sätt att det underlättar för huvudmännen att implementera evidensbaserad praktik. Myndigheterna har alltså en stödjande roll men inte själva ett uttalat ansvar för implementering enligt regeringens bedömning.

### 15.5.1 Utvecklad myndighetsstyrning

Enligt Statskontoret innebär en samordnad kunskapsstyrning bl.a. att staten ”talar med en röst” och att ”budskapen från myndigheterna därför inte får vara motstridiga eller tvetydiga”.<sup>17</sup>

Utredningen anser mot bakgrund av genomförd kartläggning att myndigheternas kunskapsstödjande arbete i dag inte kan anses uppfylla dessa kriterier på ett tillräckligt sätt. I dag arbetar flera olika statliga myndigheter, ibland på direkta regeringsuppdrag, ibland på egna initiativ, med att ta fram olika typer – men ibland överlappande – av riktlinjer och rekommendationer till vården. En del rör sannolikt sådant som vården i själva verket klarar själv. Kartläggningen av myndigheternas arbete, se kapitel 6, visar tydligt på den stora mängd av initiativ som pågår på respektive myndighet men också att arbets-sätten skiljer sig åt och att det är svårt att få en tydlig bild av respektive myndighets uppdrag.

De instruktioner som styr myndigheterna skiljer sig åt i utformning liksom hur de kunskapsstödjande uppdragen kommer till uttryck. I vissa fall är det dessutom svårt att hitta stöd i instruktion eller regeringsuppdrag för en del av de kunskapsstödjande uppgifter som myndigheterna ägnar sig åt.

I kapitel 6 återges även den rapport om myndigheternas olika kunskapsstödjande produkter som tagits fram inom ramen för Rådet för statlig styrning med kunskap. Den rapporten ger stöd för slutsatserna att myndigheternas kunskapsstödjande arbete alltjämt är relativt okoordinerat och att utrymme finns för förbättringar och effektiviseringar.

---

<sup>17</sup> Delrapport 2016 om att följa och utvärdera det arbete som bedrivs inom ramen för Rådet för statlig styrning med kunskap, Statskontoret, 2016.

Utredningens kartläggning av myndigheternas arbete är inte uttömmande men visar ändå på en splittrad bild av det kunskapsstödande arbetet. Det är rimligt att anta mottagarna, dvs. huvudmännen, professionen och invånarna, av de tjänster och produkter som myndigheterna producerar, också har svårt att få en helhetsbild av myndigheternas verksamhet och vad respektive myndighet har för roll.

I betänkandet *Gör det enklare!* föreslogs att antalet myndigheter inom vårdområdet skulle reduceras till fyra nya myndigheter för att på så sätt effektivisera statens styrning av vården. En av dessa myndigheter föreslogs få rollen som kunskapsstyrningsmyndighet. Socialstyrelsen skulle utgöra grunden för den nya myndigheten.

Någon minskning av antalet myndigheter har inte skett, tvärtom är antalet myndigheter fler i dag än när betänkandet överlämnades. Sedan 2012 har fyra nya myndigheter bildats, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg samt Myndigheten för delaktighet. Därutöver kan Myndigheten för vård- och omsorgsanalys nämnas, som bildades 2011. De nya myndigheterna är främst en konsekvens av sammanslagningar av verksamheter, ombildning av verksamhetsform samt delning av en myndighet.

I stället för att inrätta en ny kunskapsmyndighet, vilket var förslaget i *Gör det enklare!* bildades Rådet för statlig styrning med kunskap den 1 juni 2015. I budgetpropositionen för 2015 framhölls att bildandet av rådet och de andra förändringar som gjordes i befintliga myndigheters uppdrag, ytterst syftar till att stärka förutsättningarna för de lokalt verksamma inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som har i uppdrag att ge vård och insatser som vilar på bästa tillgängliga kunskap.

Regeringen framhöll också att uppdraget till de statliga myndigheterna som har centrala roller inom kunskapsstyrningen behöver tydliggöras och att samverkan mellan myndigheterna behöver formaliseras.

I budgetpropositionen för 2015 framhölls ett antal områden som myndigheterna men även staten (regeringen) behövde utveckla för att effektivisera och minska dubbelarbetet för myndigheterna:

- Ett aktivt omställningsarbete i myndigheterna krävs bl.a. eftersom kraven på utformningen av olika kunskapsstöd kan innebära att myndigheterna behöver utföra nya uppgifter eller att de nuvarande uppgifterna kan behöva utföras på nytt sätt.

- Utöver inrättandet av Rådet krävs instruktionsändringar, myndighetsdialoger och särskilda uppdrag för att säkerställa att kunskapsstyrningen förändras enligt regeringens intentioner.
- Socialstyrelsens nuvarande uppgifter kan behöva utföras på nytt sätt och tidigare beslutade processer och verksamhetsmodeller avseende olika former av kunskapsstöd inkluderande de nationella riktlinjerna behöver omprövas.
- Socialstyrelsens stabsliknande roll behöver stärkas. Uppgiften att vara ett nav tydliggör vikten av samverkan med flera aktörer.
- Det är angeläget att Socialstyrelsen utvecklar kunskapsstöd som grundas på helhetsbedömningar av kunskapsläget. Detta förutsätter att myndigheten ges ett tydligare ansvar för att samla in, systematisera och utvärdera den beprövade erfarenheten inom hälso- och sjukvård.
- Socialstyrelsen behöver ta tillvara och väga samman erfarenheter som vunnits genom olika strategiska utvecklingsinitiativ.

Utredningen anser att dagens uppgiftsfördelning mellan myndigheterna och tillämpningen är onödigt komplicerad och inte tillräckligt främjar ett mer effektivt kunskapsstödjande arbete. Utredningen anser också att de punkter om effektivisering av myndighetsstyrningen som lyftes fram som utvecklingsområden i budgetpropositionen 2015 alltjämt är aktuella och relevanta.

Statskontoret konstaterar i sin första utvärdering av Rådets arbete att myndigheterna som samverkar i rådet inledningsvis har vidtagit relevanta åtgärder, men att det är långt kvar innan den statliga kunskapsstyrningen är samordnad, effektiv och anpassad till behoven hos professioner och huvudmän. Utredningen delar den bedömningen.

### **15.5.2 Myndigheternas arbete behöver stödja vården**

Statens kunskapsstyrning är alltjämt fokuserad på produktion av olika typer av kunskapsstödsprodukter. Utredningen anser att myndigheterna behöver styra om sina verksamheter mot att producera tjänster som vården behöver i stället för en mängd olika produkter. Detta behöver också återspeglas i uppdragen till myndigheterna. Det är viktigt att myndigheternas produktion av tjänster är kopplat till



den landstingsgemensamma stödstrukturen för kunskapsstyrning för att undvika att parallella spår byggs upp. Produktionen av kunskapsstöd i programområdena kommer inte komma i gång över en natt och i ett övergångsskede kan myndigheterna behöva fortsätta att producera utvalda kunskapsstöd. Detta arbete bör emellertid fasas ut i takt med att landstingsstrukturens egen produktion kommer igång. Myndighetsproducerade kunskapsstöd kommer dock behövas på områden som av en eller annan anledning inte täcks in av landstingens gemensamma produktion.

Staten kan genom sina myndigheter ha en viktig roll i att stödja landsting och kommuner att se till kostnadseffektivitet ur ett samhällsperspektiv och att undvika regionala variationer i tillgång på vård och åtgärder. Fördelar till följd av införande av nya läkemedel, metoder eller teknologi fås ofta på andra ställen i samhället exempelvis i form av minskade sjukskrivningar eller helt enkelt längre liv och bättre livskvalitet för patienterna själva. För landstinget eller kommunen innebär det kanske bara ökade kostnader. Investeringar i vården kan behöva bedömas enligt bredare utgångspunkter och med ett nationellt samhällsperspektiv. För att kunna göra det behövs kunskaper om olika åtgärders effekt och konsekvenser för kostnader. Den typen av kunskap vilar i sin tur på klinisk forskning och olika typer av registerdata. Genom att göra denna typ av bedömningar på nationell nivå kan man undvika dubbelarbete, få bättre kvalitet i underlagen och skapa förutsättningar för att prioriteringar sker utifrån samma underlag i olika regioner. För att få fram bra underlag för framtida prioriteringar kan också finnas anledning att initiera nya studier.

### 15.5.3 Former för att åtgärda brister i jämlik vård

En jämlik vård är ett av regeringens viktigaste mål med sin styrning inom hälso- och sjukvården. Övergripande styrning, eller governance, som den som staten utövar över hälso- och sjukvården bör innehålla komponenter som normer och prioriteringar, men också uppföljning av resultat och ansvarsutkrävning. Om brister inte får några konsekvenser kan varken prioriteringar, normer eller uppföljning förväntas ha några större effekter. Medan huvudmännen rimligtvis ansvarar för att följa upp huruvida vården är jämlik inom

respektive landsting eller kommun finns i dag inget uttalat ansvar kring att följa upp och åtgärda när jämlikhet och kvalitet brister på det nationella planet. Jämlik vård är en lagstadgad skyldighet men i dag finns ingen funktion som med legitimitet och genomslagskraft kan utkräva ansvar av huvudmännen när vården inte är jämlik. Staten har här en viktig och potentiellt starkare roll framöver, givet statens ansvar för de övergripande styrfrågorna och som oberoende part i det faktiska utförandet av vården.

Det kommunala självstyret är grundlagsskyddat och hälso- och sjukvårdslagens ramlagsutformning är tänkt att ge landstingen och kommunerna stort utrymme att utforma vården efter lokala behov. Samtidigt är likvärdigheten en portalparagraf i hälso- och sjukvårdslagen. Det finns fall där jämlikheten i vården inte har förbättrats över tid trots att brister upprepade gånger har uppmärksammats och påtalats. I dessa fall ser utredningen att det är viktigt att staten och huvudmännen definierar en process för lämpliga följdåtgärder.

Vården är inte utan möjligheter till att utkräva ansvar i dag. Landstingsfullmäktige ansvarsutkräver gentemot landstingsstyrelsen och medborgarna ansvarsutkräver gentemot de folkvalda. Detta gäller dock varje enskilt landsting för sig även om jämförelser med andra landsting skulle kunna spela en viktig roll. Ansvaret att nå ett nationellt mål om jämlikhet är inte heller något som i alla delar fullt ut kan anses vila på enskilda landsting eller medborgare. Patienter och medarbetare i vården kan anmäla klagomål och lämna tips till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i enskilda fall eller verksamheter. Vid diskriminering kan patienter vända sig till Diskrimineringsombudsmannen (DO). Inom landstingen finns dessutom patientnämnder dit patienter kan vända sig om de har synpunkter på vården. Dessa exempel rör enskilda fall och, dessa enskilda fall bidrar som pusselbitar till att skapa en större bild, men ansvaret för att ta frågan vidare utifrån ett jämlikhetsperspektiv måste vila på någon annan än de anmälade patienterna.

Ansvarsutkrävande behöver inte vara så skarpt eller formaliserat som det låter, men att hitta rätt väg att gå är av flera skäl inte en lätt uppgift. Ett sätt att utkräva ansvar är att ställa krav på transparens så att jämförelser mellan vårdgivare blir allmänt tillgängliga. Transparensen förstärks ytterligare om krav ställs på att data presenteras på ett sätt som är begripligt för allmänheten. Här har Öppna jämförelser redan fyllt en viktig ansvarsutkrävande funktion. Det har

dock saknats ett nästa steg: vad händer när vården i oacceptabel utsträckning avviker från en viss kvalitetsstandard eller jämlikhetsnorm?

Vilken form av ansvarsutkrävning som är mest lämplig avgörs av förutsättningarna och vad man vill uppnå. Exempel på åtgärder för vårdgivare som avviker negativt kan vara ökade eller riktade krav på systematiskt utvecklingsarbetet. Motsvarande förfaringssätt kan också användas för att identifiera, och sedan sprida, goda exempel från verksamheter som utmärker sig positivt.

Val av former för ansvarsutkrävningen får en rad viktiga konsekvenser. Om uppföljningen av enskilda indikatorer kopplas till ekonomiska belöningar bedöms vårdgivarna direkt utifrån dessa indikatorer. Det kan ge kraftfulla finansiella incitament för verksamheten att nå målen och redovisa ett bra utfall för dessa indikatorer. Samtidigt ökar risken för icke-önskvärda effekter så som manipulation av data, protokollstyrd vård som inte tar hänsyn till patienternas behov eller undanträngning av sådant som inte mäts. Styrning utifrån enskild indikatorers utfall kan också inverka negativt på den professionella motivationen om yrkesutövarna upplever att deras autonomi begränsas. Det är viktigt att yrkesutövarna i vården, professionerna, känner förtroende för uppföljningen och att en kontinuerlig dialog förs i framtagande av indikatorer och tolkning av resultat.

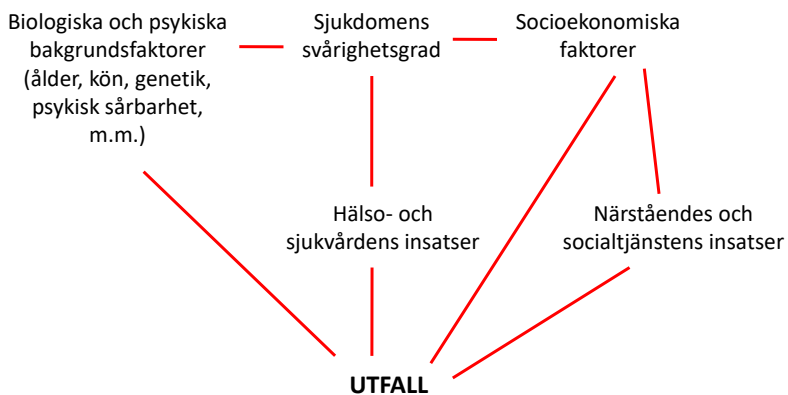
Det finns olika erfarenheter att dra lärdom av. Exempelvis kan erfarenheter av vad som har fungerat – och vad som inte har fungerat – i den danska tillitsreformen användas. Även det arbete som bedrivs av den svenska tillitsdelegationen kan tillföra stort värde. Om syftet med ansvarsutkrävandet är att skapa ett lärande och en grund för förbättringsarbete bör inte utfall av enskilda indikatorer användas isolerat för att bedöma enskilda vårdgivares kvalitet.

## **Behov av djupgående analys och uppföljning med nationellt fokus**

För att kunna hantera oönskade avvikelser, exempelvis genom att bedriva ansvarsutkrävande, göra jämförelser och ha förutsättningar att utveckla metoder och arbetssätt behövs inblick i vårdens resultat. Öppna jämförelser (ÖJ), Vården i siffror och Nationell patientenkät med flera fyller här viktiga funktioner. Ett problem med ÖJ och andra nationella jämförelser har emellertid varit att analyserna ibland lett tanken fel och pekat ut olikheter som i själva verket beror på olika

utgångspunkter eller på ett för litet antal observationer. Skillnader i utfall beror på mycket mer än bara vårdmötet (se figur 15.1), men vården får ofta svara för alla oönskade avvikelser som syns. Nationell uppföljning till grund för ett ansvarsutkrävande behöver vara tillräckligt robust för att kunna peka ut systematiska skillnader. Detta ställer höga krav på vilka indikatorer man väljer, att data riskjusteras utifrån olikheter mellan patienter och att osäkerhet till följd av slump hanteras. Detta kan innebära ökade behov av statistisk och epidemiologisk kompetens, utöver tillgång till teknisk förbättringskunskap, på olika administrativa nivåer och inom olika vårdverksamheter.

**Figur 15.1** Faktorer som påverkar utfall



*Källa:* K. Asplund.

En bättre och mer djupgående uppföljning av vårdens kvalitet och jämlikhet rensade på andra eventuella bakomliggande faktorer kan ge regeringen och huvudmännen ett skarpt verktyg att arbeta utifrån för att förbättra vården och göra den mer jämlik. De huvudmän eller verksamheter som avviker kan bli föremål för närmare analys där ytterligare information bedöms. En närmare bedömning utifrån ytterligare insamlad data får sedan avgöra om avvikelserna kan fastställas och vilka åtgärder som i så fall kan anses lämpliga.

Utredningen ser att trots de goda förutsättningar som finns vad gäller datakällor, och trots de olika initiativ som finns för att erbjuda

nationella jämförelser så saknas den typen av skarpa jämförelser som behövs för att se reella skillnader och för att ge förutsättningar för systematiskt förbättringsarbete och verklig förändring.

### *Brist på datatillgång*

I allmänhet finns i dag en stor enighet om att uppföljning med fokus på vårdens resultat är viktigt. Ett hinder för bättre uppföljning på lokal såväl som nationell nivå är att tillgången till data brister. Givet alla de olika datakällor som finns i Sverige, den arbetstid som läggs ner på inrapportering och det lokala engagemang som i många fall omger dem borde även tillgången vara en självklarhet. Utredningen ser dessvärre att detta inte är fallet.

Det finns flera andra närliggande initiativ och förslag i dagsläget som också både uppmärksammar detta och behovet av bättre uppföljning. Vid 2016 års slut avslutades en femårig nationell satsning på nationella kvalitetsregister. Satsningen har bland annat syftat till att förbättra registrens infrastruktur, transparens och datakvalitet. Vården i siffror har startats som del av denna satsning.

I betänkandet *Träning ger färdighet* (SOU 2015:98) föreslås en utvecklad öppen redovisning av volymer och medicinsk kvalitetsdata för den högspecialiserade vården. Flera remissinstanser har uttryckt sig positiva över ambitionen att förbättra nationella jämförelser och öka transparensen och tillgången till data.

### **Avsaknad av nationell enhetlighet och spets i fokussatsningar**

På senare år har staten, ofta tillsammans med SKL, tagit initiativ till flera olika nationella särskilda satsningar. Det kan röra sig om överenskommelser, nationella samordnare, nationella strategier eller handlingsplaner. De har blivit allt vanligare som styrmedel inom vården. Utvärderingar av styrmedlen visar både på fördelar och på nackdelar. Utredningens bedömning är att det är bra att arbeta med fokuserade satsningar men att det hittills ofta har gjorts fragmentariskt, delvis överlappande och alltför oprecist.

Det är förståeligt att man vill råda bot på områden där det finns stora problem i vården, men utredningen ser att större effekt skulle kunna uppnås om områdena som väljs ut har viss spets. Med detta

avses att en särskild fokussatsning inte bör inledas på exempelvis området "cancer" utan den bör då vara mer specifik än så, exempelvis ökad andel som genomgår screening av ett visst slag eller ökad andel som får en viss behandling. För att identifiera mer träffsäkra satsningar förutsätts att gedigna gapanalyser utarbetas som grund för beslut om prioriterade satsningar.

Det finns några tidigare exempel på nationella riktade fokusområden med den typ av spets som utredningen söker. Den alltför höga antibiotikaförbrukningen blev 2011 föremål för en nationell kampanj. Ett nationellt åtgärdsprogram togs på statens initiativ fram i samverkan mellan myndigheter, SKL och huvudmännen. Det innefattade ett flertal olika åtgärder och efter några år började förbrukningen sjunka. Att så skedde har säkerligen multifaktoriella orsaker, men en viktig framgångsfaktor var sannolikt de kampanjer som riktade sig mot allmänheten och den uppmärksamhet som media ägnade problematiken. En annan framgångsfaktor kan ha varit att målet var enkelt att kommunicera via en enkel indikator, antalet antibiotikarecept i förhållande till folkmängden. Lärdomar från antibiotikaprojektet är viss långsiktighet och betydelsen av att involvera medborgarna, vars inställning och förväntningar i mötet med vården har stor betydelse.

Ett annat exempel är de nationella riktlinjerna för stroke. Ett viktigt mål för strokevården är att patienterna snabbt ska komma under vård och i många fall bli föremål för propplösande behandling, vilket i sin tur ger mindre allvarliga följdtilstånd och på så sätt medför stora samhällsekonomiska besparingar. Socialstyrelsen rekommenderade därför i riktlinjerna att huvudmännen skulle informera allmänheten om symptomatologin vid stroke och vikten av att agera snabbt. Efter initiativ från politiker inom SKL genomfördes en nationell informationskampanj.

Utredningen ser behov av en nationellt enhetlig process för val av fokusområde och hur den särskilda satsningen ska utformas. Gemensamt för åtgärder som lämpar sig för samordnade nationella insatser förutom påtagliga brister i kvalitet och jämlikhet är stor volym, allvarlig sjukdom och därmed stora vinster för medborgare och samhället om man lyckas åtgärda problemet. Det är dessutom en fördel om det är lätt att kommunicera problemet och enkelt att mäta effekt via en eller åtminstone ett fåtal indikatorer. Att kunna involvera allmänheten och patienterna är också en fördel.

## 15.6 Digitalisering driver utvecklingsbehov

I betänkandet beskrivs på flera ställen digitaliseringens möjligheter som öppnar nya möjligheter för snabb informationsöverföring och möjligheter att utveckla stödsystem för professionerna. Digitaliseringen ger också patienterna och anhöriga helt nya möjligheter att involveras i vården och medför att professionerna och patienterna närmar sig varandra. Det kan bl.a. handla om att professionerna och patienterna använder samma beslutsstöd eller samtidigt får tillgång till exempelvis provresultat. Den informerade patienten ges genom digitaliseringen också på ett annat sätt än tidigare förutsättningar att ställa krav på professionerna liksom att lämna strukturerade data till professionerna och sjukvården. Möjligheterna att bedriva egenvård ökar också liksom andra möjligheter att vid behov komma i kontakt med vården, bl.a. genom virtuella vårdcentraler.

Utredningen har uppmärksammat att de finns en bristande förståelse kring begreppen kunskapskälla, kunskapsstöd och beslutsstöd. Många uppfattar dem som synonyma alternativt som svarta lådor med oklara mekanismer. Utredningen har använt sig av följande definitioner i detta betänkande:

*Ett digitalt kunskapsstöd kan definieras* som en datorbaserad kunskapskälla som presenterar kunskap men utan någon direkt koppling till specifik patientinformation. Kunskapen rör ett kliniskt område och innehåller t.ex. vägledning, rekommendationer, termdefinitioner och förslag på indikatorer.

*Ett digitalt kliniskt beslutsstöd kan definieras* som ett datorstött system som baserat på kunskapsstöd aktivt kan ge patientspecifika råd och rekommendationer kring prevention, prognos, diagnostik, behandling och uppföljning för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och patienter.<sup>18</sup>

Digitaliseringen har inneburit att en mängd nya besluts- och kunskapsstöd utvecklats för vården. Flera av dessa stöd är framtagna av

---

<sup>18</sup> Hoffman, Löfström och Gustafsson – Artikel Läkartidningen 2014. Skillnaderna kan också uttryckas på följande sätt: Ett *kunskapsstöd* kan sägas bestå av en kunskapskälla + gränssnitt. Ett *beslutsstöd* består av samma kunskapskälla + patientspecifik information + beslutsregler + gränssnitt.

kommersiella aktörer och har stor spridning inom vården. Denna utveckling innebär att nya krav ställs på myndigheternas förhållningssätt när det gäller hur man når ut till professionerna med sin kunskap. Det kan vara så att de kommersiella leverantörerna har bättre förutsättningar att ta fram användarvänliga stöd än vad myndigheterna och huvudmännen har.

En sådan utveckling innebär vidare att makten över vilka kunskapsstöd som används och vilken kunskap som får genomslag, förskjuts. Att kommersiella aktörer spelar en stor och viktig roll i hälso- och sjukvården är i sig ingenting nytt och också helt nödvändigt för hälso- och sjukvårdens utveckling. Marknaden för journalsystem och medicintekniska produkter domineras helt av kommersiella aktörer. Däremot spelar offentliga aktörer en viktig roll i den anpassning som krävs för att kunna möta vårdens behov. Exempelvis vad gäller val av journalsystem som kan integreras med andra system.

De enkäter som utredningen har genomfört, visar också tydligt att professionerna ofta föredrar stöd framtagna av kommersiella leverantörer, bl.a. på grund av användarvänligheten. De moderna journalsystemen har också beslutsstöd inbyggda. Även denna marknad domineras av kommersiella aktörer. Digitaliseringen har också inneburit att kunskapsstöd framtagna av utländska leverantörer har fått ett brett genomslag. Här handlar det om rekommendationer som kan ha sitt ursprung i andra typer av hälso- och sjukvårdssystem, vilket också kan utmana huvudmännens planering och arbete med behandlingsrekommendationer.

Det är viktigt att beslutsstöd bygger på valid kunskap som vårdpersonal och patienter kan lita på. Det finns fastslagna principer för hur offentligt framtagen information ska tillgängliggöras, och därmed kunna vidareutnyttjas exempelvis i beslutsstöd. Principerna finns bl.a. i regeringens e-delegations riktlinjer och i enlighet med principen ”öppna data”.<sup>19,20</sup> Om offentligt framtagna och finansierade kunskapskällor kan göras tillgängliga för vården, myndigheter, journalsystemtillverkare, fristående kommersiella aktörer med flera på ett standardiserat och strukturerat sätt skulle detta vara en stark stimulans för

---

<sup>19</sup> E-delegationen. Vidareutnyttjande av offentlig information. En vägledning för myndigheter. [skl.se/download/18.430f8b0b145ac911ed643836/1399451140249/Juridisk-vägledning-e-delegationen.pdf](http://skl.se/download/18.430f8b0b145ac911ed643836/1399451140249/Juridisk-vägledning-e-delegationen.pdf).

<sup>20</sup> E-delegationen. Vidareutnyttjande av information. Om PSI och öppna data. [www.vidareutnyttjande.se](http://www.vidareutnyttjande.se).



dessa aktörer att utveckla beslutsstöd baserade på dessa kunskapskällor direkt. Detta gör det möjligt för utvecklare av beslutsstöd att använda offentliga rekommendationer i form av behandlingsalgoritmer med standardiserad nomenklatur och informationsstruktur tillsammans med offentligt förvaltade kunskapskällor och kunskapsstöd vid utveckling av beslutsstöd.

I betänkandet redogörs för flera olika initiativ både när det gäller kunskapsstöd och mer avancerade beslutsstöd. Kartläggningen visar också att stöd inte tillgängliggörs på ett systematiskt sätt. Ibland tar ett landsting ett principbeslut om att tillgängliggöra ett beslutsstöd, ibland fattas beslutet på kliniknivå. Lösningar framtagna i ett landsting, som Janus-info, kan få nationell spridning samtidigt som det finns väl fungerande lösningar som bara är lokala.

## 15.7 Betydelsen av ekonomiska resurser

Ett grundantagande som utredningen arbetar utifrån är att vården kan bli mer jämlik och uppnå en högre kvalitet om evidens och beprövad erfarenhet präglar vårdmötet. Ett problem som kräver andra lösningar utgörs av att nya behandlingar medför nya kostnader, vilket kan stå i vägen för införandet oavsett hur väl riggat systemet är i övrigt för att senaste och bästa kunskap ska kunna finnas närvarande i vårdmötet. Kunskapen i sig tar oss inte hela vägen om behandlingen ifråga kostar så mycket att huvudmännen inte kan hantera kostnaden. Den medicinska utvecklingen går framåt i snabb hastighet och nya läkemedel och behandlingar medför ofta högre kostnader. Det finns potentiella samhällsekonomiska vinster att göra om kostnadseffektiviteten av nya behandlingar utvärderas och om de därefter både införs och utmönstras under ordnade former. Med den snabba utveckling som sker på det medicinska området är denna aspekt viktig att ha med när vi arbetar för att evidens och kunskap ska nå fram till vårdmötet.

Frågan är inte ny. Staten subventionerar vissa läkemedel för att alla ska ha tillgång till effektiva behandlingar. Innan ett läkemedel subventioneras genomgår det hälsoekonomisk utvärdering för att effekten ska värderas gentemot kostnaden och alternativa behandlingar. Inom ramen för den nationella processen Ordnat införande av nya läkemedel (Ordnat införande) samarbetar alla landsting, flera

statliga myndigheter och läkemedelsföretag för att uppnå en jämlik, kostnadseffektiv och ändamålsenlig användning av nya läkemedel. Den nationella ordnat-införandeprocessen inleds med så kallad horisontspaning på nya läkemedel och indikationer. Målet med horisontspaningen är att ge landstingen bättre framförhållning i arbetet med att förbereda vården för introduktion av nya läkemedel. Områdets relevans tycks bli mer och mer tydlig och arbetssättet sprider sig. Dessa metoder har delvis kunnat utvecklas inom just läkemedel tack vare att det finns goda möjligheter till uppföljning på området. Det har också varit angeläget eftersom nya innovativa läkemedel ofta har ett högt pris. Liknande processer för ordnat införande har spridits till klinikläkemedel och för medicintekniska produkter är de under utveckling.

När nya behandlingsalternativ införs finns ofta gamla arbetssätt som ska utmönstras. Med en begränsad budget för sjukvård måste mindre effektiva rutiner mönstras ut för att ge plats åt bättre alternativ. Även här spelar möjligheten till uppföljning en viktig roll då nyare metoders effektivitet kan bekräftas jämfört med gamla. Det är lätt att anta att utmönstring av gamla arbetssätt ska ske av sig själv, men utvärdering visar att så inte är fallet. Exempelvis ger Socialstyrelsens nationella riktlinjer både rekommendationer om vad som bör göras och vad som inte bör göras alls, så kallat "icke-göra", men utvärdering av riktlinjernas genomslag visar att "icke-göra" fortsätter att göras. Utmönstring av behandlingar eller metoder under ordnade former är viktigt inte minst därför att människor kan ha svårt att förändra vanor och rutiner. Det är därför viktigt att fokusera på vad som ska göras i stället, när en etablerad metod ska mönstras ut.

Även vissa ersättningssystem har effekten att utförande av en viss behandling belönas jämfört med att en annan utförs. Staten har tillsammans med SKL arbetat med prestationsbaserad ersättning i flera olika satsningar vilket har gett kraftfulla effekter men med risken att oväntade sidoeffekter uppstår eller att beteenden förändras på ett oönskat sätt.

Med de snabba framsteg som görs inom hälso- och sjukvården är det tydligt att införande och utmönstring av behandlingar är och kommer fortsätta vara en mycket viktig fråga. Olika system för att göra detta under ordnade former kan ge lärdomar för att göra processerna mer kostnadseffektiva. Om vi vill att senaste och bästa kunskap ska präglade varje vårdmöte kommer detta vara en nyckelfråga.

## 15.8 Sammanfattande iakttagelser

Utredningens direktiv grundar sig på en tydlig politisk ambition att Sverige ska ha en jämlik vård och antagandet att de nationella kunskapsstöden inte har det genomslag man skulle kunna önska sig. Direktivet bygger också på antagandet att nationella kunskapsstöd, om de används, kan bidra till att vården blir mer jämlik genom att den i större utsträckning baseras på en gemensam kunskapsbas. Utredningen delar dessa antaganden och har också kunnat konstatera att genomslaget av de nationella kunskapsstöden är otillräckligt, och kanske framför allt varierande.

Länge har lösningen på ett identifierat problem varit att ta fram ett nytt kunskapsstöd. Hur kunskapsstödet i praktiken ska leda till en lösning på problemet eller vems behov kunskapsstödet fyller har inte varit lika prioriterat att överväga. En annan lösning på ett identifierat problem kan vara att ingå en överenskommelse mellan regeringen och SKL eller att ge ett uppdrag till en myndighet. Detta har resulterat i ett antal separata överenskommelser och ett stort antal spridda regeringsuppdrag till olika myndigheter, som samtliga har inslag av kunskapsstyrningsaktiviteter.

Utredningen ser att den statliga kunskapsstyrningen framöver behöver bli mer övergripande och utgå från statens övergripande ansvar. Detaljstyrningen behöver minska och myndigheterna bör stödja med de specifika underlag som den landstingsgemensamma strukturen för kunskapsstyrning uttrycker behov av. I detta ser utredningen stora likheter med det framgångsrika samarbetet som bedrivs inom cancerområdet och RCC.

En central uppgift för staten bör vara att följa upp om vården är kunskapsbaserad och jämlik över landet. Utredningen anser att en bra grund för detta finns i arbetet med Öppna Jämförelser (ÖJ). Utredningen bedömer dock att den nationella uppföljningen i ÖJ inte alltid har förmått att identifiera vad som är verkliga skillnader i vårdkvalitet. Det som har sett ut som skillnader i vårdkvalitet har i själva verket kunnat bero på att man haft tillgång till ett för litet patientunderlag i vissa landsting, att sammanställningarna har saknat bakgrundsvariabler eller på att patientsammansättningen skiljt sig åt. En viss variation kan också vara önskvärd och bero på nödvändig individanpassning av vården. Det är viktigt att den nationella uppföljningen förmår kontrollera för den typen av omständigheter så att

presenterade skillnader faktiskt också är verkliga skillnader. Uppföljningen behöver också ta ytterligare steg för att få en bild av om det finns acceptabla förklaringsfaktorer till identifierade skillnader. Avslutningsvis behöver uppföljningen leda till att reella förbättringsåtgärder i vården vidtas och att goda exempel sprids.

## 16 Överväganden och förslag

I detta kapitel presenterar utredningen sina överväganden och förslag. Inledningsvis berörs frågan om ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen. Utgångspunkterna för utredningens förslag beskrivs. Därefter följer förslag om förutsättningarna för professioner och patienter samt förslag om utvecklad styrning för kunskapsbaserad och jämlik vård. Förslagen omfattar bland annat en förtydligad skyldighet för landsting och kommuner att samverka om nationell kunskapsstyrning samt förslag om inrättandet av vårdkommittéer. En nationell kunskapsstjänst för effektiva digitala kunskapsstöd föreslås. Därefter presenteras förslag som syftar till att uppnå en mer effektiv myndighetsstyrning. Kapitlet avslutas med förslag gällande genomförande samt en redovisning av ekonomiska konsekvenser.

### 16.1 Ansvarsfördelning mellan stat och sjukvårdshuvudmän

#### 16.1.1 Grunder för den statliga styrningen

Vid tillkomsten av hälso- och sjukvårdslagen 1983 angavs behovet av en process för statlig planering och samordning mellan stat och landsting. För att genomföra samordningen föreslogs ett nära och kontinuerligt samråd i planerings- och samordningsfrågor mellan regeringen och landstingen. För att nå effekt angavs att det krävs ett systematiskt långsiktigt handlande som bygger på tillförlitliga beslutsunderlag som bl.a. tagits fram med stöd av en enhetlig och samordnad statistik. Därutöver framhölls vikten av ett nära och kontinuerligt samråd med professionerna.

**Utredningens bedömning** är att grunderna för den statliga styrningen av vården som beskrevs i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen 1983 är goda utgångspunkter för en utvecklad kunskapsstyrning.

Av 3 kap. 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) följer att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare följer av 5 kap. 1 § att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Detta är några av de övergripande mål som sjukvårdens huvudmän, dvs. främst landstingen och kommunerna, har att nå.

De övergripande målen för hälso- och sjukvården har, mer eller mindre ordagrant, varit gällande sedan den ursprungliga hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft 1983.

Den hälso- och sjukvårdslag som började gälla 1983 innebar att en detaljerad sjukvårdslagstiftning ersattes av en målinriktad ramlag. Genom hälso- och sjukvårdslagen gavs ett stort utrymme för landstingen att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar, samtidigt som den nya lagen syftade till att stärka patienternas ställning i hälso- och sjukvården. I propositionen som låg till grund för den nya lagen (prop. 1981/82:97 s. 2) framhölls att staten har ansvaret för den centrala och övergripande planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Landstingens skyldighet att samordna sin verksamhet med kommuner, andra vårdgivare samt närliggande landsting i syfte att åstadkomma ett samlat och rationellt utbud av vård, framhölls också.

Den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och landstingen avseende utförandet av vården, gäller än i dag. Visserligen har flera justeringar gjorts av HSL sedan dess tillkomst 1983, men grundprinciperna för ansvarsfördelningen är desamma. Utöver justeringarna i HSL har kommunernas roll som sjukvårdshuvudmän vuxit, regeringens styrning av myndigheterna har ändrats och olika överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) tecknats, i syfte att påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården. Dessa initiativ har dock inte förändrat den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen. En ändring av den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och

huvudmännen hade krävt väsentliga förändringar av kommunallagen, liksom annan relevant lagstiftning.

I utredningens uppdrag ingår inte att lägga förslag som i grunden ändrar ansvarsfördelningen mellan stat och huvudmännen. Utgångspunkten för utredningens förslag är därför de grundläggande principer som har gällt i nästan 40 år.

### Samråd mellan stat och landsting

Vid tillkomsten av hälso- och sjukvårdslagen 1983 var en av grundbultarna en process för statlig planering och samordning mellan stat och landsting. I propositionen framhölls att det fanns ett behov av övergripande planering och samordning på central nivå av utvecklingen inom hälso- och sjukvårdssektorn men också att det var utomordentligt viktigt med tillgång till ett tillförlitligt beslutsunderlag vid behandling av sådana frågor (prop. 1981/82:97 s. 98 f.). Bl.a. framhölls vikten av en enhetlig och samordnad hälso- och sjukvårdsstatistik, som skulle kunna användas såväl för landstingens planering som för centrala bedömningar och överväganden.

För att kunna genomföra samordningen föreslogs ett nära och kontinuerligt samråd i planerings- och samordningsfrågor mellan regeringen och landstingen. Ett upplägg som föreslogs var att staten utarbetade förslag till ramar för hälso- och sjukvårdens utveckling som kunde uttryckas i olika alternativ, bl.a. grundade i den samhällsekonomiska utvecklingen och målen för hälso- och sjukvården och de övergripande prioriteringarna. Samrådet borde därefter syfta till en överenskommelse som skulle kunna utgöra utgångspunkt för landstingens långsiktiga planering. Enligt propositionen skulle en sådan planering och samordning på central nivå kunna stimulera landstingen och staten till ett mer systematiskt långsiktigt handlande utan att någon principiell förändring av ansvarsfördelningen gjordes.

Utredningen anser att flera av de grundkomponenter för en effektiv styrning av vården som lyfts fram i prop. 1981/82:97 kan appliceras på de diskussioner kring styrning av vården som diskuteras i dag, inte minst vad avser kunskapsstyrningen. För att nå effekt anges i propositionen att det krävs ett systematiskt långsiktigt handlande som bygger på tillförlitliga beslutsunderlag som bl.a. tagits fram

med stöd av en enhetlig och samordnad statistik. Därutöver framhålls ett nära och kontinuerligt samråd med professionerna.

### 16.1.2 Andra utredningars bedömningar kring statens styrning

*HSU 2000* ansåg att utvecklingen av vården borde ske med långsiktighet och bred medverkan av berörd personal. Personalen måste ha tid för reflektion för att utveckla sin kompetens. Ett utökat samarbete mellan huvudmännen ansågs vara avgörande. Statens roll blir att sätta upp mål, följa och att värdera att utvecklingen sker i enlighet med dessa. Av vikt är att staten följer vårdens utveckling på det nationella planet och innefattar olika aktörers, främst patienters, perspektiv.

*Ansvarskommittén* ansåg att den statliga styrningen borde renodlas mot normering, och att antalet styrformer därför borde begränsas, särskilt styrformer med oklar status. Staten skulle ges ett tydligare ansvar för nationell uppföljning och utvärdering. Ett ramverk skulle inrättas där bl.a. myndigheternas arbete samordnades för att öka tydlighet gentemot kommuner och landsting.

*Statskontoret* lyfter att hälso- och sjukvården är svår för staten att styra genom detaljerad reglering eftersom det är svårt för staten att i detalj formulera innehållet i regleringen. Statskontoret anger även att den statliga styrningen behöver ha ett mottagarperspektiv, dvs. att styrningen analyseras utifrån hur kommuner och landstingen uppfattar statens styrning.

*Riksrevisionen* konstaterar att regeringens arbete med att minska detaljstyrningen på vårdområdet går långsamt och att Socialstyrelsen har fått en mer undanskymd roll.

Efter det att hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft 1983 har det genomförts flera utredningar som handlat om hur hälso- och sjukvården bäst bör styras och organiseras. Utredningarna har på olika sätt berört frågor om kunskapsstyrning, även om det begreppet inte alltid har använts. Utredningen är medveten om att det finns många



initiativ och insatser, men väljer att lyfta fram slutbetänkandet God vård på lika villkor (SOU 1999:66) från 1999 som lades fram av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) samt Ansvarskommitténs slutbetänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10). Betänkanterna får anses ge en bild av tillståndet i vården i slutet av 1990-talet och en bild av situationen i slutet av 2000-talet. I båda dessa utredningar återfinns några av de grundprinciper som beskrivs i propositionen till hälso- och sjukvårdslagen 1983. Återkommande frågor är renodlingen av statens roll, långsiktighet i satsningar som görs, samt vikten av verktyg för att följa utvecklingen av vården. Den allt viktigare roll som patienterna fyller och deras delaktighet, lyfts också. Avslutningsvis redogörs för iakttagelser från Statskontoret (2016) och Riksrevisionen (2017).

#### *Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation*

År 1992 tillsattes den parlamentariska kommittén Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). Kommittén hade dels i uppdrag att analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården borde finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. I slutbetänkandet från 1999, God vård på lika villkor (SOU 1999:66), konstateras att ett stort antal reformer och organisationsförändringar hade genomförts under 1990-talet, såväl nationellt som hos sjukvårdshuvudmännen.

Att så många förändringar hade gjorts samtidigt, och på olika plan, innebar enligt kommittén att det varit svårt att skilja de olika förändringarnas effekter från varandra. Inte minst utvärderingarna av de olika reformerna och styrmodellerna ansågs påvisa detta. Enligt kommittén hade det också funnits svårigheter i samarbetet mellan de olika sjukvårdshuvudmännen.

Kommittén konstaterade dock att en positiv utveckling hade varit att patientperspektivet hade stärkts under 1990-talet. Patientens valfrihet och rätt till god service och delaktighet i vården osv. hade enligt kommittén varit motiv för flera förändringar både i samband med reformerna och även på annat sätt. Enligt kommittén kunde man tala om en förändrad värdering från vårdens sida. Kommittén

konstaterade att de anhörigas situation och medverkan betonats på liknande sätt.

Kommittén ansåg att utvecklingen av vården borde ske med långsiktighet och bred medverkan av berörd personal. Personalen måste ha tid för reflektion för att utveckla sin kompetens. Enligt kommittén borde utvecklingen av vården framöver ske med en långsiktig strategi och med en bred medverkan och delaktighet av vårdens alla personalkategorier. Om organisation och arbetsmetoder hindrar att nya medicinska rön kan tas tillvara och praktiskt omsättas på ett effektivt sätt så krävs att förändringar genomförs för att undanröja sådana hinder. Kommittén menade vidare att förändringar behöver förankras hos medborgarna. Enligt kommittén borde de stora landsövergripande reformerna inom vårdens område följas av olika, lokalt anpassade, modeller för organisering av hälso- och sjukvård.

Ett utökat samarbete mellan de olika huvudmännen samt mellan vårdgivare ansågs vara avgörande för att hälso- och sjukvården i framtiden ska vara effektiv och ha möjlighet att se patienters och medborgares hela situation, både vad gäller hälsa och sjukdom.

Avslutningsvis konstaterade kommittén att statens roll blir att sätta upp mål, följa och att värdera att utvecklingen sker i enlighet med dessa. Kommittén framhöll särskilt att det var viktigt att staten kontinuerligt följer vårdens utveckling på det nationella planet, och att denna innefattar olika aktörers, framför allt patienters, perspektiv. Det ansågs också angeläget att detta genomfördes av företrädare för olika forskningsämnen och traditioner samt att resultaten återfördes till verksamheten.

#### *Ansvarskommittén*

Ansvarskommittén hade i uppdrag att analysera samhällsorganisationen och bedöma om det krävdes förändringar av uppgiftsfördelning och struktur för att klara de utmaningar som de offentliga verksamheterna i framtiden kommer att ställas inför. Frågor rörande hälso- och sjukvårdens organisation utgjorde en stor del av utredningens förslag. I slutbetänkandet Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10) var en av utgångspunk-

terna att landstingens uppgifter inom hälso- och sjukvården skulle övertas av väsentligt färre och mer jämnstora regionkommuner.

Bortsett från denna grundläggande förändring ansågs att den statliga styrningen av hälso- och sjukvården borde renodlas mot normering. Ansvarskommittén ansåg därför att antalet styrformer borde begränsas och särskilt styrformer med oklar status. Styrningen borde enligt Ansvarskommittén dessutom inriktas mer på medborgarens rätt till likvärdig hälso- och sjukvård.

Ansvarskommittén ansåg att kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården borde stärkas genom inrättandet av ett ramverk där bl.a. myndigheternas arbete med kunskapsutveckling och kunskapsförmedling samordnades för att öka tydligheten gentemot kommuner och landsting. Ansvarskommittén föreslog också att Regionala kunskapscentrum, reglerade i hälso- och sjukvårdslagen, skulle skapas. Dessa skulle svara för kunskapsbildning och kunskapsspridning och samspela med den nationella nivån. En viktig komponent var vidare att staten gavs ett tydligare ansvar för nationell uppföljning och utvärdering. Ansvarskommittén ansåg att patienternas ställning borde lyftas ytterligare, bl.a. genom skapandet av en särskild patientlag.

Enligt Ansvarskommittén borde den statliga styrningen innebära att huvudmännen ges ett väldefinierat ansvar, som även ger dem handlingsfrihet, vilket enligt Ansvarskommittén skulle främja samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer, som skola och socialtjänst.

### *Statskontorets rapporter om statlig styrning 2016*

Statskontoret har haft regeringens uppdrag att analysera och föreslå hur staten samlat, på en övergripande nivå, kan följa upp utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och landsting (Fi2016/00372/SFÖ). I delrapporten Samlad uppföljning av den statliga styrningen av kommuner och landsting, 2016, framhåller Statskontoret bl.a. att hälso- och sjukvården är svårare för staten att styra genom detaljerad reglering eftersom det i dessa fall är svårt för staten att i detalj formulera innehållet i regleringen. Statskontoret anger även att den statliga styrningen behöver ha ett mottagarperspektiv, dvs. att styrningen analyseras utifrån hur kommunerna och landstingen uppfattar den samlade statliga styrningen.

Satsningarna anses också svåra att följa upp och styrningen anses sällan ske genom en tydlig styrkedja från staten till den kommunala organisationen, utan riktar sig mot olika nivåer.

Enligt Statskontoret finns det behov av att i högre grad följa upp och utvärdera den statliga styrningen av kommuner och landsting. Enligt Statskontoret kan behoven sammanfattas enligt följande:

- Öka samordningen av styrningen såväl inom som mellan områden,
- Tydliggöra kopplingen mellan styrmedel och uppföljningar eller utvärderingar,
- Öka kunskapen om konsekvenserna av den statliga styrningen av kommuner och landsting,
- Ta ett samlat grepp om den statliga styrningen inom ett verksamhetsområde.

#### *Riksrevisionens rapport 2017 om statens styrning på vårdområdet*

Riksrevisionen publicerade i februari rapporten Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet, 2017:3.

Riksrevisionen konstaterar att regeringen vid flera tillfällen försökt komplettera ramlagstiftningen och den decentraliserade vårdorganisationen med olika styrningsinsatser för att öka den nationella likvärdigheten. Styrformerna har i stor utsträckning involverat SKL.

I rapporten konstaterar Riksrevisionen att SKL, som har nära till landstingens verksamhet, kan fungera som en viktig länk mellan staten och landstinget. Ur regeringens perspektiv kan SKL därför upplevas som en snabb och flexibel väg för att nå ut till vårdens huvudmän. Eftersom SKL inte är en myndighet lyder organisationen inte under förvaltningslagen eller regeringsformen. Möjligheterna till ansvarsutkrävande är inte heller samma som om SKL hade varit en myndighet enligt Riksrevisionen. Därmed kan varken regeringen, andra myndigheter eller medborgarna ställa samma krav på objektivitet och transparens på SKL som på exempelvis Socialstyrelsen.

