



2014-06-19

Socialdepartementet
Enheten för samordning och stöd
103 33 Stockholm

Remissvar Ds 2014:9 En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst

Svenska läkaresällskapet (SLS) tackar för möjligheten att få lämna kommentarer på denna remiss. I vårt samlade svar har synpunkter inhämtats från våra sektioner och delegationer, där Svensk förening för hematologi, Svensk neurokirurgisk förening, Svenska endokrinologiska föreningen, Läkarsektionen av Svensk förening för vårdhygien samt Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik lämnat särskilda synpunkter.

Sammanfattningsvis vill SLS lämna följande övergripande synpunkter:

Vi välkomnar den övergripande målsättningen att staten/myndigheterna uppträder samlat och uppfattar samordningen som bra.

Vi vill betona värdet av en förtroendefull samverkan mellan berörda parter för att skapa en ändamålsenlig hälso- och sjukvård samt socialtjänst. I detta sammanhang saknar vi en diskussion om det professionella perspektivet på de flesta av utredningen förslag. Se vidare under punkt 6.1

VI ställer oss tveksamma till att överföra HSAN till Socialstyrelsen utifrån grundprincipen att uppgiften att föreskriva regler, inspektera och utdöma ansvar bör vara åtskilda.

Vi ställer oss positiva till att Folkhälsomyndigheten blir förvaltningsmyndighet för smittskydd, men skulle också vilja se att en motsvarande överföring av vårdhygieniska frågor och kompetens sker.

Se vidare nedan för mer detaljerade synpunkter på förslaget respektive punkt.

Punkt 6.1 Målet med den statliga kunskapsstyrningen och vilka krav kunskapsstyrningen ska uppfylla för att nå målet bör regleras. Vidare bör formerna för samverkan kring kunskapsstyrning mellan myndigheterna och mellan myndigheterna och huvudmännen regleras. Det bör skapas en gemensam författningssamling där myndigheterna som har föreskriftsbemyndigande kungör sina föreskrifter

SLS har inga invändningar mot att regeringen reglerar myndigheternas arbete i en samlad förordning, som reglerar mål och krav, och har heller inga invändningar mot hur formerna för samverkan mellan myndigheterna och huvudmännen regleras, och vi välkomnar att budskap från staten/myndigheterna samordnas.

Däremot ser vi med djup oro att utredningen helt saknar att beakta betydelsen av den professionella kompetensen för såväl hur kunskapsbehov identifieras, hur kunskap genereras som hur den tillämpas i mötet mellan professionella företrädare och patienter/brukare vilket är grunden för den evidensbaserade praktiken som utredningen beskriver. I vårdprofessionernas professionella ansvar ingår att grunda sitt handlande på kunskap om bästa tillgängliga vetenskapliga underlag, i förening med kännedom om den enskilda patienten/brukarens situation, vilket är grunden för den samlade professionella bedömningen.

Att utveckla och ta till sig ny kunskap är således något som ingår i vårdprofessionernas verksamhet och som utgör grunden för utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Vi ser självfallet betydelsen av att staten på en samlad nivå stödjer denna utveckling genom att ta fram kunskapsstöd och sammanställa information som kan ligga till grund för den kunskap som krävs för en evidensbaserad praktik, men vi vill framhålla tre viktiga aspekter som vi menar att utredningen inte beaktar:

Kunskapen genereras genom forskning, grundforskning och klinisk forskning och för att kunna ha kännedom om, tolka och tillämpa nationella och internationella forskningsrön så krävs professionell expertkunskap som myndigheterna inte ensam besitter.

Nationella riktlinjer av den typ Socialstyrelsen tar fram som kunskapsstöd har hitintills rört stora folkhälsoområden såsom diabetes, astma/kol mm, vilket är rimligt och förståeligt. Det finns dock många områden med tillstånd som rör färre patienter, eller på annat sätt anses för smala, för att bli föremål för nationella riktlinjer från staten, där de professionella kraven att arbeta evidensbaserat är precis desamma. Inom dessa områden finns liksom inom de stora folksjukdomarna en lång professionell erfarenhet av att ta fram kunskap och sammanställa riktlinjer vilket bygger helt på den professionella kompetensen. Det är av betydelse för en jämlik vård, att inte grupper lämnas utanför möjligheten till förbättrad vård genom en systematisk kunskapsutveckling vilket finns betydande risk för om resurser för att utveckla kunskapsstöd koncentreras till stora i och för sig angelägna områden som staten väljer att prioritera. Insikt om detta verkar saknas i utredningen.

