



Remissvar Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter SOU 2020:36 (S2020/05621/FS)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS har getts tillfälle att lämna synpunkter på. I beredningen av SLS svar på *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård SOU 2020:36* har vi fått in remissvar från SLS sektioner för *allmänmedicin, diabetologi, infektionssjukdomar, kardiologi, läkemedelslära, obstetrik och gynekologi, socialmedicin* och *SLS delegation för medicinsk etik, SLS delegation för forskning samt SLS eHälsokommitté*. Flera sektioner har längre svar som innehåller både översiktliga och specialitetsspecifika viktiga synpunkter och förslag till regeringen och huvudmännen. Svaren bifogas i sin helhet.

Sammanfattning

SLS är kritiskt till att utredningen helt saknar förslag om hur den medicinska professionen ska inkluderas i arbetet då de nya strukturerna byggs. Därför har vi inlett svaret med principiella ståndpunkter om hur en mer kunskapsbaserad hälso- och sjukvård kan åstadkommas:

- *Professionen är främsta expert* – SLS i århundraden varit en central del av kunskapsstödet till hälso- och sjukvården genom forskning, utbildning samt genom att katalysera medlemmarnas erfarenhetsutbyte. Självklart ska SLS vara representerat i alla sammanhang där man utreder system för att göra hälso- och sjukvården mer kunskapsbaserad.
- *Begreppet "kunskapsstyrning" är felaktigt och bör utsträngas* – Det ger ett felaktigt intryck av att kunskap går att "styra" med. Begreppet implicerar också att kunskap är något som utvecklas och finns på central nivå när i själva verket forskning och kunskapsutveckling sker genom professionerna i verksamheterna.
- *Satsa på forskning och medarbetarnas fortbildning* – Basen för all kunskapsbaserad hälso- och sjukvård är forskning och kontinuerlig utbildning av personalen. Förutsättningarna för att lyckas med det kunskapsbaserade arbetet i regioner och kommuner kräver en strategisk satsning på forskning och utbildning för att säkra professionernas livslånga lärande
- *Statlig normering med stöd av professionen* – Framtagandet av kunskapsstöd med betydande konsekvenser för sjukvården bör förläggas till Socialstyrelsen. De statliga riktlinjerna måste utarbetas i samråd med högsta medicinska och vetenskapliga kompetens inom respektive område. Detta skulle möjliggöra att de statliga kunskapsstöden växte fram i samarbete med SLS professionsföreningars rekommendationer snarare än parallellt vilket är risken nu.
- *Helhetssyn på God vård* – Även befolkningsperspektivet måste lyftas fram i en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård.
- *Etiska aspekter måste beaktas* – Vårdgivarens skyldigheter avseende de etiska konsekvenserna alltid måste beaktas i processer för att göra hälso- och sjukvården mer kunskapsbaserad.

- *Vården som lärande organisation* – I kunskapsbaserad hälso- och sjukvård ingår följande om den utförs på ett ändamålsenligt sätt och att stödja framväxt av en lärande organisation. SLS har utvecklat en modell för professionsbaserad medicinsk kvalitetsrevision som bygger på att läkare och andra vårdprofessioner regelbundet granskar kliniker och vårdcentraler runt om i landet. Granskningen omfattar medicinska resultat, patientsäkerhet, forskning, fortbildning och etik.

SLS beklagar att regionernas system för kunskapsstyrning inte närmare ingått i utredningens arbete. Regionernas system för kunskapsstyrning uppfattas av många som ett tungrott och stort projekt, där stort fokus har lagts på organiseringen av systemet. När det gäller de konkreta förslagen **är SLS i huvudsak positivt till**

- förslaget om en samlad uppföljning och analys av regeringens reformer och satsningar, och att uppdraget läggs på Myndighetens för vård- och omsorgsanalys.
- förslag om en myndighetsgemensam arbetsgrupp med uppdrag att sammanställa en bild av tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården, och att belysa områden där det är ändamålsenligt att staten gör insatser.
- att lagen om läkemedelskommittéer bibehålls.
- att staten fortsatt ska stödja lokalt implementerings- och förbättringsarbete.

SLS delar inte utredningens uppfattning om att statens stöd att arbeta kunskapsbaserat ska ges inom ramen för tillfälliga överenskommelser. SLS anser även att det är förvånande att en statlig utredning om kunskapsbaserad vård i stort sett lämnar frågan om fortbildning därhän. Kompetensförsörjning och kompetensutveckling är en nödvändig förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna fortsätta att leverera resultat.

Allmänt om betänkandet

SLS ställer sig i huvudsak positivt till förslagen i betänkandet om en kunskapsbaserad vård i ett nationellt sammanhållet system. Utredningens uppdrag har dock främst varit att fokusera på hur staten kan agera mer sammanhållet genom att skapa bättre förutsättningar för en nationell och sammanhållen uppföljning av hälso- och sjukvården. I detta perspektiv har professionernas roll fallit bort. SLS saknar konkreta förslag om hur professionerna, med vetenskaplig kompetens, ska inkluderas i arbetet då de nya strukturerna byggs. Statskontoret har tidigare, i sin utvärdering av den samlade kunskapsstyrningen (rapport 2018:23), framhållit behovet av en policy för hur professionerna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan involveras på ett bättre sätt i arbetet med att ta fram nya kunskapsprodukter. Denna del av Statskontorets rapport har omnämnts men dessvärre inte beaktats tillräckligt i utredningen. Att integrera professionernas kunskap, erfarenhet och praktisknära perspektiv är helt nödvändigt för såväl framtagande av kunskapsunderlag som det implementering av kunskapsstyrningen syftar till – dvs. omsättning av såväl kunskap i praxis och stöd till vardagsnära lärande och kunskapsgenerering. SLS saknar en beskrivning av de faktorer som gör att hälso- och sjukvården fungerar kunskapsbaserat, det saknas redovisning av framgångsrika initiativ på lokal och regional nivå, se närmare svaret från *sektionen för läkemedelslära*. Se även remissvaret från *sektionen för obstetrik och gynekologi* som utförligt och mycket tydligt beskriver hur en sektion inom SLS/specialitetsförening arbetar med att ta fram kunskapsstöd, även i samverkan med andra.

Även när det gäller professionernas fortbildning förs det resonemang som inte landar i några förslag överhuvudtaget. Analysen i kap. 16.2 slutar mest i en retorisk frågeställning utan att peka ut någon tydlig väg framåt.