Riksrevisionen konstaterar vidare att regeringen har en ambition att minska detaljstyrningen på vårdområdet men bedömer att utvecklingen går långsamt. Exempelvis konstateras att antalet överenskommelser på vårdområdet inte förändrats. Enligt Riksrevisio-

nen har regeringens val att ingå överenskommelser med SKL inneburit att Socialstyrelsen fått en mer undanskymd roll. Regeringen bör enligt Riksrevisionen i första hand använda den centrala förvaltningsmyndigheten för att förverkliga sin politik och att det ingår i Socialstyrelsens att fungera som ett stöd till landstingen. Riksrevisionen rekommenderar därför att regeringen ytterligare tydliggör Socialstyrelsens stödjande funktion mot huvudmännen, bl.a. genom förtydliganden i instruktionen.

Enligt Riksrevisionen har staten inte i tillräcklig utsträckning undersökt vilket behov av kunskapsstöd som finns i vården. Därutöver anses det finnas vissa brister i uppföljningen av den statliga kunskapsstyrningen vilket anses gälla såväl för föreskrifter som i arbetet med statliga kunskapsstöd. Riksrevisionen anser att Socialstyrelsen i högre utsträckning måste undersöka varför föreskrifter och kunskapsstöd inte efterlevs.

### **16.1.3 Bättre förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård genom tydlig och inkluderande nationell kunskapsstyrning**

**Utredningens bedömning** är att den statliga styrningen behöver utvecklas för att bättre stödja en kunskapsbaserad och jämlik vård. Staten bör bli mer övergripande i styrningen samt stärka uppföljning och utkräva ansvar av landsting och kommuner. Staten bör stödja en ökad nationell samverkan mellan landstingen och kommunerna samt främja förutsättningar för professionernas deltagande på alla nivåer och ett ökat patientinflytande. Med nationell avses sådana åtgärder eller dylikt som sker i hela landet, dvs. en enhetlig tillämpning.

De senaste årens utveckling har i hög grad inriktats mot att uppnå högre kvalitet och mer jämlik vård genom ökad centralisering. Ett stort antal snarlika insatser med nationell prägel har utförts av myndigheter, landsting, olika professionsgrupper och andra aktörer såsom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Landsting och kommuner, som har ansvaret för driften av hälso- och sjukvården, har endast haft ett svagt eller indirekt deltagande och inflytande. Sammantaget har detta lett till en splittrad kunskapsstyrning. Fram-

för allt har genomslaget av insatserna blivit alltför blygsamt, och vägen till ökad patientnytta har i uppföljningar i flera fall visat sig vara för lång.

Utredningen konstaterar att oönskade skillnader över landet kvarstår och att viss del av vården behöver en mer centraliserad struktur. Men för att nå målen om en kunskapsbaserad och jämlik vård bedömer utredningen att huvudmännen själva måste äga de processer de sist och slutligen ändå är ansvariga för. En annan ordning förutsätter en ändrad ansvarsfördelning och en ändrad organisering av hälso- och sjukvården.

Utredningen lämnar i och med detta betänkande förslag som bedöms realistiska att genomföra i närtid. För att förslagen ska kunna genomföras och leda till de önskade effekterna krävs en tillitsfull och effektiv samverkan mellan staten och huvudmännen, där professionerna och patientföreträdare ges stort utrymme att bidra. Om tillräckliga effekter av förslagen inte nås så bedömer utredningen att en ändrad ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen bör övervägas.

### Utgångspunkter för förslagen

Efter mer än tio års öppna jämförelser av vårdens resultat i Sverige är den generella bilden att oönskade variationer inte minskat i den omfattning som krävs mot bakgrund av de lagstadgade målsättningarna om god vård på lika villkor över hela landet (se bl.a. Socialstyrelsens öppna jämförelser av jämlik vård). Utredningens bedömning är att det krävs en skärpt nationell styrning för att åstadkomma en kunskapsbaserad och jämlik vård. Med nationell avses sådana åtgärder eller dylikt som sker i hela landet, dvs. en enhetlig tillämpning. Mot bakgrund av att utredningen inte har i uppdrag att ändra den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen, eller föreslå ändringar i kommunallagen, lämnar utredningen förslag som syftar till att åstadkomma detta genom en kombination av utvecklad statlig styrning och förtydligade krav på att landsting och kommuner tar ett ökat ansvar för nationell kunskapsstyrning inom sitt lagstadgade uppdrag att svara för hälso- och sjukvården.

Såväl forskning som praktiska erfarenheter i svensk hälso- och sjukvård pekar mot att de vårdssystem som lyckas bäst med att an-

vända bästa kunskap inte är de som centralt tar fram kunskap för att sprida till vården, utan de som arbetar integrerat och inkluderande. Detta innebär att den kunskap som skapas i det dagliga arbetet är en viktig del, men också att kulturen uppmuntrar till lärande och att verksamheten har tillgång till egna data. För att organisationen och kulturen ska uppmuntra till utveckling, innovation och lärande är tillit en viktig komponent. Omfattande detaljstyrning riskerar att minska förmågan till innovation och anpassning till professionernas behov, vilket ytterst riskerar att drabba patienten. Mot den bakgrunden lämnar utredningen förslag som syftar till att förbättra förutsättningarna för professionerna att verka enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, att få tillgång till nationella kunskapsstöd och att involvera patienterna.

Utredningen kan mot bakgrund av genomförd kartläggning konstatera följande:

- Det finns ett stort antal kunskapsstöd som riktar sig till många delar av vården. Det finns undantag, exempelvis inom områden där evidensen saknas. Vissa professionsgrupper har också sämre tillgång till stöd. Men den generella bilden är att det finns ett stort utbud av kunskapsstöd, som inte sällan dubblar och överlappar, och i vissa fall t.o.m. motsäger varandra.
- Många olika aktörer tar fram kunskapsstöd, t.ex. myndigheter och landsting. De olika professionsgruppernas förutsättningar att delta i utarbetandet av dessa kunskapsstöd är ojämna. Snarlika kunskapsstöd tas fram i flera olika sammanhang.
- Det finns många olika initiativ som syftar till att uppnå en bättre samordning av olika aktörer inom kunskapsstyrningen. Fokus ligger mer på produktion av kunskapsstöd än på uppföljning, analys och stöd till verksamhetsutveckling.
- Genomslaget för många kunskapsstöd är blygsamt. De oönskade variationerna har inte minskat i den utsträckning som krävs mot bakgrund av målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen om kunskapsbaserad och jämlik vård.

Problembeskrivningen har gjort det tydligt att det behövs en förnyad ansats för att uppnå målen om en kunskapsbaserad och jämlik vård. Utredningens utgångspunkter kan sammanfattas enligt nedan.

- Den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen gäller.
- Tillit till vårdprofessionernas arbete är av stor vikt för att uppnå en lärande organisation.
- Patienten är en viktig aktör i vården och behöver ges förutsättningar att delta i kunskapsstyrningen.

Utifrån dessa utgångspunkter görs följande bedömningar:

- Verksamhetsnära kunskap, erfarenhet och behov bör bli mer vägledande. Staten bör inte detaljstyra vården, utan utveckla en mer strategisk styrning präglad av tillit och förtroende.
- Det behövs en utvecklad struktur för den nationella kunskapsstyrningen där staten på ett mer effektivt sätt tar sitt övergripande ansvar för att, i samråd med huvudmännen, inom ett tydligt ramverk nå en övergripande inriktning för hälso- och sjukvårdens utveckling. Grunderna för statens styrning som sattes redan i samband med hälso- och sjukvårdslagets ursprungliga ikraftträdande är goda utgångspunkter för detta.
- Tillförlitliga uppföljningar som förmår påvisa oönskade variationer, och pekar ut både goda och mindre goda exempel, är centralt. Lika viktigt är vad som händer som en följd av vad uppföljningarna visar. Tendensen att hantera brister i vården genom fragmentiserade, ofta kortsiktiga, nationella uppdrag behöver vändas. Vidare behövs tydligare kommunikationsvägar för att sprida goda exempel.
- Landstingen har påbörjat etableringen av en landstingsgemensam nationell modell för kunskapsstyrning, bland annat med utgångspunkt i erfarenheterna från arbetet med regionala cancercentrum. Utredningen bedömer att detta kan skapa nya och bättre förutsättningar för att nå målen om en kunskapsbaserad och jämlik vård, eftersom landstingen genom sitt lagstadgade ansvar för vården behöver ta ett större ansvar och vara mer delaktiga i den nationella kunskapsstyrningen.
- Kunskapsstödet till kommunerna är i dagsläget splittrat. Utredningen bedömer att kunskapsstödet till professionerna som verkar i kommunal vård behöver förstärkas. De förslag som utredningen



lämnar ska ses som ett första steg för förstärkt kunskapsstyrning i kommunal vård. I takt med att den kommunala vården utvecklas framgent kommer också kunskapsstyrningen och formerna för styrningen att behöva utvecklas.

- Utredningen vill framhålla vikten av att, utöver den statliga kunskapsstyrningen, använda hela utrymmet av statliga styrmedel i syfte att främja nationell enhetlighet. Det som främst avses är att specialdestinerade statsbidrag villkoras med krav på följsamhet till nationella beslut eller ställningstaganden. Det kan exempelvis göras för att stimulera utveckling och användning av nationella standarder eller gällande ersättningen till landstingen för kostnader inom läkemedelsförmånerna. Då detta avser styrning som faller utanför utredningens uppdrag utvecklas det inte närmare i betänkandet.

## 16.2 Professionernas och patienternas förutsättningar

Tillitsdelegationens definition av tillitsfull styrning i praktiken lyder: ”Tillitsbaserad styrning är styrmodeller som syftar till att minska onödig kontroll i offentligt finansierad verksamhet och bättre ta tillvara medarbetarnas kompetens, för att på så vis skapa bättre kvalitet i tjänsterna till medborgaren.”<sup>1</sup> Centralt är alltså att kvaliteten antas bli bättre om välfärden styrs med tillit. De betonar vidare att tilliten är villkorad, den förutsätter att lagar, regler, förordningar och politiska beslut följs.

Att beslutsfattare som landstingsledningar och regeringen vill ha transparens och inblick i verksamheternas resultat är rimligt. Verksamheter som till så stor del finansieras med skattemedel måste erbjuda inblick. Att det finns goda möjligheter till inblick är också en förutsättning för patienters involvering i vården.

Ett exempel som utredningen vill lyfta fram är arbetet med regionala cancercentrum (RCC). RCC arbetar tillsammans med landsting och regioner för en mer kunskapsstyrd cancervård. RCC tar fram nationella vårdprogram och stödjer regional och lokal implementering av dem och annat kunskapsstöd inom cancervården. Detta görs i

---

<sup>1</sup> <http://tillitsdelegationen.se/wp-content/uploads/2017/04/2017-04-10-louise-bringselius-tillitsbaserad-styrning.pdf>.

samarbete med professionerna. De som deltar i arbetet med att ta fram vårdprogram förväntas vara engagerade både i kvalitetsregister och processarbete.

Utredningens enkäter till professioner i vården visar att det vanligaste kunskapsstödet som faktiskt används i vården är att fråga en annan kollega om råd. Utifrån de resurser som i dag läggs på att ta fram kunskapsstöd i skriven form kan det framstå förvånande, men utifrån ett perspektiv om att en lärande organisation är något eftersträvansvärt är det något positivt. Tillitsdelegationen betonar vikten av löpande kunskapsutveckling och intern kunskapsöverföring. En modell som lyfts fram är just det kollegiala beslutsfattandet, där yrkesverksamma utbyter erfarenhet och i dialog utvecklar den professionella kunskapsbasen. För att detta ska ske behöver organisationen bidra med arenor där professionerna kan mötas och diskutera erfarenhet samt även kanaler för att ta in ny forskning på området.<sup>2</sup>

Av bland annat samma anledningar är det viktigt att patienten finns integrerad i arbetet och att det finns tid att samtala med och lyssna på patienten samt verktyg för att mäta patientrapporterade mått. Patienten är den som ytterst har mest kunskap om sin hälsa.

Utredningen anser att den grundläggande lagstiftningen kring att vården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet behöver kompletteras och tydliggöras. I dag säger lagstiftningen att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen). Att den enskilde yrkesutövarens ansvar i frågan är tydligt är bra. Utredningen ser dock att det finns ytterligare två nivåer som bör ha ett tydligt ansvar för att vården bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. I avsnitt 16.2.1 lämnar utredningen ett förslag om att införa en ytterligare aspekt av god vård så att det anges att vården ska utövas av hälso- och sjukvårdspersonal som har goda förutsättningar att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Om personalen inte har goda förutsättningar att utöva sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet är huvudmannens och vårdgivarens skyldighet att bedriva en god vård

---

<sup>2</sup> <http://tillitsdelegationen.se/wp-content/uploads/2017/04/2017-04-10-louise-bringselius-tillitsbaserad-styrning.pdf>.

således inte uppfylld. Därefter lämnas ett förslag i avsnitt 16.2.2 om att förtydliga verksamhetschefens ansvar att vården bedrivs överensstämmande med vetenskap och beprövad erfarenhet. Med dessa lagändringar blir det tre tydliga nivåer där den enskilde yrkesutövarens ansvar kvarstår men att det ansvaret kompletteras med ett förtydligt ansvar från huvudmannens och vårdgivarens sida samt från verksamhetschefens sida.

### 16.2.1 Förslag om professionernas förutsättningar att utföra sitt arbete

**Utredningen föreslår** att det i hälso- och sjukvårdslagen införs en ytterligare aspekt av begreppet god vård genom en bestämmelse om att vården ska utövas av hälso- och sjukvårdspersonal som har goda förutsättningar att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det är huvudmännen och vårdgivarna som enligt HSL har ett grundläggande ansvar för att bidra till uppfyllelsen av målet för hälso- och sjukvården. Huvudmannen har alltid kvar det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården inom sitt geografiska område.

Med huvudman avses i HSL det landsting eller den kommun som enligt HSL ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård, således inte t.ex. staten som sjukvårdshuvudman eller kommunen som skolhuvudman och därmed ansvarig för elevhälsan (2 kap. 2 §). Med vårdgivare avses i HSL statlig myndighet, landsting, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (2 kap. 3 §).

Regeringen uttalade följande angående avdelning II (prop. 2016/17:43 s. 92).

Regeringen finner att detta upplägg, som ligger närmare den nuvarande lagstiftningen, tydligare avspeglar att landstingens och kommunernas huvudmannans ansvar är sammankopplat med vårdgivarens ansvar, trots huvudmannens och vårdgivarens åtskilda roller. Det är i vissa fall svårt att hävda att ett ansvar endast åligger antingen huvudman eller vårdgivare. I de fall där huvudman och vårdgivare är samma aktör medför utredningens förslag i praktiken inte några tillämpningssvårigheter. Om vårdgivare och huvudman å andra sidan är olika aktörer, riskerar utredningens förslag eventuellt att tolkas som att huvudmannen t.ex.

inte skulle behöva ta ansvar för vissa grundläggande aspekter på en god vård, vilket varken är utredningens eller regeringens avsikt. Till följd av ovanstående finns vissa bestämmelser i avdelning II i regeringens lagförslag, i stället för i avdelning I som i utredningens förslag. Det gäller t.ex. bestämmelserna om målet med hälso- och sjukvården (3 kap. 1 §) och särskilda skyldigheter i fråga om barn (5 kap. 6–8 §§). Avdelning II innehåller även paragrafen om god vård (5 kap. 1 §) som är ett annat exempel på en bestämmelse vars efterlevnad förutsätter samspel mellan vårdgivare och huvudmän utifrån deras respektive ansvar.

Vidare uttalade regeringen att:

... hälso- och sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna har ett grundläggande ansvar för att bidra till uppfyllelsen av målet för hälso- och sjukvården. Det förutsätter bl.a. god ledning, planering och samverkan samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt utvecklas och säkras, vilket återspeglas i lagförslaget (t.ex. 5 kap., 7 kap. och 11 kap.). Regeringen vill även peka på vikten av att hälso- och sjukvårdspersonalen ges goda förutsättningar att bidra till en hälso- och sjukvård enligt lagstiftningens målbild. (prop. 2016/17:43 s. 93).

I 5 kap. 1 § HSL anges att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Bestämmelsen innehåller också exempel på centrala aspekter på en god vård. För att huvudmännen och vårdgivarna ska kunna uppnå de målen som anges i hälso- och sjukvårdslagen krävs bl.a. att kvaliteten i verksamheten systematiskt utvecklas och säkras, vilket också återspeglas i lagstiftningen.

Utredningen bedömer att det många gånger inte finns tillfredställande förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att verka enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Vilka förutsättningar som brister kan variera från situation till situation, men utifrån ett kunskapsstyrningsperspektiv kan det handla om att man inte har tillgång till relevanta kunskapsstöd eller sökmöjligheter. Det kan också handla om att man inte har tillgång till sina egna patienters samlade utfallsdata på ett lättöverskådligt sätt, eller att man inte har tid att analysera och beakta dem. Det kan vidare handla om att man inte har tillgång till metodstöd för, och möjlighet att delta i, förbättringsarbete.

Utredningen föreslår att det uttryckligen av HSL ska framgå att vården särskilt ska utövas av hälso- och sjukvårdspersonal som har goda förutsättningar att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Utredningen anser att en sådan bestämmelse ska infogas i 5 kap. 1 § HSL som är en central bestäm-

melse och där en uppräknings görs av vad som innefattas i begreppet god vård. Genom den föreslagna ändringen i HSL tydliggörs vikten av att vårdgivarna ger personalen nödvändiga förutsättningar att kunna bedriva ett kvalificerat arbete.

Utredningens förslag innebär således att vårdgivare och huvudmän är skyldiga att se till att personalen har de förutsättningar som krävs för att personalen ska kunna uppfylla det lagstadgade kravet att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Om personalen inte har goda förutsättningar att utöva sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet är det vårdgivares och huvudmäns skyldighet att bedriva en god vård således inte uppfyllt.

I likhet med vad som gäller för övriga delar i bestämmelsen om god vård förutsätter den föreslagna bestämmelsen ett samspel mellan vårdgivare och huvudmän utifrån deras respektive ansvar. För att betona att även verksamhetschefen har ett ansvar för att säkerställa att personalen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, föreslår utredningen en sådan bestämmelse.

Det individuella ansvaret som legitimerad personal har att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet anges i dag bl.a. i 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. Av 6 kap. 2 § följer att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter, vilket dock inte innebär någon inskränkning i vårdgivarens ansvar enligt lagen eller annan författning.<sup>3</sup> Det är vårdgivarna som enligt HSL har ett grundläggande ansvar för att bidra till uppfyllelsen av målet för hälso- och sjukvården.

Den absoluta merparten av den vård som bedrivs i Sverige, utförs av kommunerna och landstingen. Det är dessa som är sjukvårdshuvudmän enligt HSL definition. Huvudmännen har alltid kvar det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården inom sitt geografiska område. I likhet med vad som redan gäller i dag förutsätter den föreslagna bestämmelsen ett samspel mellan vårdgivare och huvudmän utifrån deras respektive ansvar. Detta innebär exempelvis att huvud-

---

<sup>3</sup> Med vårdgivare avses i patientsäkerhetslagen statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, vilket är samma definition av begreppet som återfinns i 2 kap. 3 § HSL.

mannen har ett ansvar även om vårdgivaren utgörs av ett privat vårdbolag, med vilket huvudmannen har ett avtal. Av 15 kap. 1 § HSL följer att när ett landsting eller en kommun sluter avtal med någon annan om att utföra uppgifter som landstinget ansvarar för, ska det av avtalet framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Huvudmännen har således möjligheter att i avtalen med privata utförare definiera olika kvalitetskrav eller andra krav.

### 16.2.2 Förslag om verksamhetschefens ansvar

**Utredningen föreslår** att det av hälso- och sjukvårdslagen ska framgå att verksamhetschefen ska säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Utredningen föreslår, som framgår av föregående avsnitt, att det i definitionen av god vård i 5 kap. 1 § HSL även ska finnas en bestämmelse om att om att vården särskilt ska utövas av hälso- och sjukvårdspersonal som har goda förutsättningar att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta gäller oavsett vem som bedriver vården.

Av 4 kap. 2 § HSL följer i dag att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten, dvs. en verksamhetschef. Föreskrifter om ansvar och uppgifter för verksamhetschefen återfinns framför allt i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Som beskrivs i föregående avsnitt krävs ett samarbete mellan huvudmännen, vårdgivarna och verksamhetschefen för att hälso- och sjukvårdslagens krav om god vård ska kunna uppfyllas. För att betona verksamhetschefens ansvar föreslår utredningen att det ska anges att verksamhetschefen inom sitt ansvarsområde ska se till att hälso- och sjukvårdspersonalen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

För att verksamhetschefen ska kunna ta ansvaret för arbetet behövs kontinuerligt tillgång till medicinska utfallsdata. För att dessa data ska kunna omsättas i verksamhetsutveckling krävs tillgång till metodstöd och fortbildning vad gäller att åstadkomma och vidmakt-

hålla förbättringar i verksamheten. Härvidlag kan de föreslagna vårdkommittéerna (se avsnitt 16.3.6) fylla en viktig funktion genom att sammanställa och presentera resultat samt bistå i förbättringsarbetet. Verksamhetschefen är också i behov av ändamålsenliga och kvalitetssäkrade kunskaps- och beslutsstöd så att verksamheten kan ges tillgång till bästa tillgängliga kunskap och därigenom erbjuda patienterna en jämlik och kunskapsbaserad vård. Även här är en nära samverkan och dialog med de vårdkommittéer som utredningen föreslår nödvändig.

### Ledningsansvaret i hälso- och sjukvården

När det gäller verksamhetschefer i hälso- och sjukvården är det inte reglerat vilken professionsgrupp som kan utöva ledningsansvaret. Undantaget gäller ledningsuppgifter i fråga om psykiatrisk tvångsvård och isolering enligt smittskyddslagen, där ledningsansvaret som huvudregel utövas av en chefsöverläkare med specialistkompetens (4 kap. 3 § HSL).

Ansvar för verksamhetschefen är emellertid delvis tydliggjort i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Av 4 kap. 4 § framgår att verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta. Av 5 § samma kapitel följer vidare att verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

Bestämmelserna innebär att stor frihet lämnas till vårdgivarna och verksamhetscheferna att organisera hälso- och sjukvården och hur ansvaret ska fördelas på exempelvis en klinik. I grunden anser utredningen att detta är positivt, eftersom det är professionerna i vården tillsammans vårdgivarna som ansvar för vården, som bäst kan avgöra vilka behov som finns på enskilda kliniker osv. Samtidigt förutsätts att verksamhetscheferna har det stöd som krävs för att rätt kunna bedöma vad som exempelvis ska delegeras och till vem. Här ställs krav bl.a. på nationella kunskapsstöd och att rätt organisatoriska förutsättningar finns. Det ställer också krav på att professionerna ges möjlighet till nödvändig fortbildning. Utredningens förslag om bildandet av vårdkommittéer samt landstingens

initiativ till att stärka den nationella kunskapsstyrningen i vården, men även renodlingen av myndigheternas olika roller, kommer att bidra till att stärka verksamhetschefernas möjligheter att verka och utveckla ledarskapet inom hälso- och sjukvården.

### **16.2.3 Patienten som medskapare av kunskapsbaserad och jämlik vård**

Utredningen ser att det är av största vikt för att förslagen ska få effekt, att patienter och närstående, är involverade i alla delar av arbetet. Detta betonas i utredningens förslag, men utredningen ser också att det finns lärdomar för involverade aktörer att dra av tidigare rapporter och studier i ämnet.

#### **Patientlagen brister i genomslag**

Vårdanalys konstaterar i sin utvärdering av patientlagen (2014:821) att lagen samt olika genomförda insatser sammantaget inte har stärkt patientens ställning tillräckligt utan att det behövs ytterligare åtgärder för att uppnå syftet. Man konstaterar vidare att förändringen inte kommer av sig själv. Endast två år har gått sedan lagen infördes men många av skyldigheterna fanns långt tidigare i annan lagstiftning som hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen. Vårdanalys konstaterar i rapporten att vården behöver möta förväntningarna för att stärka förtroendet och att det finns en uppenbar risk för ojämlikhet vid osystematiskt genomslag. Digitalisering kan enligt Vårdanalys på sikt leda till starkare ställning för vissa patienter men inte för samtliga utan redan nu missgynnade grupper riskerar att ytterligare halka efter vad gäller hälsa och vårdresultat. Den stora andelen patienter med kroniska sjukdomar understryker behovet av digitala stöd eftersom nyttopotentialen i att stärka och tillvarata patientens förmåga och vilja att ta ansvar är stor. Slutligen konstaterar Vårdanalys att starkare ställning för patienten inte är en "kostnad" utan en del av lösningen på vårdens utmaningar.

Utredningen delar i stort de rekommendationer som Vårdanalys lämnar i sin rapport till de olika aktörerna. Många åtgärder behöver vidtas på samtliga nivåer för att stärka patientens ställning. Att



tydliggöra skyldigheterna och ansvaret samt att stärka vårdgivares egenkontroll när det gäller patientens ställning är centralt. Andra viktiga åtgärder är utvecklad uppföljning av patientens ställning och implementering samt utveckling och spridning av kunskapsstöd och konkreta verktyg.

Socialstyrelsen beskriver i rapporten ”Om vård- och omsorgstagares delaktighet” bl.a. olika metoder för att stärka patienternas inflytande i olika vårdsituationer. Delat beslutsfattande är exempel på en evidensbaserad metod som vården borde använda sig av mer systematiskt. Studier visar att metoden ökar följsamheten till behandlingen och minskar risken för behandlingsavbrott. Som hjälp för att kunna fatta informerade beslut kan det behövas olika former av stöd, något som t.ex. den brittiska organisationen NICE satsat mycket på att utveckla, men som inte är lika väl utvecklat i svensk vård.

## Patient- och brukarinvolvering

Vårdanalys rapport ”Sjukt engagerad” visar att myndigheter och landsting i allt högre grad efterfrågar patient- och funktionshinderrelsens erfarenheter och kunskaper. Däremot saknas i många fall tydliga strategier och rutiner för samverkan. Rapporten lyfter fram några centrala slutsatser om patient- och funktionshinderrörelsen. För det första så fyller dessa flera viktiga roller, men med begränsade resurser behöver de prioritera mellan dessa. En ökad efterfrågan gör att föreningarna kan ha svårt att möta upp mot behoven. Både organisationerna och den offentliga sektorn kan vid behov behöva utbilda företrädare, men också bli tydligare i prioriteringar. Vidare är det bra att fler grupper blir representerade, Antalet patient- och funktionshinderorganisationer har ökat kraftigt under 2000-talet men samtidigt efterfrågar den offentliga sektorn ofta ett brett patientperspektiv, till exempel i frågor som rör e-hälsa, jämlik vård och patientsäkerhet. Det är en utmaning för organisationerna, som företräder vissa diagnoser och funktionsnedsättningar, att också kunna stå samlade i mer övergripande frågor.

Rapporten lämnar även två rekommendationer till regering, myndigheter och landsting:

- Regering, myndigheter och landsting bör utveckla tydliga strategier och rutiner för samverkan med rörelsen. Patienters erfa-

renheter och kunskaper är viktiga för att utforma hälso- och sjukvården på ett ändamålsenligt sätt. Samverkan med patient- och funktionshinderorganisationer fyller flera syften. Ibland kan myndigheter och landsting också behöva kunskap direkt från patienter, till exempel genom enkäter och fokusgrupper. Myndigheter och landsting behöver se över sina strategier och rutiner för att säkerställa att syftet med samverkan stämmer överens med vem som bjuds in. De behöver också förhålla sig till att alla grupper inte är lika starkt organiserade.

Patientinvolvering bör vara en naturlig del av förbättringsarbetet och i utvärderingarna av produktionen av olika kunskapsstöd har patient- och brukarinvolveringen hittills främst handlat om att inkludera patient- och brukarrepresentanter i avgränsningsarbetet, i framtagandet av rekommendationer och vid implementeringen av kunskapsstöden. I arbetet med t.ex. nationella riktlinjer är patientrepresentanter delaktiga främst vid dessa steg av processen. Ett antal kvalitetsregister har också kommit långt när det gäller att utveckla och fånga patientrelaterade utfallsmått. Nu handlar utvecklingen främst om att säkra att för patienten betydelsefulla uppgifter, kan inhämtas inom samtliga sjukdomsområden och också användas i förbättringsarbetet. Utredningen anser att det är betydelsefullt att identifiera på vilket sätt och i vilken mån patienter är involverade i det regionala/lokala utvecklingsarbetet. Den lokala och regionala uppföljningen av kunskapsstöd och deras effekt på vårdkvalitet bör omfatta såväl struktur-, volyms- och processmått som utfallsdata inkluderande patientrapporterade erfarenheter och upplevelser (PREM/PROM). Det är viktigt att både patienter och vårdgivare tar del av data, tillsammans identifierar behov av förbättring och samverkar i att presentera data på ett sätt som leder in i ett förbättringsarbete. En ambition bör vara att involvera patienterna allt mer och utveckla fler arenor för patientsamverkan.

### **Patientgenererad information och digitalisering**

När det gäller möjligheterna att ta tillvara patientgenererad information är de tekniska möjligheterna stora men erfarenheterna och anpassade arbetssätt tämligen begränsade. I exempelvis Västerbot-

tens läns landsting (VLL) finns många goda exempel på hur man arbetat med att se patienten som en del i teamet, alltså en förskjutning från det mer traditionella synsättet patientcentrerad vård till att jämställa patienten med hälso- och sjukvårdspersonalen som en förutsättning för ökad digitalisering. VLL har kartlagt och utvärderat sina olika digitaliserade verksamheter som summerar till ett 40-tal tillämpningar uppdelade i sex kategorier:

- Multidisciplinära konferenser och ronder med distansmedverkan (t.ex. strålbehandlings- och njurtransplantationsrond)
- Behandling i och nära hemmet (t.ex. KBT, logopedibehandling och handrehabilitering)
- Distansmottagningar (t.ex. reumatologisk mottagning och hjärtultraljud med robotteknik)
- Provtagning och egenmätning (t.ex. blodtrycks-, koagulations- och glukosmätning)
- Nätverk, samarbeten och övriga distansstöd (t.ex. stöd inom BUP, habilitering och samordnad vårdplanering).

Slutsatserna av kartläggningen och utvärderingen är att det i många fall saknas evidens och att systematiska utvärderingar och fortsatt forskning inom digitaliseringen behöver därför stimuleras. Etablering och spridning av rutiner och ersättningsmodeller är andra delar som behöver stimuleras. Att systematiskt kunna koda och journalföra den här typen av aktiviteter i journalsystemen är en nödvändig förutsättning för att kunna mäta effekter och nytta (kostnadseffektivitet av digitalisering jämfört med traditionella arbetssätt). Utbildning av patienter och personal samt teknik och fysiska miljöer är ytterligare förutsättningar för fortsatt utveckling och spridning. Positiva attityder och värderingar i verksamheterna är avgörande faktorer för att öka digitalisering. Bättre information om effekter och nytta för patienterna och mer lättanvända tekniska lösningar, rutiner och ledningens stöd i detta är faktorer som kan bidra till en positiv syn på e-hälsa. Utredningen delar de slutsatser och förslag till utveckling som VLL konstaterar i sin rapport.

## Den digitala tekniken kommer att förändra förutsättningarna för informationsöverföringen

Av den redogörelse som gjorts av tillgängliga kunskapsstöd och beslutsstöd framgår att utvecklingen går mot att kunskapsstöden, journaler och kvalitetsregister integreras med varandra. Utvecklingen går fort och flera avancerade lösningar används redan i dag inom vården. De avancerade journalsystemen definieras i dag som medicintekniska produkter och individdata används för att ge professionen rekommendationer på behandlingsåtgärder.

Fokus kommer framöver att ligga på hur myndigheternas, huvudmännens, professionens men även patienternas informationsmängder kan tillgängliggöras i de system som utvecklas. I detta sammanhang är det viktigt att framhålla betydelsen av enhetliga standarder för beslutsstöd. Som bl.a. framgår av kapitel 10 måste all information vara strukturerad med entydiga termer och begrepp för att kunna återanvändas i beslutsstöd. Det är viktigt att framhålla att det redan i dag också finns fastslagna principer för hur offentlig information ska tillgängliggöras och därmed kan vidareutnyttjas.<sup>4</sup>

Utredningen bedömer att utvecklingen mot ökad användning av beslutsstöd i sig är mycket positiv. Det kommer dock ta tid för beslutsstöd nå ut fullt i vården. Utvecklingen kommer också att kräva nya arbetssätt och förhållningssätt. Utredningen gör därför bedömningen att det parallellt med pågående utveckling, finns skäl att vidta vissa åtgärder för att samla den information som finns och göra den tillgänglig på det sätt som professionerna efterfrågar. Det handlar också om förändringar som är realistiska att genomföra i närtid.

Olika initiativ pågår inom när det gäller att tillgängliggöra information som finns i mer traditionella kunskapsstöd. Ett är projektet Nationellt kliniskt kunskapsstöd, där SKL, tillsammans med landsting och regioner, samordnar ett arbete för att ta fram gemensamma nationella kliniska kunskapsstöd – innefattande diagnos- och behandlingsrekommendationer. Projektet beskrivs närmare i kapitel 7. Inom ramen för arbetet har en teknisk infrastruktur tagits fram som ska möjliggöra att kunskapsstexter hämtas och integreras för att kunna presenteras i vilket system som helst via öppna data. Samtidigt har besläktade initiativ diskuterats inom Rådet för

---

<sup>4</sup> E-delegationen. *Vidareutnyttjande av offentlig information – En vägledning för myndigheter.*

statlig styrning med kunskap. Här kan bl.a. nämnas den ovan nämnda modellen för metadatamärkning av myndigheternas olika kunskapsstöd (en modell som även kan användas av andra aktörer) samt Socialstyrelsens arbete med gemensam informationsstruktur, SBU:s omarbetning av sin webb för att koppla alla myndigheters öppna data och ett förslag från E-hälsomyndigheten som handlar om digitalt stöd för en effektiv kunskapsstyrning.

Även om det är uttalat i respektive projekt att samverkan ska ske mellan myndigheter och huvudmän, anser utredningen att samverkan här behöver ske ännu närmare. Den föreslagna förstärkningen av Socialstyrelsens roll, tillsammans med landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning, kan utgöra en grund för en effektivare samverkan. Syftet är detsamma, att få ut information till verksamheterna för att öka genomslaget för nationella kunskapsstöd och därmed ge bättre förutsättningar för jämlik vård.

## 16.3 Utvecklad styrning för kunskapsbaserad och jämlik vård

### 16.3.1 En bred tolkning av kunskapsstöd och kunskapsstyrning

**Utredningens bedömning:** Kunskapsstyrning innebär att utveckla, sprida och använda bästa kunskap. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och till ledarskapet. Kunskapsstyrningen bidrar till att utveckla ett lärande system.

Utredningens användning av begreppen kunskapsstyrning och kunskapsstöd omfattar inte myndigheternas tillämpning av lag som sker med stöd av specialförfattning och som leder till överklagningsbara beslut riktat mot enskild.

I en del av slutbetänkandet från Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000 – återfinns ett

resonemang kring begreppet kunskapsstyrning.<sup>5</sup> Där anges att det kan slås fast att kunskap inte kan överföras ”förpackad” för att användas. Man styr alltså inte genom någon form av färdig eller given kunskap som överförs till en mottagare. Däremot kan man påverka mottagaren i dennes kunskapsbildningsprocess. Med begreppet kunskapsstyrning avses enligt författarna en planerad överföring av relevant information och systematiska förändringar av verksamhetens villkor så att kunskapsbildningen underlättas.

Enligt författarna bör den som önskar att påverka eller styra ha en uppfattning om vad som ska förändras. Styrning genom information som syftar till kunskapsbildning, vilken resulterar i ett förändrat beteende innebär vidare att den styrande kan behöva påverka mottagarens referensramar, och förutsättningarna att tillgodogöra sig information, t.ex. genom överföring av resurser eller förändringar i mottagarens omgivning. I resonemanget anges även att den mottagande organisationen kan behöva tid på sig för att anpassa sig till nya förutsättningar och att utveckla sin organisation så att denna förmår reagera i önskvärd riktning.

Utredningen ställer sig bakom detta resonemang och anser att begreppet kunskapsstyrning både måste inkludera tillgängliggörandet av exempelvis riktlinjer och rekommendationer m.m. samt ett systematiskt arbete på lokal, regional och nationell nivå som bl.a. handlar om huvudmännens sätt att organisera och leda verksamheten. Det sistnämnda är avgörande för att professionerna ska kunna ta till sig men även kunna generera kunskap.

Enligt utredningen finns det dock en tendens att frågan om kunskapsstyrning koncentreras till satsningar och diskussioner kring framtagandet och tillgängliggörandet av kunskapsstöd. Detta kommer till uttryck bl.a. i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst, där det i 2 § anges att styrningen med kunskap sker genom de icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

---

<sup>5</sup> SOU 1999:66 *God vård på lika villkor – underlag till slutbetänkande*, bilaga 6 ”Mot bättre vetande – Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården”. Peter Garpenby Per Carlsson.

De övriga komponenter som, enligt utredningen, krävs för en effektiv kunskapsstyrning, exempelvis organisations-, lednings- och implementeringsfrågor, omfattas inte av denna bestämmelse.

Görs en mer snäv definition av begreppet kunskapsstyrning, kan det framstå som logiskt att exempelvis bindande riktlinjer skulle göra kunskapsstyrningen än skarpare och effektivare. Tar man hänsyn till alla andra komponenter som krävs för en effektiv kunskapsstyrning, blir det emellertid, enligt utredningen, tydligt att obligatorium och bindande inte är en framkomlig väg för att nå en ökad måluppfyllelse. Argumenten utvecklas nedan.

### 16.3.2 Nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte bindande

**Utredningens bedömning** är att nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte obligatoriska eller bindande.

Enligt utredningens direktiv ska utredningen utreda förutsättningarna för samt behovet och lämpligheten av att göra nationella riktlinjer inom vården i någon form obligatoriska eller mer bindande. I utredningens uppdrag ingår att särskilt beakta Socialstyrelsens nationella riktlinjer, men bedömningen är giltig även för andra riktlinjer.

Utredningens bedömning är att nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte obligatoriska eller mer bindande. Det är, enligt utredningens mening, andra faktorer än obligatoriska riktlinjer som är betydelsefulla för att nå kunskapsbaserad och jämlik vård. Därutöver finns det flera andra skäl som talar emot att göra nationella riktlinjer obligatoriska.

Ett centralt skäl som talar emot obligatoriska riktlinjer är det faktum att patienten inte är standardiserbar. Riktlinjer skrivs på grupp-nivå medan alla bedömningar måste ske utifrån den enskilda individen. Många patienter har flera sjukdomar, medan riktlinjer ofta är diagnosspecifika. Multisjuklighet omöjliggör i princip krav på följsamhet till riktlinjer för varje enskilt tillstånd. Att införa obligatoriska riktlinjer bidrar vidare till minskad professionell autonomi och riskerar sända en signal om brist på tillit till vårdens professioner.

För en stor del av den vård som utförs är evidensen svag eller saknas. Riktlinjer kan aldrig bli heltäckande, och det bedöms orimligt att ha obligatoriska riktlinjer endast på vissa delar av vården, mot

bakgrund av målsättningen om att nå en jämlik vård. Komplexiteten och det snabba tempot i kunskapsutvecklingen riskerar att göra nationella riktlinjer inaktuella, om de inte uppdateras tillräckligt ofta.

Riktlinjer är sällan obligatoriska i andra länder. De exempel på obligatoriska riktlinjer som utredningen identifierat innehåller huvudsakligen regler kring patientsäkerhet, vilket inte går att jämföra med Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Avslutningsvis finns legala skäl som talar emot obligatoriska riktlinjer. Att staten skulle reglera vården genom obligatoriska riktlinjer är ett ingrepp i självstyret och ologiskt utifrån nuvarande organisation av hälso- och sjukvården samt de principer för styrningen av hälso- och sjukvården som varit gällande sedan införandet av den målinriktade ramlagstiftningen i form av hälso- och sjukvårdslagen. Bindande riktlinjer kan utlösa finansieringsprincipen. Det är lämpligt att den som har betalningsansvaret också har rådighet över kunskapsstyrningen. Däremot kan staten med fördel skapa incitament för sjukvårdshuvudmännen att nå ökad nationell enhetlighet genom att villkora specialdestinerade statsbidrag med följsamhet till nationella beslut eller ställningstaganden.

En lagstiftning om bindande riktlinjer skulle kräva tydlighet om hur professionerna ska agera inom områden där det saknas riktlinjer, eller i situationer där ny forskning eller internationella riktlinjer visar att de nationella riktlinjerna i praktiken innebär sämre vård. Detta bedöms lagstiftningstekniskt komplicerat, och kräver en lång rad undantag och dispenser, vilket riskerar urholka effekten när det gäller att åstadkomma en mer kunskapsbaserad och jämlik vård.

### 16.3.3 Förslag om samråd kring vårdens övergripande resultat och framtida inriktning

**Utredningen föreslår** att regeringen och landstingen inrättar ett nära och regelbundet samråd. Inom samrådet bör regeringen och landstingen utifrån en gemensam målbild för hälso- och sjukvårdens utveckling bland annat överenskomma om insatser till följd av identifierade brister vad gäller kunskapsbaserad och jämlik vård. Samrådet förutsätter att landstingen har en nationell samverkansstruktur samt att det finns tillgång till en väl utvecklad uppföljning. Samrådet förutsätter vidare att landstingen sam-



verkar med kommunerna i respektive landsting. Inom ramen för samrådet bör dialoger föras med professionsföreträdare samt företrädare för patienter och brukare.

Som beskrivits ovan konstaterar utredningen att lagstiftningen på området är oförändrad och att de grundläggande principerna för ansvarsfördelningen mellan staten och landstingen samt kommunerna gäller. I utredningens uppdrag ingår inte att lägga förslag som i grunden ändrar ansvarsfördelningen mellan stat och sjukvårdshuvudmännen.

Lagstiftningen ger ett stort handlingsutrymme till sjukvårdshuvudmännen att utforma vården, och staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården. Utredningen konstaterar att flera utredningar tidigare har pekat på behovet av att den statliga styrningen blir mer strategisk och mottagarorienterad, att den skapar bättre förutsättningar för professionernas involvering samt att den lyfter patienternas perspektiv. Detta följer även av regeringens inriktning (prop. 2015/16:1) om statens styrning.

För att statens kunskapsstyrning ska kunna bli mer övergripande behöver den relatera till landstingen och kommunerna på rätt nivå. Utredningen menar att de grunder som pekades ut i förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen 1983 är goda utgångspunkter för en utvecklad kunskapsstyrning. Där föreslås ett nära och regelbundet samråd mellan regeringen och landstingen. Samrådet ska mynna ut i överenskommelser om inriktningen för hur hälso- och sjukvården ska utvecklas.

Behovet av stärkt nationell styrning är en genomgående fråga som lyfts i många sammanhang. Det märks inom kunskapsstyrningsområdet liksom inom andra näraliggande områden såsom exempelvis e-hälsa och digitalisering. Utredningar om en ändrad organisation och ansvarsfördelning inom vården har genomförts men inte lett till någon grundläggande förändring av lagstiftningen. Mot ovan angivna bakgrund kan dock konstateras att det inte är en framkomlig väg att tvinga fram sådan nationell styrning. Stärkt nationell styrning uppstår inte heller genom att öka detaljstyrningen, eller genom att öka graden av obligatorium. Granskningar har visat att t.o.m. lagstiftning kan ha svårt att få genomslag, se bland annat uppföljningen av patientlagen från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:2). Det som efterfrågas är många gånger statliga eller nationella stra-

tegrier, samordningsinsatser eller överenskommelser. Som utredningens kartläggning visar kan även sådana insatser leda till fortsatt fragmentisering och bristande genomslag.

Utredningen menar att en viktig utgångspunkt är att kunskapsstyrningen sker hos och i förhållande till huvudmännen. Det är huvudmännen som de facto har beslutsrätten och ansvaret för vården. Alla andra aktörer, såsom exempelvis myndigheter eller Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), befinner sig längre från vårdens vardag och kan inte, vare sig praktiskt eller faktiskt, fatta de många beslut som avgör förutsättningarna för de vårdverksamheter som utförs. Kunskapsstödjande aktörer utanför vården är självfallet viktiga, men utredningen ser en avsaknad av ett direkt samråd mellan regeringen och huvudmännen.

Behovet av samråd mellan staten och kommunerna kan sägas vara lika giltigt som behovet av samråd mellan staten och landstingen. Utredningen har dock valt att föreslå att samrådet etableras mellan staten och landstingen. Detta motiveras av flera skäl. Landstingen har redan påbörjat etableringen av en nationell samverkanstruktur för kunskapsstyrning. Det skapar förutsättningar för att relativt snart kunna etablera ett samråd med staten. Utredningen föreslår att hälso- och sjukvårdslagen kompletteras med en bestämmelse som anger att landstingen ska vara skyldiga att samverka nationellt om kunskapsstyrning. Detta förslag är en viktig förutsättning för att ett effektivt samråd mellan landstingen och staten ska kunna komma till stånd och vara långsiktigt hållbart.

Kunskapsstödet till primärkommunerna är i dagsläget splittrat. Utredningen bedömer att kunskapsstödet till professionerna som verkar i kommunal vård behöver förstärkas. De förslag som utredningen lämnar ska ses som ett första steg för förstärkt kunskapsstyrning i kommunal vård. I takt med att den kommunala vården utvecklas framgent kommer också kunskapsstyrningen och formerna för styrningen att behöva utvecklas.

Vidare lämnar utredningen förslag till förtydligande av hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om skyldighet för landsting och kommuner att samverka (se avsnitt 16.3.5), vilket enligt utredningens bedömning kommer att förstärka samverkan med kommunerna. Utredningen lämnar förslag om förtydligad samverkansskyldighet för kommunerna samt inrättandet av vårdkommittéer som även ska stödja kommunerna och professionerna som verkar i kommunerna.

Utredningen föreslår också förbättrad tillgång för bland annat vårdpersonal i kommunerna till kunskapsstöd i form av exempelvis vetenskapliga artiklar. Tillsammans bör dessa förslag, enligt utredningens bedömning, i tillräcklig utsträckning skapa förutsättningar för en förstärkt kunskapsbas i kommunerna. Utredningen ser dock fördelar med att samrådet mellan staten och landstingen vid behov erbjuder möjlighet för kommunala företrädare att delta, även om det naturligen bör bli ett urval av kommuner som då representeras.

Staten har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården, och är den som bör initiera ett ramverk för överenskommelser om hälso- och sjukvårdens utveckling. I detta kan, förutom det som faller inom kunskapsstyrningsområdet, ligga näraliggande insatser, exempelvis det nu aktuella initiativet om en förstärkt primärvård som förutsätter en systematisk ansats för att skapa grund för kunskapsbaserad vård. Vidare kan satsningar mot exempelvis ökat upptag av innovativa produkter eller metoder omfattas. Landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning skapar därvid nya och klart bättre förutsättningar för ett effektivt genomförande, även om utredningens bedömning är att det kommer krävas utvecklingsinsatser under en längre tid.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att regeringen och landstingen inrättar ett samråd som bygger på uppföljning av vårdens resultat i förhållande till lagkraven om kunskapsbaserad och jämlik vård. Samrådet, som pekas ut i förarbetena till den ursprungliga hälso- och sjukvårdslagen, syftar till att ge bättre förutsättningar för staten att ta sitt övergripande ansvar för hälso- och sjukvården och skapa bättre förutsättningar för landstingen att kunna svara upp emot de övergripande målsättningarna. Utredningen föreslår att samrådet äger rum på politisk nivå, med stöd av ledande tjänstemän från Socialdepartementet och landstingsledningarna samt det nationella kansli som utredningen föreslår inrättas som en del av Regeringskansliet (se avsnitt 16.3.8). Inom ramen för samrådet anser utredningen att dialoger även bör föras med företrädare för professionerna respektive företrädare för patienter och brukare. Regeringen bör i ökad utsträckning nyttja berörda myndigheter för att bidra i arbetet med det föreslagna samrådet, främst i form av Socialstyrelsen, som genom sin stabsliknande roll kan komplettera samrådet med insatser tillsammans med företrädare för huvudmännen. Resultat från uppföljning och samråd behöver föras tillbaka till landsting och kommuner. Social-

styrelsen har sedan tidigare erfarenhet av dialogmöten av liknande slag, exempelvis vid uppföljning av nationella rikssjukvårdsuppdrag och uppföljning av statliga satsningar inom cancervården. Fokus vid sådana dialoger kan bland annat vara att utifrån resultaten föreslå förbättringsområden.