Den tredje aspekten rör de professionella yrkesgrupper som mottagare av kunskapsstöd. Utredningen ger uttryck för ett perspektiv på de professionella yrkesverksamma ute i vården som passiva mottagare av kunskapsstöd som man sedan ska agera utifrån. Detta ger intryck av en förenklad syn på kunskap och implementering av densamma. Kunskap kan inte överföras ”förpackad” från en part för att användas av en annan. Kunskapen uppstår då mottagaren tagit den till sig, bearbetat och tolkat informationen. Det en myndighet kan överföra är således information. Omfattande forskning visar dock att för att kunskapen ska implementeras fungerar inte enkel informationsöverföring. Det finns inte ett gemensamt sätt att implementera ny kunskap men genomgående är att mottagaren måste vara delaktigt från början. Detta perspektiv saknas i utredningen men får konsekvenser för hur effektiv den önskade styrningen kan vara.

I beaktande av dessa punkter ser vi det därför som tveksamt att inrättandet av ett Kunskapsstyrningsråd kommer kunna få önskade effekter och ytterst stärkandet av en evidensbaserad praktik över hela fältet om inte även professionell kompetens inkluderas. Vi menar att även universiteten borde inkluderas, inte enbart indirekt via Forte.

Identifierande av kunskapsluckor är en angelägen uppgift och SBU:s och Fortes roll viktig men vi menar att även forskarsamhället i form av universiteten bör vara involverade i detta. Universitetens roll inom utbildningen av professionsyrkena är också central för att säkerställa att tillräcklig kompetens finns för att kunna värdera vilken praktik man bedriver är också. Särskilt menar vi att ett bredare perspektiv är viktigt eftersom rådet ska ha en strategisk roll.

Punkt 62 Socialstyrelsens som nav för kunskapsstyrningen

SLS har inga invändningar mot denna del av förslaget att Socialstyrelsen blir en sammanhållande aktör utom den del som rör HSAN, se vidare under punkt 6.6

Punkt 6.3 Samlat ansvar för SBU avseende kunskapsöversikter

SLS har inga invändningar mot detta utan inga invändningar i sig mot detta utan ser det som en välkommen renodling av myndigheternas uppdrag.

Vi vill också uttrycka att vi ser kunskapssammanställning är det slag SBU genomför som värdefullt kunskapsstöd. Vi vill dock påpeka att även SBU är beroende av professionella experter för att kunna genomföra sina uppdrag. Att experter som ingår i myndigheters olika grupper har sin förankring och legitimitet i de professionella organisationerna ser vi som viktigt för den fortsatta implementeringen.

6.4 Breddat uppdrag för Myndigheten för vårdanalys

SLS har inga invändningar mot detta utan ser det som rimligt

6.5 Ett samlat ansvar för smittskyddsfrågor mm

SLS ser positivt på att Folkhälsomyndigheten blir förvaltningsmyndighet för smittskydd, men skulle också vilja se att en motsvarande överföring av vårdhygieniska frågor och kompetens sker, vi befarar annars att vårdhygiens redan svaga ställning inom de båda myndigheterna kommer att ytterligare försvagas. Dessutom försvåras och försvagas nödvändig samverkan på myndighetsnivå vad gäller hantering av smittskydds- och vårdhygieniska frågor. Frågorna överlappar ofta varandra vilket inkluderar situationer när smittskyddslagen är applicerbar. Vi föreslår därför att alla frågor och all myndighetsexpertis som rör vårdhygien samlas på en myndighet, Folkhälsomyndigheten, även normeringsbemyndigandet vad gäller befolkningsskydd av patient- och brukarbefolkning. På detta sätt kan ett nära samband mellan smittskyddsfrågor och vårdhygienfrågor bibehållas samtidigt som den redan rådande splittringen av kompetens inom vårdhygienområdet kan åtgärdas.

Det måste tydligt framgå av myndighetens instruktion vilka delar av det breda vårdhygienuppdraget som myndigheten ansvarar för, på samma sätt som man i promemorian preciserar handläggning av smittskyddsfrågor.

6.6 Ändringar som berör HSAN

Inför denna del av förslaget känner vi stor tveksamhet och vill avråda från förslaget av rättssäkerhetsskäl då uppgiften att föreskriva regler, inspektera och utdöma ansvar bör vara åtskilda. HSAN bör enligt vår mening vara kvar under Kammarkollegiet

6.7 Uppdrag till statskontoret

SLS har inga synpunkter på detta

7. Kostnader, konsekvenser och genomförande

SLS har svårt att se hur inrättandet av Kunskapsstyrningsrådet i sig skulle skapa en effektivare väg för samverkan mellan verksamhetsföreträdare och forskarsamhället och snabbare kunna leda till nyttiggörande av forskningsresultat och innovationer. Vi saknar en grundläggande analys för denna slutsats och utifrån de synpunkter vi lämnat under punkt 6.1 ställer vi oss tvivlande till detta såsom förslaget nu ser ut.

Avseende konsekvensen att olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst skulle få enklare tillgång till mer samstämd, aktuell och målgruppsanpassad statlig kunskapsstyrning ställer vi oss också utifrån de reservationer vi framfört under punkt 6.1 tvivlande avseende de två sista delarna, medan samstämmigheten i den statliga informationen givetvis får förutsättas öka.

För Svenska Läkaresällskapet

Stockholm den 19 juni 2014



Kerstin Nilsson
Ordförande