Vi saknar tydligt kommunicerade och konkreta förslag på hur den praktiska tillämpningen ska fungera eller hur de förslag som lämnas hänger ihop med det system för kunskapsstyrning som nu byggs upp på regional nivå. Därmed är det svårt att bedöma hur de ska kunna bidra till ett mer sammanhållet kunskapssystem över landet. Utredningen är som tydligast när det gäller förslagen kring att stärka samordningen mellan de myndigheter som har i uppdrag att förse regeringen med underlag inför beslut kring sjukvårdens organisation och styrning. Men detta handlar mer om att säkra att regeringens policybeslut blir så välgrundade och evidensbaserade som möjligt – vilket naturligtvis är utmärkt i sig – än att få till ett sammanhållet kunskapssystem i hälso- och sjukvården, som i grunden handlar om att stödja läkare och andra professioner i de kliniska besluten i mötet med patienten.

SLS beklagar att regionernas system för kunskapsstyrning inte närmare ingått i utredningens arbete, en följd av regeringens tilläggsdirektiv till utredningen där det inte bedömdes ändamålsenligt att utredaren skulle fortsätta stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård bl a mot bakgrund av att landstingens kunskapsstyrningsstruktur är under uppbyggnad. Regionernas system för kunskapsstyrning uppfattas av många som ett tungrovt och stort projekt, där stort fokus har lagts på organiseringen av systemet, som dessvärre känns långt borta från verksamheternas kunskapsöverföring. Målet borde vara att arbeta för att relevant, nödvändig och evidensbaserad kunskap finns tillgänglig i patientmötet på ett sådant sätt att det stödjer ett beslutsfattande som inkluderar patientens förståelse, förväntningar och önskemål. Det är viktigt att regionernas system för kunskapsutveckling noga utvärderas och ändamålsenligheten prövas innan det byggs ut i full skala och allt för mycket resurser investeras. Exemplet med NKS visar tydligt hur snett det kan gå när det görs stora investeringar i hälso- och sjukvården utan ordentliga underlag.

SLS noterar att i betänkandet beskrivs arbetet med kunskapsstyrning utifrån organisatoriska aspekter men ej ansvarsfördelning mellan stat och aktörer kring IT-strategier för kommunikation av sammanställd evidensbaserad kunskap. Det är anmärkningsvärt då svårigheten med kunskapsstöd är just att nå fram med rätt information vid rätt tidpunkt till beslut kring enskild patients utredning och behandling – både genom möjlighet att enkelt hämta situationsrelevant information från kunskapsstöd och genom aktiv presentation av information i kliniska beslutstöd. SLS konstaterar att det saknas en nationell strategi för att förverkliga en vision för hur kunskapsstöd/kunskapsdatabaser samt beslutstöd ska utvecklas, förvaltas och utvärderas i vården för att kunna påverka beslut om utredning och behandling. Staten har här en särskilt viktig roll i att samordna myndigheter och vårdens huvudmän.

Principiella utgångspunkter

Innan SLS kommenterar de konkreta förslagen i betänkandet vill vi föra fram några principiella ståndpunkter kring hur en mer kunskapsbaserad hälso- och sjukvård bäst kan åstadkommas. Det är ”generiska” nyckelfaktorer SLS för fram i alla sammanhang där det förs diskussioner om hur sjukvården kan stärkas som kunskapsorganisation.

Professionen är främsta expert

Sjukvården är en kunskapsorganisation där vårdens medarbetare är den viktigaste resursen och som såväl innehar kompetens som förmågan att omsätta den i den dagliga vården och i arbetet med att utveckla och förvalta arbetssätt som ger en säker och god vård. SLS är moderförening till 66 medlemsföreningar och sektioner som i sin tur motsvarar landets läkarspecialiteter och organiserar majoriteten av specialistläkarna. Det är läkarna i våra professionsföreningar som är med och beforskar medicinska problem i hälso- och sjukvården och tar fram och omsätter ny kunskap i vårdens vardag. Det är också specialistläkarna som tillsammans med andra professioner tar fram underlag till eller utarbetar egna riktlinjer, rekommendationer och vårdprogram – det vi kallar kunskapsstöd – baserad på den nyaste kunskapen. Dessutom är det specialistläkarna som liksom andra professioner använder kunskapsstöden och ser till att de sprids och implementeras i hälso- och sjukvården. SLS och dess delföreningar har många decenniers erfarenhet av hur man gör hälso- och sjukvården till en välfungerande kunskapsorganisation. Detta menar SLS att vi också tydligt visat i den exceptionella situation sjukvården befunnit sig i sedan i våras med anledning av Covid-19-pandemin. SLS har under pandemin ställt om sin verksamhet och ägnat stora resurser till att utbilda sjukvårdspersonal i den mest aktuella kunskapen om Covid-19 via digitala kurser och webinarier. I december bjuder även SLS tillsammans med sina föreningar in till Sveriges första stora (digitala) vetenskapliga möte om Covid-19 för att sammanfatta kunskapsläget. Vi har också producerat vårdprogram samt gjort regeringen, Socialstyrelsen och SKR uppmärksamma på en rad olika problem inom sjukvården som vi identifierat.

Trots att SLS i århundraden varit en viktig del av kunskapsstödet till hälso- och sjukvården genom forskning, utbildning samt genom att katalysera medlemmarnas erfarenhetsutbyte har vi som är experterna på området inte varit representerade i utredningen. De som ingått som experter i utredningen har varit företrädare för myndigheter och fackförbund. Ett tydligt resultat av detta är att betänkandet saknar konkreta förslag för att stärka kunskapsbyggande mekanismer i hälso- och sjukvården. Det saknas också förslag om hur professionerna ska inkluderas i arbetet med att bygga de nya strukturer som ska utgöra det sammanhållna kunskapssystemet.

Begreppet ”kunskapsstyrning” bör utsträngas

SLS har i många sammanhang lyft att begreppet kunskapsstyrning är felvisande och bör utsträngas. För det första ger det ett felaktigt intryck av att kunskap går att ”styra” med. Kunskap betecknar en praktisk förmåga att äga och tillämpa viss information och är något som fås genom utbildning och erfarenhet. Kravet på kunskap brukar sammanfattas med att hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Av detta framgår att kunskap inte är en tillgång som kan utportioneras eller användas för styrning. Kunskap är en praktisk förmåga som finns hos den sjukvårdspersonal som utövar kunskap – och det enda man egentligen kan göra utifrån är att stimulera kunskapsbildningsprocessen samt förutsättningarna för att den kunskap som finns kan tillämpas genom att sjukvården är organiserad så att de resurser som behövs för att omsätta kunskapen finns tillgängliga. För det andra implicerar begreppet kunskapsstyrning att kunskap är något som utvecklas och finns på central nivå när i själva verket forskning och kunskapsutveckling sker genom professionerna i verksamheterna. Statens och regionledningarnas roll är att stimulera kunskapsutveckling, samla ny viktig kunskap som uppstår och ta fram underlag inom relevanta områden som är utformade på ett användbart sätt för maximal spridning. I lagstiftningen och andra sammanhang bör man därför använda *kunskapsbaserad* och *kunskapsstöd* som de centrala begreppen.