Ett effektivt samråd förutsätter att det finns tillgång till en väl utvecklad uppföljning. Utredningen lämnar förslag i avsnitt 16.5 om att Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska ges i uppdrag att utarbeta utvecklade uppföljningsunderlag. Vidare pekar utredningen på att iakttagelser från tillsynen av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt underlag från Folkhälsomyndigheten om hälsan i befolkningen bör utgöra viktiga underlag för samrådet. Det är viktigt att uppföljningen och analyserna är tillräckligt robusta. Det handlar om att identifiera oönskade variationer i vården och att kunna peka ut möjliga insatser för förbättrings- och utvecklingsarbete. Nyckeln är att komma åt på vilket sätt arbetet bedrivs, snarare än att ställa krav på att vissa resultat ska uppnås.

Samrådet bör kunna mynna ut i överenskommelser mellan staten och landstingen om genomförandet av särskilda satsningar. Utredningen föreslår att en särskild process slås fast för sådana satsningar. Avslutningsvis lämnar utredningen förslag om att Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör renodlas till horisontella planerings- och prioriteringsunderlag riktade till politiker och andra ledande beslutsfattare i landsting och kommuner. Dessa planerings- och prioriteringsunderlag bör vara en komponent som också lyfts i samrådet.

### **Förslag om överenskommelser om hur identifierade brister tas om hand**

Trots uttalat lagkrav och stark politisk prioritering om att vården ska vara kunskapsbaserad och jämlik får, enligt utredningens bedömning, upprepade brister inte tillräckliga konsekvenser. Uppgifter om att vården är ojämlig eller inte kunskapsbaserad har ofta lett till att regeringen ger myndigheter i uppdrag eller träffar överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att samordna eller utarbeta ytterligare kunskapsstöd. Detta har inte skapat bästa möjliga förutsättningar för vården att vidta systematiska förbättringsåtgärder. Ytterst kan en bristande användning av

nationella kunskapsstöd drabba patienten, genom att det riskerar att varje patientmöte inte grundas på bästa kunskap.

Staten har att driva ansvarsutkrävande gentemot landstingen och kommunerna med grund i det krav om jämlik vård som stadgas i hälso- och sjukvårdslagen. Om den övergripande inriktningen samt ansvarsutkrävandet ska ge resultat behöver parterna gemensamt definiera en process för hur det ska gå till och för hur brister tas om hand. Kunskapsstödet till primärkommunerna är i dagsläget splittrat. Utredningen bedömer att kunskapsstödet till professionerna som verkar i kommunal vård behöver förstärkas. De förslag som utredningen lämnar ska ses som ett första steg för förstärkt kunskapsstyrning i kommunal vård. I takt med att den kommunala vården utvecklas framgent kommer också kunskapsstyrningen och formerna för styrningen att behöva utvecklas. Vidare menar utredningen att de övriga förslag som utredningen lämnar såvitt avser bättre förutsättningar för den kommunala vården att vara kunskapsbaserad och jämlik är betydelsefulla för att nå en högre måluppfyllelse. Att hitta en nationell och gemensam väg för staten och landstingen att agera när kunskapsbas och jämlikhet brister bör vara av hög prioritet för alla parter. Om verklig förändring ska kunna ske krävs en nationell och systematisk ansats.

Brister bör som regel tas om hand genom arbetet i landstingens gemensamma struktur för kunskapsstyrning samt genom lokala och regionala förbättringsåtgärder. Åtgärderna kan även kombineras med exempelvis nationella satsningar och att särskilda fokussatsningar pekas ut. De renodlade nationella riktlinjer som utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska ge ut som planerings- och prioriteringsunderlag till politiker och andra ledande beslutsfattare i landsting och kommuner är också ett viktigt stöd (se avsnitt 16.5). Utredningen anser att involverade parter ska komma överens om detaljerna i processen för ansvarsutkrävande. Utredningen ser att detta ökar förutsättningarna för genomslag då det lämnar utrymme för ett tillitsfullt utformat ansvarsutkrävande där alla berörda parter är delaktiga ifrån start.

### 16.3.4 Förslag om nationell process för särskilda satsningar

**Utredningen föreslår** att en nationell process för särskilda satsningar fastställs inom ramen för samrådet av regeringen, landstingen och när relevant också kommunerna. De områden som väljs ut ska vara tydligt fokuserade för största möjlighet att uppnå resultat.

#### Strukturerade former för val av fokuserade gemensamma satsningar

För att uppnå ett större genomslag för nationella kunskapsstöd och en effektivare kunskapsstyrning krävs åtgärder på flera olika områden och nivåer inom hälso- och sjukvården. Den genomgång som görs i detta betänkande avseende olika statliga initiativ, överenskommelser mellan regeringen och SKL samt initiativ på huvudmannnivån visar på en omfattande mängd aktiviteter, men också en spretighet. Varje enskild överenskommelse och varje enskilt initiativ har i sig en god avsikt men det finns en uppenbar risk för dubbelarbete och överlappande initiativ. Sammantaget gynnar detta inte förutsättningarna för vården att ta till sig, lokalt anpassa och genomföra de olika rekommendationerna. Fragmentiseringen är snarast ett hinder för genomslag. Bristen på koppling mellan de olika komponenterna i kunskapsstyrningen, exempelvis nationella riktlinjer och kvalitetsregister, är också ett hinder.

Utredningen anser mot denna bakgrund att regeringen och landstingen bör koncentrera satsningar och initiativ gällande kunskapsstyrning till färre, väl avvägda och underbyggda fokusområden. Samrådsförfarandet som beskrivs ovan syftar till att ange den övergripande inriktningen för hälso- och sjukvårdens utveckling samt överenskomma om insatser till följd av identifierade brister i vården. Genom samrådsförfarandet skapas förutsättningar för att ta fram mer övergripande och långsiktiga överenskommelser.

Fokussatsningar finns och har funnits tidigare. Förslaget går här ut på att peka ut forum för att välja ut områden, att inblandade aktörer enas inom ramen för samrådet och att områdena i sig ska vara rejält fokuserade och ha stor förbättringspotential. Det finns flera fördelar med att arbeta fokuserat med ett eller ett par områden åt

gången. När försök görs att åtgärda alla brister på en gång riskerar det att leda till allt för små effekter. Möjligheten till framgång blir sannolikt större om man koncentrerar energin och åtgärderna till ett fåtal områden. Ett positivt exempel som utredningen kan nämna i sammanhanget är när antibiotikaförbrukningen år 2011 blev föremål för en nationell kampanj. Ett nationellt åtgärdsprogram togs på statens initiativ fram i samverkan mellan myndigheter, SKL och huvudmännen. Det innefattade ett flertal olika åtgärder och efter några år började förbrukningen sjunka. Att så skedde har säkerligen multifaktoriella orsaker, men en viktig framgångsfaktor var sannolikt de kampanjer som riktade sig mot allmänheten och den uppmärksamhet som media ägnade problematiken. En annan framgångsfaktor kan ha varit att målet var enkelt att kommunicera via en enkel indikator, antalet antibiotikarecept i förhållande till folkmängden. Lärdomar från antibiotikaprojektet är viss långsiktighet och betydelsen av att involvera medborgarna, vars inställning och förväntningar i mötet med vården har stor betydelse.

Berörda myndigheter, främst Socialstyrelsen, liksom det nationella kansliet, som redogörs för nedan, bör löpande bevaka och vid behov identifiera förslag till regeringen om särskilda områden som bör bli föremål för särskilda satsningar. Urvalet sker i dialog med huvudmännen och med de fördjupade uppföljningsrapporterna som underlag. Förslagen kan genomföras efter gemensamt ställningstagande från regeringen och huvudmännen. Förslagen kan vid behov föreläggas regeringen, för bedömning och eventuella åtgärder i form av regeringsuppdrag till myndigheter eller finansiellt stöd. Regeringen och landstingen kan naturligtvis direkt ta egna initiativ till fokussatsningar men en strukturerad ordning är, enligt utredningen, en viktig grund.

Satsningens utformning och längd beror på respektive område. Huvudsyftet är att skapa ökad kunskap bland såväl vårdprofessioner som patienter och medborgare och därigenom möjliggöra bättre hälsa för fler patienter och en mer kunskapsbaserad och jämlik vård.

### 16.3.5 Förslag om förtydligad samverkansskyldighet för huvudmännen

**Utredningen föreslår** att nya bestämmelser införs i hälso- och sjukvårdslagen där det framgår att landstingen är skyldiga att samverka med andra landsting och kommuner i frågor om nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Motsvarande bestämmelser föreslås för kommunerna.

I 7 kap. hälso- och sjukvårdslagen (HSL) regleras landstingens organisation, planering och samverkan. I 7 kap. 7 § HSL anges att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Motsvarande bestämmelse för kommunerna återfinns i 11 kap. 3 § HSL. Med samhällsorgan avses bl.a. kommuner. I prop. 1990/91:14 uttalas bl.a. att ”Med hänsyn till det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret är samverkan med kommunerna av särskild vikt för landstingens planering. Att kommunerna i planeringen och utvecklingen av sin hälso- och sjukvård ska samverka med landstinget framgår av den föreslagna 21 §. Det ankommer på såväl landstinget som kommunerna i landstingsområdet att ta initiativet till samverkan i planeringen. Vad som gäller för landstingens planering av sin hälso- och sjukvård ska alltså även gälla för kommunerna.”

Av 7 kap. 8 § HSL följer att landstingen ska samverka med andra landsting i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Det är inte närmare specificerat i vilka frågor landstingen ska samverka utan samverkan ska ske i frågor som berör flera landsting. Bestämmelsen om att landstingen ska samverka är inte ny. Bestämmelser med samma innebörd fanns i 9 § i den förra hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och dessförinnan i 37 § sjukvårdslagen (1962:242).

I förarbetena till den ursprungliga hälso- och sjukvårdslagen (prop. 1981/82:97 s. 72) framhölls bl.a. att formerna för samverkan inte enbart ska avse sluten och öppen vård utan även medicinsk service, rådgivning, konsultationer och utarbetande av gemensamma vårdprogram m.m., samt vissa frågor rörande utbildning, forsknings- och utvecklingsarbete.

Utredningen gör bedömningen att kraven på landstingens förmåga att samverka kring nationella hälso- och sjukvårdsfrågor fortsatt



kommer att öka i betydelse. Ett exempel är de aviserade förslagen från regeringen om vad som ska definieras som högspecialiserad vård och var den ska bedrivas. Den högspecialiserade vården utgör en central del av kunskapsstyrningen och landstingen måste då ha en beslutsstruktur som har förmåga att hantera kvalificerade samverkansfrågor som dessutom har en stor nationell påverkan. Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården (dnr: S2017/00506/FS). I uppdraget, som ska redovisas senast den 15 juni 2017, följer bl.a. att Socialstyrelsen ska inventera vilka delar i strukturer för kunskapsstyrning som kan användas helt eller delvis i nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården. Socialstyrelsen ska bl.a. beakta den nu aktuella programområdesstrukturen för kunskapsstyrning som är under utarbetande.

### **Ett förtydligande om landstingens skyldighet att samverka om kunskapsstyrning förs in i hälso- och sjukvårdslagen**

De frågor för samverkan som lyfts fram i den nationella struktur som landstingen har påbörjat etableringen utav, är sådana som enligt utredningen också har åsyftats av lagstiftaren. Behovet av samverkan kring kunskapsstyrning (även om begreppet inte användes tidigare) har alltså varit identifierat sedan lång tid tillbaka och en bestämmelse om samverkan har länge funnits i hälso- och sjukvårdslagen och dess föregångare. Trots detta har landstingen ännu inte av egen kraft etablerat långsiktiga samverkansstrukturer som ser till vården ur ett nationellt helhetsperspektiv. Däremot har frågan om behovet av samverkan för att effektivisera hälso- och sjukvården kommit upp i ett flertal olika utredningar. Nämnas här kan bl.a. HSU 2000, Ansvarskommittén och utredningen Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98) m.fl. Förbättrad samverkan har varit ett av argumenten för bl.a. en regionalisering av vården och ett minskat antal landsting. I betänkandet Effektiv vård SOU 2016:2 föreslogs att följande bestämmelse skulle föras in i hälso- och sjukvårdslagen: "När det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl ska samtliga landsting gemensamt planera och utföra en uppgift." Remissinstanserna var delade i sina synpunkter även om förslaget tillstyrktes av en majoritet.

Som utredningens kartläggning har visat, har insatser rörande samverkan gjorts inom vissa avgränsade områden, som satsningen på

regionala cancercentrum (RCC). Många av dessa insatser har också gällt för en begränsad tid. SKL har många gånger spelat en roll som samordnande aktör. SKL är dock ingen sjukvårdshuvudman, utan en medlemsorganisation. Den gemensamma kunskapsstödsstruktur som landstingen i form av SKL:s styrelse har fattat beslut om i maj 2017 är ett konkret exempel på ett nytt samverkansinitiativ. Initiativet är betydelsefullt, inte minst för att det är landstingen tillsammans som tagit initiativet och avser att driva samverkan. Samtidigt är utredningens bedömning att det kommer att ta tid för landstingen att få en fullt fungerande organisation och att kravet på nationell samverkan måste vara tydligt från statens sida oavsett vilken arbetsform som landstingen väljer att ställa sig bakom.

För att de mål som ställs upp i hälso- och sjukvårdslagstiftningen om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen ska kunna uppnås, krävs att huvudmännen samverkar i frågor som rör kunskapsstyrning. För att inskräpa vikten av denna samverkan, anser utredningen att hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om samverkan i 7 kap. 8 § behöver kompletteras. En ny bestämmelse föreslås därför införas, 7 kap. 8 a §, av vilken det ska framgå att landstingen är skyldiga att samverka i syfte att skapa nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.

I likhet med vad som gäller enligt 7 kap. 7 och 8 §§ ankommer det på landstingen och kommunerna själva att bestämma hur samverkan ska organiseras och genomföras. Det föreslås inte heller några närmare definitioner eller beskrivningar av t.ex. omfattningen av samverkan. I avsnitt 16.3.7 beskrivs landstingens gemensamma arbete med att ta fram en samverkansstruktur för kunskapsstyrning. Utredningen stödjer detta arbete och lagförslaget är avsett att harmoniera med det arbetet. Denna samverkansstruktur är således ett exempel på hur landstingen kan samverka i frågor som rör nationell kunskapsstyrning.

### **Samverkan mellan kommuner samt mellan kommuner och landsting i frågor rörande kunskapsstyrning**

I 11 kap. HSL regleras kommunernas organisation, planering och samverkan av hälso- och sjukvården. I detta kapitel finns inte någon motsvarande bestämmelse som den som gäller för landstingen om att kommunerna sinsemellan ska samverka i frågor som rör flera kom-

muner. Däremot anges i 11 kap. 2 § att kommunerna i sin planering ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Av 11 kap 3 § följer vidare att kommunerna i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, dvs. landstingen.

Bestämmelserna i HSL visar på skyldigheten för huvudmännen att samverka när det gäller hela hälso- och sjukvårdskedjan, oavsett om det är landstinget eller kommunen som är huvudman. Detta är naturligtvis viktigt ur ett effektivitets- och kvalitetsperspektiv. Än viktigare är det ur ett patient- och brukarperspektiv eftersom den enskilde individen inte ska behöva hamna i en situation där vårdinsatsens kvalitet avgörs av huvudmännens förmåga att samarbeta.

Som en konsekvens av det föreslagna förtydligandet om att landstingen ska samverka gällande kunskapsstyrning, föreslår utredningen även att en ny bestämmelse införs i 11 kap. HSL, som dels förtydligar kommunernas skyldighet att samverka sinsemellan, dels med landstingen gällande kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. En sådan samverkan är betydelsefull för att skapa bättre förutsättningar för en effektivare kunskapsstyrning lokalt. En helhetssyn gällande kunskapsstyrningen som går över huvudmannagränserna, gynnar också landstingens initiativ om att bygga upp en struktur för kunskapsstyrning. Samverkan med landstingen är också betydelsefull eftersom det ger kommuner möjlighet att få stöd i frågor om hälso- och sjukvård, där de själva på grund av bl.a. sin storlek, inte har egen kapacitet att bygga upp kunskapsstödsstrukturer för alla relevanta frågor.

Att landstingen och kommunerna ska samverka i frågor som rör kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården återspeglas även av utredningens förslag till vårdkommittéer då kommittéernas arbete ska avse all hälso- och sjukvård, dvs. hälso- och sjukvård som bedrivs av både landstinget och kommunerna.

När det gäller samverkan mellan kommunerna, bedömer utredningen att samverkan kan se väldigt olika ut i olika kommuner. Förutsättningar skiljer sig åt när det gäller resurser och behov. Spridningen när det gäller invånarantal, resurser osv. är mycket större mellan kommunerna än mellan landstingen generellt.

### 16.3.6 Förslag om att inrätta vårdkommittéer

**Utredningen föreslår** att lagen om läkemedelskommittéer upphävs och ersätts av den nya lagen om vårdkommittéer. Särbehandlingen av läkemedelsområdet upphör därmed och läkemedelskommittéernas uppdrag vidgas till att omfatta all vård. Läkemedelskommittéerna byter namn till vårdkommittéer. Vårdkommittéernas uppdrag ska vara att verka för en nationell kunskapsstyrning i landstinget och i de kommuner som är belägna i landstinget. Vårdkommittéerna ska verka för att nationella kunskapsstöd används och att vårdens resultat följs upp samt på annat sätt stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att nå en kunskapsbaserad och jämlik vård. Vårdkommittéerna ska inte utfärda egna rekommendationer om det finns nationella rekommendationer eller ställningstaganden. En växande del av sjukvården sker inom ett kommunalt huvudmannaskap. Utredningen bedömer att en huvudsaklig del av kunskapsstödet till kommunerna bör ske via vårdkommittéerna.

#### Bakgrund till lagen om läkemedelskommittéer

Genom lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer infördes ett obligatoriskt krav på en eller flera läkemedelskommittéer i varje landsting med uppgift att genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget. Rekommendationerna ska vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Om kommittén finner att det förekommer brister i läkemedelsanvändningen inom verksamhetsområdet ska kommittén göra de påpekanden som behövs och vid behov erbjuda hälso- och sjukvårdspersonalen utbildning för att avhjälpa bristerna. Avslutningsvis anger lagen att varje läkemedelskommitté i den omfattning som behövs, ska samverka med andra läkemedelskommittéer samt med berörda myndigheter, universitet och högskolor.

Av lagstiftningen följer att det är upp till varje landsting att bestämna hur många kommittéer som ska finnas och vilket organ inom landstinget som ska tillsätta en kommitté. Landstinget be-

stämmer också antalet ledamöter i varje kommitté och mandattiden för ledamöterna.

Lagen om läkemedelskommittéer tillkom samtidigt som kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen överfördes från staten till landstingen. Läkemedelskommittéverksamheten var tidigare frivillig för landstingen. Kommittéer har i olika former funnits sedan 1960-talet och har varit det organ som fångat upp erfarenheter och kunskap om läkemedel och läkemedelsanvändning från myndigheter och institutioner för att föra ut denna kunskap bland förskrivarna.

I förarbetena (prop. 1996/97:27) framhölls att det är ett omfattande arbete för förskrivarna att hålla sig informerade om forskning och utveckling inom läkemedelsområdet, också inom ett begränsat specialtområde. Regeringen ansåg därför att det var av största vikt att kommittéernas råd och rekommendationer når ut till kliniker, specialistmottagningar och primärvårdsenheter.

Eftersom kostnaderna, som nämnts ovan, för läkemedelsförmånen överfördes till landstingen ansågs detta bl.a. vara ett skäl till att förstärka läkemedelskommittéerna. Enligt regeringen var det också ett uttalat intresse från landstingens sida att denna markering av kommittéernas vikt kom till stånd. Förstärkningen av betydelsen av kommittéerna gjordes genom att landstingen genom lagstiftningen om läkemedelskommittéer tog det fulla ansvaret för finansiering av kommittéernas verksamhet samt för administrativa frågor om antal kommittéer, vilket organ inom landstinget som ska tillsätta kommittéerna, antal ledamöter och mandattid m.m. I propositionen angavs vidare att den allmänna uppfattningen bland remissinstanserna var att förskrivningsrekommendationerna inte kommer att ha samma möjlighet att få genomslag om de inte innehöll ett betydande mått av lokal förankring. Skälet till att reglera kommittéerna genom lag var att det enligt regeringen inte skulle råda någon tveksamhet kring det förhållandet att kommittéarbetet skulle engagera såväl kommunalt anställda och landstingsanställda som privatpraktiserande läkemedelsförskrivare. En annan viktig utgångspunkt enligt regeringen var att läkemedelskommittéernas rekommendationer var just rådgivande och att de inte binder den enskilde förskrivaren i mötet med patienten.

I betänkandet Gör det enklare! (SOU 2012:33) föreslogs att lagen om läkemedelskommittéer skulle upphävas. I utredningen anfördes bl.a. att det fanns ett behov av att i framtiden samordna kun-

skapsunderlagen gentemot mottagarna inom vården och omsorgen i fråga om innehåll och form. Bl.a. framhölls behovet av att integrera råden om läkemedelsanvändning med andra behandlingsråd för samma sjukdom. Den i lag reglerade läkemedelskommittéverksamheten ansågs vara ett hinder för integrering med andra viktiga delar i vården och omsorgens kunskapsutveckling genom att den är begränsad till läkemedelsanvändning.

I sammanhanget kan nämnas att Läkemedelsverket i sitt remissyttrande över förslaget till obligatoriska läkemedelskommittéer ville betona att läkemedel inte kan ses isolerade från övriga kostnader i sjukvården och att det är viktigt att man gör riktiga avvägningar mellan läkemedelsbehandling och andra sjukvårdande insatser. Här har läkemedelskommittéerna en viktig roll att spela enligt Läkemedelsverket, som menade att man bör vidga diskussionen om kommittéernas uppgifter till att även omfatta rådgivning om ändamålsenliga terapier.

I Gör det enklare! ansågs att skälen för att behålla en särreglering som enbart avser läkemedelsrekommendationer, mot bakgrund av behoven av att samordna råd om läkemedelsanvändning med råd om andra behandlingsformer för samma sjukdom, inte var tillräckligt starka. Genom ett avskaffande av obligatoriet ansågs bl.a. en möjlighet öppnas för landstingen att integrera arbetet med läkemedelsrekommendationer i arbetet med övriga analyser och rekommendationer om behandling, t.ex. genom s.k. HTA-centrum.

### Nya vårdkommittéer inrättas

Utredningen delar den bedömning som gjordes i Gör det enklare! när det gäller behovet av att integrera kunskap om läkemedel med annan kunskap om hur vård bäst ska bedrivas. De allra flesta medicinska behandlingarna inkluderar läkemedel och kunskapsstödjande dokument måste ta hänsyn till flera olika aspekter i en behandling.

Utredningen anser att några av de grundläggande skälen till att lagen om läkemedelskommittéer en gång infördes allt jämnt är giltiga, men då i ett vidare perspektiv gällande kunskapsstödjande arbete. Lagformen ansågs exempelvis medföra att vikten av kommittéerna tydliggjordes liksom huvudmännens skyldighet att arbeta med frågor kring bästa kunskap om läkemedel och att sådan kun-

skap förs ut. Vidare anfördes att lagformen medförde att det inte skulle råda någon tveksamhet kring det förhållandet att kommittéarbetet ska engagera professionen.

Läkemedelskommittéernas arbete är viktigt, särskilt vad gäller det uppsökande arbetet med återkoppling av forskrivningsdata till enskilda förskrivare och enheter, och bör enligt utredningen fortsätta. En lag om särskilda kommittéer som endast tar sikte på läkemedelsanvändning får enligt utredningen emellertid betraktas som otidsenlig. Utredningen anser att huvudmännens kunskapsstödjande arbete, vikten av att nationella kunskapsstöd används för en jämlik vård och att vården får stöd i att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete med ett vetenskapligt förhållningssätt, är frågor som särskilt behöver betonas i lagform. Det finns därför skäl att införa lagstiftning för kommittéer som har ett bredare uppdrag än det uppdrag som läkemedelskommittéerna har i dag.

Utredningen anser att en ny lagstiftning bör införas som tar gällande lagstiftning om läkemedelskommittéer som utgångspunkt – dvs. ett lagstadgande om att huvudmännen ska tillskapa vårdkommittéer som likt läkemedelskommittéerna tillser att bästa kunskap förs ut och används i vården. Uppdraget ska då gälla kunskap i en vidare bemärkelse och inte bara läkemedelsperspektivet. Precis som i dag ska själva formen för dessa kommittéer vara upp till huvudmännen själva att välja.

Målet med vårdkommittéernas arbete är att skapa nationell enhetlighet beträffande kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården i landstinget och i de kommuner som är belägna i landstinget. För att nå detta mål ska kommittéerna vidta åtgärder som syftar till att kunskapsstöden används. Vårdkommittéerna ska inte utfärda egna rekommendationer om det finns nationella rekommendationer eller ställningstaganden.

Vårdkommittéerna ska även på annat lämpligt sätt stödja hälso- och sjukvården i arbetet med nationell kunskapsstyrning. Kommittéerna bör t.ex. kunna arbeta lokalt med uppsökande verksamhet och återkoppling av forskrivningsmönster och resultat vad gäller både medicin och omvårdnad. Andra uppgifter kan vara att stötta verksamheterna i förbättringsarbete och användning av nationellt framtagna kunskapsstöd.

Det beskrivna arbetssättet stämmer enligt utredningen väl med vad som i forskningen visat sig vara goda implementeringsstrategier i

vården. Bl.a. konstateras att spridning av utbildningsmaterial och skriftlig/webbaserad återkoppling/påminnelser har liten eller ingen effekt. Däremot anses det finnas relativt starkt stöd för att strategier fungerar som innehåller identifiering och engagemang av lokala opinionsledare, platsbesök, interaktiva och engagerande utbildningsstrategier samt väl planerade och väl utförda evidensbaserade implementeringsstrategier.<sup>6</sup>

I och med att kommittéernas arbete inte längre ska vara begränsat till läkemedelsanvändning kommer sammansättningen i kommittéerna troligtvis behöva förändras. Expertis inom områdena som omvårdnad, rehabilitering eller habilitering, som både landsting och kommuner arbetar med, bör lämpligen delta. Syftet med omvårdnadsarbete är att förebygga sjukdom och ohälsa samt återställa och bevara hälsa utifrån individuella möjligheter och behov.<sup>7</sup> Rehabilitering omfattar medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala åtgärder, med inriktning på att hjälpa sjuka eller skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och ge förutsättningar för ett normalt liv. Habilitering avser utvecklande av ny förmåga. Andra områden som kan behöva representeras är statistik, verksamhetsutveckling, analys och förbättringskunskap.

Kommittéerna bör sträva efter multiprofessionell sammansättning. Deltagare kan t.ex. vara personal verksam inom den kommunala hälso- och sjukvården, såsom legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Enligt utredningen passar vårdkommittéernas arbete väl in i landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning. Kommittéernas observationer och kunskap är viktiga underlag för beslut som fattas nationellt. Även om huvudmännen ska samverka regionalt och nationellt, är det ytterst varje enskild huvudman som har skyldighet att se till att bästa tillgängliga kunskap används i vården. För att nationella kunskapsstöd ska få bästa förutsättningar för användning och genomslag krävs ett lokalt genomförande i hälso- och sjukvården. Vårdkommittéerna ska vara ett stöd i detta arbete. Som lokalt organ kommer vårdkommittéerna således utgöra en viktig länk i

---

<sup>6</sup> Sundberg.

<sup>7</sup> Omvårdnad är ett vetenskapligt ämne som har en personnära och verksamhetsförankring och forskningen förser omvårdnadsverksamheten med evidensbaserad kunskap.



arbetet med nationell kunskapsstyrning. Vikten av detta arbete betonas genom den av utredningen föreslagna regleringen.

Regleringen tydliggör också att den av landstingen påbörjade strukturen för kunskapsstyrning, har att förhålla sig till en lokal och lagfäst organisation, som i stor utsträckning redan finns genom läkemedelskommittéerna. Vikten av att de lokala kommittéerna samarbetar regionalt och nationellt förstärks också av den föreslagna regleringen i HSL gällande landstingens respektive kommunernas skyldighet att samverka när det gäller kunskapsstyrning.

Utredningen anser att vårdkommittéerna ska sträva efter regional samverkan men också att de ska organisera verksamheten på det sätt som passar den aktuella organisationen bäst.

Vårdkommittéernas samverkan med andra aktörer inom hälso- och sjukvården är viktig. I den nu gällande lagstiftningen anges att samverkan ska ske med andra vårdkommittéer. Vidare ska samverkan ske med samhällsorgan, vilket bl.a. avser landstingen, kommuner, berörda myndigheter, universitet och högskolor. Vårdkommittéernas arbete kommer att utgöra en del av den samverkan som utredningen förslår ska regleras och som rör landstingens och kommuners samverkan i syfte att nå nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Kommittéerna bör ha en ordning för den nationella samverkan.

Utredningen anser även att det bör anges i lagstiftningen att kommittéerna ska samverka med företrädare för brukar- och patientorganisationer och föreslår en sådan skrivning.

### **Vårdkommittéernas arbete omfattar även den kommunala hälso- och sjukvården**

I likhet med vad som gäller i dag ska vårdkommittéernas arbete avse all hälso- och sjukvård som bedrivs i landstinget. Förutom landstingen bedriver kommunerna viss hälso- och sjukvård, se 12 kap. HSL. Vårdkommittéernas arbete omfattar således även den kommunala hälso- och sjukvården. En viktig uppgift för vårdkommittéerna är därför att kunna fungera som stöd för den hälso- och sjukvård som bedrivs av kommunerna. Det handlar bl.a. om att se till att bästa kunskap förs ut och används i vården. Ett kunskapsstöd i vården måste kunna se till hela vårdkedjan och inte dra gränsen utifrån huvudmännens olika ansvarsområden.

I likhet med vad som gäller för läkemedelskommittéerna ska vårdkommittéerna, i den omfattning som behövs, samverka med bl.a. samhällsorgan. Med samhällsorgan avses bl.a. landstingen och kommuner. I dagens läkemedelskommittéer sker också samverkan mellan huvudmännen. I Stockholm finns exempelvis företrädare för kommunerna/medicinskt ansvariga sköterskor representerade i läkemedelskommittén. Den av utredningen föreslagna bestämmelsen i 11 kap. 3 a § om att kommunerna, utöver samverkan sinsemellan, ska samarbeta med landstingen när det gäller kunskapsstyrning, får ytterligare anses förtydliga den betydelse som vårdkommittéerna även har för kommunerna.

### **Patientnämndernas verksamhet är viktig för vårdkommittéerna**

En viktig samverkansaktör inom landstingen för vårdkommittéerna, är patientnämnderna. Patientnämnderna har tillgång till viktig information och viktiga erfarenheter kring patienternas behov och arbetar både med den vård som bedrivs av landsting och den som bedrivs av kommuner. En av avsikterna med patientnämnderna är att de ska bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Regeringen framhåller i sin proposition om ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården, att det är osäkert i vilken utsträckning nämnderna bidrar till stärkt patientsäkerhet och kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården (prop. 2016/17:122). Regeringen anser därför att patientnämndens roll i högre grad än i dag bör vara att analysera patienterfarenheter och föra dem vidare i den politiska organisationen. Enligt förslaget ska nämnderna bl.a. årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter på aggregerad nivå och lyfta fram hinder för en säker och patientcentrerad vård. Regeringen avser att förtydliga detta i lag.

Utredningen anser att patientnämndernas förändrade roll kommer att vara till nytta för de föreslagna vårdkommittéerna i deras arbete med att göra vården mer jämlik och kunskapsbaserad. Omvänt kan patientnämnderna ha stor nytta av vårdkommittéernas kunskaper och erfarenheter i sitt analysarbete.

I sammanhanget kan nämnas att samverkan över huvudmannagränserna är reglerad när det gäller patientnämndsverksamhet (3 § lag om patientnämndsverksamhet) där en kommun kan överlåta till

ett landsting att ansvara för kommunens patientnämndsverksamhet om kommunen och landstinget har kommit överens om detta. Av regleringen kring läkemedelskommittéer följer att kommittéerna i den omfattning som behövs, ska samverka med bl.a. samhällsorgan. Med samhällsorgan avses bl.a. kommunerna och landstingen. De av utredningen föreslagna vårdkommittéerna ska självfallet också samverka med kommunerna.

### 16.3.7 Rekommendationer till landstingen

**Utredningens bedömning:** Genom att landstingen tar ett större ansvar för nationell kunskapsstyrning skapas bättre förutsättningar för att nå målen om kunskapsbaserad och jämlik vård. Att landstingen samverkar nationellt skapar också förutsättningar för landstingen att genomföra ett effektivt samråd med staten.

**Utredningen rekommenderar** landstingen att landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning:

- regleras på ett långsiktigt hållbart sätt
- tydligt reglerar formerna för professionernas respektive patientföreträdares representation och involvering på alla nivåer, samt
- ges ett uttalat ansvar för att involvera kommunerna och ge kunskapsstöd i den kommunala hälso- och sjukvården.

### Om landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning

Varje landsting är, enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), skyldigt att erbjuda sina invånare en god hälso- och sjukvård. Vården ska vara förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet och ges på lika villkor över landet. För att lyckas med detta krävs ofta samverkan mellan landstingen och mellan landstinget och närliggande kommuner. Skyldigheten för landstingen att samverka i gemensamma frågor har varit reglerad i HSL sedan den trädde i kraft 1983. När det gäller samverkan kring kunskapsstyrning exemplifierades detta i förarbetena genom att regeringen i propositionen preciserade att formerna

för samverkan även avsåg rådgivning, konsultationer, utarbetande av gemensamma vårdprogram, forsknings- och utvecklingsarbete m.m. (prop. 1981/82:97 s. 72).

Det är mot denna bakgrund naturligt att förvänta sig att en effektiv samverkan äger rum mellan landstingen samt mellan landstingen och kommunerna. Samtidigt kan konstateras att samverkan inte varit på den nivå som krävs för att nå en jämlik vård. Utredningens kartläggning visar på exempel inom flera områden där landstingen tar fram kunskapsstöd, uppföljningssystem och identifierar förbättringsåtgärder som stannar inom det egna landstinget i stället för att delas och spridas. En förklaring som utredningen identifierat är att landstingen saknat en gemensam infrastruktur på nationell nivå för samarbete när det gäller kunskapsstyrning.

Det finns för närvarande exempel där landstingen gått samman och utvecklat former för nationell samverkan. Det har i många fall underlättats av statliga satsningar eller statligt stöd. Däremot är det enligt utredningen en viktig princip att staten inte mer än nödvändigt styr hur landstingens samverkan ska gå till.

Ett exempel på detta är satsningen på regionala cancercentrum (RCC) där ett av grundkriterierna som staten definierat är regional- och nationell samverkan, men där landstingen själva utarbetat formerna. Staten har finansierat, och finansierar fortfarande, delar av RCC-arbetet. Ett annat exempel är landstingens arbete inom läkemedelsområdet, där landstingen i samverkan har en gemensam organisation för ordnat införande av nya läkemedel. Landstingen satsar numera gemensamma medel för att finansiera arbetet med ordnat införande i samverkan, och staten stod initialt för en delfinansiering. Båda dessa exempel innefattar moment som handlar om nationella kunskapsstöd eller nationella rekommendationer. Inom RCC-arbetet står landstingen för merparten av framtagandet av nationella kunskapsstöd i form av vårdprogram. Specialistföreningarna bär huvuddelen av detta arbete. Utvecklingen av rehabiliterings- och omvårdnadsdelarna är pågående, vilket gör att de viktiga kunskapsstöden för samtliga berörda professioner kan komma på plats. Detta är också centralt för att kommuner ska ges tillgång till relevanta kunskapsstöd. Inom arbetet med ordnat införande av läkemedel har landstingen sedan några år tillbaka utvecklat former för nationella rekommendationer (från det så kallade NT-rådet)

som syftar till att säkerställa att landstingen erbjuder en jämlik tillgång till nya innovativa kostnadseffektiva läkemedel.

Behovet av en bättre samverkan mellan landstingen har diskuterats i en lång rad sammanhang, bl.a. i de utredningar som under de senaste tio åren haft i uppdrag att se över möjligheterna till en regionreform. Det faktum att någon regionreform inte genomförts minskar inte vikten av att fördjupa samverkan, utan ökar den.

Det initiativ till en nationell struktur för kunskapsstyrning (se kapitel 7), som styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i maj 2017 beslutade att ställa sig bakom, är mot denna bakgrund välkommet. Utredningen konstaterar att landstingen redan under 2016 fattat beslut om att avsätta medel för en gemensam struktur för kunskapsstyrning, vilket stärker förutsättningarna för en effektiv nationell samverkan. Bildandet av den nationella strukturen för kunskapsstyrning är ett exempel på sådan samverkan som utredningen vill framhålla genom de föreslagna förändringarna i HSL om huvudmännens samverkan. Utredningen anser också att den samverkan som den nationella strukturen är ett exempel på, också är en viktig förutsättning för att kunna genomföra utredningens förslag.

Utredningen uppfattar att landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning bygger på forskningsgrund och erfarenheter från framgångsrika kunskapsstyrningsmodeller, både internationellt och nationellt. Utredningen konstaterar dock att organisationen i dess nuvarande beskrivning har en relativt traditionell uppbyggnad i diagnos/terapiområden. Det innovativa och nydanande består i stället i det faktum att landstingen går samman i en gemensam struktur. Utredningen ser behov av att successivt utveckla strukturen i en riktning som bättre stödjer patientcentrerad vård och där även omvårdnad och rehabilitering ges nödvändigt utrymme. Utredningen anser också att strukturen bör ha en fastare organisatorisk struktur, bl.a. för att tillgodose krav på transparens och för att kunna utgöra en tydlig samverkanspart för regeringen, myndigheter och andra organisationer.

Genom att landstingen kan väntas följa rekommendationen från SKL:s styrelse om en nationell struktur för kunskapsstyrning möjliggörs, enligt utredningens bedömning, förutsättningar för följande:

- Ett mer direkt samråd mellan landstingen och regeringen i frågor om kunskapsbaserad och jämlik vård i syfte att ange övergripande inriktning och nå överenskommelser,
- En mer effektiv organisation för att ta fram nationella kunskapsstöd, vilket möjliggör effektivisering (och rationalisering) av de kunskapsstöd som i dag tas fram regionalt, lokalt eller av enskilda professionsgrupper,
- Ökat genomslag för kunskapsstöden, då landstingens delaktighet bör leda till bättre träffsäkerhet och ett ökat ansvarstagande för implementering,
- Tydligare behovsformulering om kunskapsstöd som efterfrågas från statliga myndigheter samt mer effektiv mottagarstruktur för de kunskapsstöd som staten tar fram.

Utredningen vill poängtera att den av landstingen utarbetade modellen är ett sätt att lösa samverkan under rådande organisatoriska förutsättningar. Oavsett om denna struktur blir verklighet i alla delar, kvarstår behovet av och landstingens och kommunernas legala skyldighet att samverka. Utredningen konstaterar att samverkansskyldigheten redan framgår implicit av lagstiftningen, men anser att det finns anledning att förtydliga detta krav och föreslår därför att HSL ändras i detta syfte (se avsnitt 16.3.5). Det handlar dels om förtydliganden kring landstingens nationella och regionala samordning, dels förtydliganden av det lokala arbetet om kunskapsstyrning.

En fråga som genomgående återkommer i utredningens arbete är frågan om kunskapsstödet till den hälso- och sjukvård som bedrivs med primärkommunalt huvudmannaskap. Utredningen uppfattar att landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning inte alls eller endast i begränsad utsträckning fångar dessa behov. Utredningen lämnar därför förslag om förtydligad skyldighet att samverka mellan kommuner samt mellan kommuner och landsting samt förslag om s.k. vårdkommittéer, som även ska ha till uppgift att stödja kommunerna. Förslaget om vårdkommittéer är vidare en viktig del i syfte att säkerställa ett tydligt lagstöd för att landstingen ska ha en struktur på lokal och regional nivå som ska ha till uppgift att bidra till och genomföra nationella kunskapsstöd samt stödja lokal uppföljning och lokalt utvecklingsarbete. Förslaget om

vårdkommittéer kompletterar på så sätt förslaget om ett förtydligande av landstingens skyldighet att samverka på nationell nivå.

### **Långsiktigt hållbar reglering av landstingens struktur för kunskapsstyrning**

För att avsikterna och målen med den struktur för kunskapsstyrning som landstingen har ställt sig bakom ska realiseras, krävs enligt utredningen en juridisk reglering som gör den långsiktigt hållbar. Utredningen ser en risk i att löst sammansatta arbetsgrupper och styrgrupper efterhand upplöses i takt med att intresse och uppmärksamhet riktas åt andra håll och att politiska ledningar skiftar. En fastare juridisk form av strukturen skulle enligt utredningen borga för en mer långsiktigt hållbar konstruktion. Beslutsmandat, stadgar och uppdragsbeskrivning behöver bindas formellt på ett transparent och legitimt sätt. Samspelet mellan landstingens sammanhållna struktur för kunskapsstyrning och staten, i form av såväl regeringen som centrala förvaltningsmyndigheter, är avgörande för att nå önskade effekter. Det är lättare för externa parter att förhålla sig till en juridisk person än en struktur som är mer lös i formerna.

Eftersom de frågor som ska hanteras i landstingens struktur får en direkt påverkan på enskilda invånare och de professioner som verkar inom vården, krävs också att det finns möjligheter till insyn i arbetet som bedrivs och en tydlighet i vart man kan vända sig med frågor.

Den nya nationella strukturen för kunskapsstyrning som landstingen påbörjat etableringen av är lovvärd och viktig för att nå kraven på kunskapsbaserad och jämlik vård. Utredningen bedömer att det kommer att krävas ett långsiktigt och strukturerat arbete för att arbetet ska finna sina former och kunna bli en naturlig samverkanspartner för staten och en naturlig samrådsstruktur för huvudmännen.

Enligt beslutet ska den nationella strukturen för kunskapsstyrning ledas av en strategisk styrgrupp, den s.k. styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS). Därutöver ska bl.a. nationella och regionala samverkansgrupper tillsättas liksom en beredningsgrupp som bereder ärenden inför ställningstagande. Vidare ska en nationell stödfunktion etableras. Se kapitel 7 samt ovan för en närmare beskrivning.

Utredningen menar att landstingens nya nationella struktur för kunskapsstyrning är en förhållandevis komplex organisation som

kräver att tydlighet finns när det gäller mandat, uppgiftsfördelning, hantering av skiljaktiga meningar, finansiering m.m. Det krävs vidare en reglering som kan säkerställa en långsiktig hållbarhet och en transparens och legitimitet i utövandet av uppgifterna. Utredningens bedömning är att det underlag som hittills presenterats av landstingen och SKL inte till fullo svarar mot dessa behov. Utredningen bedömer att det bör kompletteras och förstärkas dels med tydligare reglering av den nationella modellen, dels med tydligare instruktioner och ansvarsförhållanden. Utredningen rekommenderar därför landstingen att bilda ett juridiskt hållbart organ, som ska hantera landstingens medel och svara för det nationella arbetet inom ramen för den gemensamma modellen för kunskapsstyrning. Det nya organet behöver bindas formellt, och det behöver tydliggöras att det är det nya organet som i princip ersätter befintliga grupperingar inom huvudmannasfären som i dag arbetar med frågor om kunskapsstöd och kunskapsstyrning. Här finns flera olika organisationsformer som skulle kunna vara aktuella. Utredningen gör bedömningen att formen kommunalförbund är ett lämpligt alternativ som ligger nära till hands och som är tydligt reglerat i kommunallagen.

### **Stöd till vård med kommunalt huvudmannaskap**

Utredningen vill framhålla att det är av yttersta vikt att den sjukvård som bedrivs med kommuner som huvudman omfattas av den framtida strukturen och att strukturen har ett uttalat ansvar för att ge kunskapsstöd även i den kommunala hälso- och sjukvården, lämpligen via de föreslagna vårdkommittéerna. Se utredningens överväganden och förslag gällande kommunernas förutsättningar i avsnitt 16.3.3 (samråd), 16.3.5 (samverkansskyldighet) och 16.3.6 (vårdkommittéer).

### **Utredningens rekommendation**

Landstingens nya nationella struktur för kunskapsstyrning förutsätter involvering och engagemang från professionerna för att ett tillräckligt genomslag ska kunna nås. Vidare bör en central utgångspunkt vara att finna former för deltagande av patientföreträdare. Utredningen rekommenderar landstingen att tydligt reglera for-



merna för professionernas respektive patientföreträdares representation och involvering i den nationella strukturen. Denna rekommendation gäller oaktat med vilken juridisk form som landstingen väljer att reglera sin nationella samverkan. Väljs formen kommunalförbund bör i regelverket för detta anges hur samverkan med professionerna och patientföreningarna ska gå till och hur deras medverkan kan säkerställas. Det är viktigt att professions- och patientföreningarna har en tydlig representation i strukturen på alla nivåer och möjligheter att delta och att påverka, i syfte att säkerställa högsta möjliga kvalitet, bidra med perspektiv samt öka relevans och träffsäkerhet.

Sammanfattningsvis rekommenderar utredningen landstingen att landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning:

- regleras på ett långsiktigt hållbart sätt
- tydligt reglerar formerna för professionernas respektive patientföreträdares representation och involvering på alla nivåer, samt
- ges ett uttalat ansvar för att involvera kommunerna och ge kunskapsstöd i den kommunala hälso- och sjukvården.

### 16.3.8 Förslag om ett nationellt kansli

**Utredningen föreslår** att regeringen inrättar ett kansli för kunskapsbaserad och jämlik vård med uppgift att bistå regeringen med insatser för att säkerställa att det föreslagna samrådet mellan regeringen och landstingen och den statliga övergripande styrningen i övrigt successivt utvecklas och ger önskade effekter.

Utredningen bedömer att det i dagsläget saknas en funktion på nationell nivå som med legitimitet och genomslagskraft klarar att följa upp om vården är kunskapsbaserad och jämlik. Det är ett alltför stort fokus på produktion av kunskapsstöd, och ett alltför litet fokus på uppföljning och att på ett systematiskt sätt vidta de åtgärder i vården som krävs utifrån uppföljningarnas resultat. Utredningen bedömer att oberoende uppföljning och ansvarsutkrävande är en fråga för staten, i synnerhet regeringen. Utredningen bedömer dock att arbetet behöver förstärkas för att regeringens styr-

ning ska få tillräckligt genomslag. Utredningen föreslår därför att arbetet med uppföljning och ansvarsutkrävande förstärks. En del av förstärkningen består av nya och förtydligade uppdrag till Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vidare anser utredningen att erfarenheterna från IVO:s och Folkhälsomyndighetens arbete bör kunna tillvaratas i ökad utsträckning. Förslag på dessa punkter beskrivs i avsnitt 16.5.8.

Utredningen anser att regeringens styrning är central för en effektiv kunskapsstyrning utifrån vad som följer av statens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården. Regeringen behöver, utöver att styra de centrala förvaltningsmyndigheterna på området, utöva en aktiv och tydlig styrning för att i högre utsträckning än tidigare säkerställa att vården ges enligt de lagstadgade kraven på kunskapsbaserad och jämlik vård. För att detta ska kunna realiseras bedömer utredningen att det behövs ett långsiktigt systematiskt arbete. Denna roll bör utföras nära regeringen, för att säkerställa träffsäkerhet och effektiva arbetsformer. Utredningen anser inte att denna roll är lämplig att lägga på en myndighet, främst eftersom rollen handlar om att nära bistå regeringen.

Utredningen föreslår att en ny funktion inrättas: ett nationellt kansli för kunskapsbaserad och jämlik vård, i form av ett organ inom Regeringskansliet. Genom en sådan lösning åstadkoms en funktion på hög policynivå, nära regeringen och Regeringskansliet, men ändå fristående och med förutsättningar att bygga upp och vidmakthålla en hög specialiserad kompetens över tid. Formen erbjuder goda möjligheter för regeringen att ha en nära och förtroendefull dialog, samtidigt som uppdraget till kansliet kan justeras och preciseras efter behov.