Satsa på forskning och medarbetarnas fortbildning

Basen för all kunskapsbaserad hälso- och sjukvård är forskning och kontinuerlig utbildning av personalen. Förutsättningarna för att lyckas med det kunskapsbaserade arbetet i regioner och kommuner kräver alltså en strategisk satsning på forskning och utbildning för att säkra professionernas

livslånga lärande. I dagens detalj- och ekonomistyrda sjukvård saknas dessvärre ofta möjligheter och resurser för att trygga personalens kontinuerliga kunskapsinhämtning, vilket är grunden för att lyckas med införandet av nya kunskapsstöd. Se närmare svaret från *SLS delegation för forskning*. För att bryta denna trend krävs ett ledarskap som ser vikten av forskning, kunskapsutveckling och lärande och tillgodoser att det finns tid för den här typen av aktiviteter. Det måste också finnas relevanta digitala kunskapsstöd, se närmare bl a remissvaret från *sektionen för läkemedelslära*. SLS välkomnar att utredningen tagit upp fortbildningsfrågan men beklagar och förvånas över att förslagen uteblivit i ett betänkande om ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.

Statlig normering med stöd av professionen

Enligt SLS är riktlinjer och rekommendationer kring god och likvärdig vård och vilka behandlingsmetoder som ska användas i hälso- och sjukvården en form av mjuk normering som är statens ansvar. Framtagandet av kunskapsstöd med betydande konsekvenser för sjukvården bör därför förläggas till statlig myndighet, förslagsvis Socialstyrelsen. En intresseorganisation för regioner och kommuner (SKR) bör inte utarbeta riktlinjer för innehållet i den vård som regionerna ska utföra. Det är därtill bekymmersamt att representanter till de grupper där kunskapsstyrningen sker görs via regionerna snarare än utifrån expertis. De statliga riktlinjerna måste utarbetas i samråd med högsta medicinska och vetenskapliga kompetens inom respektive område. Detta skulle möjliggöra att de statliga kunskapsstöden växte fram i samarbete med SLS professionsföreningars rekommendationer och vårdprogram snarare än parallellt vilket är risken nu.

Vi föreslår därför att huvuddelen av kunskapsorganisationen som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) byggt upp lämpligen ska överföras till Socialstyrelsen och den medicinska kompetensen inom Socialstyrelsen återuppbyggs. Samarbetet mellan Socialstyrelsen och professionen och professionsföreningar bör stärkas och formaliseras. Se närmare svaren från *sektionen för infektionssjukdomar* och *sektionen för allmänmedicin*.

Helhetssyn på God vård

SLS anser att även befolkningsperspektivet måste lyftas fram i en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Kunskap om god vård för enskilda patienter och vårdprocesser är inte detsamma som kunskap om befolkningens hälsa och insatser för att förbättra den. Perspektivet att vårdmöten enbart utgör en delmängd av den tid personer ägnar åt t.ex. en kronisk sjukdom är väl belyst. I utredningen saknas dock avsnitt som belyser den evidens kring promotion och prevention av sjukdomar som ingår i såväl kommuners som regioners ansvar och som också behöver kunskapsstöd för att utföras på ett optimalt sätt. Hälso- och sjukvårdens förmåga att ge god och jämlik vård behöver följas upp ur såväl individers som befolkningens perspektiv. SLS önskar att detta skrivs fram tydligare. Se närmare svaret från *sektionen för socialmedicin*.

Etiska aspekter måste beaktas

SLS menar att vårdgivarens skyldigheter avseende de etiska konsekvenserna alltid måste beaktas i processer för att göra hälso- och sjukvården mer kunskapsbaserad. Enligt 5 kap 3 § HSL har vårdgivarna en skyldighet att tillförsäkra att nya metoder för diagnostik eller behandling är bedömda ur individ-, vård- och samhällsetiska aspekter innan de börjar tillämpas. Bestämmelsen har vid flera tillfällen kritiserats för att vara svårtolkad och otydlig och har fått olika tillämpning i landet. I utredningen saknas närmare resonemang om betydelsen av etiska överväganden och det tydliggörs knappast om sådana bör ingå i den nationella gruppens arbete. I den myndighetsgemensamma arbetsgruppen hade de etiska aspekterna med fördel kunnat klarläggas och beaktas tidigt i processen, vilken i sin tur kunnat leda till större tydlighet och samsyn och en mera enhetlig tillämpning i landet, se närmare svaret från *SLS delegation för medicinsk etik*.

Vården som lärande organisation

I kunskapsbaserad hälso- och sjukvård ingår inte enbart att ta fram och implementera kunskapsstöd som anger vilken vård som ska utföras utan att även följa upp om den utförs på ett ändamålsenligt sätt och att stödja framväxt av en lärande organisation i hälso- och sjukvården. Den externa kvalitetsgranskning som i regel görs i dag med resultatredovisningar och dokumentering har dock svårt att värdera komplexiteten i den professionella verksamheten. Ofta används mätbara men irrelevanta kvalitetsmått som riktar uppmärksamheten fel och påverkar prioriteringar i verksamheten.

SLS har mot denna bakgrund utvecklat en modell för professionsbaserad medicinsk kvalitetsrevision – så kallad **Hippokratesrevision** – som bygger på att läkare och andra vårdprofessioner regelbundet granskar kliniker och vårdcentraler runt om i landet. Granskningen omfattar medicinska resultat, patientsäkerhet, forskning, fortbildning och etik (eventuella undanträngningseffekter och hur man lever upp till vård efter behov). En viktig del i granskningen är att den även belyser om det finns rimlig balans mellan befogenheter och ansvar. Ett negativt utfall när det gäller medicinska resultat kan ju bero på ogynnsamma förutsättningar.

SLS berättar gärna mer för Socialdepartementet om hur en modell för professionsbaserad medicinsk kvalitetsrevision skulle kunna utgöra en kärna i kvalitetsuppföljningen inom hälso- och sjukvården och bidra till att göra den mer kunskapsbaserad.

Nedan ger SLS sina synpunkter på de konkreta förslagen i betänkandet. Utredningen är omfattande och det har inte varit möjligt för SLS att kommentera allt innehåll.

Kap. 15 En statlig funktion för nationell uppföljning

SLS är positivt till förslaget om en samlad uppföljning och analys av regeringens reformer och satsningar inom hälso- och sjukvården och till att uppdraget föreslås läggas på Myndighetens för vård- och omsorgsanalys. SLS vill understryka vikten av samverkan med professionerna (s. 341).

Utredningen framhåller att den stora mängden uppföljningar som görs av myndigheterna av tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården gör det svårt för regeringen att få en samlad bild av läget, och att det därmed blir svårt att förstå vilken typ av insats som behövs. Utredningen framhåller även att målen för de olika satsningarna kan vara otydliga, och ibland svåra att följa upp och även att se hur de skiljer sig från målen i HSL. SLS anser att mängden tillfälliga sk. satsningar och överenskommelser måste minska till förmån för en mer strategisk och långsiktig styrning som bygger på tillit till vårdens professioners egna innovativa krafter.

SLS är i huvudsak positivt till förslag om myndighetsgemensam arbetsgrupp med kansli på Socialstyrelsen med uppdrag att sammanställa en bild av tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården, och att belysa områden där det är ändamålsenligt att staten gör insatser. Syftet att bli ersätta dubbelarbete och minska det stora antal uppföljningsrapporter som i dag publiceras av statliga myndigheter är vällovligt. Det kan dock vara en utmaning att fördela ansvaret på alla de myndigheter som föreslås ingå. Därtill borde övervägas att inkludera Forte och Vetenskapsrådet, se svar från *sektionen för läkemedelslära*. SLS bedömer också att en förutsättning för att minska antalet uppföljningsrapporter torde vara att de sk. satsningarna och överenskommelser minskar i antal.

Utredningen framhåller dialog som ett centralt verktyg för arbetet i den myndighetsgemensamma arbetsgruppen och dess kansli. Syftet med dialogen är att öka förståelsen för hur läget i hälso- och sjukvården är, orsaker till läget samt var de största behoven av statliga initiativ och insatser finns. Utredningen nämner dialog med professionsföreträdare men fokus är främst dialog mellan staten och huvudmännen. SLS vill ånyo understryka vikten av dialog med professionsföreträdare, inte minst SLS medlemsföreningar och sektioner (läkarnas specialitetsföreningar). Utredningen räknar på s. 352 ff upp en rad befintliga forum för dialog, bl a nationella vårdkompetensrådet. SLS vill påminna om att professionerna inte heller där är företrädade. SLS saknar förslag om hur vårdens professioner ska i högre utsträckning inkluderas i arbetet med att göra hälso- och sjukvården mer kunskapsbaserad. Det vi framför allt saknar är förslag om hur medicinska experter som ingår i olika riktlinjearbeten ska ersättas, men även förslag kring en arbetsfördelning där professionsföreningar tar fram riktlinjer och vårdprogram som inte behöver ligga på myndighet och hur detta arbete skulle kunna formaliseras, organiseras och finansieras.

SLS delar utredningens uppfattning om att tillgång till data är en strategiskt viktig fråga som staten och huvudmännen bör hantera tillsammans. SLS välkomnar att utredningen anser att en viktig aspekt på ökad samordning är att inte belasta vårdens verksamheter med krav på uppföljning i större utsträckning än befogat.

Avsaknaden av metoder för uppföljning som fångar meningsfulla struktur-, process- och utfallsmått har länge hämmat såväl utveckling som lärande. De ansatser som gjorts hittills har inte utnyttjat den djupa kunskap som finns bland vårdens professioner och tyvärr har många ansatser även i den pågående kunskapsstyrningsorganisationen stannat vid vad som går att mäta snarare än vad som vore meningsfullt att följa upp. SLS inser vikten av samverkan med NSG Uppföljning och analys inom regionernas system för kunskapsstyrning, men anser att ett gemensamt utvecklingsprojekt i huvudsak bör ledas av Socialstyrelsen, i nära samverkan med regionerna och professionerna.

SLS delar den beskrivna bilden av kvalitetsregistren som en central infrastruktur för sjukvården som lärande organisation. Utredningen ger dock inga konkreta förslag till hur de ska fungera och användas bättre. SLS anser att ett problem med kvalitetsregister och andra befintliga uppföljningssystem är bristen på gemensam informationsstruktur och bristande incitament att redovisa data. Det står inget i utredningen om betydelsen av att sträva efter (eller helst kräva) gemensam informationsstruktur så att det blir lättare och mindre resurskrävande och tidskrävande för sjukvårdsenheternas professioner att leverera indata. Datastrukturer behöver harmoniseras och följa den gemensamma informationsstrukturen. Dessutom måste professionen få regelbunden återkoppling från de register man bidrar till så att de kan stödja såväl individuellt som organisatoriskt lärande. Först då får vi en kunskapsbaserad vård med ett sk. kunskapshjul. Se närmare remissvaret från *SLS eHälsokommitté*. Se även svaret från *sektionen för allmänmedicin* som lyfter vikten av digitalisering och även bra kvalitetsindikatorer för uppföljning och analys som central del i en sammanhållen kunskapsbaserad vård. Ett annat hinder är avsaknaden av analyskapacitet på många nivåer i systemet. Såväl informationsstruktur, finansiering av kvalitetsregister som en satsning på analyskapacitet och system för regelbunden återkoppling av data är frågor som kan lösas enbart på statlig eller regional nivå. SLS saknar förslag till hur kopplingen till huvudmannens verksamhet och dess kunskapsstyrning ska se ut. Se även svaren från *sektionen för diabetologi* och *sektionen för kardiologi* om kvalitetsregister.

Kap. 16.1 Ställningstagande avseende Kunskapsstödsutredningens förslag om vårdkommittéer

SLS tillstyrker att lagen om läkemedelskommittéer bibehålls.

16.2 Stöd till förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå i hälso- och sjukvården

SLS delar utrednings uppfattning om att staten fortsatt ska stödja lokalt implementerings och förbättringsarbete. SLS konstaterar att utredningen å ena sida påtalar mängden av uppföljningar, å andra sidan föreslår att resurser för kunskapsstyrning inkluderas i tillfälliga överenskommelser som alla kommer att behöva följas upp och utvärderas.

SLS delar inte utredningens uppfattning om att statens stöd att arbeta kunskapsbaserat ska ges inom ramen för tillfälliga överenskommelser, t ex i överenskommelsen för god och nära vård. SLS anser att tillfälliga överenskommelser och satsningar måste minska.

SLS välkomnar att utredningen tar upp förutsättningar för fortbildning och att konsekvenser av utebliven fortbildning är en patientsäkerhetsfråga, men beklagar att förslagen helt uteblir. SLS anser att det är en nyckelfaktor att säkra professionernas livslånga lärande för att kunna ta till sig och implementera kunskapsbaserad vård. I dagens ekonomistyrda sjukvård saknas möjligheter och resurser för att trygga personalens kontinuerliga kunskapsinhämtning vilket är grunden för att lyckas med införandet. Utredningen ställer ett antal retoriska frågor, men lägger inte några förslag, och hänskjuter hela frågan till Nationella vårdkompetensrådet.