Kansliet ska ha till uppgift att bistå regeringen i den nationella kunskapsstyrningen och säkerställa att tillämpningen successivt utvecklas och ger önskade effekter och att de förslag som föreslås av utredningen implementeras på ett ändamålsenligt sätt. Vidare ska kansliet använda de fördjupade uppföljningar och analyser av hälso- och sjukvården som föreslås tas fram av Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Inspektionen för vård och omsorg (se avsnitt 16.5.8). Underlagen ska användas för att förbereda och stödja regeringens samråd med landstingen om åtgärder utifrån uppföljningsresultaten. En viktig fråga för kansliet kommer vara att

bistå regeringen i att utveckla formerna för uppföljning och ansvarskrävande av att vården är kunskapsbaserad och jämlik.

Kansliet kan också betraktas som en stödfunktion till ansvarigt statsråd. Kansliet ska vid behov föra förberedande dialoger med patientgrupperingar och professionsgrupperingar. Kansliet bedöms behöva bestå av tre eller fyra årsarbetskrafter, med bred kompetens inom berörda områden.

Kansliet får alltså en ny funktion för att på nationell nivå bistå regeringen med att följa upp att vården är kunskapsbaserad och jämlik, och att bistå regeringen i samrådet med landstingen och vid behov kommunerna för att identifiera och ge stöd för förbättringsåtgärder och fokussatsningar. Inom denna arena kan även regeringen initiera satsningar och styråtgärder, t.ex. framtida varianter av nuvarande professionsmiljard eller satsningar på psykiatri.

När det gäller hur kansliet ska organiseras finns olika lösningar inom Regeringskansliet som kan vara relevanta att ha som förebilder. Formellt brukar den här typen av organisationer betecknas som kommittéer eller s.k. bokstavsutredningar.

Den genomförandekommitté som utredningen föreslår i avsnitt 16.6 bör få i uppdrag att utarbeta direktiv och i övrigt initiera de åtgärder som behövs för att det nationella kansliet ska kunna inrättas. Genomförandekommittén kan ses som ett förberedande organ för kansliet.

## **Renodla rollerna mellan staten och huvudmännen gällande de nationella kvalitetsregistren**

Staten har ett tydligt intresse för och behov av att använda data från nationella kvalitetsregister vilket gör det rimligt från statens sida att också bidra till driften av dem. Utredningen vill här betona vikten av att staten och huvudmännen tydliggör vem som ansvarar för vad och hur de bäst bidrar utifrån sina övergripande ansvarsområden inom kunskapsstyrning. Rollerna bör renodlas i syfte att säkerställa en tydlig statlig styrning och bästa möjliga förutsättningar för landsting och kommuner att utveckla arbetet med kvalitetsregister såväl lokalt/regionalt som utifrån de nationella målsättningarna. Detta kan ske genom villkorade statsbidrag som skapar incitament för landstingen att i olika sammanhang följa nationella standarder. Staten kan också exempelvis utveckla kvalitetssäkringssystem för att stimulera

kvalitetsregister och andra datakällor att följa nationella kvalitetskrav. På efterfrågan kan staten vidare bidra med stöd, t.ex. i variabelutveckling. På områden där huvudmännen och professionerna av en eller annan anledning har svårt att få fram bra uppföljning bör staten också bidra med kompetens och resurser.

## 16.4 Förslag om en nationell digital kunskapstjänst

**Utredningen föreslår** att en nationell digital kunskapstjänst inrättas i syfte att skapa förutsättningar för vårdprofessionerna hos alla sjukvårdshuvudmän att enkelt söka och få tillgång till kunskap. I tjänsten bör, förutom kvalitetssäkrade kunskapsstöd, även avgiftsfri tillgång till vetenskapliga artiklar ingå. Till kunskapstjänsten bör SBU:s upplysningstjänst kopplas för att ytterligare stärka effekten och kvaliteten av tjänsten.

### Bakgrund

Myndigheterna, huvudmännen och SKL m.fl. tillgängliggör flera olika kunskapsstöd genom internet. Därutöver använder vården olika kommersiella lösningar i stor utsträckning.

Myndigheterna erbjuder genom Socialstyrelsen exempelvis Kunskapsguiden. Därutöver finns mer eller mindre avancerade söktjänster på respektive myndighets hemsida. Den kartläggning som Rådets myndigheter har gjort visar också på att det finns tusentals olika kunskapsdokument framtagna av myndigheterna och förmodligen minst lika många ytterligare som är framtagna av SKL, huvudmännen och olika specialist- och yrkesföreningar sammantaget.

Genom SKL tillhandahålls exempelvis Eira som erbjuder vetenskapliga artiklar till samtliga vårdanställda i Sverige. Inera har tecknat licensavtal med 1 600 e-tidskrifter, kunskapsstödet BMJ Best Practice och Cochrane Library. Eira görs tillgängligt via sjukhusbibliotekens webbsidor eller e-bibliotek. Där finns även sjukhusens egna, lokala prenumerationer på olika kunskapskällor. Privata vårdgivare har också tillgång till innehållet genom Eirakanalsiets e-bibliotek Eira Discovery.

Andra tjänster är Vårdverktyget där man kan söka efter regionala vårdprogram och regionala HTA-dokument, hitta länkar till andra organisationer osv. Vidare kan tjänster och sidor som Vårdhandboken, Viss.nu, Janus-fönster osv. nämnas.

Utöver de olika kunskapsstöd som myndigheter och huvudmän tar fram, använder professionen tjänster som är framtagna av olika privata leverantörer. Informationen som dessa leverantörer använder, kommer ofta från myndigheterna, exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer. En del av de kommersiella tjänsterna är fritt tillgängliga för alla, en del kräver prenumeration. Beslut om vilka prenumerationsfinansierade tjänster som ska tillgängliggöras, fattas på olika ställen i huvudmännens organisationer. Ibland gör ett landsting en upphandling för hela eller delar av landstinget, ibland är det frågan om en prenumeration som är tecknad på klinisknivå. Tillgången varierar således mellan och inom landstingen.

Varje enskild lösning och enskilt initiativ är sig i positivt då de syftar till att öka kunskapsspridningen bland huvudmännen, professionen och myndigheter. Ett problem är emellertid att all denna information och dokumentation ofta kan vara svår att hitta för dem som behöver den.

I de enkätundersökningar som utredningen genomfört, framgår tydligt att samtliga tillfrågade yrkesgrupper anser att det är svårt att hitta den information man anser sig behöva. Uttryck ges för att man vill ha en ingång vid sökandet efter information och att det ska vara lätt att hitta informationen. Mycket tyder på att information som i sig är tillgänglig genom internet i praktiken inte är tillgänglig för yrkesutövaren, eftersom man inte vet var och hur man ska söka. Även om informationen är tillgänglig kanske den inte är presenterad på ett sådant sätt som gör den användbar i vårdmötet. Slutsatsen ovan stärks också av de andra rapporter som utredningen redovisar i kapitel 13.

### **Initiativ bör tas för att nationellt tillgängliggöra kunskap**

Utredningen anser att det är angeläget att den kunskap som redan finns framtagen med offentliga medel (oavsett om det är frågan om stat eller landsting) är tillgänglig och är anpassad efter professionernas behov. Att inte göra denna kunskap tillgänglig på ett ända-

målsenligt sätt, reducerar värdet av tjänsterna som utvecklas. Ett tillgängliggörande av kunskap är även en viktig åtgärd för att främja möjligheterna till en likvärdig vård i landet. Ett samlat tillgängliggörande gör det också lättare för yrkesutövarna att värdera den information som finns tillgänglig, vilket ursprung den har och om informationen är aktuell eller inte.

Det stora antalet tjänster och initiativ som finns på området innebär också att det måste vara frågan om en hel del medel som årligen läggs ned av det offentliga för underhåll och utveckling. Det handlar om statliga medel till myndigheter och om medel till huvudmännen som stöd för olika projekt, utöver de medel som landsingen själva lägger ned. Bilden som utredningen får är också att de olika satsningarna inte heller är tillräckligt koordinerade.

Utredningen anser att en nationell kunskapstjänst bör skapas som på ett enkelt sätt tillgängliggör olika kunskapsstöd. En sådan tjänst förutsätter dock en mer enhetlig metadatamärkning samt enhetlig användning av termer och begrepp (nationellt fackspråk). Liknande förslag har förts fram tidigare. Som nämns tidigare i detta betänkande genomförde SBU 2013 på uppdrag av regeringen en förstudie om förutsättningarna för att skapa ett nationellt hälsobibliotek som skulle erbjuda vårdens professioner en möjlighet att snabbt kunna hitta evidensbaserat, kliniskt kunskapsunderlag. Underlaget skulle vara enkelt tillgängligt, överblickbart och samlat sökbart på ett enda ställe. Även i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) föreslogs att ett hälsobibliotek skulle utvecklas och erbjudas huvudmännen enligt den modell som SBU föreslagit tidigare. Remissinstanserna var generellt positiva till förslaget. En av grundtankarna med hälsobiblioteket var att informationen var tillgänglig för alla invånare. Utredningen anser att det är viktigt att slå vakt om den grundtanken. Även om myndigheters kunskapsstöd, vetenskapliga artiklar osv. i sig inte är framtagna för invånarna som huvudsaklig målgrupp, är det enligt utredningen viktigt ur ett jämlikhetsperspektiv att informationen ändå är tillgänglig för de patienter, brukare och närstående som önskar ta del av den. I den föreslagna tjänsten bör även avgiftsfria prenumerationer på relevanta vetenskapliga artiklar ingå. Detta bedöms vara särskilt viktigt för vårdpersonal inom kommunal vård.

Att koppla SBU:s upplysningstjänst till tjänsten skulle ytterligare förstärka värdet av en sådan kunskapstjänst genom att kunna

bidra till kvalitet i informationssökningarna av vetenskapliga artiklar så att dessa görs systematiskt. Upplysningstjänsten bör breddas till att underlätta sökningar av redan publicerade kunskapsstöd.

Inom ramen för arbetet i Rådet för statlig styrning med kunskap har frågan om myndigheternas spridning av kunskap aktualiserats. En fråga är exempelvis hur finansieringen av Kunskapsguiden ska gå till. En annan fråga är hur myndigheternas olika kunskapsstödjande dokument ska metadata-märkas för att de på ett bättre sätt än i dag ska vara sökbara för huvudmännen och professionen. Här har exempelvis Socialstyrelsen utvecklat en modell för metadatamärkning som även bör användas av andra myndigheter och organisationer.

## Genomförande

Utredningen föreslår att genomförandekommittén (se avsnitt 16.6) ges i uppdrag att närmare klargöra förutsättningarna för och utarbeta ett detaljerat förslag till en nationell kunskapstjänst i form av en databas, där kvalitetssäkrade kunskapsstöd och vetenskapliga artiklar görs tillgängliga. Fokus bör ligga på de nationella kunskapsstöden, men även regionala och lokala kan på sikt tänkas ingå. Kunskapstjänsten kan jämföras med hur det fungerar vid internetsökningar på exempelvis flygresor, och är tänkt att fungera så att man genom filter och metadata kan hitta olika kunskapsstöd. I likhet med förslaget i betänkandet Effektiv vård föreslås att det i ett sådant genomförandeuppdrag utarbetas förslag om den närmare hemvisten för en sådan tjänst samt en organisation för att besluta vad som ska ingå och hur det ska upphandlas, när det relevant.

## Befintliga kunskapsstöd bör ses över

Flera myndigheter tillhandahåller i dag kunskaps- och beslutsstöd. Så kallade aktiva beslutsstöd är dock sällsynta, dvs. sådana som i beslutsfattarsituationen ger rekommendationer om val av åtgärd. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (efter integration i sjukintygen) hos Socialstyrelsen samt EES och Min förskrivning hos E-hälsomyndigheten är exempel på sådana. För att aktiva beslutsstöd ska kunna utvecklas och integreras i journalsystem och i uppföljningen krävs att dessa är strukturerade och kodade i enlighet med nation-

ella standarder. Att den kodade och strukturerade kunskapen sedan tillhandahålls som öppen data genom API:er är ytterligare en förutsättning för vidareanvändning. Arbetet med att koda och strukturera informationen behöver stödjas och skalas upp eftersom det ger förutsättningar för integrering i journalssystem, för uppföljning och för nya digitala tjänster som kan tillhandahållas av också kommersiella aktörer. Det är också en förutsättning för effektiv förvaltning av kunskapen.

Utvecklingen vad gäller aktiva beslutsstöd har varit relativt blygsamt, däremot finns alltför många s.k. passiva beslutsstöd som har till syfte att på olika sätt stödja professionerna i vården. Dessa är inte sällan överlappande och täcker delvis samma områden, ofta där det vetenskapliga stödet är relativt starkt. Stöden innebär emellertid också förvaltnings- och utvecklingskostnader för staten. Utredningen anser att en mer genomgripande kartläggning även bör göras över de stöd som tillhandahålls, kostnaderna som stöden medför samt kännedomen och den upplevda nyttan av stöden i hälso- och sjukvården.

En sådan kartläggning bör vidare utmyнна i förslag bl.a. kring vilka stöd staten bör utveckla och fortsätta att tillhandahålla och vilka satsningar som skulle kunna fasas ut samt eventuella behov av förändringar i organisation och finansiering.

Eftersom bedömningen är att myndigheterna, huvudmännen och SKL redan i dag lägger ned betydande resurser, utan tillräcklig koordinering, på olika lösningar, handlar det om att i möjligaste mån styra nedlagda resurser mot en gemensam lösning. De belopp som i dag läggs ned får initialt ses som en gräns för ambitionsnivån och den första uppgiften måste vara att tillgängliggöra redan befintliga tjänster. Med andra ord handlar det om att aktörerna kan behöva sluta utveckla befintliga lösningar, eller låta en befintlig tjänst utgöra plattform för en ny. Eftersom staten och huvudmännen redan i dag finansierar olika lösningar bör den framtida tjänsten vara gemensamt finansierad.

Tillgängliggörande av kunskapsstödande material, ställer också krav på myndigheter, huvudmän och andra organisationer att utmönstra gamla produkter.

Ett uppdrag bör innefatta följande delar:



1. Föreslå hur redan existerande och finansierade tjänster ska kunna göras mer tillgängliga och kända för de som är i behov av tjänsterna.
2. Ta fram en strategi för metadatamärkning av kunskapsstöd.
3. Belysa vilka steg som krävs för samverkan och utveckling av fler aktiva beslutsstöd.
4. Föreslå hur relationen mellan grundläggande infrastruktur och leverantörer som står för gränssnitt ska se ut.
5. Kartlägga de stöd som redan tillhandahålls, vilket organisation och infrastruktur de bygger på samt kostnader som stöden medför.
6. Undersöka kännedomen och den upplevda nyttan av stöden i hälso- och sjukvården, samt hur det nya stödet ska komplettera de som redan finns.
7. Föreslå vilka stöd staten bör utveckla och fortsätta att tillhandahålla, eventuella förändringar i organisation och finansiering och vilka satsningar som skulle kunna fasas ut.

Utredningen anser att Socialstyrelsen bör få en central roll i att driva på utvecklingen och för att öka användningen av det nationella fackspråket och informationsstrukturen både vad gäller myndigheterna och huvudmännens kunskapsstödsproduktion. Denna roll är särskilt viktig med tanke på att huvudmännen framgent kommer att utgöra den främsta producenten av kunskapsstöd och att deras behov av stöd när det gäller kodning och märkning bedöms vara stort. Utredningens bedömning är vidare att utvecklingen generellt går för långsamt och att den bör stimuleras och påskyndas genom riktade statsbidrag för ökad semantisk interoperabilitet. Utredningen bedömer också att gemensamma principer mellan kunskapsproducenterna skulle bidra till högre kvalitet och nytta på motsvarande sätt som skett inom miljödataområdet.

### *Den snabba tekniska utvecklingen*

Utredningen är väl medveten om den snabba tekniska utvecklingen som bl.a. går mot en ökad användning av beslutsstöd. Det kommer dock ta tid innan nya lösningar som beslutsstöd fått fullt genomslag

i vården. Utvecklingen kommer vidare att kräva nya arbetssätt och förhållningssätt, vilket är en inneboende tröghet. Utredningen gör därför bedömningen att det parallellt med pågående utveckling, ändå finns skäl att vidta åtgärder för att samla den information som finns och göra den tillgänglig på det sätt som professionerna efterfrågar. Det handlar också om vikten av att identifiera förändringar som är realistiska att genomföra i närtid och som stödjer fortsatt tillvaratagande av digitaliseringens möjligheter.

### **Tillgängliggörande av kommersiella tjänster**

Som framgått av tidigare avsnitt används privata tjänster i stor utsträckning av professionen i hälso- och sjukvården. Sådana inkluderas ibland i redan existerande offentliga tjänster. De skulle också kunna inkluderas i den nya tjänsten. Det förutsätter ett ställningstagande till om nationella licenser ska upphandlas för tillgängliggörande av ytterligare kommersiella kunskapsstöd.

Ett skäl till den stora användningen av kommersiella tjänster är att dessa produkter upplevs som lätta att använda av professionerna när behov finns. I framtagandet av en nationell tjänst behöver också ett ställningstagande göras till vad det offentliga är bäst lämpat att utföra och vilka tjänster och vilken information som marknaden har bäst förutsättningar att ta fram lösningar för.

## **16.5 En mer samordnad och effektiv myndighetstyrning**

Utredningen konstaterar att statens kunskapsstyrning hittills har varit fragmentarisk och ibland hållit sig på en allt för detaljerad nivå. Det finns stort utrymme för och behov av att staten har en roll i kunskapsstyrningen men den behöver bli mer samordnad och tydlig och den behöver som huvudregel endast producera den typ av kunskapsstöd som inte landstingen och professionerna klarar tillräckligt bra själva.

Utredningen anser att följande förändringar blir viktiga:

- Myndigheterna bör vara mer samordnade i sina kontakter med huvudmän och professioner vad gäller kunskapsstöd. Stödet bör i

ökad utsträckning än i dag ske i form av tjänster i stället för rapporter. Kunskapsstöd från myndigheterna som överlappar varandra bör renodlas, läggas samman och integreras. Detta innebär också att myndigheterna behöver utveckla och förenkla sin dialog med huvudmännen.

- Myndigheterna bör rationalisera sitt arbete, minska detaljstyrningen och utveckla den mer strategiska styrningen. Staten genom myndigheterna bör ha ett övergripande perspektiv vad gäller produktion av kunskapsstöd och uppföljningsverktyg där de träder in där huvudmännen inte själva förmår. Detta innebär att bidra med stöd i de allra svåraste frågorna.
- Relevanta myndigheter bör få uppdrag att ta fram en förbättrad och skärpt nationell uppföljning.

Dessa tre punkter konkretiseras för de olika myndigheterna i avsnitten som följer.

### **Regeringen har uttalat att förändringar behövs i myndigheternas uppdrag**

Regeringen anger i budgetpropositionen för 2015 att uppdraget till de statliga myndigheterna som har centrala roller inom kunskapsstyrningen behöver tydliggöras och att samverkan mellan myndigheterna behöver formaliseras. Bl.a. framhålls behovet av ett aktivt omställningsarbete i myndigheterna samt instruktionsändringar, myndighetsdialoger och särskilda uppdrag för att säkerställa att kunskapsstyrningen förändras enligt regeringens intentioner. Regeringen framhåller också att Socialstyrelsens nuvarande uppgifter kan behöva utföras på nytt sätt och att tidigare beslutade processer och verksamhetsmodeller avseende olika former av kunskapsstöd, inkluderande de nationella riktlinjerna, behöver omprövas.

### 16.5.1 Förslag om en utvecklad roll för Socialstyrelsen

**Utredningen föreslår** att Socialstyrelsens instruktion ändras för att förtydliga Socialstyrelsens roll i kunskapsstödjande och kunskapsstyrande hänseende. Vissa bestämmelser om kunskapsstyrning i förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst överförs från denna förordning till Socialstyrelsens instruktion.

#### Socialstyrelsen ges en särställning

Socialstyrelsen är en central myndighet när det gäller det kunskapsstödjande och styrande arbetet i vården. Utredningens bedömning är att detta inte på ett tillräckligt tydligt sätt återspeglas i Socialstyrelsens styrdokument, som instruktionen, regleringsbrevet och separata regeringsuppdrag. Mängden separata regeringsuppdrag bidrar även till att ge en splittrad bild av myndighetens uppdrag. Därutöver medför instruktionerna till andra myndigheter som exempelvis SBU och Läkemedelsverket att Socialstyrelsens roll blir än mer oklar, eftersom dessa myndigheters uppdrag ibland är snarlika och ansvarsfördelningen mellan dem i vissa delar är otydlig.

Att Socialstyrelsen ska ha en central roll i kunskapsstyrningen har framhållits av regeringen, bl.a. i budgetpropositionen för 2015 och i Riksrevisionens rapport om statens styrning på vårdområdet från 2017. Riksrevisionen anser även att Socialstyrelsens instruktion bör ändras i detta avseende.

Socialstyrelsens kunskapsstödjande uppdrag återfinns i instruktionen främst under rubriken Uppgifter som rör statlig styrning med kunskap. I 4 § definieras det kunskapsstödjande uppdraget i tio olika punkter. Vissa punkter är konkreta, andra är mer öppna. Punkt 1–3 innehåller exempelvis generella skrivningar om att Socialstyrelsen genom kunskapsstöd och föreskrifter ska bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt att myndigheten ska ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling och arbeta med att ge stöd till metodutveckling inom sitt verksamhetsområde. Andra skrivningar är mer detaljerade och hänvisar till utvecklingsarbete enligt specifika lagar eller EU-direktiv.

I 3 § i Socialstyrelsens instruktion görs en hänvisning till förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Hänvisningen är således placerad före de bestämmelser i 4 § i instruktionen som generellt och i detalj redogör för Socialstyrelsens kunskapsstödjande uppdrag. I 8 § i förordningen om statlig styrning med kunskap, görs en slags definition av de statliga myndigheternas roll i den statliga styrningen med kunskap. Bl.a. anges att Rådet ska ha till uppgift att verka för att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad och effektiv och att statens styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är anpassad till huvudmännens behov. Patienters, brukares samt professionens behov lyfts också fram.

Nuvarande lösning bidrar enligt utredningen ytterligare till att Socialstyrelsens roll i kunskapsstyrningen blir otydlig. Socialstyrelsens instruktion och förordningen avseende Rådet är dessutom delvis överlappande. Enligt utredningen kan en del av de citerade skrivningar som återfinns i förordningen som reglerar Rådets arbete, ses som varianter av skrivningar som redan återfinns i Socialstyrelsens instruktion. Riksrevisionen uttrycker det i sin rapport<sup>8</sup> som att Socialstyrelsen styrs av dubbla förordningar där ingen är överordnad. Denna otydlighet kan enligt Riksrevisionen undvikas genom ett förtydligt ansvar för en effektiv kunskapsstyrning i instruktionerna.

Utredningen anser att Socialstyrelsens instruktion bör omarbetas för att förtydliga myndighetens kunskapsstyrande uppdrag och att Socialstyrelsen är den centrala kunskapsstyrningsmyndigheten. Utredningen föreslår att en ny målbestämmelse införs i instruktionen till Socialstyrelsen där det anges att Socialstyrelsen ska samordna statens kunskapsstöd inom hälso- och sjukvården. Därutöver föreslår utredningen att flera av de målbestämmelser om kunskapsstyrning som i dag återfinns i 1 och 2 §§ förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård samt socialtjänst, ska flyttas från den förordningen och i stället inarbetas i Socialstyrelsens instruktion.

---

<sup>8</sup> Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet, RIR 2017:03.

## Landstingen tar ett ökat ansvar för nationell kunskapsstyrning

Erfarenheterna från det kunskapsstyrande arbetet inom regionala cancercentra, RCC, erbjuder goda möjligheter att dra lärdom ifrån när staten renodlar sitt kunskapsstyrande arbete inom hela vården. Inom RCC-arbetet står landstingen själva för merparten av framtagandet av nationella kunskapsstöd, huvudsakligen i form av nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp. RCC har hittills utarbetat ett 40-tal nationella vårdprogram. Dessa uppdateras årligen, och implementeras med stöd av regionala och lokala processledare. Samarbetet med myndigheterna sker på behovsbasis, vilket i princip betyder att RCC efterfrågar kunskapsstöd från Socialstyrelsen vid behov. Framtagandet av vårdprogram har inte skett helt utan inblandning från staten. Staten har bl.a. bidragit med viss finansiering och har ställt upp kriterier för hur RCC ska verka samt tagit fram indikatorer för uppföljning och målsatt dessa.

Landstingens arbete med en ny struktur för kunskapsstyrning kommer innebära att landstingen renodlar och förtydligar sitt arbete med kunskapsstyrning. Detta kommer att leda till bättre förutsättningar för en effektiv nationell kunskapsstyrning. I landstingens nya struktur inrättas programområden för all vård. Programområdena blir, på motsvarande sätt som inom RCC-arbetet, ansvariga för att utarbeta nationella kunskapsstöd.

För att programområdena ska bli framgångsrika, är utredningens bedömning att behov av stöd kan finnas från statliga myndigheter och då främst Socialstyrelsen. Landstingens och myndigheternas olika styrkor bör komplettera varandra.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utveckla former för arbetet med att stötta huvudmännen i deras kunskapsstödsproduktion vad gäller t.ex. former/metoder för patientmedverkan, innehållsverktyg och kodserver, systematiska sökningar, hälsoekonomiska analyser, konsensusmetodik och processer för att ta fram rekommendationer och prioriteringar (se 16.5.2).

## Statens kunskapsstöd behöver effektiviseras

En avgörande faktor för att statens kunskapsstöd till huvudmännen ska bli effektivt är att dialogen dem emellan är enkel och tydlig. Detta förutsätter att myndigheterna har en gemensam hållning när de ger kunskapsstöd till vården.

I 2 § förordningen om statlig styrning med kunskap, anges att myndigheternas styrning sker genom de icke bindande kunskapsstöd som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den kartläggning som har gjorts inom Rådet visar emellertid att myndigheterna tar fram produkter och tjänster som innehåller rekommendationer, men att dessa benämns på delvis olika sätt. Bl.a. framhålls att myndigheterna har skilda tillvägagångssätt när det gäller allmänna råd och att rekommendationer utvecklas på olika sätt inom respektive myndighet. I publikationerna används ord som ”bör” och ”kan”. Gränsen mellan regelgivning i form av allmänna råd och rekommendationer i andra former av kunskapsstöd bedömdes också som otydlig. Exempelvis har begreppet vägledningar olika innebörd på olika myndigheter. Ett annat begrepp som används på olika sätt är riktlinjer. Utöver skillnader i användningen av olika begrepp ansågs myndigheterna ofta ha svårigheter med att definiera syftet med sina tjänster och produkter. Rådets genomgång visar också att det finns en tendens att myndigheterna ger ut kunskapsstöd på områden där det redan finns vetenskapliga underlag av hög kvalitet och som ges ut av patientföreningar, specialitetsföreningar, läkemedelsbolag, SKL, landstingen osv. Områden med få andra aktörer och svagt vetenskapligt stöd och därmed stora praxisskillnader och stort behov av kunskapsstöd, lämnas därför enligt rapporten utan fullgott stöd.

Utredningen har vidare erfarit att det finns vissa oklarheter i ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen och Läkemedelsverket och SBU i vissa frågor när det handlar om framtagandet av kunskapsstöd. Gällande SBU handlar det bl.a. om SBU:s roll i framtagandet av vetenskapliga underlag till de nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen och SBU har här försökt att göra processen tydligare genom att arbeta fram en överenskommelse mellan myndigheterna. Oklarheter finns också mellan Socialstyrelsen och Läkemedelsverket gällande behandlingsrekommendationerna för läkemedelsanvändning. Även här har frågan reglerats i en överenskommelse mellan myndigheterna. Frå-

gan om behandlingsrekommendationerna behandlas i avsnitt 16.5.6. Förekomsten av överenskommelser mellan myndigheterna i sådana här centrala frågor rörande kunskapsstyrning, visar enligt utredningen på ett behov av förtydligade roller myndigheterna emellan.

Enligt utredningen bör grundprincipen vara att Socialstyrelsen ger kunskapsstöd till landstingen och kommunerna i dialog. I den mån landstingen och kommunerna efterfrågar specifika kunskapsstöd från andra myndigheter ska Socialstyrelsen verka för att det efterfrågade kunskapsstödet ges snabbt och effektivt.

Socialstyrelsen bör samverka med berörda myndigheter som i dag ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap vid överväganden att ge kunskapsstöd till vården.

Respektive myndighet ansvarar emellertid för framtagandet och innehållet i sina kunskapsstöd. Eftersom avsikten är att endast kunskapsstöd som efterfrågas av vården ska lämnas, behöver ansvarig myndighet och Socialstyrelsen ha ett nära samarbete kring vilka kunskapsstöd som ska tas fram och när. I detta arbete bör Socialstyrelsen ha en nära dialog med landstingens nationella struktur.

### **Förslag om att en översyn görs av myndigheternas allmänna råd**

Av 5 § förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst, följer att de myndigheter som ingår i rådet och som har bemyndigande att meddela föreskrifter, ska ge ut sina föreskrifter i en gemensam författningssamling. Socialstyrelsen är den myndighet som har ansvar för att hantera författningssamlingen. Utöver föreskrifter, som är bindande, ger myndigheterna ut icke-bindande publikationer som allmänna råd, riktlinjer, rekommendationer, vägledningar m.m.

Allmänna råd särskiljer sig från riktlinjer, rekommendationer och vägledningar, då de anses ha en annan rättslig tyngd. Begreppet allmänna råd är dessutom definierat rättsligt. Av 1 § författningssamlingsförordningen (1976:725) följer att med allmänna råd avses sådana generella rekommendationer om tillämpningen av en författning som anger hur någon kan eller bör handla i ett visst hänseende. Därutöver regleras i samma förordning hur allmänna råd ska tryckas, tillhandahållas osv. (27–28 §§). Myndigheterna kan välja om de allmänna råden ska publiceras tillsammans med föreskrifterna eller



separat. Myndigheterna i som ingår Rådet för statlig styrning med kunskap publicerar de allmänna råden på webbplatsen Kunskapsguiden, där även myndigheternas föreskrifter finns.

Statskontoret anger i sin rapport Samlad uppföljning av den statliga styrningen av kommuner och landsting (2016:103, 2016) att de allmänna råden har en oklar rättslig status och att skillnaderna mellan dessa och exempelvis rekommendationer, inte alltid är tydlig. Statskontoret anger även att många, exempelvis kommuner, upplever de allmänna råden som bindande. I rapporten refereras även till Ansvarskommittén som konstaterade att allmänna råd har en normerande verkan som inte överensstämmer med dess juridiska status. Kommittén ansåg att allmänna råd skulle utmönstras.

Statskontoret framhåller i sin rapport att regeringen kan ha ett behov av att se över användningen av allmänna råd bl.a. när de gäller hur de utfärdas och hur kommuner och landstingen använder de allmänna råden.

De föreskrifter som ges ut av myndigheterna som ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap publiceras i en gemensam författningssamling som Socialstyrelsen ansvarar för. Myndigheternas allmänna råd kan på många sätt uppfattas som närbesläktade med föreskrifterna. Denna otydlighet kan enligt utredningen medföra att myndigheternas kunskapsstyrning uppfattas som inkonsekvent. I den rapport som myndigheterna i Rådet för statlig styrning med kunskap tog fram, konstaterades att myndigheterna bl.a. hade skilda tillvägagångssätt när det gäller allmänna råd och att rekommendationer utvecklas på olika sätt inom respektive myndighet. Gränsen mellan regelgivning i form av allmänna råd och exempelvis rekommendationer i andra former av kunskapsstöd, bedömdes också som otydlig. I vissa fall bedömdes rekommendationerna närmast vara underförstådda ”bör”, dvs. uttryckssätt som också återfanns i de allmänna råden.

Mot bakgrund bl.a. av de allmänna rådens oklara status och att rådets myndigheter använder sig av de allmänna råden på olika sätt, anser utredningen att berörda myndigheter bör få i uppdrag att ytterligare analysera användningen och definitionen av allmänna råd.

## Regeringsuppdragen till Socialstyrelsen bör vara mer övergripande

Socialstyrelsen får varje år ett flertal regeringsuppdrag som på olika sätt handlar om att ge kunskapsstöd till vården. Flera uppdrag är av den karaktären att de primärt handlar om direkt vägledning till vården. Antalet uppdrag och uppdragens skiftande karaktär, gör det enligt utredningen svårare att koncentrera och förtydliga myndighetens uppdrag.

Med landstingens etablering av den nya strukturen för kunskapsstyrning, är det enligt utredningen rimligt att anta att huvuddelen av arbetet med att utarbeta kunskapsstöd till vården framöver kommer att kunna hanteras av programråden i denna struktur, vilket redogörs för ovan. Utredningen menar att det är av stor vikt för att den nya strukturen ska bli kraftfull, att den också blir den naturliga ingången och aktören för frågor som handlar om direkt stöd och vägledning till vården. Socialstyrelsen kan sedan bistå där programområdena identifierat ett behov av stöd från myndigheten, men inte fortsättningsvis vara primär ingång för sådana uppdrag. Detta bör få till konsekvens ett minskat antal regeringsuppdrag till Socialstyrelsen i frågor där landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning kommer att vara huvudsaklig aktör.

### 16.5.2 Förslag om bättre förutsättningar att utveckla och använda kunskapsstöd

**Utredningen föreslår** att Socialstyrelsen ges huvudansvar för att stödja huvudmännen i frågor som syftar till att utveckla och använda kunskapsstöd genom ökad digitalisering, bland annat genom standarder, nationellt fackspråk och informationsstruktur.

Staten bör rikta insatser mot att skapa bättre förutsättningar för vården att utveckla och använda kunskapsstöd. Sådana insatser kan röra standarder och nationellt fackspråk. Det kan också handla om att tillgängliggöra resurser och kompetens till huvudmännens nationella arbete, exempelvis avseende statistisk analys. Socialstyrelsen föreslås vara den huvudsakliga aktören med detta uppdrag.

Ett exempel på arbete som kan underlätta huvudmännens användning av kunskapsstöd, är den gemensamma modell för metadatamärkning för kunskapsstöd som bl.a. Socialstyrelsen tagit fram inom ramen för Rådet för statlig styrning med kunskap. Genom att metadata benämns och anges på ett enhetligt sätt blir det lättare att använda och återfinna informationen i kunskapsstöd. Modellen kan användas av såväl myndigheter som sjukvårdshuvudmännen och andra producenter av kunskapsstöd. Genom att ett gemensamt arbetssätt används i hela vården, kan arbetet med informationsmängder effektiviseras. Modellen kan utvecklas och även omfatta ett arbetssätt för hur information ska kodas och struktureras eller hur regler i beslutsstöd ska vara utformade. Vidare kan nämnas att Socialstyrelsen lyfts fram när det gäller nationella standarder och begrepp i den överenskommelse om e-hälsa som regeringen och SKL har tecknat för 2017.

Socialstyrelsen har i arbetet med att tillhandahålla de nationella riktlinjerna i form av nya digitala format, förutom framtagandet av metadatamodellen, utvecklat bl.a. arbetssätt, verktyg och informationsspecifikationer. Utredningen bedömer det som viktigt att detta utvecklingsarbete utformas och tillgängliggörs behovsanpassat till huvudmännen. Socialstyrelsen är en central aktör när det gäller att stödja med metodkompetens och samordning av det digitala utvecklingsarbetet tillsammans med bland andra E-hälsomyndigheten och SKL. Detta medför krav på myndigheten att utforma arbetssätt som tillgodoser de behov som landstingen själva uttrycker. Vidare konstaterar utredningen att det saknas en tydlig aktör som kan vägleda landstingen och andra aktörer vid t.ex. upphandling av journalsystem och andra digitala satsningar och investeringar. För att öka hastigheten och säkra att utvecklingen går i önskvärd riktning är utredningens bedömning att Socialstyrelsen bör få en uttalad nyckelroll. Detta eftersom digitaliseringen är ett verktyg för en mer effektiv kunskapsstyrning, där Socialstyrelsen med utredningens förslag ges en särställning bland de berörda myndigheterna. Socialstyrelsen bör, förutom att tillhandahålla stöd och kunskap, tydligare driva på utvecklingen mot ökad användning av nationellt fackspråk och informationsstruktur, samt fortsätta driva utvecklingsarbetet som bland annat rör kodning och digitalisering av nationella riktlinjer, innehållsverktyg och kodservrar.

### 16.5.3 Förslag om Socialstyrelsens nationella riktlinjer

**Utredningen föreslår** att Socialstyrelsens nationella riktlinjer renodlas till underlag för planering och prioritering till stöd för politiker och andra beslutsfattare inom landsting och kommuner. Riktlinjerna ska innehålla underlag för både horisontella och vertikala prioriteringar. Syftet är att ge bästa kunskap inför strukturbeslut och övergripande resursfördelningsbeslut.

Socialstyrelsen framhåller att de nationella riktlinjerna<sup>9</sup> bör riktas till politiska och andra ledande beslutsfattare i vården som ett stöd i hur resurser fördelas. Detta instämmer utredningen i. De nationella riktlinjerna bör därför utvecklas till mer renodlade underlag för planering och prioritering. De bör beröra de mest angelägna prioriteringsfrågorna inom flera sjukdomsområden för att stödja planering och prioritering på en övergripande nivå hos huvudmännen. Utredningen bedömer att riktlinjerna då har större förutsättningar att kunna utgöra ett reellt stöd för landstingspolitikerna och andra beslutsfattares planering eftersom dessa har ansvar för hela hälso- och sjukvårdsområdet. Vidare bör riktlinjerna tidsmässigt anpassas till landstingens verksamhetsplanering och exempelvis utkomma en gång om året i god tid inför verksamhetsplanering och budgetbeslut. Utredningens bedömning är att de nationella riktlinjerna i sin hittillsvarande form innehåller information som inte kan anses vara relevant för beslutsfattare på övergripande nivå utan snarare för vårdpersonal i vårdmötet eller som underlag för vårdprogram. Utredningen bedömer att nationella kunskapsstöd i form av nationella vårdprogram successivt kommer att tas fram av landstingen själva i takt med att landstingens planerade kunskapsstödsstruktur etableras. I och med detta öppnas en möjlighet för Socialstyrelsen att förändra arbetet med de nationella riktlinjerna för att fullt ut bli prioriteringsriktlinjer riktade till kommun- och landstingsled-

<sup>9</sup> Socialstyrelsens nationella riktlinjer finns i dag inom 16 områden som vart och ett berör en stor patientgrupp och har stor hälsoekonomisk påverkan. Sammanlagt omfattar de cirka 2 800 rekommendationer om vad vården bör, kan och inte bör göra vid olika tillstånd. De nationella riktlinjerna har över tid varit tänkta att förändras från att vara behandlingsriktlinjer riktade till vårdpersonal till att bli ett resursfördelningsstöd för beslutsfattare. I denna process har de nationella riktlinjerna medvetet smalnats av. De innehåller alltså inte rekommendationer om allt inom ett område utan fokuserar på frågor där man bedömt att särskild vägledning behövs eller frågor som bedöms ha stor organisatorisk och ekonomisk påverkan på vården.

ningar, och fasa ut rekommendationer med huvudsaklig relevans för vårdmötet, om det inte specifikt efterfrågas av landstingens nationella struktur.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att Socialstyrelsens nationella riktlinjer renodlas till underlag för planering och prioritering till stöd för politiker och andra beslutsfattare inom landsting och kommuner. Riktlinjerna ska innehålla underlag för både horisontella och vertikala prioriteringar. Syftet är att ge bästa kunskap inför strukturbeslut och övergripande resursfördelningsbeslut.

De nationella riktlinjerna har ofta haft en förväntan på sig att täcka in allas behov av kunskapsstöd och vägledning. Genom att renodla de nationella riktlinjerna bedömer utredningen att det bör bli tydligare för olika aktörer vad syftet med dem är, vad de innehåller samt vilken målgrupp de har. Utredningen anser också att staten är den nationella aktör som har bäst förutsättningar att se olika prioriteringsfrågor ur ett bredare samhällsperspektiv eftersom vinsterna av investeringar i sjukvården ofta hämtas hem på andra ställen i samhället exempelvis i form av minskade sjukskrivningar.

I arbetet med att ta fram nationella riktlinjer för planering och prioritering bör en tät dialog föras med de programområden inom landstingens kunskapsstödsstruktur som aktuella riktlinjer berör. Detta gäller även i de fall landstingens stödstruktur uttryckt ett behov av olika grader av stöd i framtagande av vårdprogram för vissa områden. En förebild kan vara utvecklingen av samarbetet inom cancerområdet. Inom cancerområdet har Socialstyrelsen tidigare tagit fram nationella riktlinjer inom områdena bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer. Eftersom RCC numera gör vårdprogram inom ett stort antal cancerdiagnoser har Socialstyrelsen valt att inte ta fram nya nationella riktlinjer inom cancerområdet. I stället har myndigheten intagit en stödjande roll för att genom dialog och uppföljning stimulera arbetet inom RCC. Företrädare från både Socialstyrelsen och RCC uppger att dialogen fungerar väl och RCC har bett Socialstyrelsen om stöd i frågor som de har haft svårt att hantera på egen hand. Det har hittills främst rört sig om screeningfrågor.

Utredningen bedömer att arbetet med att ta fram de nationella riktlinjerna i sig har varit värdeskapande och att framtagandet av riktlinjer på ett område har lett till att området har fått ökad uppmärksamhet. Processen för hur de nationella riktlinjerna tas fram har

kritiserats för att vara omständlig och ta allt för lång tid samtidigt som den har fått beröm för att vara gedigen, transparent och förtroendeskapande. Många lärdomar har dragits under år av metodutveckling av framtagandeprocessen och successivt har en större bredd av olika professioner samt patientföreträdare involverats.

Utredningen bedömer att många delar i Socialstyrelsens process för att ta fram de nationella riktlinjerna kan tjäna som förebild för huvudmännens arbete med att ta fram nationella vårdprogram. Socialstyrelsen bör överväga vilka tjänster som myndigheten utifrån lång erfarenhet med framtagande av de nationella riktlinjerna kan erbjuda för att på bästa sätt stötta huvudmännen i deras arbete. Som exempel kan nämnas den anpassade Delhiprocess som används för att nå konsensus omkring beprövad erfarenhet. Övriga behov av stöd bör identifieras genom dialog med huvudmännen enligt exempel från dialogen mellan RCC och Socialstyrelsen. Det kan röra sig om att Socialstyrelsen i vissa fall är den mest lämpliga aktören att ta fram kunskapsstöd inom områden som av någon anledning inte täcks in av huvudmännens arbete eller annan relevant aktör.

Utredningens bedömning är att flera vårdområden kommer att behöva ett mer vårdnära stöd under överskådlig tid. Riktlinjerna för levnadsvanor, demens, schizofreni och missbruk är exempel på områden med stora kvalitetsskillnader och där behovet av kunskapsstöd är stort. Huvudmännens strukturer kan komma att ha större utmaningar när det gäller att ta fram kunskapsstöd på områden som dessa eftersom bristen på vetenskapligt stöd är stor, det finns oenigheter inom professionen om vilka åtgärder som ger bäst effekt och det råder brist på register och därmed också uppföljningsdata. Samma sak kan sägas om sällsynta diagnoser, där det redan finns ett etablerat arbetssätt och där kunskapsstödande material tillhandahålls genom Socialstyrelsen och Sahlgrenska Akademin.

Socialstyrelsens utarbetade konsensusprocess och oberoende ställning vad gäller det direkta utförandet av vården kan underlätta framtagandet av sådana kunskapsstöd. Det är troligt att sådana kunskapsstöd kommer att vara efterfrågade också framöver. Dessa områden saknar också i större uträkning andra kunskapsaktörer och där kan kunskapsstöd göra betydligt större skillnad än inom mer högspecialiserade områden som cancervården och hjärta/kärl.

Socialtjänsten berörs inte av utredningen men områdena som nämns ovan är alla exempel på vård- och omsorgsområden som

vänder sig till både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En risk när det gäller renodling och utveckling av kunskapsstöd och riktlinjer inom hälso- och sjukvården är att utvecklingen vad gäller integrering mellan de båda aktörerna försvåras. Därför menar utredningen att dessa aspekter måste vägas in i förändringsarbetet.

#### 16.5.4 Förslag om Rådet för statlig styrning med kunskap

**Utredningen föreslår** att Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård samt socialtjänst koncentrerar sitt arbete till frågor som rör socialtjänst och byter namn till Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Den nya myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd föreslås ingå i rådet. Efter en reducering av antalet myndigheter med tre föreslås därmed att sju myndigheter ingår i Rådet. Huvudmannagruppen som är knuten till Rådet föreslås omfatta politisk representation från tio kommuner och fyra landsting, vilket innebär en minskning med två landsting.

Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård samt socialtjänst består i dag av nio myndigheter: E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning och medicinsk och social utvärdering samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Rådet har bland annat till uppgift att verka för att den statliga kunskapsstyrningen är samordnad, behovsanpassad och effektiv. Till rådet finns en huvudmannagrupp knuten, bestående av politiska representanter för tio kommuner och sex landsting.

Utredningens förslag ovan om en ny process för hur nationella kunskapsstöd generellt bör tas fram, hur Socialstyrelsen och andra myndigheter bör samverka när det gäller definitionen av kunskapsstöd och att Socialstyrelsens roll i kunskapsstyrningen generellt bör förstärkas, innebär konsekvenser för Rådet för statlig styrning med kunskap.

Som framgått ovan föreslås att delar av förordningen om statlig styrning med kunskap, förs över till Socialstyrelsens instruktion. I praktiken innebär detta att frågor som delvis varit tänkta att hante-

ras inom Rådet nu blir ett tydligt ansvar för Socialstyrelsen. Detta får konsekvenser för vilka frågor Rådet ska arbeta med.

Enligt utredningen bör Rådet, som en konsekvens av ovanstående, renodlas till att omfatta socialtjänstens område. Därmed föreslås antalet deltagande myndigheter i rådet bli följande sju myndigheter: Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Huvudmannagruppen som är knuten till Rådet föreslås omfatta politisk representation från tio kommuner och fyra landsting, vilket innebär en minskning med två landsting. Landstingens ansvar för socialtjänst rör främst LSS-området. Mot den bakgrunden är det rimligt att landstingens representation minskar något.

Utredningens bedömning är att en renodling av Rådets arbete mot socialtjänst kommer att stärka arbetet med kunskapsstyrning inom socialtjänsten. Det är förvisso angeläget att se vården ur ett helhetsperspektiv och hitta lösningar som både tar fokus på landstingens och kommunernas behov. Samtidigt ser förutsättningarna för samverkan mellan staten och kommunerna annorlunda ut jämfört med förutsättningarna för samverkan mellan staten och landstingen.

Utredningen ser exempelvis att arbetet med kunskapsstöd och evidens inom socialtjänstens områden kommer få bättre förutsättningar när Rådet enbart fokuserar på de frågorna, då de i dagsläget riskerar att stå tillbaka jämfört med hälso- och sjukvårdens områden där evidensen i jämförelse är god.

### 16.5.5 Förslag om förändringar gällande SBU

**Utredningen föreslår** att vårdens behov av vetenskapligt stöd tillgängliggörs mer effektivt och brett. SBU ska utveckla den nationella upplysningstjänsten och stödet till systematisk utbildning och handledning till de som gör kunskapsunderlag.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) utvärderar det vetenskapliga stödet för tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården och i den verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ur ett medicinskt perspektiv där



så är tillämpligt, samt ur ett ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv.

SBU:s uppdrag breddades 2015 till att, utöver medicinsk utvärdering, även omfatta socialtjänstens område. Vidare fick myndigheten det samlade ansvaret för att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården och socialtjänsten för Socialstyrelsens samlade arbete med kunskapsstyrning. Motivet för att samla ansvaret för de vetenskapliga systematiska kunskapsöversikterna på SBU, var att det enligt regeringens bedömning skedde dubbelarbete på Socialstyrelsen och SBU (budgetpropositionen för 2015). Enligt regeringens bedömning innebar förändringen en renodling av myndigheternas uppdrag. SBU:s uppgift är att ta fram de vetenskapliga systematiska kunskapsöversikterna och faktaunderlagen. Socialstyrelsens uppgift är att ge kunskapsstöd och rekommendationer utifrån helhetsbedömningar.

Som grund för bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap används systematiska kunskapsöversikter eftersom dessa – när de är välgjorda – minimerar risken för att de resultat som redovisas är snedvridna. Om det saknas välgjorda och uppdaterade (nyligen genomförda) systematiska översikter för de frågeställningar som kunskapsstöden ska adressera kunde Socialstyrelsen tidigare uppdatera eller göra egna systematiska kunskapsöversikter eller lägga ut uppdrag på förfrågan till SBU eller andra organisationer eller forskare. Inom ett stort antal områden saknas det välgjorda utvärderingar av insatser, metoder eller åtgärder. Men trots detta, eller kanske just därför, finns ett stort behov av stöd och vägledning till vården.

Avsikten med den tydligare rollfördelningen mellan SBU och Socialstyrelsen var framför allt att dubbelarbetet skulle upphöra och att stärka myndigheternas respektive roller. På det sättet skulle en hög legitimitet skapas för arbetet med evidensgraderingen och särskilja det från rekommendationsprocessen. Detta skulle medföra en mer välfungerande samverkan.

Som beskrivits ovan har utredningen erfarit att det efter snart två år fortfarande finns oklarheter i ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen och SBU. Utredningen bedömer att arbetsprocessen har blivit mer komplex. Socialstyrelsen och SBU försöker göra processen tydligare genom en avsiktsförklaring om samverkan mellan myndigheterna.

Utredningen anser att det är av yttersta vikt att samarbetet mellan myndigheterna utvecklas så att de syften som regeringen angav i budgetpropositionen 2015 kan uppnås. Utredningen anser också SBU skulle kunna utveckla delar av sin verksamhet. Här kan bl.a. nämnas upplysningstjänsten och arbetet med kunskapsluckor som utredningen bedömer skulle kunna få mer kraft och kunna bidra till större nytta. Upplysningstjänsten bör kopplas till den föreslagna nationella kunskapstjänsten (se avsnitt 16.4). Andra områden är arbetet med digitaliseringen och det utvecklingsarbete som bedrivs gällande ett verktyg för innehållshantering. Det verktyget är bl.a. tänkt att underlätta processen med framtagande av vetenskapliga underlag, minska dubbelarbetet och sårbarheten samt öka informationssäkerheten. Ett sådant verktyg skulle med fördel också användas i framtagande av andra vetenskapliga underlag där slutprodukten inte är ett nationellt kunskapsstöd. Det finns således effektiviseringsvinster av att arbetet bedrivs på ett och samma sätt, även om det handlar om två myndigheter. Utredningens bedömning är att det annars finns en risk för att utvecklingen med digitalisering går åt olika håll. Detta gäller också utvecklingen med att lagra den kodade och strukturerade informationen.

En del av SBU:s verksamhet som skulle vinna på en närmare samordning och tydligare rollfördelning gentemot huvudmännen, är uppdraget om att sammanställa utvärderingar på ett enkelt och lättfattligt sätt och sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen. SBU har avsatt en stor del av sitt anslag för arbetet med spridningen av sina publikationer. År 2016 uppgick SBU:s kostnader för olika typer av kommunikations- och spridningsaktiviteter till nästan 19 miljoner kronor vilket utgjorde 21,5 procent av myndighetens samlade kostnader.

I SBU:s instruktion finns ett mer uttalat implementeringsuppdrag än i Socialstyrelsens instruktion, trots att Socialstyrelsens uppdrag många gånger är mer direkt riktat mot beslutsfattares prioriteringsarbete eller professionens kliniska arbete.

Givet Socialstyrelsens stärkta roll, bl.a. när det gäller utfärdande av rekommendationer till vården bör SBU:s informationsuppdrag revideras och anpassas. Enligt utredningen bör huvudregeln för de statliga myndigheterna vara att utarbeta och sprida kunskapsstöd via huvudmännen – i framtiden inom ramen för landstingens nya nationella struktur – för att på så sätt minska fragmentiseringen i

dagens kunskapsstyrning och förbättra förutsättningarna för att professionerna ska kunna tillägna sig kunskapen.

### *HTA-nätverket*

Utredningen konstaterar att SBU:s arbete med det s.k. HTA-nätverket behöver ses över i ljuset av landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning. I nätverket ingår representanter från huvudmännen men även Socialstyrelsen och TLV. Utöver det nationella nätverket finns regionala HTA-nätverk i fem sjukvårdsregioner. Medicinska utvärderingar görs på regional nivå inom ramen för HTA-samarbetet. Utredningen gör bedömningen att HTA-nätverket i största möjliga utsträckning bör integreras och anpassas till landstingens nya nationella struktur. Den närmare anpassningen bör utformas i nära dialog med landstingen.

SBU har genom HTA-nätverket och de myndighetsgemensamma utbildningarna i vetenskaplig utvärdering spridit och utvecklat metodologisk kunskap på HTA-området.

Mot denna bakgrund bedömer utredningen att SBU:s uppdrag bör justeras på så sätt att den egna produktionen av systematiska översikter på sikt fasas ut. I takt med att huvudmännen själva producerar en stor del av kunskapsstöden behöver den metodologiska kunskapen ökas och fördjupas i den nya strukturen. SBU kan då ge stöd i frågeställningar som är särskilt komplicerade.

En parallell utveckling handlar om att olika internationella aktörer också ökar sin produktion av översikter och HTA-rapporter och genomför dessa med högre kvalitet än tidigare, i takt med att den metodologiska kunskapen utvecklas och sprids. Det medför att SBU då ytterligare bör öka sin verksamhet med att kommentera redan framtagna översikter, där så är möjligt.

Utredningen bedömer att en omställning av den egna produktionen till förmån för ett ökat fokus på utbildning, utveckling och metodstöd är ett mer kostnadseffektivt angreppssätt, genom att många fler på det sättet kan få tillgång både till SBU:s metodologiska stöd och expertis samt att dubbelarbetet och utmaningen med översikter som inte i tillräcklig grad svarar upp mot frågeställningarna, minskar. Det innebär sammantaget att den totala volymen av vetenskapliga underlag som är systematiskt framtagna och som kan ligga

till grund för rekommendationer ökar, men att dessa kan vara bättre anpassade till behoven.

Utredningens förslag till ändringar i förordningar med instruktioner till SBU framgår av kapitel 1.

### 16.5.6 Förslag om förändringar gällande Läkemedelsverket

**Utredningen föreslår** att Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer upphör som separat kunskapsstödsprodukt och att Socialstyrelsen blir ansvarig myndighet för rekommendationer kring läkemedelsbehandling. Utredningen föreslår att Läkemedelsverket vid behov bistår Socialstyrelsen med de underlag som är erforderliga.

**Utredningen föreslår** att ansvaret för utgivningen av Läkemedelsboken flyttas till landstingen.

En fråga som lyfts, bland annat i utredningens kartläggning, gäller Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer. Läkemedelsverket utarbetar i dag rekommendationer för läkemedelsbehandling i samarbete med specialister från sjukvården. Dessa rekommendationer innehåller ibland även rekommendationer kring behandlingar som inte inkluderar läkemedel. Behandlingsrekommendationerna är baserade på aktuell vetenskap och erfarenhet. Förfarandet beskrivs i kapitel 6. Främsta målgruppen för behandlingsrekommendationerna är förskrivare. Uppgiften att ta fram rekommendationerna finns inte tydligt uttryckt i myndighetens instruktion. Ibland har ett regeringsuppdrag legat till grund för arbetet med rekommendationerna. Cirka 60 rekommendationer finns i dag publicerade på Läkemedelsverkets hemsida och omfattar bl.a. områden som depression hos vuxna och äldre, diabetes, KOL och MS.<sup>10</sup> De uppräknade områdena

<sup>10</sup> Under 2016 genomförde Läkemedelsverket bl.a. följande expertmöten som resulterat i behandlingsrekommendationer: "Depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna", "Nya antikoagulantia vid förmaksflimmer", "Långvarig icke-cancerrelaterad smärta". Under 2016 har ytterligare behandlingsrekommendationer publicerats, förutom de redan angivna, "Sjukhusförvärvad pneumoni", "Läkemedel vid adhd" och "Läkemedelsbehandling av gikt", "Dosering av antibiotika till hund" samt "Depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna". Följande områden är planerade: Antikoagulantia vid förmaksflimmer, februari 2017, Läkemedelshantering och barn, april 2017, Långvarig icke cancerrelaterad smärta

är sådana där även Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer. Omständigheten att vissa av rekommendationerna sammanfaller med områden där det finns nationella riktlinjer från Socialstyrelsen, ställer stora krav på samarbete för att myndigheterna ska vara samordnade i sina budskap.

I budgetpropositionen 2015 framhåller regeringen att Rådet för statlig styrning med kunskap ger myndigheterna möjligheter att gemensamt diskutera strategiska frågor av betydelse för en effektiv och samstämd statlig kunskapsstyrning. Detta ansågs särskilt viktigt då flera myndigheter ger rekommendationer och kunskapsstöd som ibland riktar sig mot samma målgrupp och inom närliggande områden. Ett område som regeringen lyfter fram som ett särskilt exempel är samstämda rekommendationer gällande läkemedelsterapi och annan behandling inom hälso- och sjukvård. Denna fråga lyftes även särskilt fram i den departementspromemoria som föregick förslagen i budgetpropositionen.

I den rapport<sup>11</sup> om myndigheternas olika kunskapsstödjande produkter som sammanställdes i Rådet 2016, Förslag för utvecklad kunskapsstyrning, ifrågasätts marginalnyttan av att både Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ger ut rekommendationer om läkemedelsbehandling inom samma områden. Enligt rapporten finns det en risk för att användarna sammanblandar olika produkter från myndigheterna.

Enligt rapporten behövs en tydligare arbetsfördelning mellan myndigheterna inom läkemedelsområdet, t.ex. att Läkemedelsverket väljer områden där det inte finns några nationella riktlinjer eller att läkemedelsfrågorna exkluderas i de nationella riktlinjerna. Enligt rapporten skulle möjligen en tydligare distinktion mellan de tänkta målgrupperna (nationella riktlinjer riktar sig till beslutsfattare och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer till professionen) vara ett annat sätt att göra produkterna mer kompletterande.

Ett aktuellt exempel där det har funnits utmaningar att harmonisera Läkemedelsverkets och Socialstyrelsens rekommendationer kring ett läkemedel är arbetet med att ta fram nationella riktlinjer för MS,

---

hos barn och vuxna, juni 2017, Diabetes typ 2, oktober 2017, Urinvägsinfektioner, december 2017, Vätskebehandling, 2018, Osteoporos, 2018.

<sup>11</sup> Rådet för statlig styrning med kunskap. *Förslag för utvecklad kunskapsstyrning* – slutrapportering från arbetsgruppen till Rådet.

och då specifikt gällande ett läkemedel, rituximab. I de slutliga riktlinjerna, som kom 2016, valde Socialstyrelsen att inte värdera läkemedlet då det vetenskapliga underlaget bedömdes svagt.

Ett annat exempel är Läkemedelsverkets rekommendationer kring läkemedelsbehandling av depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna. I dessa återfinns bl.a. rekommendationer kring KBT och psykopedagogiska basbehandlingar. Exemplet visar på svårigheten att isolera läkemedelsbehandling från andra behandlingsinsatser.

En annan skillnad är att Läkemedelsverket inte tar hänsyn till kostnadseffektiviteten av ett läkemedel i sina behandlingsrekommendationer, vilket Socialstyrelsen gör. Därmed finns en risk för olika budskap när det gäller prioritering mellan läkemedelsbehandlingar.

Ovanstående är enligt utredningen exempel på där myndigheternas kunskapsstödjande arbete inte är tillräckligt effektivt. Utredningen föreslår därför att Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer upphör som separat kunskapsstödsprodukt och att Socialstyrelsen blir ansvarig myndighet för rekommendationer kring läkemedelsbehandling. Utredningen föreslår att Läkemedelsverket vid behov bistår Socialstyrelsen med de underlag som är erforderliga. Genom den föreslagna förändringen förväntas budskapen bli tydligare för målgrupperna.

Utredningens förslag till ändringar i förordningar med instruktion till Läkemedelsverket framgår av kapitel 1.

### **Läkemedelsverkets utgivning av Läkemedelsboken flyttas till landstingen**

Läkemedelsboken (LB) har getts ut sedan 1977, först av Apoteket AB och sedan omregleringen av apoteksmarknaden 2009, av Läkemedelsverket. Syftet är att ge producentoberoende information om läkemedelsbehandling vid vanliga sjukdomstillstånd. Målgruppen är främst specialister i allmänmedicin, läkare under specialistutbildning eller allmäntjänstgöring samt medicine och farmacie studerande, men också läkare som behöver råd vid medicinska problem utanför den egna specialiteten. Merparten av innehållet i Läkemedelsboken utgörs av terapikapitel som beskriver olika sjukdomstillstånd, diagnostik och behandling, dvs. mycket mer information än endast sådan som är läkemedelsrelaterad. Den har karaktären av

lärobok med omfattande bakgrundsinformation och faktarutor. Sedan 2014 finns den tillgänglig i form av en applikation och som öppen data.

Utredningens bedömning är att utgivningen av Läkemedelsboken inte är en uppgift som nödvändigtvis måste utföras av Läkemedelsverket, utan snarare överlappar det arbete som pågår vad gäller kliniska behandlingsriktlinjer till primärvården och som i dag bedrivs av SKL och huvudmännen. Läkemedelsboken skulle i stället kunna infogas i det arbetet och på det sättet frigöra resurser för myndigheten. Innan uppgiften överförs måste en analys göras av vårdens behov av Läkemedelsboken i dag och vilka krav och utvecklingsbehov som finns.

### **16.5.7 Förslag om ändringar gällande övriga berörda myndigheter**

Utredningens förslag om utvecklad roll för Socialstyrelsen samt förslagen om Rådet för statlig styrning med kunskap leder till förändringar för berörda myndigheter. Utredningens förslag till ändringar i förordningar med instruktioner till respektive myndighet framgår av kapitel 1. I det följande beskrivs översiktligt respektive myndighets uppdrag.

#### **Folkhälsomyndigheten**

Folkhälsomyndigheten arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande samt följer hälsoläget i befolkningen och de faktorer som påverkar detta genom att ta fram och utveckla statistik, föreskrifter och regler, kunskap och stöd. Uppdragen inom bl.a. smittskydd, alkohol och tobak samt miljöhälsa baseras huvudsakligen på uppdrag i specialförfattning.

Folkhälsomyndighetens uppgift är bl.a. att ta fram och sprida kunskap som bidrar till att uppnå en god och jämlik hälsa. Myndigheten ska utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot olika former av hälsohot. Inom vissa områden, t.ex. smittskydd har myndigheten hela kunskaps(styrnings)uppdraget. I andra delar uppdraget med andra myndigheter. Exempel på nyligen utgivna publikationer med nära

koppling till bland annat nationella riktlinjer är Fysisk träning kan minska depression bland äldre, Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld, Barn i familjer med missbruk, psykisk ohälsa eller våld, Att utreda självmord bland barn och unga genom händelseanalyser. Folkhälsomyndigheten ska till skillnad från Socialstyrelsen stödja det hälsofrämjande arbetet med framför allt samhällsinriktade insatser medan Socialstyrelsens fokus handlar om det sjukdomsförebyggande med fokus på individuella insatser. I praktiken är det dock omöjligt att dra en knivskarp gräns mellan dessa perspektiv och i risken finns därför att myndigheternas kunskapsstöd överlappar varandra.

### **Myndigheten för delaktighet**

Myndigheten för delaktighet (MFD) ska främja ett systematiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken på alla nivåer i samhället. MFD bidrar på så sätt även till statens styrning med kunskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. MFD arbetar med att ta fram kunskapsstöd, riktlinjer och genom att följa och initiera forskning inom sitt verksamhetsområde, MFD arbetar även med innovationer och standardisering som rör områdena delaktighet, tillgänglighet, universell utformning, välfärdsteknologi, miljö, levnadsvillkor och rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Myndigheten arbetar också med att följa upp, utvärdera och analysera utvecklingen inom funktionshinderspolitiken.

### **Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket**

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om pris och subvention för öppenvårdsläkemedel enligt lagen om läkemedelsförmåner. TLV beslutar även handelsmarginalen till öppenvårdsapoteken, bidrag till apotek i glesbygd samt referenspriser och ersättningsregler inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. TLV bidrar till att ge sjukvårdshuvudmännen bättre beslutsunderlag vid inköp av klinikläkemedel samt medicintekniska produkter, genom att göra hälsoekonomiska utvärderingar. Klinikläkemedelsuppdraget är numera en permanent del av TLV:s uppdrag.



TLV har sedan 2012 ett regeringsuppdrag att som en försöksverksamhet göra hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter. TLV fattar inte några beslut om produkterna ska köpas in av hälso- och sjukvården.

Avsikten med de hälsoekonomiska utvärderingarna är att landstingen ska få ett bättre underlag för sina beslut. De hälsoekonomiska underlagen kan också tjäna som underlag till andra myndigheter, t.ex. vad gäller Socialstyrelsens arbete med rekommendationer för screening eller som underlag till andra kunskapsstöd som efterfrågas av landstingens nationella struktur.

### **Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)**

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) bidrar till statens styrning med kunskap genom att finansiera och utvärdera forskning inom hälso- sjukvård och socialtjänst. Resultaten av Forte-finansierad forskning ska ligga till grund behovs- och problemanalyser kunskaps sammanställning och beslutsunderlag. Forte stödjer implementering och användning av forskning i praktik.

### **Inspektionen för vård och omsorg**

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beskrivs i avsnitt 16.5.8, där utredningen bland annat redovisar hur erfarenheterna från tillsynen bör tillvaratas i syfte att nå en utvecklad kunskapsstyrning.

### **16.5.8 Förslag om förbättrad nationell uppföljning**

**Utredningen föreslår** en förstärkt nationell uppföljning av kunskapsbaserad och jämlik vård. Syftet är att stimulera till förbättring, öka vårdens transparens nationellt samt att ge regeringen förutsättningar att identifiera goda exempel som bör spridas vidare samt att se när jämlikhet och kvalitet brister och lägga detta till grund för ansvarsutkrävande och dialog om möjliga förbättringsåtgärder inom ramen för förslaget samråd med landstingen. Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) ges utifrån sina respektive roller i uppdrag

att ansvara för nationella och återkommande uppföljningar där frågan om kunskapsbaserad och jämlik vård blir föremål för djupgående analyser. Fokus ligger på nationella jämförelser. Patienter och professioner ska ha en integrerad roll i arbetet, både vad gäller urval av data och analys av densamma. Det är väsentligt att myndigheternas uppdrag inkluderar den kommunala hälso- och sjukvården.

**Utredningens bedömning** är att resultat och erfarenheter från IVO:s tillsyn i ökad utsträckning bör användas i arbetet med att identifiera förbättringsområden inom kunskapsstyrningen och läggas till grund för regeringens och landstingens samråd och gemensamma satsningar. Folkhälsomyndighetens underlag om folkhälsans utveckling utgör också ett viktigt bidrag.

### Jämlik vård följs upp genom fördjupad analys

Hälso- och sjukvårdslagen stadgar att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I Sverige finns många datakällor och även bra nationella sammanställningar genom Öppna jämförelser och Vården i siffror. Utredningen ser ett behov av att utveckla den nationella uppföljningen till en fördjupad analys som har potential att visa på mer relevanta skillnader. De nationella uppföljningar som finns i dag saknar i vissa fall en djupanalytisk skärpa för att visa vilka skillnader som faktiskt har sin grund i en ojämlik vård. Öppna jämförelser har varit ett viktigt steg i rätt riktning men ett problem har varit att analyserna ibland lett tanken fel och pekat ut olikheter som i själva verket är naturliga variationer eller beror på bristfällig kvalitet i inrapporteringen. Ibland tolkas olikheter i utfall som att vården är ojämlik men i verkligheten beror utfallet på att data bygger på ett för litet antal observationer eller att bakgrundsvariabler som spelar större roll för utfallet än själva vårdens insatser inte syns i jämförelsen. Utredningen bedömer att aktörerna i den svenska hälso- och sjukvården i dag behöver ta ett nytt steg för att fortsätta den utveckling som Öppna jämförelser har lagt grunden för. Geografiska jämförelser är viktiga, men för att kunna dra rätt slutsatser och bidra till lämpliga policyförbättringar behöver jämförelserna också

kunna peka på vad som beror på utförandet i vården och vad som beror på andra bakomliggande orsaker. Fokus måste ligga på reella och oönskade variationer som faktiskt har sin förklaring i hur vården utförs. Uppföljningen måste också kunna bidra med konstruktiva förslag på hur prioriteringar bör göras för att vården ska utvecklas. Samtidigt kan en förbättrad nationell uppföljning också bidra till att identifiera goda exempel och förbättra förutsättningarna för att dessa synliggörs och sprids.

Mer djupgående, analytiska och lättillgängliga uppföljningar kan ge alla inblandade aktörer en möjlighet att se var reella och relevanta skillnader i utfall finns samt synliggöra normer som kan vara närvarande i vårdmötet. Analyserna kan också ge huvudmännen en bas att fortsätta analysera sina egna resultatdata. Syftet med underlagen är att ge regeringen skarpa verktyg att jobba utifrån men förhoppningen är samtidigt att denna typ av analyser, i likhet med Öppna jämförelser, ska ge bättre förutsättningar för och stimulera landstingen och kommunerna till att arbeta med att utveckla och förbättra sina verksamheter. Fokus ligger på nationella resultat och uppföljningarna ska finnas öppet tillgängliga för alla och vara presenterade så att medborgare och patienter också kan ta till sig innehållet.

### **Socialstyrelsen och Vårdanalys tar fram olika uppföljningar utifrån sina specifika förutsättningar**

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) får varsitt uppdrag att ta fram fördjupade nationella uppföljningar av nuläget i hälso- och sjukvården med fokus på kunskapsbaserad och jämlik vård. Utformningen av respektive uppdrag görs utifrån den roll respektive myndighet fyller och hur de därmed bäst bidrar. De samlade nationella uppföljningarna levereras årligen till regeringen. Därutöver bör löpande analyser och underlag göras tillgängliga och som kan utgöra viktiga bidrag till utvecklingsprojekt m.m.

Socialstyrelsens uppdrag går ut på att göra datadriven analys med fokus på fördjupade analyser utifrån de olika datakällor som finns i landet samt göra prioriteringar av lämpliga insatser m.m. Vårdanalys uppdrag innebär att med ett patient- och brukarperspektiv sammanställa en övergripande uppföljning som pekar ut styrkor och svagheter och ger förbättringsförslag. Socialstyrelsen och Vårdanalys bör

föra en gemensam dialog om urval av data och hur denna ska analyseras. Socialstyrelsen och Vårdanalys bör genom befintliga strukturer samråda med berörda aktörer, exempelvis sjukvårdshuvudmän, registerhållare för kvalitetsregister, registercentrum, patientföreträdare och professionsföreträdare för att säkra att olika perspektiv tas in, att uppföljningen inte leder till dubbelarbete för professionerna och patienterna och att den kompetens som finns tas tillvara. Myndigheterna bör också föra dialog om resultaten.

### **Socialstyrelsen gör en datadriven nationell uppföljning**

Socialstyrelsen genomför fördjupade statistiska analyser och levererar en resultatanalys till regeringen. Utredningens bedömning är att detta kommer att kräva hög kompetens inom datadriven analys, epidemiologisk design och statistik.

Socialstyrelsens framtagande av indikatorer för uppföljning, liksom beskrivningar och avgränsningar av indikatorerna, görs i dag i nära samverkan med representanter från professionerna, patienter och huvudmännen. I detta arbete bör beaktas vilka bakomliggande faktorer som myndigheten bör ta hänsyn till vid analysen av resultat baserade på indikatorerna.

Utöver de hälsodataregister som Socialstyrelsen själv förvaltar ser utredningen att Socialstyrelsen kommer även fortsättningsvis att behöva tillgång till kvalitetsregister, inklusive patientrapporterade data, och befolkningsregister hos Statistiska centralbyrån (SCB). SCB:s kompetens kan även bli relevant för att bidra med produkter som exempelvis Care Need Index (CNI). Socialstyrelsen deltar även i OECD:s kvalitetsregisterindikatorprojekt för internationella jämförelser av vårdens kvalitet och resultat. Dessutom gör Socialstyrelsen regelbundet enkätundersökningar till kommunernas socialtjänst och kommunala hälso- och sjukvård, inklusive hemtjänst. Därmed har myndigheten tillgång till ytterligare underlag från både internationell och kommunal nivå som kan ingå i Socialstyrelsens resultatanalys. Socialstyrelsen bör undersöka möjligheten att använda lokala och regionala data där nationella datakällor saknas.

## **Vårdanalys analyserar och granskar utifrån ett patient- och brukarperspektiv**

Vårdanalys tar fram en uppföljning, inklusive bedömningar och rekommendationer, i enlighet med sin roll som oberoende granskare av vården utifrån ett patientperspektiv. Det patient- och brukarråd som är knutet till myndigheten ges här en särskild ställning i att peka ut vilka områden som är mest relevanta, vilka brister som är mest allvarliga och vilka åtgärder som är mest nödvändiga att åtgärda och hur. Uppföljningen ska vara lösningsorienterad och också bidra med goda exempel för nationell spridning. I detta arbete bedömer utredningen att Socialstyrelsens resultatanalys är ett viktigt och aktuellt bidrag, men också andra underlag ska användas så som internationella jämförelsedata. Detta kan exempelvis vara International Health Policy Survey där den svenska delen utförs av Vårdanalys men också jämförelser som utförs av EU eller OECD, som visar hur Sverige står sig internationellt. Vårdanalys kan vidare ta in samlade resultat från övriga utvärderingar myndigheten i dag bedriver för att bidra till en helhetsbild av vården.

## **Patienter, brukare, anhöriga och professioner behöver involveras i arbetet med uppföljning**

Patienter, brukare, anhöriga (patienter) och professioner är centrala aktörer i uppföljningsarbetet. De spelar en central roll i utveckling av variabler, i inrapportering av data och i analys av data. Den uppföljning som här föreslås tillför ett nationellt perspektiv men grunden i arbetet med uppföljning måste ta sitt avstamp i de perspektiv som patienter och professioner ger.

## **Befintliga data får ökad användning och den administrativa bördan för vårdens professioner ska inte öka**

Uppdraget med att ta fram uppföljningarna ska inte vara beroende av att nya data tas fram utan ska utgå ifrån de data som finns i dag. I Sverige finns flera olika datakällor med information om vårdens kvalitet och innan datakällor utökas eller nya datakällor initieras behöver befintliga data nyttjas fullt ut. Flera av de nationella ini-

tiativ som tagits senaste åren har enligt Vårdanalys bidragit till en ökad administration för huvudmännen. Detta innefattar exempelvis satsningarna på mest sjuka äldre, kömiljarden, patientsäkerhets-satsningen, tillgänglighetsöverenskommelsen, uppföljning av levnadsvanor kopplade till de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder och strukturerad journalgranskning. Som en principiell utgångspunkt bör nationella aktörer se som sin skyldighet att säkra att befintliga data inom ett område nyttjas till sin fulla potential innan nya krav införs. För detta behövs strukturerade processer för användning, analys och redovisning av befintliga data.

Den föreslagna uppföljningen bidrar med ett nytt sätt att använda data och hur den presenteras. Uppföljningen ska ses som en del i ett informationsflöde mellan huvudmän och stat. I dagsläget rapporterar huvudmän och professioner in data till regeringen och statliga myndigheter men får lite i utbyte. Uppföljningen – och eventuellt urval av datavariabler – behöver bli bättre på lokal nivå också, men det är en fråga för huvudmännen, professionerna och patienterna. Staten bör använda de data som vården själv har valt ut som mest relevant, och därefter nyttja dess potential för djupanalys med fokus på makro-nivån. Uppföljningsarbetet på de olika nivåerna måste hänga ihop och utgå från samma grunddata. Generellt ska de indikatorer som används i första hand utgå ifrån de data som verksamheterna och huvudmännen valt ut att samla in för sitt förbättringsarbete. Annars finns en risk att det uppstår en separation av arbetet med att rapportera in data och nyttan av att ha den, som riskerar leda till problem med sämre data-kvalitet. När data kommer till användning kan det också medföra att datakvaliteten förbättras, i de fall de som rapporterar ser resultatet av arbetet med inrapportering. Staten kan fortfarande övervaka om det finns områden som är helt utan möjlighet till uppföljning och genom Socialstyrelsen erbjuda stöd i arbetet med att utveckla indikatorer.

### **Tillsynens roll i en förbättrad kunskapsstyrning**

Enligt myndighetsinstruktionen<sup>12</sup> för Inspektionen för vård omsorg (IVO) är en av myndighetens främsta uppgifter att svara för tillsyn inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt verksamhet en-

---

<sup>12</sup> Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

ligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

Varje år ska IVO lämna en särskild rapport till regeringen med en sammanfattande analys av bland annat arbetet med tillsyn under det gångna verksamhetsåret. Rapporten ska innehålla de viktigaste iakttagelserna och de åtgärder som myndigheten vidtagit med anledning av uppmärksammade brister och slutsatser av tillsynen.

IVO:s tillsyn omfattar exempelvis såväl HSL som patientsäkerhetslagen. Detta innebär att tillsynen således omfattar följsamheten till HSL:s allmänna bestämmelser om att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska bedrivas så att kraven på en god vård säkerställs, vilket bland annat innefattar att vården ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, samt vara lätt tillgänglig. I den tillsynspolicy<sup>13</sup> som IVO har beslutat om framgår också att tillsynen ska bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet och arbeta på ett sådant sätt som bäst gagnar vård- och omsorgstagarna. Viktiga kännetecken på en god vård och omsorg är att den är säker, har en fungerande styrning och ledning samt att man följer upp insatserna.

Tillsynens resultat, som också kan inbegripa goda exempel, ska återföras till verksamheterna för att åstadkomma ett lärande så att brister och missförhållanden inte upprepas. På det viset blir tillsynen enligt IVO ett bidrag till utvecklingen av kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen.

IVO har olika verktyg för sin tillsyn. Till att börja med finns verktyg som är mer kontrollerande. Dessa används främst när lagar och andra föreskrifter innehåller bindande krav och dessa är väsentliga för utfallet av vården och omsorgen för patienter och brukare och det kan finnas fara för patientsäkerheten. Exempel på kontrollerande verktyg är föreläggande förenat med vite att vidta vissa åtgärder och förbud att driva verksamheten vidare.

Vidare kan IVO använda verktyg som är av mer främjande karaktär, vilket innefattar dialog och rekommendationer. En främjande tillsyn kan användas när lagar och andra föreskrifter inte innehåller bindande föreskrifter utan det i stället handlar om att myndigheten i

<sup>13</sup> Inspektionen för vård och omsorgs (IVO:s) policy för tillsyn, dnr. 1.3–6505/2015.

tillsynen utgår från exempelvis målparagrafer som de ovan nämnda bestämmelserna i HSL. Ett exempel på en främjande åtgärd som IVO genomfört är en omfattande systemanalys av ett helt landsting. Systemanalysen byggde på myndighetens samlade iakttagelser under ett antal år från egeninitierade tillsynsinsatser samt beslut i lex Maria- och klagomålsärenden. I analysen ingick även granskning av andra kunskapskällor och kvalitetsindikatorer, till exempel nationella kvalitetsregister och Öppna jämförelser. Rapporten<sup>14</sup> från systemanalysen utgjorde utgångspunkten för ett dialogmöte mellan IVO och den högsta politiska ledningen och tjänstemannaledningen i landstinget. De rekommendationer myndigheten lämnade till ledningen var på en mer övergripande nivå.<sup>15</sup>

När det gäller utvecklingen av verksamheten framöver skriver IVO i sitt senaste budgetunderlag<sup>16</sup> till regeringen att myndigheten, för att i större utsträckning kunna medverka till att göra vården och omsorgen säkrare och bättre, behöver öka sin förmåga och kapacitet att bedriva en lärande tillsyn som bidrar till verksamhetsutveckling. Denna utveckling får anses ligga i linje med den riktning som regeringen pekar ut för den statliga tillsynen generellt i uppdraget till Tillitsdelegationen.<sup>17</sup>

Av IVO:s instruktion följer att myndigheten ska samverka med andra berörda myndigheter i syfte att uppnå ett effektivt kunskaps- och erfarenhetsutbyte i arbetet med tillsyn, styrning med kunskap och regelgivning. IVO:s roll i kunskapsstyrningen har exempelvis betonats genom att myndigheten är en av de myndigheter som ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap. I den departementspromemoria (Ds 2014:9) som föregick bildandet av rådet anfördes att det är av vikt att de iakttagelser inspektionen gjort i samband med tillsynen kan återföras in i kunskapsstyrningsarbetet och att en process för det saknas i dag.

---

<sup>14</sup> IVO (2014) Systemanalys. Region Skåne.

<sup>15</sup> IVO ansåg till exempel att ledningen bör utveckla patientcentreringen, särskilt för de patienter som rör sig mellan hemsjukvård, primärvård och slutenvård. Vidare rekommenderade IVO att landstinget bör utveckla den övergripande ledningen, styrningen och uppföljningen för snabbare hantering av uppkomna bristområden.

<sup>16</sup> IVO (2017) Budgetunderlag 2018–2020.

<sup>17</sup> Enligt direktiven ska delegationen tillsammans med berörda myndigheter, kommuner och landsting analysera och redovisa hur den statliga tillsynen påverkar kommunal verksamhetsutveckling och identifiera och redovisa eventuella hinder för genomförande av utvecklingsinsatser inom kommuner och landsting, samt utreda och om möjligt föreslå hur den statliga tillsynen över kommunal verksamhet kan bidra till kommunal verksamhetsutveckling.



Utöver de fördjupade analyser som Socialstyrelsen och Vårdanalys föreslås få i uppdrag att genomföra, anser utredningen att IVO:s iakttagelser från tillsynen utgör viktiga komplement. IVO:s befintliga och årliga tillsynsrapport kan exempelvis redan som den ser ut i dag både bredda och fördjupa bilden av tillståndet i hälso- och sjukvården.

I tillsynsrapporten för 2016 behandlar IVO frågor om vårdens ojämlikhet. Resultaten från tillsynen visar bl.a. att geografiska skillnader kan utgöra en grund för bristande jämlikhet. Inom missbruks- och beroendevården noteras exempelvis att tillgången till avgiftning, substitutionsbehandlingar och beroendemottagningar är begränsat på många mindre orter. Denna ojämlikhet bedöms ur vissa avseenden vara svår att komma åt – landstingen, kommunerna och verksamheterna ser olika ut vad gäller exempelvis ekonomi, bemanning, organisering och kultur. Detta leder till geografiska skillnader i den vård och omsorg som erbjuds invånarna. Problemet med de geografiska skillnaderna är att grundtanken med den svenska vården och omsorgen, det vill säga att vården och omsorgen ska ges på lika villkor för hela befolkningen, riskerar att undermineras om skillnaderna blir allt för stora. I sammanhanget kan nämnas att IVO i den planerade egeninitierade tillsynen för 2017 kommer att fokusera delar av tillsynen på att vissa patientgrupper ges sämre förutsättningar för jämlik vård, som exempelvis personer med funktionsnedsättning.

Enligt utredningens bedömning kan IVO:s tillsynsrapport utvecklas ytterligare för att stödja syftet med den av utredningen föreslagna förstärkta uppföljningen av vården. Iakttagelserna från tillsynen kan inte ersätta uppföljningarna från Socialstyrelsen och Vårdanalys. Data från tillsynen baseras per definition inte på ett statistiskt representativt urval eftersom tillsynsobjekt väljs utifrån en riskbedömning. IVO gör en analys av var problemen är som störst för patienterna och styr myndighetens resurser dit. Eftersom det är relativt kostsamt att göra inspektioner i verksamheterna samtidigt som det finns ett mycket stort antal tillsynsobjekt, är det inte möjligt för IVO att göra annat än mer eller mindre omfattande stickprovskontroller. Till skillnad från Socialstyrelsen och Vårdanalys har IVO emellertid varit ute i verksamheterna i vården och det gör att iakttagelserna från IVO:s inspektionsverksamhet kan bidra med en aspekt som registerdata eller enkätundersökningar inte speglar på

samma sätt. Utredningen anser exempelvis att IVO kan bidra med resonemang kring vilka som är de bakomliggande orsakerna till exempelvis brister i jämlikheten. IVO kan på ett annat sätt än Socialstyrelsen och Vårdanalys uttala sig om de problem som identifieras beror på hur vården styrs, leds eller organiseras. Denna ytterligare aspekt som tillsynens iakttagelser kompletterar med, bör vara särskilt viktig när en diskussion förs om vilka förbättringsåtgärder som ska sättas in på lokal, regional eller nationell nivå.

### **Folkhälsomyndigheten ger underlag om folkhälsans utveckling**

Folkhälsomyndighetens rapporter om folkhälsans utveckling är avsedda att ge en bred bild av utvecklingen av hälsan och dess beståndsdelar och ge underlag för planering inom många samhällssektorer. Då hälso- och sjukvården i många avseenden är central för hälsoutvecklingen är givetvis dessa rapporter av stort värde för planering, prioritering och särskilda insatser och således, på ett övergripande plan, en viktig del av kunskapsstyrningen av sektorn.

## **16.6 Förslag om en genomförandekommitté**

**Utredningen föreslår** att en genomförandekommitté tillsätts för att möjliggöra ett effektivt genomförande av utredningens förslag och i samverkan med landstingen genomföra erforderliga insatser.

I utvärderingen av satsningen på regionala cancercentrum (RCC) konstaterar Socialstyrelsen att en av framgångsfaktorerna med satsningen är att den vilar på gedigen grund, helhetssyn och ett omsorgsfullt genomförande. En annan viktig förutsättning har enligt Socialstyrelsen varit dialogen och tydligheten i vad som ska åstadkommas och uppföljningen av det arbete som genomförs. Tidigt i processen gjordes en tydlig fördelning mellan Regeringskansliet, Socialstyrelsen samt SKL/sjukvårdshuvudmännen av de olika ansvarsområdena för genomförandet av satsningen.

Utredningen kan konstatera att det har gått nästan tio år från det att beslut fattades av regeringen om att tillsätta utredningen om

en nationell cancerstrategi till att nå den etablerade RCC-struktur som finns i dag.

Den nationella struktur för kunskapsstyrning som landstingen nu etablerar, tillsammans med de förslag som lämnas i detta betänkande, har många likheter med satsningen på RCC. Detta då förändringen tar ett brett grepp, omfattar organisationsförändringar samt kommer att involvera patienter, professionerna och sjukvårdshuvudmännen. Förändringen kommer vidare, liksom RCC-satsningen, att påverka arbetssättet för staten och myndigheterna. Den nya strukturen omfattar dock all hälso- och sjukvård, och inte som RCC-arbetet endast ett terapiområde. Arbetet med att realisera och etablera ett fungerande arbetssätt mellan staten och landstingen kommer därför att vara än mer komplext. Att förändringsarbetet hålls ihop och bedrivs systematiskt, är helt avgörande för att förslagen ska få ett genomslag. Även om landstingen kommer att ta ett stort ansvar för att etablera sin organisation, krävs ett nära samarbete med staten för ett framgångsrikt genomförande.

För flera av förslagen har staten det fulla genomförandeansvaret. Utredningens förslag medför dels författningsändringar, främst i hälso- och sjukvårdslagen men även ändringar i myndigheternas instruktioner och andra förordningar. Dels innebär förslagen nya uppdrag till olika myndigheter och då främst Socialstyrelsen. Myndigheterna behöver därutöver även effektivisera och utveckla sin samverkan. Centralt för att förslagen ska få effekt i hälso- och sjukvården krävs också, vilket utredningen föreslår, förändringar hos huvudmännen när det gäller att skapa nya organisationer och strukturer för det kunskapsstyrande arbetet.

Varje förslag i utredningen kan ses som en del i en helhet där ett genomförande i alla delar ger bäst genomslag. Några av förslagen kan relativt omgående omsättas i regeringsuppdrag m.m. Några kräver ett fortsatt beredningsförfarande men också ett förankringsarbete hos huvudmännen, professionerna och patientgrupper. Hänsyn måste också tas till huvudmännens besluts- och budgetprocesser.

För ett effektivt genomförande av de statliga delarna av förslagen, som både tar hänsyn till de formella processerna kring uppdrag m.m. och förankringsprocesser med huvudmännen, anser utredningen att arbetet fortsatt bör ske samlat och koncentrerat. Ett organiserat genomförande är också viktigt för att underlätta landstingens arbete med att etablera sin nya organisation. Landstingens

arbete gynnas av att staten tar ansvar för genomförandet av de delar som den har det primära ansvaret för, bl.a. myndigheternas organisation. Utredningens förslag är därför att en särskild genomförandekommitté tillsätts som får i uppgift att förbereda och, i takt med att formella beslut fattas, genomföra de insatser som är nödvändiga. Intryck kan här tas av arbetet med framtagandet av den nationella cancerstrategin där en viktig del i framgången var dels att tid avsattes för förankring, dels att det i ett tidigt skede gjordes tydligt vad som skulle uppnås och vem som skulle göra vad.

## 16.7 Finansiering av utredningens förslag

**Utredningen föreslår** att totalt 8 miljoner kronor avsätts för åren 2017–2019 för genomförandekommitténs arbete.

För det nationella kansliet föreslås att 4 miljoner kronor avsätts per år från 2019.

### Bildandet av vårdkommittéer

Utredningens förslag om att skapa vårdkommittéerna utgår från den nu gällande lagstiftningen om läkemedelskommittéer. Läkemedelskommittéerna har varit reglerad i lag sedan 1996 och därutöver existerat på frivillig basis i landstingen sedan 1960-talet. Landstingen har finansierat dessa verksamheter med egna medel. Utredningens förslag innebär en breddning av de existerande läkemedelskommittéernas arbete men ska även leda till en effektivisering av det kunskapsstödjande arbete som landstingen redan i dag bedriver. Kommittéernas arbete ska därför även fortsatt finansieras fullt ut av landstingen och ska inte totalt sett medföra några ökade kostnader för hälso- och sjukvårdens huvudmän. Däremot kan det bli nödvändigt för landstingen att omfördela men framför allt tydliggöra att medel avsätts för ändamålet. För landstingen kan det handla om att rationalisera bland sina olika grupperingar och därigenom använda medlen mer effektivt. Utredningens bedömning är att det finns separata grupper som skulle kunna läggas ihop (HTA-grupper, FoU-grupper, kunskapsstyrningsgrupper m.m.).

Liksom dagens läkemedelskommittéer, ska landstingen ha frihet att själva organisera kommittéerna utifrån de förutsättningar som bäst passar det enskilda landstinget men även de kommuner som landstingen samverkar med. Utredningen anser dock att det är önskvärt att kommittéerna är organiserade efter vissa gemensamma grundprinciper för att uppnå en grundläggande likformighet över landet där bl.a. en fungerande samverkan med kommunerna är en nyckelfaktor.

Utredningen anser därför att genomförandekommittén tillsammans med företrädare för huvudmännen och berörda myndigheter, främst Socialstyrelsen, bör ta fram vägledande kriterier för hur vårdkommittéerna skulle kunna organisera sig. Kriterier som skulle kunna vara aktuella är multiprofessionella sammansättningar, analyskompetens (statistik), kompetens i evidensbaserad förbättringskunskap. Andra kriterier skulle kunna vara att kommittéerna bl.a. ska arbeta lokalt med uppsökande verksamhet och återkoppling av förskrivningsmönster och medicinska resultat. Andra kriterier kan vara metoder för att stötta verksamheterna i förbättringsarbete och användning av nationellt framtagna kunskapsstöd. Vidare bör kommittéerna ha en ordning för hur de ska samordna sig nationellt, naturligen knutet till landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning.

### **Verksamhetschefernas preciserade ansvar**

Utredningen föreslår förändringar i HSL som innebär vissa förtydliganden av verksamhetschefernas ansvar. Förändringarna innebär en precisering av ansvaret men inte en utökning av arbetsbördan eller ökad administrativ belastning. Utredningen bedömer därför inte att förslaget medför några nya kostnader för huvudmän eller vårdgivare.

### **Socialstyrelsens preciserade uppdrag och kostnader för övriga myndigheter**

Förtydligandet av Socialstyrelsens roll som kunskapsstyrande myndighet innebär främst en precisering av uppdraget men inte en utökning av verksamheten i sig. Även här kan det handla om initiala merkostnader för att effektivisera myndigheten och ändra inriktningen på myndighetens kompetens, bland annat i omställningen med minskad produktion av nationella kunskapsstöd och ökad

tyngdpunkt på djupanalyser av kunskapsbaserad och jämlik vård i den föreslagna förstärkta uppföljningen.

Utredningens bedömning är att förslagen totalt sett inte bör innebära ökade merkostnader för berörda myndigheter. Däremot kan det bli aktuellt att se över hur medlen fördelas till respektive myndighet. Upphörandet av Läkemedelsverkets utfärdande av behandlingsrekommendationer medför exempelvis att vissa arbetsuppgifter inte behöver utföras på myndigheten. Samma sak gäller framtagandet av Läkemedelsboken som föreslås överföras, efter utvärdering, till landstingen.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen, och Vårdanalys får i uppdrag att ansvara för en förstärkt nationell uppföljning av vården. Uppföljningen ska resultera i årliga rapporter som ges till regeringen för att kunna användas som planeringsunderlag i samrådet med landstingen. Rapporterna ska även kunna användas brett av huvudmän, professioner, patienter, brukare och anhöriga.

För att kunna fullgöra det nya uppdraget är utredningens bedömning att det kan bli aktuellt med att tillföra myndigheterna nya medel eller att andra uppgifter nedprioriteras. Utredningens bedömning är att nya resurser främst skulle kunna vara aktuella att tillföra Vårdanalys, som är en relativt liten myndighet i sammanhanget. Utredningen väljer att inte lämna någon uppskattning av vilka medel som skulle kunna vara aktuella.

I samband med att instruktionerna för de olika myndigheterna revideras bör också en genomgång göras av de resurser som är nödvändiga för att myndigheterna ska kunna utföra sina uppdrag. Utredningens bedömning är att en omfördelning av anslagen kan komma att behöva övervägas.

## **Kostnader för bildandet av en genomförandekommitté samt ett nationellt kansli för kunskapsbaserad och jämlik vård**

### *Genomförandekommitté*

För att utredningens förslag ska genomföras på ett effektivt och strukturerat sätt föreslår utredningen att det sammanhållande ansvaret ges till en särskild genomförandekommitté. En sådan kommitté bör finansieras genom Regeringskansliets utredningsbudget. Utredningens bedömning är att kommitténs budget bör vara 2 miljoner

kronor för år 2017, 4 miljoner kronor för 2018 och 2 miljoner kronor för 2019. Beloppen avser kostnader för en grundbemanning samt vissa andra kostnader för resor, möten m.m. Genomförandekommittén kommer att behöva arbeta nära Regeringskansliet, berörda myndigheter och sjukvårdshuvudmännen. Det kan ibland handla om hjälp med en fördjupande studie, möjligheter att diskutera strategiska frågor m.m. Utredningens bedömning är att utgångspunkten är att arbete med att bistå kommittén i regel får anses ingå i de nämnda verksamheternas egen budget. Några särskilda medel för genomförandet behöver därför inte avsättas.

### *Ett nationellt kansli*

Utredningen föreslår att genomförandekommittén senare övergår i ett nationellt kansli i Regeringskansliet. Bildandet av ett nationellt kansli innebär en ny kostnad som kommer att bestå under en längre tid. Kansliet föreslås omfatta 3–4 årsarbetskrafter och utredningen bedömer den årliga budgeten till 4 miljoner kronor. Finansieringen sker genom Regeringskansliets utredningsbudget. För att kunna finansiera utredningens förslag om en genomförandekommitté respektive ett nationellt kansli, kan omprioriteringar behöva göras i vilka utredningar som påbörjas. Utredningen föreslår att kansliets arbete ska påbörjas under 2019, varför kostnaderna för staten uppstår från 2019. Även kansliet kommer att behöva arbeta nära Regeringskansliet, berörda myndigheter samt sjukvårdshuvudmännen. Även här är grundprincipen att dessa organisationer får bära sina egna kostnader inom ramen för befintliga anslag.