SLS anser att det är förvånande att en statlig utredning om kunskapsbaserad vård lämnar frågan om fortbildning därhän. SLS anser att det måste finnas ett ordnat system för fortbildning. Till skillnad från grund- och vidareutbildningen saknas i dag formell reglering av fortbildningen för färdiga specialister. Kompetensförsörjning och kompetensutveckling är en nödvändig förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna fortsätta att leverera resultat. Kompetensutveckling ska vara en självklarhet under hela yrkeslivet. Fortbildning bör utgå från ”continuing professional development”

(CPD) och dokumenteras i portfölj. SLS vill även uppmärksamma behovet av kompetensutveckling i digitalisering och informatik, som är fundamentalt för att regeringens och huvudmannens ska leva upp till sina intentioner med Vision eHälsa 2025, se närmare remissvar från *SLS eHälsokommitté*.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Karin Pukk Härenstam
ordförande SLS delegation för medicinsk
kvalitet

Bilagor:

Remissvar från

SLS sektioner för

- allmänmedicin,
- diabetologi,
- infektionssjukdomar,
- kardiologi,
- läkemedelslära,
- obstetrik och gynekologi,
- socialmedicin

SLS delegation för medicinsk etik,

SLS delegation för forskning,

SLS ehälsokommitté

REMISSVAR
2020-10-26

Svenska Läkaresällskapet
ellinor.schmidt@sfs.se
Box 738
101 35 Stockholm

Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (SOU 2020:36)

Vi kan konstatera att utredningen presenterar en gedigen och värdefull genomgång av hälso- och sjukvårdens organisation, statens, regionernas och kommunernas arbete med kunskapsstyrning, uppföljning och analys samt en genomgång av problem och möjligheter till förbättringar.

Sammanfattning

Vi är eniga med utredningen i

- kravet på ”minskad detaljstyrning och långsiktiga förutsättningar för att åstadkomma ändamålsenliga resultat”.
- kravet på ökat handlingsutrymme för att åstadkomma ett tydligare fokus på medborgaren som resurs och aktör, ökat fokus på medborgarens behov, att ta tillvara erfarenheter och möjliggöra delaktighet, helhetssyn och tillit till andra professioner.
- att det krävs utökad analys och uppföljning av statliga initiativ.
- att det krävs stärkta lokala förutsättningar för att kunna arbeta kunskapsbaserat i regioner och kommuner.
- att förslaget om införande av vårdkommittéer bör överges och att läkemedelskommittéerna behålls.
- att det krävs ökad samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika delar till en helhet.
- att det krävs en tydligare nationell uppföljning och att myndigheten för vårdanalys bör följa upp och analysera statliga initiativ.
- att Socialstyrelsen bör sammanställa en bild av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården och belysa områden där det är ändamålsenligt för staten att agera.
- att utvecklingen av kliniska kunskapsstöd för primärvården bör inkludera kommunal hälso-och sjukvård.

Vi anser

- att de professionellas roll är förbisedd i konceptet "kunskapsstyrning". Som grupp svarar professionella såväl för generering och sammanställning av kunskap som för användningen i praktisk verksamhet.

Vi saknar

- förslag som avser att lyfta fram och tillvarata de patientnära verksamheternas roll i ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.
- överväganden kring utvecklad digitalisering och förslag till bra kvalitetsindikatorer för uppföljning och analys som central del i en sammanhållen kunskapsbaserad vård.

Vi föreslår

- att systemet för regionernas kunskapsstyrning blir föremål för oberoende analys om dess ändamålsenlighet och kostnadseffektivitet samt att konsekvenserna för primärvården och det allmänmedicinska arbetssättet beskrivs.
- att arbetet med att färdigställa och uppdatera det nationella kliniska kunskapsstödet ges en tydligare förankring i primärvården.
- att det nationella kliniska kunskapsstödet (NKK) integreras i den patientinformation som ges av sjukvårdsupplysningen 1177.
- att organisationen kring NKK och Kunskapsstyrningen som helhet överförs från SKR till SoS.
- att vårdens betydelse som lärandemiljö och kompetensutveckling blir föremål för fördjupad analys.
- att betydelsen av ett avgränsat uppdrag för läkare i primärvården för vårdkvalitet och patientsäkerhet samt lärandeklimatets betydelse för tillämpningen av kunskapsbaserad vård blir föremål för fördjupad analys.
- att bra och tydliga kvalitetsindikatorer tas fram, dels för att följa hälsoutfallet hos befolkningen, dels för att följa upp kompetensutveckling på individ- och gruppnivå.

Generella synpunkter

Utredningens syfte och innehåll

Förslagen i utredningen har två syften; dels att öka förutsättningarna för staten att påverka, dels att öka förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens professioner att arbeta kunskapsbaserat.

Det första syftet om statens medverkan, innehåller förslag om centraliserad uppföljning, som förutsätts bli en uppgift för Myndigheten för vård och omsorgsanalys samt för Socialstyrelsen som ska ansvara för sammanställningar och belysa områden där staten bör agera. Detta är vi positiva till, men att, som utredningen föreslår, fördela ansvaret på ett stort antal myndigheter med sinsemellan olika kulturer och värderingar anser vi inte vara optimalt.

När det gäller det andra syftet, ökade förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat, menar vi, liksom utredningen att det är viktigt att tillgängliga kunskapsstöd i högre utsträckning än hittills utformas med tanke på användning även inom den kommunala sjukvården.

Utredaren tycks ha uppfattat sitt uppdrag som om det enligt direktiven från 2018 skulle gälla att "att öka förutsättningarna för staten att göra de insatser som mest effektivt bidrar till att målen med hälso- och sjukvården nås, dels till att öka förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens professioner att arbeta kunskapsbaserat." Men direktiven om kunskapsstyrning upphävdes genom tilläggsdirektiven 2019, beroende på att regeringen och SKR hade träffat överenskommelser om att SKR skulle svara för kunskapsstyrningen i de former av samverkan mellan regioner, kommuner och statliga myndigheter som då höll på att ta form.

"Av tilläggsdirektivet framgår att det inte bedömdes ändamålsenligt att utredaren skulle fortsätta stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Detta mot bakgrund av att landstingens kunskapsstyrningsstruktur är under uppbyggnad, att andra kunskapsstyrningsstrukturer som berör kommunal hälso- och sjukvård, till exempel Partnerskapet, har etablerats och att statens arbetssätt behöver analyseras och utvecklas." (s. 46).