En alternativ finansiering är att myndigheterna finansierar kansliet genom sitt anslag eller genom ett anslag och att kansliet verkar inom en befintlig myndighet, som Socialstyrelsen. Utredningen bedömer dock att kansliet bör arbeta så nära Regeringskansliet som möjligt, vilket underlättas om kansliet tillhör samma organisation.

### **Skapandet av en nationell kunskapstjänst**

Förslaget om att utveckla en gemensam portal/tjänst för samlade kunskapsstödande publikationer innebär att en ny tjänst tillgängliggörs för professionen och huvudmännen. Som beskrivits ovan lägger

det offentliga redan i dag ned resurser på att tillgängliggöra kunskap samt prenumerationer på olika tjänster. Utredningens bedömning är att en ny tjänst naturligtvis kommer att innebära kostnader för utveckling och förvaltning. Bedömningen är att denna tjänst i stor utsträckning bör finansieras genom att medel som i dag används för samma eller motsvarande ändamål styrs mot ett gemensamt mål. Tjänsten bör mot den bakgrunden finansieras av staten och huvudmännen tillsammans.

### **Landstingens nya nationella struktur**

I beslutet om landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning som SKL:s styrelse fattade i maj 2017, framhålls att landstingen ska stå för den långsiktiga finansieringen av verksamheten och de funktioner som de vill samordna. Tidigare beslutade samverkansstrukturer ska integreras i den nya strukturen. Strukturer som avses är bl.a. samverkansmodell för ordnat införande inom läkemedelsområdet, en gemensam stödstruktur för Nationell Patientenkät och den nationella programrådsstrukturen. Enligt underlaget ger detta förutsättningar för en helhetssyn, att stödet och tjänsterna tillhandahålls på ett effektivt, sammanhållet och ändamålsenligt sätt samt att ledningen och styrningen blir tydlig.

I beslutet framhålls vidare att finansieringen för de nationella delarna inom strukturen ska ske genom de landstingsgemensamt avsatta medlen som finns beslutade, med eventuella tillägg av statliga medel via överenskommelser mellan SKL och staten. Landstingen fattade 2016 beslut om att avsätta 30 miljoner kronor årligen för arbetet med den nationella strukturen.

Enligt utredningen medför förslagen om den nya strukturen inte några nya kostnader för staten.

Uppbyggnaden av den nya strukturen handlar enligt utredningen dessutom om att befintliga resurser inom ett landsting ska användas på ett mer ändamålsenligt sätt. Det är således frågan om att ändra ett arbetssätt snarare än en merkostnad.

Därutöver kan landstingen ha vissa initiala kostnader för att ställa om etablerade arbetssätt med anledning av det arbete som bedrivs i den nya strukturen, men som långsiktigt inte ska medföra merkost-



nader. Detta är sådant som får betraktas som naturliga kostnader för att utveckla organisationen och som landstingen får ansvara för.

Utgångspunkten är att landstingen själva ska finansiera kostnaderna för uppbyggnaden av den nya strukturen för kunskapsstyrning.



# 17 Konsekvensutredning

## 17.1 Övergripande konsekvensbeskrivning

Utredningens förslag syftar till att förbättra förutsättningarna för att alla patienter ska erbjudas en kunskapsbaserad och jämlik vård, men också kunna göras mer delaktiga i vårdens utveckling.

Professionerna ska genom förslagen ges bättre förutsättningar att ta del av och använda den bästa kunskapen samt ges möjligheter att verka i en lärande miljö som söker bästa kunskap och följer upp resultaten av gjorda insatser. Utredningen gör bedömningen att professionerna behöver ges ökat utrymme att delta i utarbetandet av nationella kunskapsstöd, men också i det övriga arbete som krävs för en framgångsrik kunskapsstyrning, exempelvis genom uppföljningar av vårdens resultat på alla nivåer, identifiera förbättringsåtgärder samt i insatser för att utveckla ett lärande klimat och ge goda förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att använda bästa kunskap.

För att uppnå detta lämnar utredningen ett flertal förslag. Förslagen är bland annat inriktade på att förtydliga ansvar och roller: mellan staten och sjukvårdshuvudmännen, mellan sjukvårdshuvudmännen, inom vården samt mellan de berörda myndigheterna inom staten. En viktig del i dessa förslag är en precisering av lagar och förordningar som reglerar vården.

### En förtydligad roll och ansvarsfördelning

Utredningen har inte i uppdrag att ändra den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. För att åstadkomma en utvecklad nationell kunskapsstyrning lämnar utredningen därför förslag som förtydligar hur staten kan ta sitt övergripande ansvar på ett sätt som i större utsträckning än i dag leder till en kunskapsbaserad och jämlik vård.

En övergripande konsekvens av utredningens förslag är att den statliga styrningen blir mer övergripande och mindre detaljerad. En sådan utveckling ligger i linje med uttalanden från regeringen (bland annat i budgetpropositionen för 2016) och bedömningar från andra utredningar, exempelvis Statskontorets rapport från 2016 om uppföljning av den statliga styrningen av kommuner och landsting.<sup>1</sup>

En följd av detta är att regeringen/Regeringskansliet ges större utrymme att direkt föra dialoger med landstingen. Utredningen bedömer att detta är en viktig komponent för att utveckla den statliga styrningen i önskad riktning och skapa bättre förutsättningar för målpuppfyllelse. Dels genom att det blir ett tydligare nationellt ramverk där staten och landstingen kommer överens om en övergripande inriktning för vårdens utveckling. Dels genom att regeringen för diskussioner direkt med de 21 landstingen, diskuterar uppföljningar av vårdens resultat och träffar överenskommelser om nationella satsningar. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ges i utredningens förslag inget mandat att företräda landstingen, utan det är upp till landsting och kommuner att forma SKL:s roll som stödjande aktör. Detta är enligt utredningen även en naturlig konsekvens av att det är landstingen som har det legala ansvaret för hälso- och sjukvårdens utförande och finansiering. Utredningen ser vidare detta som ett led i att landstingen tar ett större ansvar för nationell enhetlighet och för att genomföra erforderliga insatser på hemmaplan.

Förslagen om regeringens styrning av myndigheterna följer samma linje, och innebär en minskad tyngdpunkt på sådana insatser som landstingen själva utför eller borde utföra givet sitt ansvar och en ökad tyngdpunkt på efterfrågeanpassade tjänster och andra kunskapsstöd. Utredningen menar att en sådan utveckling också stödjer en ökad målpuppfyllelse. Genom att fokusera mindre på detaljstyrning inom vissa områden och mer på uppföljning av oönskade variationer över landet kan statens roll i att främja kunskapsbaserad och jämlik vård bli starkare. Vidare kan myndigheterna fokusera mer på att skapa incitament för landstingen att utveckla och implementera nationella standarder och annan nationell infrastruktur som är av avgörande betydelse för effektiv kunskapsdelning och informationsöverföring.

---

<sup>1</sup> Samlad uppföljning av den statliga styrningen av kommuner och landsting, Statskontoret, 2016.

## Nationell samverkan resulterar i bättre kunskapsstyrning

Utredningen bedömer att landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning på sikt bör bli huvudsaklig aktör för att ta fram nationella kunskapsstöd (exempelvis i form av nationella vårdprogram). Utredningen bedömer att detta innebär en effektivisering, då landstingen redan i dag, liksom vissa professionsgrupper, utarbetar en stor mängd kunskapsstöd. Med den nationella samverkansstrukturen kan landstingen upphöra med regionala och lokala insatser avseende sådant som bäst görs tillsammans, och i stället gemensamt arbeta i den nationella strukturen. Myndigheterna kan också upphöra med insatser som är överlappande och snarlika, och i stället arbeta med insatser där landstingen behöver stöd, exempelvis inom områden där evidensen är svag eller saknas helt.

## Kommunernas förutsättningar stärks

Vad gäller nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård i kommunerna kan konstateras att det i dagsläget förekommer relativt lite, eller till och med helt saknas, insatser från myndigheternas sida. Främst avses insatser som leder till att kunskapsstöden används i den kommunala vårdens vardag. Utredningen konstaterar att kommunernas förutsättningar skiljer sig kraftigt åt, beroende exempelvis på kommunens demografi, ekonomiska förutsättningar eller möjligheter att få tag på kompetens. Många kommuner saknar, bl.a. på grund av sin storlek förutsättningar att, likt landstingen, ta fram egna kunskapsstöd, varför samverkan är helt nödvändig.

De förslag som utredningen lämnar ska ses som ett första steg för förstärkt kunskapsstyrning i kommunal vård. I takt med att den kommunala vården utvecklas framgent kommer också kunskapsstyrningen och formerna för styrningen att behöva utvecklas.

Utredningens förslag leder till att myndigheternas samverkan om kunskapsstyrning avseende hälso- och sjukvård regleras på ett annat sätt än samverkan avseende socialtjänst. Socialstyrelsen ges en särställning avseende myndigheternas kunskapsstöd gällande hälso- och sjukvård. Det nuvarande Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst ändras i sin utformning och begränsas till socialtjänst. Utredningen bedömer att detta bör leda till att samverkan om kunskapsstyrning avseende socialtjänst

kan fördjupas. Förutsättningarna för och behoven av kunskapsstöd inom socialtjänstområdet skiljer sig åt jämfört med hälso- och sjukvårdsområdet. Genom att socialtjänstområdet ges eget utrymme för samverkan kan områdets specifika förutsättningar få påverka kunskapsstyrningens utformning i större utsträckning än i dag. Utredningen vill dock påminna om att den grundläggande skyldigheten för myndigheterna att samverka i frågor som har beröringspunkter med varandra är oförändrad. Utredningens förslag om Rådet ska därmed inte ses som en anledning till minskat fokus på de frågor där socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver högre grad av integration.

### **Mer fokuserade satsningar men inte ett ökat resursbehov**

Förslagen om en utvecklad kunskapsstyrning bygger på de grundläggande principer som slogs fast redan när hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft 1983, bl.a. kring det statliga ansvaret för att peka ut en övergripande inriktning för hälso- och sjukvården och att samråda med landstingen utifrån tillförlitliga uppföljningar om vårdens resultat. Utredningens förslag utgår från vad utredningen bedömer vara möjligt att göra utan att förändra den grundläggande ansvarsfördelningen.

Utredningens kartläggning visar på en splittrad bild där lika eller snarlika frågor hanteras i ett flertal överenskommelser och myndighetsuppdrag. För varje överenskommelse eller uppdrag byggs vanligen separata strukturer upp, ibland inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), ibland inom landstingen eller myndigheterna. Samtidigt kan konstateras att flera av överenskommelserna i sig belyser frågor om kunskapsstyrning som utredningen anser vara relevanta. Det är således mindre en fråga om att identifiera viktiga områden och mer en fråga om att kunna samordna och vara långsiktig i de satsningar som görs. Det handlar också om betydande medel som satsas på överenskommelserna. Staten betalar i 2017 års överenskommelser med SKL ut över 4 miljarder kronor, varav flera insatser handlar om kunskapsstöd, utvecklad uppföljning och förbättringsarbete. Knappt cirka 280 miljoner kronor gick 2017 ut centralt till SKL för arbete relaterat till överenskommelserna, varav en del medel gått vidare till

huvudmännen.<sup>2</sup> Utredningen anser inte att en ökad medelstilledning kommer att öka genomslaget för de kunskapsstyrande satsningarna. Snarare finns det enligt utredningen en risk för att allt för väl tilltagna ekonomiska medel minskar fokuseringen på att göra satsningarna precisa och avgränsade, vilket i sin tur minskar genomslaget. Sammanfattningsvis har utredningen svårt att se att genomslaget i form av mer kunskapsbaserad och jämlik vård står i proportion till de betydande insatser som läggs ner på de olika satsningarna.

## Övergripande konsekvenser för staten

En mer övergripande statlig styrning och minskad detaljstyrning bör leda till bättre förutsättningar för kunskapsbaserad och jämlik vård. Konsekvenser av förslagen är att regeringen (Regeringskansliet) behöver utveckla sin roll som högsta företrädare för staten i det föreslagna samrådet. Regeringskansliet behöver rikta fokus mot att utveckla en sammanhållen styrning och i samråd med landstingen ange ett ramverk och målbild för utvecklingen av hälso- och sjukvården. Vidare behöver Regeringskansliet bli mer systematisk i uppföljning och ansvarutkrävande gentemot landstingen. Dessa förändringar kan innebära ökade krav på Regeringskansliet när det gäller styrningens utförande, främst mot bakgrund av förslaget att regeringen inrättar ett samråd med landstingen. Komplexiteten i styrningen i dag är dock redan betydande. Samtidigt bör satsningar som är mer fokuserade och långsiktiga bidra till effektivare och enklare uppföljning och utvärdering av gjorda satsningar. Konsekvenserna av utredningens förslag är därför inte ökade resursbehov hos Regeringskansliet och myndigheterna, det är snarast användningen av befintliga resurser som påverkas. En konsekvens kan vara krav på ökat informations- och erfarenhetsutbyte över enhets- och departementsgränser. Förslaget om att inrätta ett nationellt kansli inom Regeringskansliet är mot denna bakgrund viktigt, i syfte att säkerställa långsiktighet i stödet till regeringen. Socialstyrelsen ges med utredningens förslag en särställning. Utredningen bedömer att Socialstyrelsen i ökad utsträckning också bör kunna fungera som ett förstärkt stöd till Rege-

---

<sup>2</sup> Uppgifter från Socialdepartementet, e-post, 2017-05-10, *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RIR 2017:3, Riksrevisionen, 2017, s. 39.

ringskansliet, exempelvis inom ramen för det föreslagna samrådet. Detta ligger i linje med regeringens uttalanden om Socialstyrelsens stabsliknande roll.

Utredningens förslag utgår från vikten av att använda kompetensen hos vårdens professioner för att ta fram nationella kunskapsstöd. Det leder till flera konsekvenser för den statliga kunskapsstyrningen på myndighetsnivå, främst att myndigheterna kan minska en del insatser för att producera kunskapsstöd och öka insatserna kring förbättrad nationell uppföljning och analys.

Förslagen leder till ökade krav på berörda myndigheter att utveckla sina arbetssätt. Inriktningen är dock densamma som redan pekats ut av regeringen, bl.a. genom redan definierade krav på en mer samordnad, effektiv och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning. Till detta kommer också regeringens inriktning om att den statliga styrningen i högre utsträckning ska bygga på tillit. Konsekvenserna av förslagen bör därför vara rimliga att hantera inom befintliga ramar och strukturer.

### Staten bör använda alla styrmedel

Som framgår av betänkandet bedömer utredningen att nationella riktlinjer inte ska vara obligatoriska eller mer bindande. Utredningen vill dock framhålla vikten av att använda hela utrymmet av statliga styrmedel i syfte att främja nationell enhetlighet, utöver den statliga kunskapsstyrningen. Exempel på sådan styrning som utredningen lyfter är att villkora specialdestinerade statsbidrag med följsamhet till nationella beslut och ställningstaganden, exempelvis ersättningen till landstingen för kostnader inom läkemedelsförmånerna. Då detta avser styrning som faller utanför utredningens uppdrag fördjupas inte detta närmare i betänkandet.

Utredningens förslag rymms inom ramarna för den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen och innebär inte några nya ålägganden för huvudmännen. Däremot medför utredningens förslag förtydliganden av vad som redan får anses innebära skyldigheter för huvudmännen. Därmed bedömer utredningen att finansieringsprincipen inte blir tillämplig.



## 17.2 Konsekvenser med regionala perspektiv

Hälso- och sjukvården är en sektor med många anställda och med stark förankring och närvaro i hela landet. Vården ger därför goda förutsättningar att upprätthålla hela riket som en attraktiv arbetsplats. Utredningens förslag understödjer bl.a. sjukvårdshuvudmännens initiativ att arbeta med kunskapsstyrning av vården genom den struktur som huvudmännen själva tagit initiativ till. Samtidigt kommer statliga aktörer att efter hand behöva ta en annan roll när det gäller att ge ut rekommendationer och riktlinjer, den inbördes samverkan men även när det gäller uppföljning av vårdens resultat. Arbetet med rekommendationer och riktlinjer bör enligt utredningens förslag exempelvis i större utsträckning ske ute hos sjukvårdsmännen, utspritt över landet. Därutöver föreslår utredningen att sjukvårdshuvudmännen generellt ska förbättra sin samverkan.

Utredningens bedömning är därmed att förslagen har en positiv inverkan på de olika delarna av landets förutsättningar att vara en attraktiv arbetsplats för olika yrken inom vården. Utredningens bedömning är också att vårdyrken i allmänhet blir mer attraktiva om vården i ökad utsträckning utvecklas mot en lärande organisation där alla professioner deltar i utvecklingsarbetet och följer upp och analyserar sitt eget arbete.

## 17.3 Konsekvenser med relevans för det svenska EU-medlemskapet

Utredningen gör bedömningen att förslagen är i enlighet med det svenska medlemskapet i den europeiska unionen.

Den 25 maj 2018 börjar den nya dataskyddsförordningen tillämpas i Sverige och övriga EU. Den kommer då att ersätta registerlagstiftningar och personuppgiftslagen (PUL). Dessa lagar bedöms inte ha någon påverkan på utredningens förslag.

## 17.4 Konsekvenser för miljön

Utredningen har gjort en miljörelevansbedömning. Utredningens bedömning är att förslagen inte kommer ha en inverkan på miljön. Förslagen har ingen direkt påverkan på förbrukningen eller hante-

ringen av läkemedel eller andra miljöfarliga förbrukningsvaror inom vården. Förslaget har inte heller direkta konsekvenser för omfattningen av resor för patienter eller anställda inom vården.

## 17.5 Konsekvenser för jämställdhet och integration

Utredningens förslag bedöms på olika sätt ha en positiv inverkan på frågor som rör jämställdhet och integration.

Avsikten är att förslagen ska leda till en bättre tillgång till kunskapsstöd som är anpassade för såväl professionernas som patienternas behov. När tillgången till olika kunskapsstöd blir mer jämn över landet bedöms också vården kunna bli mer jämlik. Det är viktigt att kunskapsstöden för exempelvis primärvården utformas så att samma symptom leder till att samma diagnos ställs och att samma behandlingsalternativ presenteras eller samma remittering görs oavsett var invånarna bor. Detta kan göra att vården blir mer jämlik mellan män och kvinnor och att människor oavsett bakgrund erbjuds samma vård. Enligt utredningen är det däremot viktigt att producenterna av kunskapsstöd utformar dessa på ett sådant sätt att de tar hänsyn till skillnader i ålder, kön osv. där det är relevant för att vården ska hålla så hög kvalitet som möjligt. Stöden måste också kunna göras tillgängliga på ett sådant sätt att hänsyn tas till språk m.m.

Utredningens förslag syftar även till en förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Att följa upp vårdens resultat med fördjupad analys inklusive bakgrundsfaktorer för patienterna möjliggör bättre förutsättningar att följa upp hälso- och sjukvårdens resultat och återföra resultaten till den kliniska verksamheten. När analyser görs med fokus på god och jämlik vård och utfallen eller processerna samkörs med bakgrundsfaktorer som patientens kön och socioekonomisk tillhörighet, öppnas förbättrade möjligheter att åtgärda eventuella ojämlikheter som uppkommer på grund av förutfattade meningar om vilken typ av vård olika personer ska få.

Utredningen ser också att förslagen kan ha en positiv inverkan på olika vårddyrkans attraktivitet. Den renodling som förslagen innebär av staten och huvudmännens roller i vården, medför bättre förutsättningar för att rätt kompetens används på rätt plats och att olika kompetenser ska utnyttjas på ett bättre sätt än i dag.

## 17.6 Konsekvenser för de berörda myndigheterna

Utredningens förslag innebär att rollfördelningen mellan de statliga myndigheterna förtydligas liksom myndigheternas uppdrag i relation till sjukvårdshuvudmännen. För Socialstyrelsen handlar det främst om att utredningen föreslår att det av myndighetens instruktion ska framgå att Socialstyrelsen bl.a. ska samordna övriga myndigheters kunskapsstöd så att landstingens och kommunernas behov tillgodoses effektivt. Förslaget får enligt utredningen även anses ligga i linje med regeringens uttalande i budgetpropositionen för 2015 att stärka Socialstyrelsens stabsliknande roll och tydliggöra uppgiften att vara ett nav i kunskapsstyrningen.

De myndigheter som berörs främst av utredningens förslag, utöver Socialstyrelsen är Läkemedelsverket, SBU och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys eftersom utredningen i kapitel 16 lämnar förslag på nya uppgifter, men även förslag om att myndigheterna ska ställa om delar av kunskapsstödsarbetet.

Därutöver berörs på olika sätt samtliga övriga myndigheter som i dag ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap (IVO, Myndigheten för delaktighet, E-hälsomyndigheten, Forte, Folkhälsomyndigheten och TLV). En konkret förändring är att exempelvis TLV, E-hälsomyndigheten och Läkemedelsverket inte ska ingå i rådet efter det att arbetsuppgifterna begränsas till att gälla socialtjänsten. En del av utredningens förslag bedöms, om de genomförs, ha en inverkan på myndigheternas arbetssätt på kort sikt, andra förslag har en inverkan mer på lång sikt.

Utredningens förslag medför inte att nivån på anslagen till myndigheterna totalt sett bör förändras.

Vidare kan det handla om att myndigheterna, som exempelvis Socialstyrelsen, ska gå från ett arbetssätt där verksamheten är inriktad på att hantera regeringsuppdrag till ett mer proaktivt arbetssätt där myndigheterna mer tydligt ska bistå med uppföljning och analys för att regeringen ska kunna genomföra effektiva samråd med landstingen och peka ut den övergripande inriktningen för hälso- och sjukvården. Förslagen innebär även att myndigheternas kunskapsstödjande arbete effektiviseras och ges en mer övergripande inriktning. Socialstyrelsen ges, som nämnts ovan, en särställning när det gäller att samordna statens kunskapsstöd i enlighet med de behov som hälso- och sjukvården ger uttryck för.

Utredningen har lämnat förslag om ändringar i respektive myndighets instruktion endast på de punkter som rör kunskapsstyrningens område. Utredningens kan emellertid se att det finns behov av att se över respektive myndighets instruktion mer grundligt utöver de förändringar som utredningen föreslår. Vidare bör en översyn göras av myndigheternas regleringsbrev och regeringsuppdrag så att dessa korresponderar med nya och tydligare myndighetsinstruktioner. Ett skäl till att en översyn är nödvändig är att befintliga instruktioner enligt utredningen är olika till sin struktur, vilket bl.a. är en följd av att de har tillkommit vid olika tidpunkter. Olikheter kan vara motiverat i vissa fall, men riskerar i andra fall leda till otydlighet om vad som avses. Instruktionerna ger heller inte alltid uttryckligt stöd för de uppgifter som myndigheterna de facto ägnar sig åt. I vissa fall betonas i instruktionerna saker som utredningen bedömer inte är relevanta för en effektiv kunskapsstyrning. Ett exempel är betoningen i SBU:s instruktion på spridningen av vetenskapliga utvärderingar. I sammanhanget kan påminnas om att regeringen i budgetpropositionen för 2015 bl.a. framhöll behovet av instruktionsändringar hos myndigheterna för att säkerställa att kunskapsstyrningen förändras enligt regeringens intentioner.

I det korta perspektivet anser utredningen att några förändringar i myndigheternas anslagstilldelning eller övergripande kompetensförsörjning inte är nödvändiga. En översyn enligt ovan kan dock komma att tydliggöra eventuella behov av sådana förändringar.

Utredningens förslag om förbättrad uppföljning kan ses som en delvis ny uppgift för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Denna uppgift skulle kunna medföra att ytterligare medel behöver tillföras vilket redogörs för i kapitel 16. För Socialstyrelsen och IVO handlar det främst om att befintlig information används eller presenteras på ett sätt som främjar en förbättrad uppföljning.

## **17.7 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen och finansieringsprincipen**

Utredningens förslag ryms inom ramarna för den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen och innebär inte några nya ålägganden för huvudmännen. Däremot medför utredningens förslag förtydliganden av vad som redan får anses inne-

bära skyldigheter för huvudmännen. Mot den bakgrunden bedömer utredningen att finansieringsprincipen inte blir tillämplig.

### Förändringar i hälso- och sjukvårdslagen

Utredningen föreslår att en ny bestämmelse införs i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som förtydligar att huvudmännen är skyldiga att samverka i syfte att skapa nationell kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården. Detta gäller såväl landstingens inbördes samverkan, kommunernas inbördes samverkan som samverkan mellan landsting och kommuner.

Därutöver föreslår utredningen att det i HSL även införs en precisering av vad som ska omfattas i begreppet god vård. Detta sker genom en tilläggsbestämmelse om att där det bedrivs hälso- och sjukvård, ska personalen ha goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare föreslås att det i HSL införs en bestämmelse om att verksamhetschefen, där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet, ska säkerställa att personalen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

De föreslagna förändringarna i HSL innebär enligt utredningens bedömning ett förtydligande av lagstiftningen. Samtidigt innebär inte lagförslagen att sjukvårdshuvudmännen åläggs några väsentliga nya åtaganden. Att bedriva vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet är krav som redan ställs på huvudmännen i patientsäkerhetslagen och patientlagen m.m. och får även underförstått anses innefattas i de krav på god vård som finns i 5 kap. 1 § HSL. När det gäller landstingens skyldighet att samverka, finns vidare en generell bestämmelse om samverkan i 7 kap. 8 § HSL. Bestämmelser om kommunernas samverkan finns i 11 kap. 3 § HSL. Begrepp som god vård och samverkan har funnits i HSL sedan lagen ursprungligen trädde i kraft 1983 och det är väl beskrivit i förarbetsuttalanden vad som förväntas av landstingen (prop. 1981/82:97).

I likhet med de förändringar som gjordes i den hälso- och sjukvårdslag som gäller från den 1 april 2017, innebär de nu aktuella förslagen snarast att lagstiftningen blir tydligare och mer lättillgänglig och inga väsentliga nya åtaganden för vare sig staten eller sjuk-

vårdshuvudmännen.<sup>3</sup> Däremot är det enligt utredningen frågan om viktiga och centrala förtydliganden i frågor där lagstiftaren alltid har förutsatt en samverkan.

### Förslag om inrättande av vårdkommittéer

Utredningen föreslår att läkemedelskommittéernas arbete utvidgas till att omfatta även annat kunskapsstödande arbete inom hälso- och sjukvården. Förslaget innebär att den nuvarande lagen (1996:1157) upphävs och ersätts av den nu föreslagna lagen om vårdkommittéer.

Den nya lagen utgår i allt väsentligt från lagen om läkemedelskommittéer. Förändringarna medför att läkemedelskommittéerna byter namn till vårdkommittéer. Vårdkommittéerna får ett utökat uppdrag och en förändrad kompetensmässig sammansättning jämfört med de nuvarande läkemedelskommittéerna. Uppdraget innebär att kommittéerna ska stödja hälso- och sjukvårdspersonalen inom sjukvård, omvårdnad, rehabilitering och prevention, utöver läkemedelsfrågor. Kommittéernas uppgift ska även vara att bidra till nationell enhetlighet och de ska bidra till att kommunerna, ges kunskapsstöd såvitt avser kommunal sjukvård.

Förslaget utgår från den organisation rörande läkemedelskommittéer som har varit reglerad i lag sedan 1996 och därutöver existerat på frivillig basis i landstingen sedan 1960-talet. Den föreslagna regleringen lämnar, liksom dagens lagstiftning, till landstingen att organisera kommittéerna. Landstingen kan, liksom görs i dag, välja att organisera vårdkommittéerna också på en storregional nivå där flera landsting väljer att samordna sitt kommittéarbete i en gemensam struktur.

Befintlig lagstiftning ställer redan i dag krav på landstingen att organisera och planera verksamheten så att bästa tillgängliga kunskap kommer ut och används i hälso- och sjukvårdsverksamheten och kommer till nytta för patienterna.

Uppbyggnaden av nya kommittéer handlar enligt utredningen om att befintliga resurser inom ett landsting ska användas på ett mer

---

<sup>3</sup> Se prop. 2016/17:43, s. 126, där regeringen bedömde att förslagen till ändringar i HSL inte medförde några väsentliga ekonomiska konsekvenser eller väsentliga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen bl.a. eftersom förslagen inte innebar några väsentliga nya åtaganden för vare sig staten eller sjukvårdshuvudmännen.

ändamålsenligt sätt. Det är således frågan om att landstingen ska ändra ett arbetssätt och inte ett merarbete. Att inte använda bästa tillgängliga kunskap kan i sig leda till merkostnader och effektivitetsförluster. Därutöver har utredningen erfarit att det finns exempel redan i dag på läkemedelskommittéer som arbetar på ett sådant sätt som i delar ligger i linje med utredningens förslag om vårdkommittéer. Landstingen har också i den nationella strukturen för kunskapsstyrning, som landstingen ska finansiera med egna medel, framhållit behovet av organisationer som kan säkerställa att exempelvis nationella kunskapsstöd anpassas efter lokala förutsättningar så att de når hela vägen ut till patientmötet.

Sammanfattningsvis anser utredningen att de föreslagna författningsändringarna inte medför några nya åtaganden för landstingen och som innebär ett utökat ansvar i relation till staten. Utredningen anser heller inte, vilket redogörs för i kapitel 16, att förslagen kommer att medföra några långsiktiga merkostnader för sjukvårdshuvudmännen. Förslagen handlar snarare om en effektivisering av landstingens kunskapsstödjande arbete, som i sig kommer att leda till minskade kostnader för hälso- och sjukvården och i förlängningen besparingar för samhället.

## 17.8 Konsekvenser för företag

Utredningens förslag innebär ett ökat fokus på att bästa tillgängliga kunskap ska användas i hälso- och sjukvården.

Utredningen föreslår ändringar i HSL som innebär att där det bedrivs hälso- och sjukvård, ska personalen ska ha goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att verksamhetschefen, där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet, ska säkerställa att personalen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Dessa bestämmelser gäller alla vårdgivare, oavsett huvudman.

Privata vårdgivare lyder redan i dag under bl.a. HSL och patient säkerhetslagen när det gäller att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Därutöver ska privata vårdgivare i den offentligt finansierade vården utföra uppdraget i enlighet med de mål och krav som

huvudmännen fastställer, vilket exempelvis sker i de vårdavtal som tecknas med vårdgivarna.

Utredningens bedömning är att förslagen möjligen kan medföra en mer enhetlig och tydligare kravställning från sjukvårdshuvudmännen på privata vårdgivare. Däremot anser inte utredningen att förslagen kommer ha en negativ inverkan på privata utförares möjlighet att verka inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

## 17.9 Konsekvenser för samhällsekonomin

Utredningens förslag syftar till att invånarna ska erbjudas den bästa tillgängliga hälso- och sjukvården vilket också bör medföra bättre behandlingsresultat, färre vårdsador och mer effektiv läkemedelsanvändning. Förändringarna ska åstadkommas främst genom ett förändrat förhållningssätt och arbetssätt i vården snarare än att nya resurser tillförs.

Därutöver syftar förslagen till att de statliga myndigheterna och sjukvårdshuvudmännen ska arbeta effektivare och mer samordnat när det gäller styrningen av hälso- och sjukvården. Det handlar bl.a. om att dubbelarbete ska undvikas och att icke verksamma behandlingsmetoder ska utmönstras.

Sammantaget bedömer utredningen att förslagen kommer att ha en positiv effekt på samhällsekonomin.

## 17.10 Konsekvenser för de offentliga finanserna

Utredningens förslag syftar till en ändrad och tydligare rollfördelning mellan myndigheterna. Utredningens bedömning är att detta inte ska medföra ökade kostnader för myndigheterna utöver eventuella initiala omställningskostnader.

Utredningen lämnar förslag om en effektivare och mer precis uppföljning av vården. Förslagen i dessa delar kan dock innebära en utökning av uppdragen för myndigheterna och främst då, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Mot detta ska ställas olika regeringsuppdrag som ställs till myndigheterna med medföljande finansiering. Utredningens uppfattning är att regeringen bör vara mer restriktiv med sådana tillfälliga uppdrag och omfördela medlen till mer precisa och långsiktiga uppdrag, vilket förslaget om en förstärkt



nationella uppföljning är ett exempel på. Sammanfattningsvis anser utredningen att förslagen inte medför en merkostnad för staten.

Därutöver anser utredningen att en genomgång generellt behöver göras av olika tjänster som myndigheterna i dag erbjuder huvudmännen men där behovet och användningsnivån kan diskuteras. Detta gäller exempelvis vissa mer avancerade kunskaps- och beslutsstöd. Har vården inget eller ringa behov av tjänsterna, ska de heller inte fortsätta att förvaltas eller utvecklas av myndigheterna. En sådan utmönstring av tjänster kan innebära en besparing för staten.

Utredningen lämnar också förslag till inrättandet av en genomförandekommitté samt ett nationellt kansli. Dessa organ ska primärt finansieras genom utredningsmedel. Om inte nya medel tillförs får en omprioritering göras av befintliga medel. Vid bemanning och tillskapande av genomförandekommittén respektive ett kansli, skulle även resurser från myndigheterna kunna tas i anspråk i viss utsträckning.



# 18 Författningskommentar

## 18.1 Förslaget till lag om vårdkommittéer

Utredningens förslag innebär att kommittéernas arbete utvidgas till att avse all hälso- och sjukvård, dvs. inte vara begränsad till läkemedelsanvändningen. Läkemedelskommittéerna byter namn till vårdkommittéer. Vårdkommittéerna ska verka för en nationell kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och stödja vården i arbetet med nationell kunskapsstyrning.

Bestämmelserna i den nya lagen är i allt väsentligt desamma som i lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer men utredningen föreslår ändringar i flertalet av bestämmelserna. De ändringar som krävs är av sådan karaktär och omfattning att utredningen finner det lämpligast att upphäva den nuvarande lagen och ersätta den med en ny lag. Flertalet av de uttalanden som finns i den proposition som föregick lagen om läkemedelskommittéer är dock alltså relevanta (se prop. 1996/97:27). För tydlighetens skull har utredningen valt att nedan upprepa vissa uttalanden som bedöms vara relevanta även för förslaget om att inrätta vårdkommittéer.

Förslaget till ny lag behandlas i avsnitt 16.3.6.

### 1 §

Enligt nuvarande lagstiftning är det ett obligatoriskt krav på varje landsting att inrätta en eller flera läkemedelskommittéer. Denna skyldighet utvidgas nu till att inrätta en eller flera vårdkommittéer, se *första stycket*. Läkemedelskommittéernas verksamhet ska dock inte upphöra utan det arbete som i dag bedrivs av läkemedelskommittéerna ska fortsätta utifrån de nya vårdkommittéernas uppdrag och i relevanta delar bli en del av de nya vårdkommittéernas arbete. Vård-

kommittéerna ska dock inte längre utfärda egna rekommendationer om det finns nationella rekommendationer eller ställningstaganden.

Det är landstingen som har det fulla ansvaret för finansieringen av kommittéernas arbete.

I förarbetena till lagen om läkemedelskommittéer (prop. 1996/97:27 s. 128) uttalade regeringen att ordet "landstinget" avser, liksom i kommunallagen, både landstinget som juridisk person och landstinget som geografiskt område. Bestämmelserna i lagen om läkemedelskommittéer tar alltså sikte på såväl landstingets egen hälso- och sjukvård som övrig hälso- och sjukvård inom landstingsområdet. Motsvarande gäller enligt den nya lagen. Vårdkommitténs arbete avser således all hälso- och sjukvård som bedrivs i landstinget. Även kommuner bedriver viss hälso- och sjukvård, se 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Vårdkommittéernas arbete avser därför även den kommunala hälso- och sjukvården.

I likhet med den tidigare regleringen om läkemedelskommittéer lämnas det öppet för landstingen att själva avgöra om en kommitté är tillräcklig eller om det bör finnas flera i samma landsting liksom hur flera kommittéer ska förhålla sig till varandra. Vidare kan landstingen, som i dag, välja att samordna arbetet med andra landsting. Av *första stycket* följer därför att landstinget bestämmer hur många vårdkommittéer som ska finnas. Landstinget får också, i likhet med vad som gäller för läkemedelskommittéerna, själv bestämma vilket organ som ska tillsätta vårdkommittéerna. Detsamma gäller antalet ledamöter, mandatperioden för dessa, om ersättare ska finnas och vem som ska vara ordförande. Många hithörande frågor bör kunna lösas i det reglemente som enligt 6 § ska finnas för varje kommitté.

Enligt *andra stycket* gäller lagens bestämmelser om landsting också de landstingsfria kommunerna. Kommuner som ingår i landsting är inte skyldiga att ha egna läkemedelskommittéer.

I *tredje stycket* återfinns en definition av begreppet hälso- och sjukvård. Den överensstämmer med den definition som finns i förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utredningen föreslår ändringar i denna förordning.

## 2 §

I förarbetena till motsvarande bestämmelse i lagen om läkemedelskommittéer uttalade regeringen (prop. 1996/97:27 s. 127) ”att läkemedelskommittéerna ska arbeta öppet och företrädare för professionen – både från offentlig och privat vård – ska ges möjlighet att medverka”. Vidare uttalade regeringen att denna paragraf utgör en erinran om att det är av stor betydelse att även annan farmaceutisk och medicinsk expertis än den som normalt finns företrädd bland ledamöterna kan delta i kommittéerna, t.ex. vid viktigare principiella ställningstaganden och att det kan bli aktuellt att kommunala representanter deltar. Dessa uttalanden gäller självklart även för vårdkommittéerna.

I och med att kommittéernas arbete inte längre ska vara begränsat till läkemedelsanvändning kommer sammansättningen i kommittéerna troligtvis behöva förändras. Eftersom även den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för, omfattas av vårdkommittéernas uppdrag, kan det vara lämpligt att expertis inom t.ex. områdena omvårdnad, rehabilitering eller habilitering deltar.

Kommittéerna bör sträva efter multiprofessionell sammansättning. Deltagare kan t.ex. vara personal verksam inom den kommunala hälso- och sjukvården, såsom legitimerade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Uttrycket ”expertis” har inte definierats i lagen eller förarbetena, men det kommer i praktiken att avse dem som kommittén anser ha den nödvändiga sakkunskapen.

## 3 §

I paragrafen regleras kommitténs centrala uppgifter. I likhet med vad som uttalades om läkemedelskommittén innehåller inte den nya lagen detaljföreskrifter som begränsar landstingens handlingsfrihet i fråga om kommitténs inre arbete.

Vårdkommitténs verksamhet ska inte vara begränsad till läkemedelsanvändning utan det kunskapsstödjandet arbetet ska avse all hälso- och sjukvård. En definition av hälso- och sjukvård återfinns i 1 § tredje stycket denna lag. Vårdkommitténs arbete omfattar både den vård som landstingen ansvarar för och kommunal hälso- och sjukvård. Att kommunen ansvarar för viss hälso- och sjukvård följer av 12 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL).

Vårdkommittén ska verka för, dvs. arbetet ska syfta till, en nationell enhetlighet beträffande kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården i landstinget och i de kommuner som är belägna i landstinget, *första stycket*. Såsom beskrivs i författningskommentaren till 1 § avser begreppet landstinget både landstinget som juridisk person och som geografiskt område. Skrivningen i 3 § om att vårdkommitténs arbete även avser den kommunala hälso- och sjukvården är således endast ett förtydligande.

Med *nationell* avses sådana åtgärder eller dylikt som sker i hela landet, dvs. en enhetlig tillämpning. Med *kunskapsstyrning* avses åtgärder som vidtas för att patientmötet ska vara grundat på bästa kunskap. Målet med kommitténs arbete är alltså att skapa en enhetlighet i landet beträffande kunskapsstyrningen. Denna bestämmelse harmonierar med de föreslagna bestämmelserna för landsting och kommuner om att samverka i frågor i frågor om nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Vårdkommittéernas arbete kommer att utgöra en viktig länk i denna samverkan.

I *andra stycket* regleras hur vårdkommittén ska arbeta för att bidra till en nationell kunskapsstyrning beträffande hälso- och sjukvården. Målet med arbetet är nå en kunskapsbaserad vård och en vård på lika villkor. Kravet på en *vård på lika villkor* för hela befolkningen framgår av 3 kap. 1 § HSL. En jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. Det finns inte någon enhetlig definition av begreppet *kunskapsbaserad vård*. Att vården ska bygga på kunskap innebär bl.a. att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vägledning kan även hämtas från bestämmelser om krav på en god vård och de aspekter av god vård som anges i 5 kap. 1 § HSL. Ytterligare vägledning kan hämtas från de principer som utgör den etiska plattformen vid bedömningar och beslut om prioriteringar, nämligen människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen (se prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården). Utredningen föreslår att en ytterligare aspekt av god vård införs, nämligen att vården ska utövas av hälso- och sjukvårdspersonal som har goda förutsättningar att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kommittén ska vidta åtgärder som syftar till att de nationella kunskapsstöden används. *Kunskapsstöd* kan vara dokument (t.ex. riktlinjer, hälsoekonomiska utvärderingar och rekommendationer)

men också t.ex. tillgång till data, register, sökmöjligheter, metodkompetens och it-stöd, se avsnitt 3.2.1.

Vidare ska kommittén verka för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp. Vårdkommittén ska även på annat lämpligt sätt stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att nå en kunskapsbaserad vård och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär bl.a. att vårdkommittéerna ska stödja hälso- och sjukvården även i de fall det saknas nationella kunskapsstöd. På samma sätt som har gällt för läkemedelskommittén ska vårdkommittén kunna göra de påpekanden som behövs och ge råd för att bristerna ska kunna elimineras,  *tredje stycket*. Bristerna kan avse, på samma sätt som tidigare, läkemedelsanvändningen men enligt förslaget även användningen av kunskapsstöd. Bedöms kompletterande utbildningsinsatser vara den lämpligaste åtgärden för att komma till rätta med påträffade missförhållanden ska kommittén initiera sådana insatser. Såsom regeringen uttalade i förarbetena till lagen om läkemedelskommittéer ska utbildning kunna erbjudas såväl offentligt som privat verksam hälso- och sjukvårdspersonal (prop. 1996/97:27 s. 128).

I likhet med läkemedelskommitténs arbete ska vårdkommittén fånga upp erfarenheter om kunskapsstyrningen och diskutera detta med personalen. Kommittéerna bör t.ex. kunna arbeta lokalt med uppsökande verksamhet och återkoppling av forskrivningsmönster och medicinska resultat. Andra uppgifter kan vara att stötta verksamheterna i förbättringsarbete och användning av nationella kunskapsstöd.

De uppgifter som tidigare låg på läkemedelskommittén att verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget, kvarstår och omfattas av det utvidgade uppdraget för vårdkommittén. Däremot ska inte vårdkommittén utfärda några rekommendationer eller riktlinjer i egen regi om det finns nationella rekommendationer eller ställningstaganden. Utredningen föreslår i stället att huvudregeln ska vara att det är landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning som ger kunskapsstöd till hälso- och sjukvården inom ramen för den gemensamma modellen. Socialstyrelsen föreslås få i uppgift att samordna kunskapsstöden som kommer från myndigheterna, se förslag till ny bestämmelse i 3 a § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

## 4 §

Läkemedelskommittéernas rätt att via E-hälsomyndigheten, ta del av de läkemedelsförskrivningar som görs av personal vid vårdinrättning, kvarstår men kommittén byter namn till vårdkommittén.

## 5 §

I samband med tillkomsten av lagen om läkemedelskommittéer uttalade regeringen att läkemedelskommittéerna för sin egen kompetensutveckling skulle samverka med andra läkemedelskommittéer liksom med forskningen. Samverkan skulle också ske med de närmast berörda ämbetsverken, dvs. i första hand Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Regeringen betonade att även samverkan med läkemedelsindustrin ibland kunde vara ändamålsenlig samt att samverkan bör kunna komma till stånd utan att det behövs något stadgande därom i lag (prop. 1996/97:27 s. 128 f.).

Vårdkommittéerna ska, i likhet med vad som har gällt för läkemedelskommittéerna, samverka med *andra vårdkommittéer*. Utredningen föreslår att det av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) ska framgå att landstingen och kommunerna ska samverka i syfte att nå nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Vårdkommittéernas arbete utgör en del av denna samverkan. Utredningen föreslår också att det i lagen om vårdkommittéer uttryckligen ska anges att vårdkommittéerna ska samverka med *samhällsorgan*. Med samhällsorgan avses bl.a. landsting och kommuner (jfr 7 kap. 7 § HSL, prop. 2016/17:43 s. 103 f. och 136). Det kan också vara av värde att vårdkommittéerna samverkar med de patientnämnder som finns inom landstingen. Kommittéerna bör ha en struktur för den nationella samverkan, lämpligen via landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning.

Vårdkommittéerna ska, precis som gällde för läkemedelskommittéerna, samverka med berörda myndigheter, universitet och högskolor.

Utredningen bedömer att det kan vara av värde att vid behov samverka med företrädare för olika organisationer. Med organisationer avses t.ex. patient-, brukar- och anhörigorganisationer (jfr 7 kap. 7 § HSL och prop. 2016/17:43 s. 104).



## 6 §

Bestämmelsen har oförändrad förts över från lagen om läkemedelskommittéer. I prop. 1996/97:27 s. 129 uttalas följande om denna bestämmelse: ”Reglemente för samtliga landstingets nämnder är obligatoriskt enligt kommunallagen. Detta krav har ett nära samband med landstingens nästan fullständiga frihet att själva bestämma sin nämndorganisation. Förevarande paragraf är av motsvarande innehåll vad avser läkemedelskommittéer. I reglementen kan tas in lokalt betingade bestämmelser som på lämpligt sätt kompletterar lagens bestämmelser. I reglementen kan även, i landsting där man valt att ha flera läkemedelskommittéer, intas bestämmelser om kommittéernas förhållande till varandra och andra därmed sammanhängande frågor.” Dessa uttalanden gäller för vårdkommitténs verksamhet och arbetsformer.

**Ikraftträdande**

Av *punkterna 1* och *2* följer att den nya lagen träder i kraft den 1 juli 2019 och att lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer då samtidigt upphör att gälla.

**18.2 Förslaget till ändring i lagen (1996:1156) om receptregister**

## 6 §

I paragrafen ersätts hänvisningen till lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer med en hänvisning till lagen om vårdkommittéer.

Förslaget behandlas i avsnitt 16.3.6.

## 18.3 Förslaget till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

### 4 kap.

#### 2 §

Bestämmelsen i *andra stycket* är ny. Av 4 kap. 2 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) följer att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten, dvs. en verksamhetschef. I nuvarande lydelse av 4 kap. 2 § andra stycket HSL anges att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om ansvar och uppgifter för verksamhetschefen. Utredningen föreslår att nämnda bestämmelse flyttas till *tredje stycket*. Föreskrifter om verksamhetschefens ansvar och uppgifter återfinns framför allt i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Utredningen föreslår att det uttryckligen ska framgå att det är verksamhetschefen som har ansvar för att se till att personalen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, nytt *andra stycket*. Det kan t.ex. handla om att personalen har tillgång till kunskapsstöd, har förutsättningar att använda kunskapsstöd eller får fortbildning. För att verksamhetschefen ska kunna ta detta ansvar kan denne t.ex. behöva tillgång till verksamhetens data eller utfallsrapporter för verksamheten. Verksamhetschefen kan också behöva tillgång till metodstöd. Vilka förutsättningar som behövs bestäms i dialog med huvudmannen. Utredningens förslag motsvarar förslaget om en ny aspekt av begreppet god vård, nämligen en skyldighet att se till att vården utövas av personal med goda förutsättningar att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, se 5 kap. 1 § punkten 6 HSL. Huvudmännen och vårdgivarna kommer således att behöva samarbeta både med varandra och med verksamhetschefen i frågor om kunskapsstyrning och t.ex. kring vilka kunskapsstöd som ska användas i verksamheten.

Förslaget behandlas i avsnitt 16.2.2.