Betänkandet har som rubrik "Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård", en formulering som stämmer med dess innehåll, men inte med direktiven.

Myndigheter och lag bör råda, inte stat, SKR, regioner och kommuner

Utredningen ska försöka sammansätta en "tårta" med 3 lager (stat, region och kommun) som fungerar ihop och smakar bra, vilket i det här fallet betyder att de arbetar tillsammans mot samma mål om ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Men samtliga lager är var för sig politiska organisationer med separata val och styrning. Detta försvåras ytterligare av att den sammanbindande fyllningen är ännu en politisk styrd organisation, SKR, arbetsgivarnas intresseorganisation. Visst kan man ha en 10-årig överenskommelse om en målbild, men grundproblemet kommer fortsatt att vara vägen dit, hur, som kommer böttna i ideologi.

Mer långsiktigt fokus bör ligga på myndigheterna och deras oberoende roll i kunskapsstyrningen samt mer solid reglering genom lagar och förordningar som alla jämlikt har att förhålla sig till, oavsett ideologi.

Samverkan och förutsättningar

Vi instämmer i den övergripande konklusionen om att en väl fungerande samverkan mellan regioner och kommuner samt att grundläggande kompetensförsörjning och personalens praktiska förutsättningar är centrala delar. Detta är delar som SKR till stor del är ansvarig för men istället lägger fokus på att agera mer som en "pseudomyndighet".

Bra kvalitetsindikatorer behövs för att följa hälsoutfallet

Viktigt att ta fram bra och säkra kvalitetsindikatorer som är både enkla att följa över tid och som ger en bra bild över hälsoutfallet. Ett kvalitetsregister visar inte den totala kvalitén utan endast vad som rapporterats och risken finns att tid läggs på registervård och administration av siffror istället för vård åt patienten. I en pressad organisation med låg bemanning kan inmatande av data inte åläggas den enskilde läkaren. Därför viktigt att se över hur man ska följa resultat av vården och vem som ska göra det.

Kvalitetsindikatorer kan även användas för att följa kompetensutvecklingen hos både den enskilde och på gruppnivå. Med tydliga krav på fortbildning och deltagande i utbildning ställs kunskapsinhämtningen i fokus.

Kunskapsbaserad vård både kräver och är förutsättningskapande för en utvecklad digitalisering

I det ursprungliga utredningsdirektivet anges: "Utredaren ska närmare klargöra förutsättningarna för och ut arbeta ett detaljerat förslag till en nationell kunskapstjänst till exempel i form av en databas, där kvalitetssäkrade kunskapsstöd och vetenskapliga artiklar görs tillgängliga. Utredaren ska beakta Kunskapsstödsutredningens förslag". Av tilläggsdirektivet framgår dock att utredaren inte skulle fortsätta med deluppdraget att utarbeta ett detaljerat förslag om en nationell digital kunskapstjänst, vilket vi beklagar.

Även om den digitala kunskapstjänsten inte ingått i utredningsuppdraget vill vi påpeka att digitaliseringen är gravt eftersatt inom sjukvården, häri finns en stor potential att generera och därigenom använda data och information i syfte att införskaffa kunskap och följa utvecklingen från mikronivå (enskilda verksamheter) till mesonivå (regioner och kommuner) och vidare till makronivå (nationell). Digitalisering ger oss bättre verktyg för att ta reda på om vi gör saker rätt till att veta om vi gör rätt saker och därifrån kunna utvärdera och förbättra.

För att intentionerna i ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård ska uppfyllas krävs bättre IT-stöd och IT-struktur som i sig förutsätter bättre informatik med gemensamma termer och begrepp och informationsstyrning. En väl utvecklad kunskapsstyrning, dvs integrerad i adekvata IT-verktyg, kan generera strukturerade data som kan ligga till grund för att använda information på ett strukturerat sätt som sedan kan insamlas och aggregeras för systematisk uppföljning och analys, för att kontinuerlig följa läget och utvecklingen inom hälso- och sjukvården, identifiera kunskapsgap samt följa utfallsmått såsom kvalitet och jämlikhet.

Tyvärr har digitalisering numera blivit mer synonymt med digitala vårdtjänster istället för att som det borde vara ett verktyg för att stärka vårdens förbättringsarbete samt skapa bättre förutsättningar för att arbeta kunskapsbaserat i regioner och kommuner. Detta kan tillskrivas ett stort marknadsfokus inom styrningen på regional och kommunal nivå. Överlåter man åt marknaden att styra finns en risk för optimering av ekonomisk vinst. Därtill måste utveckling av digitala verktyg för kunskapsstyrning göras på makro- och mesonivå (stat, region, kommun) för att bli mer enhetligt och användbar såsom ovan beskrivet.

Huvudproblemet i primärvården är inte samordning

När det gäller "professionernas praktiska förutsättningar att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i syfte att stödja ett livslångt lärande" som det står i betänkandet, är det självklart att läkare har en grundläggande ambition att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Men genom den underbemanning och brist på andra resurser som man kämpar med på många håll i primärvården finns få tillfällen för professionerna att hålla sig uppdaterade på alla de områden som allmänmedicinen omspänner. Det gäller även om för allmänmedicinen ändamålsenliga kunskapsstöd kommer att finnas tillgängliga.

Huvudproblemet i primärvården är inte en mer eller mindre fungerande samordning mellan myndigheter, regioner, kommuner, sjukvårdsregioner och SKR utan kompetensförsörjningen i betydelsen tillgång till kompetent personal, främst läkare och sjuksköterskor.

Vi är av den bestämda uppfattningen att den föreslagna samverkansfunktionen på statlig nivå inte kommer att innebära någon förbättring av situationen hur mycket av goda idéer man än försöker "implementera". Den viktigaste förutsättningen för genomförande av policyn "god och nära vård" och "kunskapsbaserad vård" saknas, de nya funktionerna och alla involverade myndigheter till trots.

Minskning av detaljstyrning och ökad ledning genom tillit till professionens egna innovativa krafter skulle kunna bli verklighet om man kunde lägga mer ansvar för vårdenheternas egna sätt att ta till sig regeringens vårdpolicy. Ett ansvar oberoende av myndigheter – utom beträffande direkta föreskrifter – skulle kraftigt bidra till ökad motivation och till ökad energi i det dagliga arbetet.

"Jämlik" vård

Vården kan aldrig bli exakt lik på alla enheter och i alla delar av landet hur mycket man än samordnar myndigheternas insatser. Däremot kan den med ökade befogenheter för verksamheternas personal tillgodose invånarnas behov av hälso- och sjukvård på ett mera effektivt sätt om det får ske efter lokala förutsättningar.