## 5 kap.

### 1 §

Bestämmelsen i *punkten 6* är ny. En ny ytterligare aspekt av god vård införs så att det anges att vården ska utövas av hälso- och sjukvårdspersonal som har goda förutsättningar att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Om personalen inte har goda förutsättningar att utöva sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet är skyldigheten att bedriva en god vård inte uppfylld.

Med *hälso- och sjukvårdspersonal* avses detsamma som i 5 kap. 1 § punkten 4 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL). Vad som avses med *goda förutsättningar* kommer att skilja sig åt beroende på situationen. Det kan utifrån ett kunskapsstyrningsperspektiv handla om tillgång till relevanta kunskapsstöd eller sökmöjligheter. Det kan också handla om att ha tillgång till sina patienters samlade utfallsdata på ett lättöverskådligt sätt, eller att få tid att titta på dem. Det kan också handla om att ha tillgång till metodstöd för, och möjlighet att delta i, förbättringsarbete.

Det är huvudmännen och vårdgivarna som enligt HSL har ett grundläggande ansvar för att bidra till uppfyllelsen av målet för hälso- och sjukvården, däribland att bestämmelsen om god vård i 5 kap. 1 § följs. I likhet med vad som gäller för övriga delar i bestämmelsen om god vård förutsätter den föreslagna bestämmelsen därför ett samspel mellan vårdgivare och huvudmän utifrån deras respektive ansvar. Av utredningens förslag till nytt andra stycke i 4 kap. 2 § HSL framgår att verksamhetschefen också ska ha ett ansvar för att personalen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Huvudmännen och vårdgivarna behöver därför diskutera dessa frågor med verksamhetschefen.

Förslaget behandlas i avsnitt 16.2.1.

## 7 kap.

### 8 a §

Bestämmelsen är ny. I bestämmelsen anges att landstingen ska samverka med andra landsting och kommuner i frågor som rör nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Bestämmelsen utgör

ett förtydligande och precisering av de samverkansskyldigheter som återfinns i 7 kap. 7 och 8 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL). Med *nationell* avses sådana åtgärder eller dylikt som sker i hela landet, dvs. en enhetlig tillämpning. Med *kunskapsstyrning* avses åtgärder som vidtas för att patientmötet ska vara grundat på bästa kunskap. Beträffande samverkan avseende den kommunala hälso- och sjukvården kommer den att se olika ut i olika kommuner eftersom förutsättningar när det gäller resurser och behov skiljer sig åt.

I likhet med vad som gäller enligt 7 kap. 7 och 8 §§ ankommer det på landstingen och kommunerna själva att bestämma hur samverkan ska organiseras och genomföras. Det föreslås inte heller några närmare definitioner eller beskrivningar av t.ex. omfattningen av samverkan. I avsnitt 16.3.7 beskrivs hur utredningen välkomnar landstingens initiativ för ökad nationell samverkan om kunskapsstyrning. Lagförslaget är avsett att harmoniera med det arbetet. Eftersom kommunerna ansvarar för viss hälso- och sjukvård behöver samverkan även ske med dessa. Utredningen föreslår i 11 kap. 3 a § HSL motsvarande skyldighet för kommunerna att samverka med andra kommuner och landstingen i frågor om nationell kunskapsstyrning.

Förslaget behandlas i avsnitt 16.3.5.

## 11 kap.

### 3 a §

Bestämmelsen är ny. Det föreslås att kommunen ska samverka med andra kommuner och landsting i frågor om nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Med *nationell* avses sådana åtgärder eller dylikt som sker i hela landet, dvs. en enhetlig tillämpning. Med *kunskapsstyrning* avses åtgärder som vidtas för att patientmötet ska vara grundat på bästa kunskap. Motsvarande skyldighet för landstingen att samverka föreslås i 7 kap. 8 a § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL).

Förslaget behandlas i avsnitt 16.3.5.

## 18.4 Förslaget till förordning med ändring i förordningen (2007:1205) med instruktion för Läkeemedelsverket

### 5 §

Nuvarande andra stycke upphävs. Bestämmelsen i *andra stycket* är ny. Läkeemedelsverkets arbete med kunskapsstöd avseende hälso- och sjukvård till landsting och kommuner ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov. Likalydande bestämmelse föreslås för samtliga myndigheter som antingen tidigare har ingått i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eller fortsättningsvis ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Bestämmelsen i tredje stycket upphävs eftersom Läkeemedelsverket inte längre ska ingå i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst som regleras med stöd av förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Förslaget behandlas i avsnitt 16.5.

## 18.5 Förslaget till förordning med ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkeemedelsförmånsverket

### 2 a §

Bestämmelsen i första stycket upphävs. Det införs en ny bestämmelse i *första stycket* om att Tandvårds- och läkeemedelsförmånsverkets arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet avseende hälso- och sjukvård är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov. Lika-lydande bestämmelse föreslås för samtliga myndigheter som antingen tidigare har ingått i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eller fortsättningsvis ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Bestämmelsen i *andra stycket* upphävs eftersom Tandvårds- och läkeemedelsförmånsverket inte längre ska ingå i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst som regleras med stöd

av förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Bestämmelsen i nuvarande tredje stycket flyttas till andra stycket.

Förslaget behandlas i avsnitt 16.5.

## **18.6 Förslaget till förordning med ändring i förordningen (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering**

### *2 a §*

Bestämmelsen i första stycket upphävs. I *första stycket* införs en ny bestämmelse om att SBU:s arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov. Likalydande bestämmelse föreslås för samtliga myndigheter som antingen tidigare har ingått i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eller fortsättningsvis ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

I *andra stycket* ändras hänvisningen till förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eftersom den förordningen föreslås byta namn till förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Förslaget behandlas i avsnitt 16.5.

## **18.7 Förslaget till förordning med ändring i förordning (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd**

### *3 a §*

I *första stycket* ändras hänvisningen till förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eftersom den förordningen föreslås byta namn till förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

I *andra stycket* införs en ny bestämmelse om att myndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov. Likalydande bestämmelse föreslås för samtliga myndigheter som antingen tidigare har ingått i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eller fortsättningsvis ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Förslaget behandlas i avsnitt 16.5.

## **18.8 Förslaget till förordning med ändring i förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg**

### *4 §*

I *första stycket* tas lokutionen ”styrning med kunskap” bort. I *andra stycket* ändras hänvisningen till förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eftersom den förordningen föreslås byta namn till förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

I *tredje stycket* införs en ny bestämmelse om att IVO:s arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov. Likalydande bestämmelse föreslås för samtliga myndigheter som antingen tidigare har ingått i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eller fortsättningsvis ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Nuvarande tredje stycket flyttas till ett nytt *fyärde stycket*.

Förslaget behandlas i avsnitt 16.5.

## 18.9 Förslaget till förordning med ändring i förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten

### 20 §

Bestämmelsen i första meningen i andra stycket upphävs. I stället föreslås i *första meningen andra stycket* en ny bestämmelse om att Folkhälsomyndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov. Likalydande bestämmelse föreslås för samtliga myndigheter som antingen tidigare har ingått i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eller fortsättningsvis ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

I *andra meningen andra stycket* ändras hänvisningen till förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eftersom den förordningen föreslås byta namn till förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Förslaget behandlas i avsnitt 16.5.

## 18.10 Förslaget till förordning med ändring i förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten

### 7 a §

Bestämmelsen i första stycket upphävs eftersom E-hälsomyndigheten inte längre ska ingå i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst som regleras med stöd av förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Som en ny bestämmelse i *första stycket* införs en bestämmelse om att E-hälsomyndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov. Likalydande bestämmelse föreslås för samtliga myndigheter som antingen tidigare har ingått i Rådet för statlig styr-



ning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eller fortsättningsvis ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Förslaget behandlas i avsnitt 16.5.

### **18.11 Förslaget till förordning med ändring i förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet**

#### *4 a §*

I *första stycket* ändras hänvisningen till förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eftersom den förordningen föreslås byta namn till förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

I *andra stycket* införs en ny bestämmelse om att myndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov. Likalydande bestämmelse föreslås för samtliga myndigheter som antingen tidigare har ingått i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eller fortsättningsvis ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Förslagen behandlas i avsnitt 16.5.

### **18.12 Förslaget till ändring i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst**

Namnet på förordningen ändras eftersom förordningen inte längre ska avse frågor som rör hälso- och sjukvård. Förordningen avser således enbart frågor som rör socialtjänst. Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst byter namn till Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Förslagen behandlas i avsnitt 16.5.

## 1 §

Ändringen innebär att förordningen enbart ska vara tillämplig i frågor som rör socialtjänst, dvs. inte hälso- och sjukvård. Definition av socialtjänst återfinns i 3 §. Av denna bestämmelse följer att med socialtjänst avses i denna förordning verksamhet som omfattas av socialtjänstlagen (2001:453) eller av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Begreppet god vård används i socialtjänstlagen, varför den skrivningen alltså gäller. Landstingen har ett visst ansvar enligt LSS, varför även den skrivningen alltså gäller. Dessutom skrivs in att styrningen med kunskap ska bidra till att målen i enlighet med LSS uppfylls. Däremot omnämner inte de två lagarna patienter varför detta begrepp tas bort. I övrigt krävs inte några ändringar i denna bestämmelse med anledning av att förordningens tillämpningsområde begränsas till socialtjänst.

## 2 §

Kopplingen till hälso- och sjukvård tas bort. Även lokutionen ”som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet” tas bort eftersom den framför allt rör hälso- och sjukvårdsverksamhet.

## 3 §

Definitionen av hälso- och sjukvård tas bort.

## 4 §

Kopplingen till hälso- och sjukvård tas bort. Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst byter namn till Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

## 5 §

Från och med 1 juli 2015 ger sju myndigheter inom området hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel och folkhälsa ut sina författningar i en gemensam författningssamling. Från och med den 1 juni 2017 kommer även Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd att utnyttja den gemensamma författningssamlingen. Myndigheternas föreskrifter kungörs i en och samma författningssamling. Syftet är att öka överskådligheten där myndigheternas ansvarsområden ligger nära varandra. Författningssamlingen har namnet Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. vilket förkortas HSLF-FS. Av bilagan till författningssamlingsförordningen (1976:725) framgår att det är Socialstyrelsen som är utgivare, se även 7 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen. Respektive myndighet ansvarar för innehållet i sina föreskrifter.

Av bilaga 1 till författningssamlingsförordningen framgår att det är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket som utnyttjar den gemensamma författningssamlingen. Dessutom tillkommer från och med den 1 juni 2017 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. Dessa myndigheter ska alltjämt utnyttja den gemensamma författningssamlingen. Eftersom det föreslås att inte alla dessa myndigheter ska ingå i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst, tas hänvisningen till det rådet bort. Det framgår direkt av bilaga 1 till författningssamlingsförordningen vilka myndigheter som utnyttjar den gemensamma författningssamlingen. Bestämmelsen i denna förordning är således endast en upplysningsbestämmelse om regleringen i författningssamlingsförordningen.

## 6 §

Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst byter namn till Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Även rubriken till den bestämmelse ändras därför. Av bestämmelsen framgår vilka myndigheter som ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Till skillnad från vad som har gällt tidigare ingår inte längre

E-hälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Rådet ska således bestå av myndighetscheferna för Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Utredningen föreslår även att den nya Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd ska ingå i rådet.

### 7 §

Kopplingen till hälso- och sjukvård tas bort.

### 8 §

Kopplingen till hälso- och sjukvård tas bort. Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst byter namn till Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

### 9 §

Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst byter namn till Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

### 10 §

Sammansättningen av huvudmannagruppen ändras eftersom rådets arbete endast ska avse frågor rörande socialtjänst. Landstingen har ansvar för frågor som regleras i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Landstingens representation minskar från sex till fyra ledamöter.

### 11 §

Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst byter namn till Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

### 12 §

Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst byter namn till Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

## **18.13 Förslaget till ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen**

Förslagen behandlas i avsnitt 16.5.

### 3 §

Hänvisningen till förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst ändras eftersom den förordningen föreslås byta namn till förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst ska endast avse uppgifter som rör statlig styrning med kunskap beträffande socialtjänst. Uppgifter som rör statlig styrning med kunskap beträffande hälso- och sjukvård återfinns i stället i denna förordning.

### 3 a §

Bestämmelsen är ny. Bestämmelsen i *första stycket* ska ses som en målbestämmelse där Socialstyrelsens särställning på området statlig kunskapsstyrning, framgår. Socialstyrelsen ska samordna myndigheternas kunskapsstöd så att de är effektiva och anpassade till landstingens och kommunernas behov, dvs. vara behovsanpassade, effektiva och efterfrågestyrda. *Kunskapsstöd* kan vara dokument (t.ex. riktlinjer, hälsoekonomiska utvärderingar och rekommendationer)

men också t.ex. tillgång till data, register, sökmöjligheter, metodkompetens och it-stöd, se avsnitt 3.2.1. Respektive myndighet ansvarar för framtagandet och innehållet i sina kunskapsstöd. Ansvarig myndighet och Socialstyrelsen bör därför ha ett nära samarbete kring vilka kunskapsstöd som ska tas fram och när. I detta arbete behöver Socialstyrelsen ha en nära dialog med landstingen i samverkan.

Bestämmelserna i *andra stycket* motsvarar de bestämmelser som finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. I denna förordning avser bestämmelserna den statliga kunskapsstyrning som avser hälso- och sjukvård och som Socialstyrelsen ansvarar för.

Bestämmelsen i andra stycket *punkten 1* motsvarar regleringen kring kunskapsstyrning avseende socialtjänst som återfinns i 1 § första stycket förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Det anges uttryckligen att kunskapsstöden ska utgöra ett stöd även för vårdgivare. Begreppen *vårdgivare* och *huvudman* definieras i 2 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Bestämmelsen i andra stycket *punkten 2* motsvarar regleringen kring kunskapsstyrning avseende socialtjänst som återfinns i 1 § andra stycket förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Bestämmelsen i andra stycket *punkten 3* motsvarar regleringen kring kunskapsstyrning avseende socialtjänst som återfinns i 2 § andra stycket första meningen förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Bestämmelsen i andra stycket *punkten 4* motsvarar regleringen kring kunskapsstyrning avseende socialtjänst som återfinns i 2 § andra stycket andra meningen förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

## 11 §

I tredje stycket ändras hänvisningen till förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst eftersom den förordningen föreslås byta namn.

## 21 §

Kopplingen till hälso- och sjukvård tas bort.

### **18.14 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd**

## 8 §

Bestämmelsen i *andra stycket* är ny och avser den samverkan med vissa andra myndigheter som regleras i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Utredningen föreslår att Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd ska ingå i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Bestämmelsen i *tredje stycket* är ny. Det införs en ny bestämmelse om att myndighetens arbete med kunskapsstöd till landsting och kommuner avseende hälso- och sjukvård ska samordnas av Socialstyrelsen så att kunskapsstödet är effektivt och anpassat till landstingens och kommunernas behov. Likalydande bestämmelse föreslås för samtliga myndigheter som antingen tidigare har ingått i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst eller fortsättningsvis ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Utredningen föreslår att Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd ska ingå i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst, se förslag till ändring av 6 § förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utredningen föreslår att denna förordning ska byta namn till förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst.

Förslaget behandlas i avsnitt 16.5.





# Referenser

## Tryckt material

- Agerberg, M. (2015). Tillitsreform ska minska detaljstyrningen. *Läkartidningen*, 2015;112:DPXC.
- Ahlbäck Öberg, S. & Widman, S. (2016). Att göra rätt – även när ingen ser på. *Statsvetenskaplig tidskrift*, Årgång 118, 2016/1.
- Alvesson, M. (2016). Funktionell dumhet i offentlig verksamhet måste bekämpas. *Dagens Samhälle*. 13 oktober 2016.
- Anell, A. (2015). *Utvecklingskraft inom cancervården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet – Förutsättningar och vägval inom RCC syd*. Lund: KEFU och Ekonomihögskolan, Lunds universitet. SKRIFTSERIE 2015:1.
- Andersson G., Göthman B. (2015). *Kunskapsstyrning i Landstinget Dalarna*. Samverkansnämnden 3–4 december 2015. (powerpoint).
- Arriaga, A. F., Lancaster, R. T., Berry, W. R., Regenbogen, S. E., Lipsitz, S. R., Kaafarani, H. M., Elbardissi, A. W., Desai, P., Ferzoco, S. J., Bleday, R., Breen, E., Kastrinakis, W. V., Rubin, M. S., and Gawande, A. A. (2009). The better colectomy project: association of evidence-based best-practice adherence rates to outcomes in colorectal surgery. *Ann Surg* 250, 4 507–513.
- Asplund, K. (2015). Kvalitetsmätning inom hälso- och sjukvården. I: Jacobsson Ekman G., Lindahl, B., Nordin, A. (red.), *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*. Halmstad: Karolinska Institutet University Press, ss. 25–37.
- Attwood, T. K. Kell, D. B. McDermott, P. Marsh, J. Pettifer, S. R. and Thorne, D. (2009). Calling International Rescue: knowledge lost in literature and data landslide! *Biochem J* 424, 3 (2009): 317–333.

- Batalden, P. B. and Davidoff, F. (2007). What is quality improvement and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care* 16, 1 (2007): 2–3.
- Batalden, P. B. and Stoltz, P. K. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Jt Comm J Qual Improv* 19, 10 (1993): 424–447.
- Bero, L. A. Grilli, R. Grimshaw, J. M. Harvey, E. Oxman, A. D. and Thomson, M. A. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 317, 7156 (1998): 465–468.
- Boaz, A. Baeza, J. & Fraser, A. Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Res Notes* 4 (2011): 212.
- Brommels, M. Implementering är den kliniska forskningens största utmaning. *Läkartidningen*, 103, 30–31 (2006).
- Calltorp, J. Johansson, A. & Maath, G. (2006) *Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården*. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), 2006.
- Dir 2011:4. Kommittédirektiv – Översyn av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet.
- Dir 2016:51. Kommittédirektiv – Tillit i styrningen.
- Ds 2010:3. *Institutet för uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Förslag till uppdrag och plattform*.
- Ds 2014:9. *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst*.
- E-hälsomyndigheten (2015). *Internationell kartläggning (slutrapport)*.
- E-hälsomyndigheten (2016). *Utredning av förutsättningarna för ett eventuellt beslut om att flytta ansvaret för SIL från Inera AB till E-hälsomyndigheten*.
- E-hälsomyndigheten (2016). *Utvecklingsarbete rörande myndighetens statistikverksamhet*.

- Elg, M. Lindmark, J. Wiger, M. & Wihlborg, E. (2016). *Översättning av riktlinjer – Fallstudier av sjukdomsförebyggande metoders genomslag*. HELIX Rapport 16:003. Linköpings universitet, 2016.
- Eriksson, M. Glader, E. L. Norrving, B. & Asplund, K. (2015). The Swedish stroke register indicates differences in stroke care. Unconscious discrimination might explain some of the differences. *Läkartidningen*, 112 (2015).
- Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 268, 17 (1992): 2420–2425.
- Fernler, K. (2012). Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete. Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar. I: Rognes, J. & Krohwinkel Karlsson, A. (red). *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar*. Leading Health Care, 2012.
- Fi2016/00372/SFÖ. (2016). Finansdepartementet. Uppdrag till Statskontoret om statlig styrning av offentlig sektor. 2016-02-04.
- Fixsen, D. Blase, K. Metz, A. & Van Dyke, M. Statewide Implementation of Evidence-Based Programs. *Exceptional Children* 79, 2 (2013): 213–230.
- Fixsen, D. L. Blase, K. A. & Van Dyke, M. K. (2011). Mobilizing communities for implementing evidence-based youth violence prevention programming: a commentary. *Am J Community Psychol* 48, 1–2 (2011): 133–137.
- Fraser, SW. & Plsek, P. (2003) Translating evidence into practice: a process of externally driven spread or personal adoption? *Education for Primary Care* 14 (2003): 129–138.
- Fredriksson, M. Blomqvist, P. & Winblad, U. (2014). Recentralizing healthcare through evidence-based guidelines – striving for national equity in Sweden. *BMC Health Serv Res* 14 (2014): 509.
- Fritz, JM. Cleland, JA. & Brennan, GP. (2007) Does adherence to the guideline recommendation for active treatments improve the quality of care for patients with acute low back pain delivered by physical therapists? *Med Care*. 45, 10 (2007): 973–980.
- Gabbay, J. & le May, A. (2004). Evidence based guidelines or collectively constructed mindlines? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* 329, 7473 (2004): 1013.

- Garpenby, P. & Carlsson, P. (2014). Mot bättre vetande: Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården, Nytryck 2014 av Bilaga 6 i SOU 1999:66 God vård på lika villkor – underlag till slutbetänkande. Bilaga 2–6, Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000. CMT Avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys Institutionen för medicin och hälsa Linköpings universitet, 2014.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, Caswell, J.W. & Robinson, N. (2006) Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 26, 1 (2006): 13–24.
- Grimshaw, J., Eccles, M., & Tetroe, J. (2004) Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. *J Contin Educ Health Prof* 24 Suppl 1 (2004): S31–37.
- Grimshaw, J. M., Shirran, L., Thomas, R., Mowatt, G., Fraser, C., Bero, L., Grilli, R., Harvey, E., Oxman, A., & O'Brien, M. A. (2001) Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 39, 8 Suppl 2 (2001): II2–II45.
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 362, 9391 (2003): 1225–1230.
- Gustafsson, U. O., Hausel, J., Thorell, A., Ljungqvist, O., Soop, M. & Nygren, J. (2011). Adherence to the enhanced recovery after surgery protocol and outcomes after colorectal cancer surgery. *Arch Surg* 146, 5 (2011): 571–577.
- Hajer, A. M. & Wagenaar, H. (eds.) (2003). *Deliberative Policy Analysis, understanding Governance in the Network Society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hallin, B. & Siverbo, S. (2002). *Jakten på den goda styrningen – En kunskapsöversikt kring styrning och organisation inom hälso- och sjukvården*. Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys, 2002.
- Health Navigator, (2015). *Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad?* Stockholm, 2015.
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. Helsedirektoratet. Oslo.

- Hoffman, Lövström & Gustafsson, *Läkartidningen* 2014;111: C3HT, 2014.
- Hudson, J. & Lowe, S. (2009). *Understanding the Policy Process. Bristol: The Policy Press.* (2nd edition). Bristol: The Policy Press.
- Häger Glenngård, A. (2015). *Uppföljning och ansvarsutkrävning av vårdgivare jämte pinnstatistik – Erfarenheter av fem års medicinsk revision i primärvården i Region Skåne.* Lund: Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet. Skriftserie 2015:2.
- Hägglund, G. (2013). Positiv utveckling med CPUP. *Läkartidningen* 2013-04-09 nr. 15.
- Hägglund, G. (2015). CPUP – en framgångsrik kombination av preventionsprogram och nationellt kvalitetsregister för Cerebral pares. *Barnläkaren* 2015;5:6–7.
- Ingemansson, M. (2016). Evidence-based practice for children with asthma in primary care: quality of management and effects of learning: Karolinska Institutet, 2016.
- Ingram, H.A. Schneider, A. DeLeon, P. (2007). Social Construction and Policy Design. I: Sabatier, P. A. (red.) (2007). *Theories of the Policy Process.* Boulder: Westview Press.
- Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Systemanalys Region Skåne.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2015). *Policy för tillsyn, dnr. 1.3–6505/2015.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2017) *Budgetunderlag 2018–2020.*
- Institute of Medicine (US). (2008). Evidence-Based Medicine and the Changing Nature of Healthcare: 2007 IOM Annual Meeting Summary. The Need for Better Medical Evidence. Washington (DC): Institute of Medicine (US), 2008.
- Institutet för Framtidsstudier. (2012). *Bortom IT – Om hälsa i ett digitalt samhälle.* Stockholm: Institutet för Framtidsstudier, 2012.
- Johansson, L. (2015). Juridiken kring kvalitetsregister. I: Jacobsson Ekman G., Lindahl, B., Nordin, A. (red.), *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården.* Halmstad: Karolinska Institutet University Press. ss. 123–131.
- Johansson, S. 2012. Implementering av förändringar i socialtjänstens verksamheter – Vad säger forskningen? Powerpoint framtagen för SKL:s BoU-träff. <http://www.gotland.se/69515>.

- Jonzon, B. (2015). Stegvis godkännande – en samverkansmodell för utveckling och introduktion av nya läkemedel. *Pharma Industry* nr 1–15.
- Kansliet för Nationella Kvalitetsregister. (2016). *Guide – kvalitetsregister som stöd i förbättringsarbete*. Andra upplagan, juni 2016.
- Karlberg, I. (2011). *Från Vasa till Vårdval – om ansvar och styrning av svensk hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Kron, B. (2006). *Regional struktur för uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i Västra Götaland*. November 2006. Västra Götalandsregionen. RSK 698–2006.
- Källberg, N. (2013). *Förändringsprocesser i sjukvården: en studie av aktörer på en röntgenavdelning och deras agerande*. Diss. Handelshögskolan i Stockholm, 2013.
- Landstinget Kronoberg. *Kunskapsstyrning Landstinget Kronoberg. 20120517*. Katarina Hedin FoU chef, Styrbjörn Östberg Chef-läkare.  
[http://www.5.ltkronoberg.se/upload/Medicinska%20kommitt%c3%a9n/Kunskapsstyrning/Kunskapsstyrning%20i%20Landstinget%20Kronoberg%202012\\_0828.pdf](http://www.5.ltkronoberg.se/upload/Medicinska%20kommitt%c3%a9n/Kunskapsstyrning/Kunskapsstyrning%20i%20Landstinget%20Kronoberg%202012_0828.pdf).
- Landstinget i Västra Götaland (2014). *Hemsidesenkät riktad mot distriktsläkare och ST-läkare i allmänmedicin*, 2014.
- Landstinget Västernorrland. (2014). *Folkhälsoplan – Friskare Västernorrland 2011–2020. En långsiktig plan för att minska insjuknandet i diabetes och hjärt-kärlsjukdom 2014*. 2031/148972/Version 2.
- Lassen, K., Hannemann, P., Ljungqvist, O., Fearon, K., Dejong, C. H., von Meyenfeldt, M. F., Hausel, J., Nygren, J., Andersen, J. & Revhaug, A., Patterns in current perioperative practice: survey of colorectal surgeons in five northern European countries. *BMJ* 330, 7505 (2005): 1420–1421.
- Legido-Quigley, H. Panteli, D. Car, J. McKee, M. & Busse, R. (2013). *Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies. United Kingdom, 2013.
- Lugtenberg, M., Burgers, J. S., & Westert, G. P., Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 18, 5 (2009): 385–392.

- Lugtenberg, M., Zegers-van Schaick, J. M., Westert, G. P., & Burgers, J. S., Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci* 4 (2009): 54.
- Lundquist, L. (1984). Aktörer och strukturer. *Statsvetenskaplig tidskrift* 87, 1 (1984).
- Läkemedelsverket (2014). *Medicinska informationssystem – vägledning för kvalificering och klassificering av programvaror med medicinskt syfte*.
- Löfgren, K. (2012). *Implementeringsforskning – En kunskapsöversikt*. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö 2012.
- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A., (2012). The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *Am J Community Psychol* 50, 3–4 (2012): 462–480.
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R., (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci* 6 (2011): 42.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2012). *Grönt ljus för öppna jämförelser?* Rapport 2012:4. Stockholm: TMG Sthlm.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2014). *Registrera flera eller analysera mera? Delutvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister*. Stockholm: TMG Sthlm. Rapport 2014:9.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2014). *Strukturreformerna i hälso- och sjukvårdssystem – Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna*. Stockholm: TMG Sthlm. Rapport 2014:8.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2015). *Bilaga till rapport 2015:7 Lång väg till patientnytta – Underlag om nationella riktlinjer i andra länder*. Stockholm: TMG Sthlm.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2015). *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system*. Stockholm: TMG Sthlm. Rapport 2015:7.

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2015). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och nio andra länder*. Rapport 2015:9. Stockholm: TMG Sthlm.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2015). *Sjukt engagerad – en kartläggning av patient- och funktionshinderrörelsen*. Stockholm: TMG Sthlm. Rapport 2015:4.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2016). *Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården – ett diskussionsunderlag*. Stockholm: TMG Sthlm. PM 2016:3.
- Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2017). *Lag utan genomslag*. Stockholm: TMG Sthlm Rapport 2017:2.
- Nilsen, P Ed. (2010). *Implementering, teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, 2010.
- Nilsen, P. (Red.) (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerups Utbildning AB, 2014.
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci* 10 (2015): 53.
- Nordenström J, Thor J, Bästa praxis – en nyckel till bättre vårdkvalitet och mer effektiv vård. *Läkartidningen* 113, 16 (2016).
- Nordström M et al. (2016) *Klinisk IT-governance – Principer och språkbruk för klinisk verksamhet och informationssystem i samklang* Karolinska Institutet, 2016.
- Norrlandstingens Regionförbund. (2012). *Regional samverkan kring kunskapsstyrning*. PM – Samverkan inom kunskapsstyrning 2012-10-10.
- Norrlandstingens Regionförbund. (2016). *Avtal om regionvård 2017 – Med regional prislista för hälso- och sjukvård i norra sjukvårdsregionen*. Dnr 130/16.
- OECD. (2013). *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark*. 2013: Raising Standards. OECD Publishing. Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>.
- OECD. 2013. *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden*. 2013: Raising Standards. OECD Publishing. Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204799-en>.



- OECD. (2014). *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway*. 2014: Raising Standards. OECD Publishing. Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>
- OECD (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy*. 2014: Raising Standards. OECD Publishing. Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.
- OECD. (2015). *Reviews of Health Care Quality: Portugal*. 2015: Raising Standards. OECD Publishing. Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>.
- OECD. (2016). *OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom*. 2016: Raising Standards. OECD Publishing. Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239487-en>.
- Olson, UJ. (2004). *Beslutsfattarperspektivet i arbetet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer och beslutsunderlag för prioriteringar*. Ernst & Young AB, 2004.
- Palmberg, M. & Palmberg Broryd, K. (2014). *Att leda kunskapsbaserad utveckling – Ett kunskapsunderlag*. Mementor, 2014.
- Prior, G. & Grimmer-Somers, The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract* 14, 5 (2008): 888–897.
- Programråd Strama. (2017). *Framgångsfaktorer och utmaningar i lokalt arbete mot antibiotikaresistens 2017*.
- Prop. 1981/82:97, Om hälso- och sjukvårdslag.
- Prop. 1996/97:27, Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m.m.
- Prop. 2014/15:1, Budgetproposition för 2015.
- Prop. 2015/16:1, Budgetproposition för 2016
- Prop. 2016/17:43, En ny hälso- och sjukvårdslag.
- Regeringskansliet. ALF avtal 2014.
- Regeringskansliet. (2017) *Handlingsplan för samverkan vid genomförandet av Vision e-hälsa 2025, 2017–2019*.
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). *Att leda med kunskap – Erfarenheter från sex år med regionala cancercentrum och nationella cancerstrategin*. Redaktör: Alm. B. Stockholm, juni 2016. ISBN: 978-91-7585-411-3.

- Regionalt cancercentrum norr. (2015). *Regional utvecklingsplan för cancer vården i norra regionen 2016–2018*.
- Region Halland. (2015). *Samverkansavtal för Västra sjukvårdsregionen*. Tjänsteskrivelse 2015-02-13. RS150051.
- Region Jämtland Härjedalen. (2015). Beslut med anledning av omorganisation 2016-01-01 inom Region Jämtland Härjedalen. Dnr RS/1379/2015.
- Riksrevisionen. (2013). *Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?* Stockholm: Riksdagens internttryckeri. RIR 2013:4.
- Riksrevisionen. (2017) *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*. RIR 2017:03.
- Rogers, E, Diffusion of Innovation (fifth edition: first edition 1962) *New York: Free Press*, 2003.
- Ronellenfitsch, U., Rossner, E., Jakob, J., Post, S., Hohenberger, P., & Schwarzbach, M., Clinical Pathways in surgery: should we introduce them into clinical routine? A review article. *Langenbecks Arch Surg* 393, 4 (2008): 449–457.
- Roshanov, P. S., Fernandes, N., Wilczynski, J. M., Hemens, B. J., You, J. J., Handler, S. M., Nieuwlaat, R., Souza, N. M., Beyene, J., Van Spall, H. G., Garg, A. X., & Haynes, R. B., Features of effective computerised clinical decision support systems: meta-regression of 162 randomised trials. *BMJ* 346 (2013): f657.
- Rutten, G. M., Degen, S., Hendriks, E. J., Braspenning, J. C., Harting, J., & Oostendorp, R. A. (2010). Adherence to clinical practice guidelines for low back pain in physical therapy: do patients benefit? *Phys Ther* 90, 8 (2010): 1111–1122.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care* 11, 2 (2002): 174–180.
- Rådet för statlig styrning med kunskap. *Förslag för utvecklad kunskapsstyrning – slutrapportering från arbetsgruppen till Rådet för statlig styrning med kunskap*, 2016.
- Sackett, DL. Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312, 7023 (1996): 71–72.

- Sannerstedt, A. (2001). Implementering – hur politiska beslut genomförs i praktiken. I: B. Rothstein. (red.) 2001. *Politik som organisation*. (Tredje upplagan). Angered: Elanders Graphic Systems.
- SBU. (2013). *Förutsättningar för ett nationellt hälsobibliotek, förstudie*, 2013.
- SBU. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2014.
- SBU. (2014). *Märk väl! – Nyttan av bättre innehållsmärkning, taggning och struktur i vårdens kunskapsdokument* (SBU), 2014.
- SBU. (2015). *SBU kommenterar*, 2015.
- Sjöberg, H. (2015). Kvalitetsregistrens organisering. I: Jacobsson Ekman G., Lindahl, B., Nordin, A. (red.), *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*. Halmstad: Karolinska Institutet University Press.
- Sjolander, M., Eriksson, M., Asplund, K., Norrving, B., & Glader, E. L., (2015). Socioeconomic Inequalities in the Prescription of Oral Anticoagulants in Stroke Patients With Atrial Fibrillation. *Stroke* 46, 8 (2015): 2220–2225.
- SKL. (2013). *Framgångsfaktorer i diabetesvården – En jämförande studie av diabetesvård i primärvård*. Sveriges Kommuner och Landsting, 2013.
- SKL. (2014). *Intermountain Healthcare – styrning för kvalitet i ett högpresterande system*. ISBN-nummer: 978-91-7585-139-6. Utgivningsdag: 2014-09-04.
- SKL. (2014). *Strategidokument Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (NSK-S)*. Sveriges Kommuner och Landsting 2014.
- SKL. (2015). *Framgångsfaktorer i strokevården – en jämförande studie av strokesjukvård*. Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.
- SKL. (2015). *Nationellt ramverk för patientsäkerhet*. Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.
- SKL. (2015) *Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad? – En kartläggning av primärvårdens användning av och uppfattning om evidensbaserad praktik vid kronisk sjukdom*. Sveriges Kommuner och Landsting, 2015.

- Socialstyrelsen. (2011). *Nationell utvärdering diabetesvård – rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.
- Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*, 2011. Västerås: Edita Västra Aros, november 2011.
- Socialstyrelsen. (2012). *Nationell datainsamling i primärvården – Förslag till utökning av patientregistret*. Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars, 2012 Artikelnr. 2012-3-36.
- Socialstyrelsen. (2012). *Om implementering*. Västerås: Edita Västra Aros, juni 2012. Artikelnr 2012-6-12.
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni – Indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering – tandvård: rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Västerås: Edita Västra Aros, april 2013. Socialstyrelsen 2013.
- Socialstyrelsen. (2014) *Om nationella riktlinjer – utvärdering 2014: vård vid astma och kol – förbättringsområden, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen 2014.
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för diabetesvård – stöd för styrning och ledning*. Falun: Edita Bobergs, februari 2015. Artikelnummer 2015-2-3.
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för vård vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)*. Falun: Edita Bobergs AB, november 2015. Artikelnummer 2015-11-3.
- Socialstyrelsen. (2015) *Nationella riktlinjer – utvärdering 2015 – diabetesvård – indikatorer och underlag för bedömningar*, Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.
- Socialstyrelsen. (2016). *Uppbyggnaden av regionala cancercentrum – En samlad bedömning från fyra års uppföljning*. Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), november 2016. Artikelnummer 2016-11-3.
- Socialstyrelsen och SKL. (2009). *Mot en effektivare kunskapsstyrning – Kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården*. 2009. Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) november 2009. Artikelnr 2009-10-124.

- SOS Alarm. (2001) *Svenskt index för akutmedicinsk larmmottagning (vol. 2)*, 2001.
- SOU 1999:66, *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården*. Slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). Socialdepartementet, 1999.
- SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, Slutbetänkande av Ansvarskommittén, Finansdepartementet, 2007.
- SOU 2009:43, *Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården*. Slutbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen. Utbildningsdepartementet, 2009.
- SOU 2009:11, *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Betänkande av Utredningen En nationell cancerstrategi. Socialdepartementet, 2009.
- SOU 2012:33, *Gör det enklare!* Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning. Socialdepartementet, 2012.
- SOU 2014:23. *Rätt information på rätt plats i rätt tid*. Slutbetänkande av Utredningen om rätt information i vård och omsorg. Stockholm 2014.
- SOU 2015:32. *Nästa fas i E-hälsoarbetet*. Betänkande av e-hälsokommittén, Socialdepartementet 2015.
- SOU 2015:48. *Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa*. Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård. Elanders Sverige AB. Stockholm 2015.
- SOU 2015:98. *Koncentrera vården för patientens bästa*. Betänkande av utredningen om högspecialiserad vård. Socialdepartementet 2015.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm 2016.
- Statskontoret. (2003). *Statens styrning – En egeninitierad förstudie om relationerna mellan staten, landstingen och kommunerna*. Redners tryckeri, 2003. 2013:16.
- Statskontoret. (2016). *Om Offentlig Sektor – Forskning i praktiken – Om praktikrelevant forskning och praktknära forskningsmiljöer*.
- Statskontoret. (2016) *Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst*, 2016, 2016:15.

- Statskontoret. (2016) *Statens styrning av kommunerna*, 2016 2016:24.
- Stockholms läns landsting. (2010). *Stockholms läns landsting FoUU-strategi*. LS 1005-0483. TJÄNSTEUTLÅTANDE 2010-11-15.
- Strehlenert, H., Richter-Sundberg, L., Nystrom, M. E., & Hasson, H., Evidence-informed policy formulation and implementation: a comparative case study of two national policies for improving health and social care in Sweden. *Implement Sci* 10 (2015): 169.
- Sundberg Richter, L. (2016). *Mind the gap: Exploring evidence-based policymaking for improved preventive and mental health services in the Swedish health system*. Diss. Folkhälsa och klinisk medicin, Enheten för Epidemiologi och Global hälsa, Umeå University, 2016.
- Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet. (2013). *Teamarbete & Förbättringskunskap – två kärnkompetenser för god och säker vård*. Solna 2013.
- Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet enhet för Medicinsk Kvalitetsrevision. (2002). *Medicinsk kvalitetsrevision – Ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten*. Tillgänglig: [www.slff.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/48.pdf](http://www.slff.se/upload/Lakarforbundet/Trycksaker/48.pdf)
- Synnerman, J-E. (2015). Kvalitetsregistrens historia. I: Jacobsson Ekman G., Lindahl, B., Nordin, A. (red.), *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*. Halmstad: Karolinska Institutet University Press.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (2014), *Kunskapsunderlag: Hälsoekonomisk utvärdering av datoriserat kliniskt beslutsstöd för strokeriskvärdering*, 2014.
- Tengelin, E. (2013). *Social ställning och medicinskt bemötande i vården – en kunskapsöversikt*. Göteborg: Kunskapscentrum för Jämlik vård, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen, 2013.
- Thor, J, Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbetet inom vården. *Läkartidningen* 99, 34 (2002).
- Vengberg, S. (2012). *Statlig kunskapsstyrning av den medicinska professionen – en studie om implementeringen av de nationella riktlinjerna för strokesjukvård*. Diss. Uppsala Universitet, 2012.

- Vårdgivarguiden SLL. (2017). *Helårsrapport 2016 Vårdgivarguiden*. Tillgänglig: [www.vardgivarguiden.se/globalassets/om-vardgivarguiden/helarsrapport-2016-vardgivarguiden?IsPdf=true](http://www.vardgivarguiden.se/globalassets/om-vardgivarguiden/helarsrapport-2016-vardgivarguiden?IsPdf=true).
- Västerbottens läns landsting. *Landstingsplan 2016–2019 inklusive årlig plan för 2016*. Tillgänglig: [www.vll.se/VLL/Filer/Landstingsplan%202016-2019.pdf](http://www.vll.se/VLL/Filer/Landstingsplan%202016-2019.pdf).
- Västerbottens läns landsting. (2016), *Implementering av Nationella riktlinjer för vuxentandvård –Projekt riktat till tandhygienister och tandläkare i Folk tandvården*, 2016.
- Västra Götalandsregionen. *Triangelrevision – Tvärprofessionella team utvärderar varandras strokeenheter utifrån tio regionala kriterier för strokeenhetsvård*. Tillgänglig: [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida41377/handsout\\_triangelrevision\\_vgr\\_2013.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida41377/handsout_triangelrevision_vgr_2013.pdf) (hämtad 2017-05-05).
- Wannheden, C (2016). *Kvalitetsregister och beslutsstöd – Två sidor av samma mynt*, QRC Stockholm, 2016.
- Wallentin, B. Lindahl, C. Kärvinge, K. Eklund, L. Levin, L. Grip. (2008). Svenskt arbete med nationella riktlinjer kan bli internationellt föredöme. *Läkartidningen* nr. 16 2008 volym 105.
- Wettermark B. (2004). *Drug utilization 90 %: Using aggregate drug statistics for the quality assessment of prescribing*. Doktorsavhandling vid Karolinska Institutet 2004-09-17.
- WHO. (2016). *Ambulatory care sensitive conditions in Portugal*. WHO Regional Office for Europe.
- Winblad-Spångberg, U. (2003). *Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården*. Uppsala universitet, 2003.
- Örebro läns landsting. (2012). *Arbetsätt och organisation för kunskapsbaserad styrning i Örebro läns landsting*. 2012-05-30.
- Överenskommelse mellan SKL och staten. (2015). *Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvård 2015*.
- Överenskommelse mellan SKL och staten. (2016)., *Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. 2016*.

## Webbsidor

- 1177 Vårdguiden – SLL. Hitta och jämför vård.  
[www.1177.se/Stockholm/Hitta-varld/Om-Hitta-och-jamfor-varld/](http://www.1177.se/Stockholm/Hitta-varld/Om-Hitta-och-jamfor-varld/) (hämtad 2017-05-05).
- AGREE. Introduction to AGREE II. [www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/introduction-to-agree-ii/](http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/introduction-to-agree-ii/) (hämtad 2017-04-28).
- AGREE. AGREE History – 10 Years of AGREE (2003–2013).  
[www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/agree-history/](http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/agree-history/) (hämtad 2017-04-28).
- Akademiska sjukhuset. Cancerrådet i Region Uppsala.  
[www.akademiska.se/Verksamheter/Cancerradet-i-Region-Uppsala/](http://www.akademiska.se/Verksamheter/Cancerradet-i-Region-Uppsala/) (hämtad 2017-05-04).
- CFIR Research Team. Consolidated Framework for Implementation Research. <http://cfirguide.org/constructs.html>.  
(hämtad 2016-11-7).
- Chalmers. CHI – Centre for Healthcare Improvement.  
[www.chalmers.se/sv/centrum/chi/Sidor/default.aspx](http://www.chalmers.se/sv/centrum/chi/Sidor/default.aspx).  
(hämtad 2016-11-11).
- Domitor Consulting AB. Hjärtjournalen. [www.excense.com/hj.aspx](http://www.excense.com/hj.aspx).  
(hämtad 2017-05-04).
- DSOG. October 11, 2016. Two new NFOG guidelines published.  
[www.dsog.dk/wp/dsog/two-new-nfog-guidelines-published](http://www.dsog.dk/wp/dsog/two-new-nfog-guidelines-published)  
(hämtad 2017-04-28).
- Duodecim. God medicinsk praxis. [www.kaypahoito.fi/web/svenska/kaypa-hoito](http://www.kaypahoito.fi/web/svenska/kaypa-hoito). (hämtad 2017-05-02).
- Duodecim Medical Publications Ltd. EBMeDS Clinical Decision Support. Welcome. [www.ebmeds.org/web/guest/home?](http://www.ebmeds.org/web/guest/home?) (hämtad 2017-05-03).
- Duodecim Medical Publications Ltd. Evidence-Based Medicine Guidelines. [www.terveysportti.fi/dtk/ebmg/home](http://www.terveysportti.fi/dtk/ebmg/home)  
(hämtad 2017-05-03).
- Fysioterapeuterna. Databaser. [www.fysioterapeuterna.se/Profession/Forskning/Databaser/](http://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Forskning/Databaser/) (hämtad 2017-04-28).



- Fysioterapeuterna. *Kliniska riktlinjer för fysioterapi*.  
[www.fysioterapeuterna.se/Profession/Riktlinjer/](http://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Riktlinjer/) (hämtad 2017-04-27).
- Fysioterapi. Forskning pågår. [www.fysioterapi.se/show.asp?si=910&go=FORSKNING-Forskning](http://www.fysioterapi.se/show.asp?si=910&go=FORSKNING-Forskning). (hämtad 2016-11-23).
- FYSS. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. [www.fyss.se/](http://www.fyss.se/). (hämtad 2016-11-23).
- Föreningen Sveriges Habiliteringschefer. Evidensbaserad habilitering. [www.habiliteringschefer.se/ebh/ebh.html](http://www.habiliteringschefer.se/ebh/ebh.html). (hämtad 2016-11-23).
- G-I-N. History of the ADAPTE Collaboration. [www.g-i-n.net/working-groups/adaptation/history](http://www.g-i-n.net/working-groups/adaptation/history) (hämtad 2017-04-28).
- G-I-N. Introduction to the G-I-N Adaptation Working Group. [www.g-i-n.net/working-groups/adaptation/introduction-g-i-n-adaptation-wg](http://www.g-i-n.net/working-groups/adaptation/introduction-g-i-n-adaptation-wg) (hämtad 2017-04-28).
- GRADE. What is GRADE? – The GRADE working group. [www.gradeworkinggroup.org/](http://www.gradeworkinggroup.org/) (hämtad 2017-04-28).
- G-I-N. About G-I-N/Introduction. [www.g-i-n.net/about-g-i-n/introduction](http://www.g-i-n.net/about-g-i-n/introduction). (hämtad 2017-04-28).
- Gäre Arvidsson, S. PrimärvårdsKvalitet 2012-16. Stockholm 161223. <https://skl.se/download/18.4dccb2b515940748fbf76b03/1484206972035/Rapport+Prim%C3%A4rv%C3%A5rdsKvalitet+2012-16.pdf> (hämtad 2017-05-11).
- HAS. Methodology for Guideline Development. [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2040454/fr/sbpp2-methodologie-d-elaboration-des-recommandations](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040454/fr/sbpp2-methodologie-d-elaboration-des-recommandations) (hämtad 2017-05-03).
- Helsedirektoratet. Metoder og verktøy. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Hva er medisinske kvalitetsregistre?. [www.kvalitetsregistre.no/om-medisinske-kvalitetsregistre](http://www.kvalitetsregistre.no/om-medisinske-kvalitetsregistre) (hämtad 2017-05-02).
- Helsebiblioteket. Om Helsebiblioteket.no. [www.helsebiblioteket.no/om-oss](http://www.helsebiblioteket.no/om-oss) (hämtad 2017-05-02).
- Herbst, Andreas, Ordförande SFOG. Välkommen till SFOG. [www.sfog.se/start/om-sfog/](http://www.sfog.se/start/om-sfog/) (hämtad 2017-04-27).
- Inera. Eira. [www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Eira/](http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/Eira/). (hämtad 2016-11-18).