Kunskapsstyrning

När myndigheter använder uttrycket "kunskapsbaserad vård" låter det som om professionella skulle basera sina åtgärder, det vill säga direkt tillämpa dem, utefter den evidens för viss behandling eller åtgärd som man fått genom vetenskaplig forskning.

Men så är det inte. "Evidensbaserad praktik" definieras i utredningen utifrån begreppet "bästa möjliga eller tillgängliga kunskap": "När denna kunskap i patientmötet kombineras med patientens situation, önskemål och erfarenheter samt den professionelles bedömning och kliniska expertis tillämpas vad man kallar för evidensbaserad praktik" (utredningen, s. 52).

Med en sådan formulering är de professionella i vården inte styrda av kunskap. De har kunskaperna som en resurs för sina bedömningar och åtgärder. "Evidensbaserad praktik" är alltså "bedömningsbaserad vård" och inte "kunskapsbaserad".

I medicinsk verksamhet har givetvis kunskap en central roll. Men kunskap styr inte, den väljs och tillämpas på det sätt som situationen bjuder. Som "evidens" gäller då inte bara resultat av forskning på grupper av patienter utan också enskilda läkares erfarenhet och kännedom om varje enskild patient.

I ett nationellt system sammanställs relevant kunskap om vilken av flera metoder som fungerar bäst vid en given diagnos. Det är ett erbjudande om kunskap – enligt den ursprungliga innebörden i uttrycket "knowledge management" – inte en styrning.

De professionella i vården väljer vilken av all tillgänglig kunskap om olika metoder som de finner mest tillämplig i varje enskilt patientmöte. De tar hela ansvaret för att tillsammans med sin patient välja de åtgärder som de anser vara de mest verksamma i

den situation de befinner sig i.

Åtgärderna, inte kunskapen, är avgörande. Det är den valda åtgärden, inte den sökta kunskapen om metoderna, som ska vara "den bästa tillgängliga".

Hantering av kunskap är inte bara en fråga om sammanställning av kunskap om metoder i centrala register. En lika viktig del är hur kunskapen hanteras av de professionella i daglig verksamhet.

De professionellas roll är helt förbisedd i ordet "kunskapsstyrning". Som grupp svarar de både för generering och sammanställning av kunskap och användning av dem i praktisk verksamhet. Statens och regionernas roll bör vara att tillhandahålla resurser för denna "knowledge management", inte att styra tillämpningen i vården.

"Evidensbaserad praktik" är sålunda något helt annat än det som i utredningen kallas "kunskapsbaserad vård". Den har visserligen vetenskaplig kunskap som en av flera förutsättningar men är långt mer komplex. Eftersom bland annat patienters önskemål beaktas kan sådan vård inte "styras med kunskap" av statliga myndigheter.

En båtägare som använder segel och sjökort är inte "styrd" av dessa, lika lite som läkare är styrda av de kunskapsstöd som myndigheter och regioner förser vården med. Båtägaren svarar själv för styrningen.

Kunskapsstyrningens "stuprörmodell" försvårar det allmänmedicinska arbetssättet

Evidensbaserad praktik innebär för primärvårdens del att den största delen av arbetet bedrivs enligt en biopsykosocial modell. I en sådan modell är personcentrering och individualiserad vård essentiellt. Begreppet "sammanhållna, personcentrerade vårdförlopp" (som ingår i systemet för kunskapsstyrning), är i sig en motsägelse då vården inte kan beskrivas som ett förlopp samtidigt som den är individualiserad. Vi uppfattar "personcentrering" som ett påklistrat begrepp som tillkommit för att få idén med vårdförlopp att passa ihop med i strävan att ge patienten större medansvar.

Ansvar för kunskapsstyrning bör ligga på Socialstyrelsen

"Övervägande och förslag" på sid 19–20 borde inkludera att en del av det arbete kring kunskapsstyrning som nu görs inom SKR flyttas till SoS. SKR har skapat en mellanled där riktlinjer från myndigheter omtolkas innan de implementeras i vården, t ex i form av vårdförlopp. SKR borde som arbetsgivare fokusera på att skapa bättre praktiska förutsättningar för personalen att arbeta kunskapsbaserat snarare än att ägna sig åt detaljstyrning kring hur kunskap och evidens ska tillämpas och omsättas i praktik.

Kunskapsstyrning bör fokusera på resultatet av vården, inte på åtgärderna

Kunskapsstyrningen inom SKR behöver ha mindre fokus på åtgärdsstyrning tex genom vårdförlopp och snarare ha fokus på resultatstyrning med måluppfyllelser. Dvs mindre styrning på vad som ska göras, hur och inom vilken tid, och mer på slutligt hälsoutfall - att identifiera och analysera effekter och resultat av sin egen styrning samt uppnådda mål (tex genom användning av indikatorer).

Verksamhetsnivån har försumrats i regionernas system för kunskapsstyrning

Regionernas system för kunskapsstyrning har lagt stor vikt vid att bygga upp grupperingar på nationell och regional (meso-) nivå. Vi vill understryka att det är minst

lika viktigt med lokala, verksamhetsnära strukturer på mikronivå i form av grupper med mandat att påverka verksamhetens organisation, arbetsätt och ekonomi. Grupperna bör dels förse regionala och nationella strukturer med information från verksamheterna, dels ta emot och omsätta de riktlinjer, vårdprogram och vårdförlopp som tas fram på meso- och nationell nivå till den allmänmedicinska kontexten. Bara med en sådan funktion på plats kan kraften hos de som arbetar i verksamheterna tas tillvara och bli den motor som driver kvalitets- och kompetensutvecklingen framåt.

Gapet mellan teori och praktik

Det är ett problem att många vårdprogram idag inte når ut i vården. Detta anser vi bero på att riktlinjer och vårdprogram inte i tillräcklig grad tar hänsyn till förhållandena i primärvården och att de inte upplevs som relevanta. Trots detta införs nu i snabb takt personcentrerade, sammanhållna vårdförlopp som i många fall inte tar hänsyn till det allmänmedicinska arbetssättet, vilket i stor utsträckning bygger på individualisering av diagnostik och behandling.

Alla läkare behöver tillgång till pålitliga kunskapskällor som sammanfattar kunskapsläget. För att kunna tillämpa evidensbaserad praktik i primärvården krävs i första hand korta, koncisa kunskapsbanker. Fördjupning kan ske med andra kunskapskällor exempelvis UpToDate, nationella riktlinjer eller vetenskapliga originalartiklar. Dessa kan berika diskussionen i kollegiala diskussionsgrupper och "journal clubs".