- Inera. Frågor och svar om ClinicalKey. [www.inera.se/TJANSTER-PROJEKT/Eira/Fragor-och-svar-om-ClinicalKey/Vad-innehaller-ClinicalKey/](http://www.inera.se/TJANSTER-PROJEKT/Eira/Fragor-och-svar-om-ClinicalKey/Vad-innehaller-ClinicalKey/). (hämtad 2016-11-18).
- Inera. ICC – Integration Competence Center.
- Inera. Infektionsverktyget. [www.inera.se/TJANSTER-PROJEKT/Infektionsverktyget/](http://www.inera.se/TJANSTER-PROJEKT/Infektionsverktyget/).
- Inera. ICC, Integration Competence Center. [www.inera.se/TJANSTER-PROJEKT/ICC-Integration-Competence-Center/](http://www.inera.se/TJANSTER-PROJEKT/ICC-Integration-Competence-Center/). (hämtad 2016-11-18).
- Janusinfo. Kloka Listan. <http://klokalistan.janusinfo.se/2016/>. (hämtad 2016-11-18).
- Janusinfo. Så fungerar ordnat införande. [www.janusinfo.se/Nationellt-inforande-av-nya-lakemedel/Sa-fungerar-ordnat-inforande/](http://www.janusinfo.se/Nationellt-inforande-av-nya-lakemedel/Sa-fungerar-ordnat-inforande/). (hämtad 2016-11-18).
- Janusinfo SLL. Janusinfo. [www.janusinfo.se/Om-oss1/Om-Janusinfo/](http://www.janusinfo.se/Om-oss1/Om-Janusinfo/) (hämtad 2017-05-04).
- Jönköping Academy. Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare 2016 <http://center.hj.se/jonkoping-academy.html>. (hämtad 2016-11-10).
- Jönköping Academy. Om oss. <https://center.hj.se/jonkoping-academy/om-oss.html> (hämtad 2017-05-04).
- Kansliet för Nationella Kvalitetsregister. Nationella riktlinjer. [www.kvalitetsregister.se/drivaregister/valideringshandbok/variabler/nationellariktlinjer.1977.html](http://www.kvalitetsregister.se/drivaregister/valideringshandbok/variabler/nationellariktlinjer.1977.html) (hämtad 2017-04-28).
- Karolinska Institutet. MMC – Medical Management Centrum. 2016. <http://ki.se/lime/om-mmc>. (hämtad 2016-11-10).
- KIMS (quality institute for medical specialists), <http://kims.orde.nl/english.html>, NHG for general practitioners <https://www.nhg.org/nhg-standaarden> no english version. Or the general institute: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publications+in+english>.
- Kompetenscentret för företagshälsa. Riktlinjer vid ländryggsbesvär – en sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp. 2016 [www.fhvforskning.se/foretagshalsans-riktlinjegrupp/landryggsbesvar](http://www.fhvforskning.se/foretagshalsans-riktlinjegrupp/landryggsbesvar). (hämtad 2016-11-23).

- Landstinget Dalarna. Cancerrådet i Dalarna. [www.ltdalarna.se/Halso--och-sjukvard/Patientinformation/Cancerstrategi-Dalarna/Cancerradet-i-Dalarna/](http://www.ltdalarna.se/Halso--och-sjukvard/Patientinformation/Cancerstrategi-Dalarna/Cancerradet-i-Dalarna/). (hämtad 2017-05-04).
- Landstinget Sörmland. Rådet för kunskapsstyrning. [www.landstingetsormland.se/Sa-styrs-landstinget/Tjanstemannaledning/Landstingsdirektorens-staber/Enheten-for-overgripande-halso--och-sjukvardsfrigor/Radet-for-kunskapsstyrning/](http://www.landstingetsormland.se/Sa-styrs-landstinget/Tjanstemannaledning/Landstingsdirektorens-staber/Enheten-for-overgripande-halso--och-sjukvardsfrigor/Radet-for-kunskapsstyrning/). (hämtad 2017-05-04).
- Landstinget i Värmland. AKO (Allmänläkarkonsult). [www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten1/AKO-overenskommelser/AKO-overenskommelser/AKO-Allmanlakarkonsult/](http://www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten1/AKO-overenskommelser/AKO-overenskommelser/AKO-Allmanlakarkonsult/). (hämtad 2017-05-04).
- Landstinget i Värmland. Kunskapsbaserad hälso- och sjukvård (kunskapsstyrning). [www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten1/Kunskapsbaserad-halso--och-sjukvard/Kunskapsbaserad-halso--och-sjukvard/](http://www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten1/Kunskapsbaserad-halso--och-sjukvard/Kunskapsbaserad-halso--och-sjukvard/). (hämtad 2017-05-04).
- Landstinget i Värmland. Vårdprogram och vådrutiner. [www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten1/Vardprogram-och-vardrutiner/Vardprogram-och-vardrutiner/](http://www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten1/Vardprogram-och-vardrutiner/Vardprogram-och-vardrutiner/) (hämtad 2017-05-04).
- Landstinget Västernorrland. Behandlingslinjer inom vården. [www.lvn.se/behandlingslinjer](http://www.lvn.se/behandlingslinjer) (hämtad 2017-05-04).
- Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. En patientförsäkring för alla. <http://lof.se/>. (hämtad 2016-12-12).
- LIF. FASS för allmänheten. <http://www.fass.se/LIF/startpage>. (hämtad 2016-11-26).
- Medrave. Om Medrave. [www.medrave.se/pages/overview.aspx?product=0](http://www.medrave.se/pages/overview.aspx?product=0) (hämtad 2017-05-05).
- Memeologen. Om oss. <http://memeologen.se/om-oss/> (hämtad 2017-05-04).
- NCBI. PubMed. National Center for Biotechnology Information U.S. National Library of Medicine (NCBI) (2016) [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed). (hämtad 2016-11-04).
- NICE. Developing NICE guidelines: how to get involved. [www.nice.org.uk/process/pmg22/chapter/introduction](http://www.nice.org.uk/process/pmg22/chapter/introduction) (hämtad 2017-05-03).

- NICE. Making decisions using NICE guidelines.  
[www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/making-decisions-using-nice-guidelines](http://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/making-decisions-using-nice-guidelines) (hämtad 2017-05-03).
- NICE. NICE Guidance. [www.nice.org.uk/About/What-we-do/Our-programmes/NICE-guidance](http://www.nice.org.uk/About/What-we-do/Our-programmes/NICE-guidance) (hämtad 2017-05-03).
- NICE. Who we are. [www.nice.org.uk/about/who-we-are](http://www.nice.org.uk/about/who-we-are). (hämtad 2017-05-03).
- Uldbjerg N. Chaiman of the Guideline Committee. NFOG. Guidelines presented by NFOG – Clinical Guidelines and Nordic Collaboration. [www.nfog.org/guidelines.shtml](http://www.nfog.org/guidelines.shtml) (hämtad 2017-04-28).
- Ortivus. Västra Götalandsregionen förlänger avtalet för IT-stöd för hjärtsjukvård. [www.ortivus.com/sve/vastra-gotalandsregionen-forlanger-avtalet-for-it-stod-for-hjartsjukvard/](http://www.ortivus.com/sve/vastra-gotalandsregionen-forlanger-avtalet-for-it-stod-for-hjartsjukvard/) (hämtad 2017-05-04).
- PEDro. Welcome to PEDro. [www.pedro.org.au/](http://www.pedro.org.au/) (hämtad 2017-04-28).
- QRC Stockholm. Förbättringsarbete. <http://qrcstockholm.se/coachingakademien/utbildning-coacher/> (hämtad 2017-05-05).
- Qulturum. Den nationella plattformen för förbättringskunskap. <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=39588>. (hämtad 2016-11-24).
- RCC i samverkan. Framtagande av nya nationella vårdprogram. [www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardprogram/framtagande-av-nya-vardprogram/#Steg1](http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardprogram/framtagande-av-nya-vardprogram/#Steg1). (hämtad 2016-11-11).
- RCC i samverkan. Regionala cancercentrum i samverkan. [www.cancercentrum.se/samverkan/](http://www.cancercentrum.se/samverkan/). (hämtad 2016-11-11).
- Region Gotland. Lokala Vårdprogram Gotland. [www.gotland.se/34177](http://www.gotland.se/34177) (hämtad 2017-05-04).
- Region Gävleborg. E-biblioteket [www.regiongavleborg.se/A-O/Lednings-och-verksamhetsstod/Utveckling/sjukhusbiblioteken/e-biblioteket/](http://www.regiongavleborg.se/A-O/Lednings-och-verksamhetsstod/Utveckling/sjukhusbiblioteken/e-biblioteket/) (hämtad 2017-05-04).
- Region Gävleborg. Samhällsmedicin – Om oss. [www.regiongavleborg.se/A-O/Samhallsmedicin/om-oss/](http://www.regiongavleborg.se/A-O/Samhallsmedicin/om-oss/) (hämtad 2017-05-04).

- Region Halland. Uppdragsbeskrivning för Läkemedelskommittén Halland. [www.regionhalland.se/vard-halsa/for-ardgivare/lakemedel/test/uppdragsbeskrivning/](http://www.regionhalland.se/vard-halsa/for-ardgivare/lakemedel/test/uppdragsbeskrivning/) (hämtad 2017-05-05).
- Region Jönköpings län. Evidensbaserad kunskap. <http://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=40036&nodeType=1&refId=40041> (hämtad 2017-05-04).
- Region Jönköpings län. Fakta – allmänt kliniskt kunskapsstöd. <http://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=39574&nodeType=1&refId=39570&refNodeType=13> (hämtad 2017-05-04).
- Region Jönköpings län. Futurum är Region Jönköpings läns forsknings- och utbildningsenhet. <http://plus.rjl.se/futurum> (hämtad 2017-05-04).
- Region Jönköpings län. Om Qulturum. <http://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=43078&nodeType=13> (hämtad 2017-05-04).
- Region Jönköpings län. Riktlinjer för Region Jönköpings län. <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=40038> (hämtad 2017-05-04).
- Region Uppsala. Indikatorer kvalitetsuppföljning av hjärtsviktsvård. [www.lul.se/sv/Extranat/For\\_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Nationella-riktlinjer/Programrad-hjartsvikt-/Indikatorer-for-att-folja-kvalitet-i-hjartsviktsvard/](http://www.lul.se/sv/Extranat/For_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Nationella-riktlinjer/Programrad-hjartsvikt-/Indikatorer-for-att-folja-kvalitet-i-hjartsviktsvard/) (hämtad 2017-05-04).
- Region Uppsala. Programråd och kliniska riktlinjer. [www.lul.se/sv/Extranat/For\\_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Nationella-riktlinjer/](http://www.lul.se/sv/Extranat/For_vardgivare/MOT-PATIENTEN/Nationella-riktlinjer/) (hämtad 2017-05-04).
- Region Uppsala. Öppna jämförelser och Vården i siffror. [www.lul.se/oppnajamforelser](http://www.lul.se/oppnajamforelser) (hämtad 2017-05-04).
- Region Västmanland. Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling. <https://www.regionvastmanland.se/om-regionen/organisation/regionkontoret/centrum-for-halso--och-sjukvardsutveckling/> (hämtad 2017-05-04).
- Region Östergötland. Behovsanalyser. [www.regionostergotland.se/Demokrati-och-insyn/Politisk-styrning/Halso--och-sjukvardsnamnden/Behovsanalyser/](http://www.regionostergotland.se/Demokrati-och-insyn/Politisk-styrning/Halso--och-sjukvardsnamnden/Behovsanalyser/) (hämtad 2017-05-04).
- Registercentrum Västra Götaland. Om Kvartalen. [www.registercentrum.se/sv/content/om-kvartalen](http://www.registercentrum.se/sv/content/om-kvartalen) (hämtad 2017-05-05).

- Reumatikerförbundet. 2017. Informationen kommer från flera olika sidor på Reumatikerförbundets webbsida [www.reumatikerforbundet.org/](http://www.reumatikerforbundet.org/). Webbsidan besöktes under januari och april 2017.
- Rikshandboken barnhälsovård – en tjänst från Sveriges landsting och regioner. [www.rikshandboken-bhv.se/](http://www.rikshandboken-bhv.se/). (hämtad 2016-11-18).
- RKA. Om Kolada. [https://www.kolada.se/?\\_p=index/about](https://www.kolada.se/?_p=index/about). (hämtad 2016-11-18).
- Samverkansnämnden Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Kunskapsstyrningsgruppen. <http://svn uppsalaorebro.se/4-regionala/kunskap/kunskap.html> (hämtad 2017-05-04).
- Samverkansnämnden Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Utvecklingsgrupp för Nationella riktlinjer. <http://svn uppsalaorebro.se/4-regionala/utvgrupp/utvgrupp.html> (hämtad 2017-05-04).
- SFAI. Om SFAI. <https://sfai.se/sfai/om-sfai/> (hämtad 2017-04-27).
- SFAI. Riktlinjetråd. <https://sfai.se/riktlinje/riktlinjetrad> (hämtad 2017-04-27).
- SFOG. 2017. Informationen kommer från flera olika sidor på SFOG:s webbsida <https://www.sfog.se/start/>. Webbsidan besöktes under januari och april 2017.
- SKL. Astma och KOL, nationellt programråd. <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/astmavardkolvard.4217.html>. (hämtad 2016-11-16).
- SKL. Att leda för bästa möjliga vård. <http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/strukturerkunskapsstyrningutveckling/atledaforbattrekliniskaresultat.4331.html>. (hämtad 2016-11-24).
- SKL. Kunskapsstyrning, nationella programråd. <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad>. (hämtad 2016-11-14).
- SKL. Nationella programrådets uppdrag. <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/nationellaprogramradensuppdrag.9461.html>. (hämtad 2016-11-14).

- SKL. Nationellt programråd för diabetes.  
<http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/diabetesvard.225.html>.  
(hämtad 2016-11-16).
- SKL. Nationellt ramverk för patientsäkerhet.  
<https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/systematiskpatientakerhetsarbete/nationelltramverkforpatientsakerhet.3707.htm>.  
(hämtad 2016-11-18).
- SKL. Olika forum för lärande kring kunskapsstyrning.  
<http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/strukturerkunskapsstyrningutveckling/larandeforum.4333.html>.  
(hämtad 2016-11-24).
- SKL. Regionala cancercentrum i samverkan.  
<https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/cancervard/regionalacancercentrum.2297.html>.  
(hämtad 2016-11-11).
- SKL. Samverkansmodell för läkemedel. <http://skl.se/halsasjukvard/lakemedel/samverkansmodelllakemedel.2109.html>. (hämtad 2016-11-18).
- SKL. Stroke, nationellt programråd.  
<http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/strokevard.2157.html>.  
(hämtad 2016-11-16).
- SKL och Nationella kvalitetsregister. Om Vården i siffror.  
<https://www.vardenisiffror.se/about>. (hämtad 2016-11-18).
- SKL. Öppna jämförelser: hälso- och sjukvård.  
<https://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajokforelser/halsoochsjukvard.1563.html>. (hämtad 2017-05-05).
- SLL. Stockholms läns läkemedelskommitté.  
<http://www.janusinfo.se/Om-oss1/Stockholms-lans-lakemedelskommitte/>. (hämtad 2016-11-18).
- SNLG & ISS. How a comparative database is created.  
[http://www.snlg-iss.it/en\\_cdb\\_how\\_is\\_created](http://www.snlg-iss.it/en_cdb_how_is_created).  
(hämtad 2017-05-03).

- SNLG & ISS. National Guidelines System (SNLG).  
[http://www.snlg-iss.it/cms/files/brochureSNLG\\_L.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/brochureSNLG_L.pdf).  
(hämtad 2017-05-03).
- Socialstyrelsen. Cancerregistret – Bortfall och kvalitet.  
<http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/cancerregistret/bortfallochkvalitet>. (hämtad 2017-05-05).
- Socialstyrelsen. Insatser i kommunal hälso- och sjukvård – Bortfall och kvalitet. [www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/insatserkommunalhalso-ochsjukvard/bortfallochkvalitet](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/insatserkommunalhalso-ochsjukvard/bortfallochkvalitet).  
(hämtad 2017-05-05).
- Socialstyrelsen. Läkemedelsregistret – Bortfall och kvalitet.  
<http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/lakemedelsregistret/bortfallochkvalitet>. (hämtad 2017-05-05).
- Socialstyrelsen. Medicinska födelseregistret – Bortfall och kvalitet.  
[www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret/bortfallochkvalitet](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret/bortfallochkvalitet).  
(hämtad 2017-05-05).
- Socialstyrelsen. Målnivåer. [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/malnivaer](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/malnivaer). (hämtad 2015-03-16).
- Socialstyrelsen. Om nationella riktlinjer. [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer).  
(hämtad 2014-03-27).
- Socialstyrelsen. Så tar vi fram riktlinjerna. [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer).  
(hämtad 2014-03-27).
- Socialstyrelsen. Patientregistret. [www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret). (hämtad 2017-05-05).
- Socialstyrelsen. Så kan riktlinjerna användas. [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/sakanriktlinjernaanvandas](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/sakanriktlinjernaanvandas). (hämtad 2015-03-03).
- Socialstyrelsen. Sök i riktlinjerna. [www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvard/sokiriktlinjerna](http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvard/sokiriktlinjerna).  
(hämtad 2015-03-03).
- Socialstyrelsen. Nationella utvärderingar.  
[www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering](http://www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering). (hämtad 2015-10-22).



- Socialstyrelsen. Patientregistret – Bortfall och kvalitet.  
[www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/bortfallochkvalitet](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/bortfallochkvalitet). (hämtad 2017-05-05).
- Socialstyrelsen. Revidering av Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2016. [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/stroke](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/stroke). (hämtad 2016-11-16).
- Socialstyrelsen. Riktlinjer internationellt. [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/riktlinjerinternationellt](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/riktlinjerinternationellt). (hämtad 2017-04-28).
- Socialstyrelsen. Tandhälsoregistret – Bortfall och kvalitet.  
[www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/tandhalsoregistret/bortfallochkvalitet](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/tandhalsoregistret/bortfallochkvalitet). (hämtad 2017-05-05).
- Socialstyrelsen. Utveckling av patientregistret.  
[www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/utvecklingavpatientregistret](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/utvecklingavpatientregistret). (hämtad 2017-05-05).
- Socialstyrelsen. Öppna jämförelser.  
<http://oppnajamforelser.socialstyrelsen.se/Pages/default.aspx>. (hämtad 2017-05-05).
- Stockholms läns landsting. 1177 Vårdguiden. 2016  
[www.1177.se/Stockholm/Om-1177/Om-1177/](http://www.1177.se/Stockholm/Om-1177/Om-1177/). (hämtad 2016-11-15).
- Strama. Programråd Strama. 2016.  
<http://strama.se/programrad-strama/>. (hämtad 2016-11-15).
- Sundhedsstyrelsen. Forløbs-programmer for kronisk sygdom.  
<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/forloebprogrammer>. (hämtad 2017-04-28).
- Sundhedsstyrelsen. Om Nationale kliniske retningslinjer (NKR).  
<https://www.sst.dk/da/nkr/~media/D9A53C2E45EA489DA9D13A2C1AD9F70B.ashx>. (hämtad 2017-04-28).
- Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb på kræftområdet.  
<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb>. (hämtad 2017-04-28).
- Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens opfølgning på hjerteområdet.  
<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/hjertesygdom/hjerteområdet>. (hämtad 2017-04-28).

- Svensk sjuksköterskeförening. Re-Aktion: kunskapsunderlag för en säkrare vård. <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Re-Aktion-kunskapsunderlag-for-en-sakrare-vard/>. (hämtad 2016-11-24).
- Svensk sjuksköterskeförening. Teamarbete och förbättringskunskap. <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kvalitet/Teamarbete-och-forbattringskunskap/>. (hämtad 2016-11-24).
- Svenska Kardiologföreningen. Internationella riktlinjer (ESC). <http://cardio.se/internationella-riktlinjer-esc>. (hämtad 2017-04-28).
- Sveus. Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården. [www.sveus.se/](http://www.sveus.se/). (hämtad 2016-11-18).
- Sydöstra sjukvårdsregionen. Nationella riktlinjer (NR), sydöstra sjukvårdsregionen <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=41823> (hämtad 2017-05-04).
- Sydöstra sjukvårdsregionen. Vad är Regionala vårdriktlinjer? <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=40322> (hämtad 2017-05-04).
- Uppföljningsguiden SKL. Om Uppföljningsguiden. <http://uppfoljningsguiden.se/om-uppfoljningsguiden/> (hämtad 2017-05-05).
- Vinnvård. Vinnvård. <http://vinnvard.se/>. (hämtad 2016-11-11).
- Viss SLL. Information om Viss. [www.viss.nu/Om-Vissnu/Om-Viss/](http://www.viss.nu/Om-Vissnu/Om-Viss/) (hämtad 2017-05-04).
- Vårdgivarguiden SLL. Health Technology Assessment – HTA. [www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/vardutveckling/hta/](http://www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/vardutveckling/hta/) (hämtad 2017-05-04).
- Vårdgivarguiden SLL. Program 4D – fyra diagnoser. [www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/Projekt/Program-4D/](http://www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/Projekt/Program-4D/) (hämtad 2017-05-04).
- Vårdgivarguiden SLL. Om Vårdgivarguiden. [www.vardgivarguiden.se/om-vardgivarguiden/](http://www.vardgivarguiden.se/om-vardgivarguiden/) (hämtad 2017-05-04).
- Vårdhandboken. Om Vårdhandboken. 2016. [www.vardhandboken.se/Om-vardhandboken/](http://www.vardhandboken.se/Om-vardhandboken/) (hämtad 2016-11-18).

Västerbottens läns landsting. Landstingets nya webbplats  
[www.vll.se](http://www.vll.se) lanseras idag. [www.vll.se/centrala-nyheter/nyhetsarkiv/  
landstingets-nya-webbplats-wwwvllse-lanseras-idag](http://www.vll.se/centrala-nyheter/nyhetsarkiv/landstingets-nya-webbplats-wwwvllse-lanseras-idag). (hämtad  
2017-05-04).

WHO. Classifications 2016 World Health Organisation  
[www.who.int/classifications/help/icdfaq/en](http://www.who.int/classifications/help/icdfaq/en). (hämtad 2016-11-26).

WHO. Guidelines Review Committee (GRC).  
[www.who.int/publications/guidelines/guidelines\\_review\\_comm  
ittee/en/](http://www.who.int/publications/guidelines/guidelines_review_committee/en/). (hämtad 2017-04-28).



# Kommittédirektiv 2015:127

## **Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården**

Beslut vid regeringssammanträde den 3 december 2015

### **Sammanfattning**

En särskild utredare ska överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Syftet med uppdraget är att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män.

Utredaren ska bl.a.

- kartlägga de olika initiativ och samarbeten kring ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd som pågår på olika nivåer inom hälso- och sjukvården,
- utreda förutsättningarna för samt behovet och lämpligheten av att göra nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvård i någon form obligatoriska eller mer bindande, samt
- lämna de förslag som bedöms vara ändamålsenliga för att uppnå en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2017.

## Bakgrund

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget. En förutsättning för att dessa krav och målsättningar ska kunna uppfyllas är att kvinnor och män kan erbjudas en vård som baseras på bästa tillgängliga kunskap – oavsett var i landet personerna bor.

Flera statliga myndigheter bidrar till att utveckla kunskapsstöd till hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen tar fram olika icke bindande kunskapsstöd riktade till hälso- och sjukvården, bland dem nationella riktlinjer. Det finns för närvarande riktlinjer på ca 15 områden och arbete med att identifiera områden för nya riktlinjer pågår. Riktlinjerna syftar till att utgöra ett stöd för prioriteringar och olika typer av beslut på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Riktlinjerna kan också ligga till grund för nationella, lokala eller regionala vårdprogram och för förbättringsarbeten i verksamheterna.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) utvärderar etablerade och nya metoder som bl.a. används i hälso- och sjukvården. De oberoende utvärderingarna ska användas som stöd av alla som på olika nivåer i samhället bestämmer hur hälso- och sjukvården ska utformas.

Utöver dessa två aktörer tar bl.a. myndigheterna Läkemedelsverket och Folkhälsomyndigheten fram olika behandlingsrekommendationer till hälso- och sjukvården och andra kunskapsunderlag.

Sverige har som medlemsstat inom EU förbundit sig att följa gemensamma unionsrättsliga regler och författningar. Områden som är reglerade inom EU och som därigenom har betydelse för hälso- och sjukvården är bl.a. regelverken kring medicintekniska produkter och läkemedel. Nationella kunskapsstöd ska därför inte innehålla rekommendationer som strider mot EU-rätten.

Nationella kunskapsstöd har ett begränsat värde i hälso- och sjukvården om de inte på ett strategiskt sätt kan omhändertas och exempelvis ligga till grund för mer strukturerat och verksamhetsnära stöd, t.ex. vårdprogram. Detta innebär utmaningar för såväl huvudmännen och professionerna som staten – i rollen som avsändare av nationella kunskapsstöd.

Bristande följsamhet till kunskapsstöd kan också innebära att metoder som är ineffektiva inte avvecklas så snabbt som de borde. Det

finns indikationer på att förekomsten av vårdskador och vårdrelaterade infektioner kan minskas om följsamheten till nationella kunskapsstöd ökar i hälso- och sjukvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har haft regeringens uppdrag att granska nationella riktlinjer ur ett patientperspektiv. Vårdanalys lämnade den 4 november rapporten Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system, i vilken myndigheten bl.a. föreslår att en strategi för ett ändamålsenligt kunskapsstöd till hälso- och sjukvården utvecklas. Utgångspunkterna för en sådan strategi skulle enligt Vårdanalys bl.a. vara att arbetet på nationell, regional och lokal nivå måste hänga ihop och vikten av att kunskapsstöd även är ändamålsenliga för vårdens professioner i vårdmötet.

Sveriges Kommuner och Landstings styrelse antog 2012 ett positionspapper om evidensbaserad praktik i socialtjänst och hälso- och sjukvård. I dokumentet framför förbundet bl.a. att tillvaratagande av kunskapsutveckling förutsätter att huvudmännen utvecklar, vidmakthåller och ständigt förbättrar sina system för att fånga upp, värdera, anpassa och införa ny kunskap. I positionspappret tydliggörs också samspelet mellan nationell och lokal nivå i processen för att åstadkomma en evidensbaserad praktik – där nationell styrning och stöd innefattar att systematiserad kunskap presenteras och omsätts, ibland i form av riktlinjer. Kunskapen ska sedan tas till vara genom lokal styrning och lokalt stöd i avsikt att omsätta kunskap till praktik.

### *Definitioner*

Med hälso- och sjukvård avses i direktiven verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125), smittskyddslagen (2004:168) och annan liknande verksamhet som syftar till att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

### **Uppdraget att kartlägga pågående initiativ och samarbeten**

En aspekt som har betydelse för ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd är att de möter adekvata behov i verksamheterna. Den 1 juli 2015 trädde förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst i kraft. Syftet med

regleringen är att säkerställa att styrningen med kunskap som statliga myndigheter ansvarar för utgör ett stöd för huvudmännen och de olika professionerna. Styrningen med kunskap ska enligt förordningen vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner och huvudmän har. Författningen reglerar inte frågan om hur kunskapen ska omsättas i praktisk tillämpning. Det är ytterst ett ansvar för huvudmännen och verksamheterna.

Under senare år har ett antal initiativ tagits för att på olika sätt främja en ökad följsamhet till och användning av nationella kunskapsstöd. Exempel som kan nämnas är arbetet med programråd och framtagande av nationella vårdprogram inom ramen för den nationella cancerstrategin.

Variationer i praxis och tillämpning är motivet till bildandet av nationella programråd. Etableringen av nationella programråd är ett initiativ som leds av regiongruppen (sjukvårdshuvudmännen) i Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK). Staten har bidragit med stöd för utveckling av dessa råd. Programråden fungerar som ett komplement till de redan befintliga processerna i den gemensamma styrningen med kunskap inom hälso- och sjukvård. De ska bl.a. bidra till ökad kunskap, bättre dialog och samverkan inom och mellan lokal, regional och nationell nivå och utarbeta nationella vårdprogram, standardiserade vårdplaner och riktlinjer samt beslutsunderlag och indikatorer.

Regeringen har stimulerat inrättandet av regionala cancercentrum (RCC) i sex regioner. RCC ska bl.a. delta i arbetet med nationella riktlinjer och vid behov utarbeta regionala och nationella vårdprogram samt stödja att nationella riktlinjer och vårdprogram och annan kunskap inom cancervården genomförs i hela sjukvårdsregionen. Regionala cancercentrums samverkansgrupp (RCC i samverkan) är sedan 2012 styrgrupp för arbetet med nationella vårdprogram på cancerområdet. Vårdprogram utformas med målsättningen att skapa en likvärdig hälso- och sjukvård i landet och ska ge vägledning till vårdgivare så att en jämlik och god vård till alla patienter oavsett kön, etnicitet, utbildningsnivå, bostadsort etc. kan säkerställas. Vårdprogrammen utvecklas av arbetsgrupper, som utses av samverkansgruppen och som består av representanter från de sex sjukvårdsregionerna. Hitills har ca 19 nationella vårdprogram publicerats och ett antal ytterligare är under utarbetande.



Gemensamt för ovanstående exempel är att staten på olika sätt, tillsammans med landstingen, har bidragit till igångsättandet av initiativen samt med viss finansiering. Det är emellertid viktigt att få en tydlig bild av vilka övriga lokala och regionala projekt och verksamheter med syfte att omsätta ny kunskap i praktisk tillämpning som finns, exempelvis de olika riktlinjer och vårdprogram som professionerna själva utvecklar. Det är en angelägenhet för samtliga huvudmän för hälso- och sjukvård att denna process är tydlig och effektiv samt känd och accepterad av verksamheterna.

Utredaren ska därför

- kartlägga de olika initiativ och samarbeten kring ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd som pågår på olika nivåer i vården,
- kartlägga vilka kunskapsstöd som används i kontakten med patienterna,
- lyfta fram exempel på sådana praktiskt tillämpbara mekanismer och framgångsfaktorer som kan urskiljas,
- identifiera eventuella hinder för ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvård, samt
- föreslå vilka ytterligare åtgärder som på olika nivåer behöver vidtas för att dessa hinder ska bemötas.

## Uppdraget att utreda mer bindande nationella riktlinjer

### *Bristande följsamhet till nationella riktlinjer*

Nationella riktlinjer ska tas fram utifrån aktuell forskning och beprövad erfarenhet och visa på nyttan och riskerna med olika åtgärder. Syftet med riktlinjerna är enligt Socialstyrelsen att bidra till att stärka människors möjlighet att få jämlik och god hälso- och sjukvård. Det har funnits viss kritik mot att riktlinjerna täcker för få områden och att de tar så lång tid att ta fram att de i vissa delar riskerar att vara föråldrade när de publiceras. Vidare råder det oklarhet kring målgruppen för riktlinjerna, dvs. vilken nivå som de riktar sig till – beslutsfattare på hög nivå i organisationen eller professionsnivå. Socialstyrelsen har tagit dessa synpunkter till sig och arbetar med att vidareutveckla de nationella riktlinjerna så att processen med att ta fram riktlinjer ska bli snabbare och bättre.

Socialstyrelsen publicerar nationella utvärderingar på olika områden. Den första utvärderingen som görs inom respektive riktlinjeområde är en baslinjeundersökning och visar på ett utgångsläge inför kommande införande av riktlinjerna. I baslinjeundersökningen pekar Socialstyrelsen ut områden där det finns förbättringsutrymme men utvärderar inte följsamheten till riktlinjerna. I nästa utvärdering däremot utvärderas följsamheten till riktlinjernas rekommendationer. Under 2015 har Socialstyrelsen lämnat två nationella utvärderingar avseende hjärtsjukvård och diabetes som visar på en ökad användning av rekommenderade åtgärder. Däremot finns det fortfarande omotiverade geografiska och socioekonomiska skillnader. Detta är bekymmersamt då det kan bidra till omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården och till att ineffektiva metoder fortsätter att användas. I utredarens uppdrag ingår bl.a. att kartlägga vilka förutsättningar som finns och vilka initiativ som tagits för ökad efterlevnad av nationella kunskapsstöd i stort, samt främja bättre följsamhet. Det är i sig viktigt för att öka förståelsen hos myndigheter och andra beslutsfattare om de mekanismer och processer som måste till för att kunskapsstöden ska få full effekt.

I budgetpropositionen för 2015 aviserade regeringen sin avsikt att göra nationella riktlinjer mer bindande i syfte att säkra en likvärdig hälso- och sjukvård. Regeringen tydliggjorde bl.a. att kostnader och ansvarsfördelning mellan stat och kommun samt praktisk genomförbarhet särskilt skulle beaktas.

Regeringen konstaterade vidare att styrmodeller inom staten, landstingen och kommunerna som skapar större frihet för medarbetarna i offentlig sektor måste utvecklas och professionerna i den offentliga sektorn stärkas. Mot den bakgrunden aviserade regeringen även att den har för avsikt att utveckla den statliga styrningen i en riktning som innebär att professionernas kunskap, kompetens, erfarenhet och yrkesetik blir mer vägledande.

### *Kommunalt självstyre*

Landstingen ansvarar för finansiering, organisering och utförande av hälso- och sjukvård. Staten ansvarar i sin tur bl.a. för högskoleutbildningar på området samt för att genom föreskrifter ange ramarna för verksamheten.

Enligt regeringsformen sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Vidare ska föreskrifter som avser grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen samt kommunernas befogenheter i övrigt och deras åligganden meddelas genom lag. Staten styr landsting och kommuner genom bindande föreskrifter som meddelas av riksdagen genom lag och av regeringen genom förordning samt, efter bemyndigande av riksdagen eller regeringen, av andra myndigheter än regeringen. Myndigheter utfärdar även icke bindande dokument såsom allmänna råd, vägledningar och – inom hälso- och sjukvården – nationella riktlinjer.

Verksamheter på hälso- och sjukvårdens område regleras bl.a. av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. Lagen innehåller övergripande skyldigheter för huvudmännen och för de enskilda vårdgivarna. HSL är utformad som en s.k. ramlag, vilket innebär att den innehåller mer allmänna mål och riktlinjer, dvs. den fastställer ramarna för verksamheterna. Hur lagens bestämmelser bäst ska tillämpas avgörs bl.a. av myndigheters vidare föreskrifter och praxis samt av kommunektorn utifrån lokala och regionala förutsättningar. Vid lagens tillkomst uttalade regeringen att lagen borde ge stort utrymme för landstingen att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Det konstaterades att landstingen har de bästa förutsättningarna att bedöma hur behoven av service på lokal nivå ska kunna tillgodoses.

Vid lagstiftningsarbetet framfördes viss kritik mot ramlagstanken. Några myndigheter och organisationer menade att förslaget medgav stora standardskillnader mellan olika landsting till nackdel främst för de svagaste grupperna i samhället.

HSL är ett fortsatt viktigt styrinstrument för hälso- och sjukvården och dess karaktär av ramlag har sannolikt gjort den mer långlivad än andra, mer detaljerade författningar. Lagen har under de ca 30 år som den har varit i kraft kommit att bli mer detaljrik, men har i stora delar behållit sin ramlagstruktur. Avsteg från denna har huvudsakligen gjorts då det har funnits hänsyn av nationell karaktär som regering och riksdag har ansett inte kunna tillgodoses på lokal eller regional nivå.

*Professionernas yrkesansvar*

Med en evidensbaserad praktik avses en medveten och systematisk strävan att bygga hälso- och sjukvård på bästa möjliga vetenskapliga grund. Det innebär användning av flera kunskapskällor för beslut om insatser, exempelvis beprövad erfarenhet. Tanken är att personalen ska fatta beslut om lämpliga insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap kombinerad med patientens medverkan och egna erfarenheter. Det är personalens kompetens som utgör grunden för tillämpningen i dialog med den enskilde. Förekomsten av kunskapsstöd och rekommendationer innebär inte att det i alla givna situationer finns svar på hur personalen ska handla men de ska kunna ge vägledning. Det är alltid den professionelle som i varje enskilt fall i samråd med den enskilde måste göra en sammanvägd bedömning utifrån de sammantagna behov av insatser som patienten har.

Inom hälso- och sjukvården är det enskilda yrkesutövare som i kraft av legitimation och eget yrkesansvar tillsammans med patienten fattar nödvändiga beslut om vård och behandling. Patienten ska få en vård som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och som så långt som möjligt är utformad och genomförd i samråd med honom eller henne. Det är patientens individuella behov som avgör vilken vård och behandling som ges i det enskilda fallet.

Mot denna bakgrund är det angeläget att uppmärksamma hur mer bindande riktlinjer på hälso- och sjukvårdens område skulle förhålla sig till professionernas medicinska ansvar för den hälso- och sjukvård som ges till en individuell patient och hur det skulle påverka patientens delaktighet. I dagsläget är det tydligt att kunskapsstöd av olika slag utgör just rekommendationer och stöd för huvudmännens och professionernas beslut om prioriteringar och om vård och behandling i enskilda fall.

Det är också viktigt att klargöra i vilken form och på vilken nivå riktlinjerna i förekommande fall ska vara bindande och vilka eventuella konflikter utredaren ser i förhållande till kommunalt självstyre och professionernas yrkesansvar. I flera fall kan också kunskapsstöd och riktlinjer omfatta områden som befinner sig i gränslandet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, såsom exempelvis missbruksvård. Det finns därför anledning att belysa vilka konsekvenser det skulle få för verksamheten inom socialtjänsten om riktlinjerna på hälso- och sjukvårdens område blir mer bindande.

Utredaren ska

- analysera bakomliggande orsaker till bristande följsamhet till nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvården,
- utreda förutsättningarna för samt behovet och lämpligheten av att göra nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvård i någon form obligatoriska eller mer bindande,
- beakta hur professionernas roll och medicinska ansvar skulle förhålla sig till mer bindande nationella riktlinjer,
- analysera konsekvenserna av att göra riktlinjer för hälso- och sjukvården mer bindande i de fall riktlinjerna även vänder sig till socialtjänsten,
- belysa och analysera konsekvenserna för det kommunala självstyret av de förslag som presenteras för att göra de nationella riktlinjerna mer bindande och därmed öka följsamheten till dem, samt
- lämna de förslag som bedöms nödvändiga.

### **Avgränsning av uppdraget**

I uppdraget ingår inte att lämna förslag som innebär att det offentliga åtagandet ökar. I uppdraget ingår inte heller att lämna förslag som sammantaget innebär utgiftsökningar för det offentliga.

### **Konsekvensbeskrivningar**

Utredaren ska redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Utredaren ska i förekommande fall särskilt beräkna och redovisa kostnader för landsting och kommuner på lång och på kort sikt av att göra nationella riktlinjer mer bindande samt hur ansvarsfördelningen mellan stat och kommun skulle komma att påverkas av åtgärden. För de förslag som innebär kostnadsökningar eller intäktsminskningar för det offentliga ska utredaren föreslå en finansiering inom befintliga ramar.

Utredaren ska även säkerställa att förslagen står i överensstämmelse med EU-rätten.

## Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska löpande samråda med Regeringskansliet (Socialdepartementet). Utredaren ska vidare samråda med berörda aktörer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt med myndigheter som ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap och Huvudmannagruppen inom ramen för deras uppdrag enligt förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst som trädde i kraft den 1 juli 2015.

Utredaren ska samråda med andra statliga utredningar som har i uppdrag att utveckla den statliga styrningen av offentlig sektor.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2017.

(Socialdepartementet)

# Kommittédirektiv 2017:11

## **Tilläggsdirektiv till Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (S 2015:07)**

Beslut vid regeringssammanträde den 2 februari 2017

### **Förlängd tid för uppdraget**

Regeringen beslutade den 3 december 2015 kommittédirektiv om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (dir. 2015:127). Enligt direktiven skulle uppdraget redovisas senast den 1 mars 2017.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 1 juni 2017.

(Socialdepartementet)





Figur 11.1 Uppföljning ur några olika perspektiv och för olika aktörer

	Frekvens eller aktualitet	Syfte	Detaljnivå	Tillgång	Jämförelseobjekt
<b>Patienter och närstående</b>	Kontinuerligt/vid behov	Egenvård och medbestämmande	Hög – egna data	Tillgång till egen data och aggregerad (öppet publicerad) data	Egna data och patientgrupp att jämföra med över tid
<b>Medborgare</b>	Årligen	Ansvarsutkrävande	Låg - aggregerad	Öppet publicerad data	Case mix-justerad data nedbruten på landsting eller enhet
<b>Profession</b>	Kontinuerligt/vid behov	Förbättring	Hög – de egna patienterna	Direkttillgång till egna patienters data	Egna patienter över tid och andra liknande aktörer/enheter
<b>Verksamhetschef</b>	Flera gånger per år	Förbättring, kontroll, styrning	Rel. hög – verksamhetens patienter	Direkttillgång till enhetens egna data	Egna enheten över tid och andra liknande enheter
<b>Huvudman</b>	Minst årligen	Stöd, ledning, styrning, ansvarsutkrävning	Rel. låg – översikt olika verksamheter	Data från organisationernas olika delar bör kontinuerligt samlas in	Case mix-justerad data nedbruten på landsting eller enhet
<b>Regering</b>	Årligen	Stöd, styrning, ansvarsutkrävning	Låg – aggregerade data per huvudman och verksamheter	Data från olika landsting och verksamheter bör kontinuerligt samlas in och sammanställas	Case mix-justerad data nedbruten på landsting eller enhet

Källa: Utredningen har vidareutvecklat en figur som finns i B. Kron. 2006. Västra Götalandsregionen.



# Statens offentliga utredningar 2017

## Kronologisk förteckning

---

1. För Sveriges landsbygder  
– en sammanhållen politik för  
arbete, hållbar tillväxt och välfärd. N.
2. Kraftsamling för framtidens energi. M.
3. Karens för statsråd och statssekreterare.  
Fi.
4. För en god och jämlik hälsa.  
En utveckling av det  
folkhälsopolitiska ramverket. S.
5. Svensk social trygghet i en  
globaliserad värld. Del 1 och 2. S.
6. Se barnet! Ju.
7. Straffprocessens ramar och  
domstolens beslutsunderlag  
i brottmål – en bättre hantering av  
stora mål. Ju.
8. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017.  
Kärnavfallet – en fråga i ständig  
förändring. M.
9. Det handlar om oss.  
– unga som varken arbetar eller studerar. U.
10. Ny ordning för att främja god sed  
och hantera oredlighet i forskning. U.
11. Vägs katt. Volym 1 och 2. Fi.
12. Att ta emot människor på flykt.  
Sverige hösten 2015. Ju.
13. Finansiering av infrastruktur med  
privat kapital? Fi.
14. Migrationsärenden  
vid utlandsmyndigheterna. Ju.
15. Kvalitet och säkerhet  
på apoteksmarknaden. S.
16. Sverige i Afghanistan 2002–2014. UD.
17. Om oskuldspresumtionen och rätten att  
närvara vid rättegången. Genomförande  
av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. Ju.
18. En nationell strategi för validering. U.
19. Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen  
mot fördjupad lokal samverkan  
för unga arbetslösa. A.
20. Tillträde för nybörjare – ett öppnare  
och enklare system för tillträde till  
högskoleutbildning. U.
21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för  
vård och omsorg om äldre personer.  
Del 1 och 2. S.
22. Från värdekedja till värdecykel – så får  
Sverige en mer cirkulär ekonomi. M.
23. digitalforvaltning.nu. Fi.
24. Ett arbetsliv i förändring – hur  
påverkas ansvaret för arbetsmiljön? A.
25. Samlad kunskap – stärkt  
handläggning. S.
26. Delningsekonomi. På användarnas  
villkor. Fi.
27. Vissa frågor inom fastighets- och  
stämpelskatteområdet. Fi.
28. Ett nationellt centrum för kunskap  
om och utvärdering av arbetsmiljö. A.
29. Brottstatalag. Ju
30. En omreglerad spelmarknad.  
Del 1 och 2. Fi.
31. Stärkt konsumentskydd  
på bostadsrättsmarknaden. Ju.
32. Substitution i Centrum  
– stärkt konkurrenskraft med  
kemikaliesmarta lösningar. M.
33. Stärkt ställning för hyresgäster. Ju.
34. Ekologisk kompensation – Åtgärder  
för att motverka nettoförluster av  
biologisk mångfald och ekosystem-  
tjänster, samtidigt som behovet av  
markexploatering tillgodoses. M.
35. Samling för skolan. Nationell strategi  
för kunskap och likvärdighet. U.
36. Informationssäkerhet för samhälls-  
viktiga och digitala tjänster. Ju.
37. Kvalificerad välfärdsbrottslighet  
– förebygga, förhindra, upptäcka och  
beivra. Ju.

38. Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning. Fi.
39. Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. Ju.
40. För dig och för alla. S.
41. Meddelarskyddslagen – fler verksamheter med stärkt meddelarskydd. Ju.
42. Vem har ansvaret? M.
43. På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. S.
44. Entreprenad, fjärrundervisning och distansundervisning. U.
45. Ny lag om företagshemligheter. Ju.
46. Stärkt ordning och säkerhet i domstol. Ju.
47. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. S.
48. Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. S.
- 49 EU:s dataskyddsförordning och utbildningsområdet. U.

# Statens offentliga utredningar 2017

## Systematisk förteckning

---

### Arbetsmarknadsdepartementet

- Uppdrag: Samverkan. Steg på vägen mot fördjupad lokal samverkan för unga arbetslösa. [19]
- Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön? [24]
- Ett nationellt centrum för kunskap om och utvärdering av arbetsmiljö. [28]

### Finansdepartementet

- Karens för statsråd och statssekreterare. [3]
- Vägs katt. Volym 1 och 2. [11]
- Finansiering av infrastruktur med privat kapital? [13]
- digitalforvaltning.nu. [23]
- Delningsekonomi. På användarnas villkor. [26]
- Vissa frågor inom fastighets- och stämpel-skatteområdet. [27]
- En omreglerad spelmarknad. Del 1 och 2. [30]
- Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning. [38]

### Justitiedepartementet

- Se barnet! [6]
- Straffprocessens ramar och domstolens beslutsunderlag i brottmål – en bättre hantering av stora mål. [7]
- Att ta emot människor på flykt. Sverige hösten 2015. [12]
- Migrationsärenden vid utlandsmyndigheterna. [14]
- Om oskuldspresumtionen och rätten att närvara vid rättegången. Genomförande av EU:s oskuldspresumtionsdirektiv. [17]
- Brottsdatalag. [29]
- Stärkt konsumentskydd på bostadsrättsmarknaden. [31]
- Stärkt ställning för hyresgäster. [33]

Informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. [36]

Kvalificerad välfärdsbrottslighet – förebygga, förhindra, upptäcka och beivra. [37]

Ny dataskyddslag. Kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. [39]

Meddelarskyddslagen – fler verksamheter med stärkt meddelarskydd. [41]

Ny lag om företagshemligheter. [45]

Stärkt ordning och säkerhet i domstol. [46]

### Miljö- och energidepartementet

- Kraftsamling för framtidens energi. [2]
- Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2017. Kärnavfallet – en fråga i ständig förändring. [8]
- Från värdekedja till värdecykel – så får Sverige en mer cirkulär ekonomi. [22]
- Substitution i Centrum – stärkt konkurrenskraft med kemikaliesmarta lösningar. [32]
- Ekologisk kompensation – Åtgärder för att motverka nettoförluster av biologisk mångfald och ekosystemtjänster, samtidigt som behovet av markexploatering tillgodoses. [34]
- Vem har ansvaret? [42]

### Näringsdepartementet

- För Sveriges landsbygder – en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd. [1]

### Socialdepartementet

- För en god och jämlik hälsa. En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. [4]

Svensk social trygghet i en globaliserad värld. Del 1 och 2. [5]

Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden. [15]

Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Del 1 och 2. [21]

Samlad kunskap – stärkt handläggning. [25]

För dig och för alla. [40]

På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen. [43]

Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. [47]

Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. [48]

#### **Utbildningsdepartementet**

Det handlar om oss.  
– unga som varken arbetar eller studerar. [9]

Ny ordning för att främja god sed och hantera oredlighet i forskning. [10]

En nationell strategi för validering [18]

Tillträde för nybörjare – ett öppnare och enklare system för tillträde till högskoleutbildning. [20]

Samling för skolan.  
Nationell strategi för kunskap och likvärdighet. [35]

Entreprenad, fjärrundervisning och distansundervisning. [44]

EU:s dataskyddsförordning och utbildningsområdet. [49]

#### **Utrikesdepartementet**

Sverige i Afghanistan 2002–2014. [16]