Arbetsförhållanden i primärvården

Arbetsförhållandena i primärvården måste förbättras om befintliga kunskaper ska få chans att komma till användning. Vi saknar i utredningen en diskussion om arbetsmiljöns och lärandeklimatets betydelse för tillämpningen av kunskapsbaserad vård. För specialister i allmänmedicin handlar det om ett rimligt uppdrag, avgränsad lista och förutsättningar för relationell kontinuitet.

Specifika kommentarer

s. 21

...Kunskapsstödsutredningens föreslagna förändring. Lagen om läkemedelskommittéer bör bibehållas...

SFAM instämmer.

s. 21 ff

...Utredningens analys pekar i stället på behov av att förstärka grundläggande förutsättningar att kunna arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå. Särskilt viktigt är den grundläggande kompetensförsörjningen och personalens praktiska förutsättningar, vilket också är en central patientsäkerhetsfråga. En viktig grundläggande förutsättning är också en väl fungerande samverkan mellan regioner och kommuner.

...Kunskapsstöd i högre utsträckning än i dag utformas med utgångspunkt i den kommunala hälso- och sjukvårdens behov.

SFAM instämmer i detta och anser att samverkan mellan regioner och kommuner är viktig.

s. 22

...Det Nationella vårdkompetensrådet vid Socialstyrelsen tar upp på sin dagordning hur man kan söka tillfredsställande lösningar avseende professionernas praktiska förutsättningar att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i syfte att stödja ett livslångt lärande.

SFAM instämmer i detta och anser att förutsättningarna för professionernas lärande måste förbättras.

s. 52

...Bästa möjliga, eller tillgängliga, kunskap i patientmötet definieras vi som kunskap baserad på aktuell vetenskap och/eller beprövad erfarenhet, dvs. forskningsbaserad eller systematiskt utvecklad kunskap. När denna kunskap i patientmötet kombineras med patientens situation, önskemål och erfarenheter samt den professionelles bedömning och kliniska expertis tillämpas vad man kallar för evidensbaserad praktik.

Denna formulering utesluter att de professionella i vården kan styras av kunskap. De förfogar över kunskap som en resurs för sina bedömningar och åtgärder.

s. 139-40

...Att skapa förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet var det övergripande målet när regionerna beslutade om att etablera sitt gemensamma kunskapsstyrningssystem. I detta mål ingår att tillförsäkra en god vård. Utgångspunkten för beslutet var vidare att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan patient och vårdpersonal. Det ska vara lätt att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för lärande. Hur ändamålsenligt och effektivt systemet är avgörs i patientmötet, som är där värdet skapas. Samtidigt antogs den gemensamma visionen "Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika".

"Det som görs på nationell nivå ska komplettera och stödja det som sker på lokal nivå. Ansvaret för kunskapsstyrningen ligger med andra ord kvar på respektive region. Det är strukturerna som ska stödja det lokala arbetet som effektiviseras genom systemet. Samverkan på nationell nivå är främst tänkt att ske kring kunskapsstöd samt stöd till uppföljning och analys. Regionerna behöver på egen hand också arbeta med förbättrade förutsättningar för stöd till utveckling och med stöd till ledarskapet. Tanken är att det är de samlade insatserna som ska leda till en väl fungerande kunskapsstyrning."

Kommentar: Själva "kunskapsstyrningen" (att bästa tillgängliga kunskap används i varje patientmöte och tillhandahållande av föreskrifter om metoder att använda vid olika diagnoser och sociala problem) är enligt citatet tänkt att ske i regionala och kommunala delar av strukturen som helhet. Hela detta resonemang har blivit föråldrat.

"Kunskapsstyrning" i regionernas programförklaringar åren 2018-2020 i betydelsen att styra vården genom att se till att bästa möjliga och tillgängliga kunskap används i varje patientmöte har kommit att krocka med begreppet "nära vård". Där gäller nämligen ett krav på personcentrering som gör att vården inte kan vara kunskapsstyrd och bara till viss del "kunskapsbaserad". Den ska i stället ske enligt konceptet "evidensbaserad praktik", alltså vara bedömningsbaserad och ske i samverkan med patienter och deras

närstående.

s. 302

...Helt grundläggande för ett väl fungerande implementerings- och förbättringsarbete är att sjukvårdshuvudmännen kan klara sin kompetensförsörjning. Detta förutsätter att den kompetens som efterfrågas finns på arbetsmarknaden, att regioner och kommuner är attraktiva arbetsgivare som kan attrahera och behålla den kompetens som verksamheten behöver samt kontinuerlig kompetensutveckling av personalen. Det handlar med andra ord både om bemanning och om ett kontinuerligt lärande genom bl.a. fort- och vidareutbildning men också lärande på arbetsplatsen.

SFAM instämmer i detta.

s. 305

...Det innebär också att oavsett hur bra det externa stödet till verksamheten är utformat så kommer det faktiska förbättringsarbetet aldrig bli bättre än de praktiska förutsättningarna som arbetsplatsen medger. Det finns därför en naturlig gräns för hur stor effekt ett externt stöd kan generera.

SFAM instämmer i att förutsättningarna på arbetsplatsen är avgörande om förbättringsarbete ska komma till stånd.

s. 307

...Även om system skapas för att tillgängliggöra kunskap på tidsbesparande sätt, måste tid för lärande alltid avsättas, både för lärande i det löpande arbetet och för lärandetillfällen utanför detta. Lärandet i det löpande arbetet kan ses som en integrerad del i det lokala förbättringsarbetet medan externa lärtillfällen snarare handlar om fortbildning.

...Det finns olika förslag och bedömningar avseende hur man bäst går tillväga för att tillförsäkra tillräckligt med tid för lärande. Ett exempel är frågan om fortbildning. Sveriges läkarförbund är en av de professionsföreningar som har lyft vikten av att denna fråga är reglerad.

[...]

...Vi vill från utredningen betona vikten av strategier för ett livslångt lärande och en tydlig karriärväg för alla legitimerade yrken inom hälso- och sjukvården. Detta är viktigt för att kunna behålla medarbetare, verka för en god arbetsmiljö samt säkerställa kompetensförsörjningen och därmed erbjuda en patientsäker, evidensbaserad och kostnadseffektiv vård.

SFAM anser att den nuvarande situationen i svensk primärvård är mycket kritisk och förhindrar lärande och utveckling. Utredningen borde ha fördjupat analysen av de konsekvenser detta medför och föreslagit åtgärder.

s. 309

...En generellt viktig förutsättning för ett väl fungerande förbättringsarbete är ledningens engagemang, kompetens, förståelse för arbetet och stöd i detta.

SFAM anser att brister i ledningsförmåga och förståelse för allmänmedicinen är ett stort problem inom primärvården. Verksamhetschefer och högre chefer är i många fall engagerade men saknar ofta kompetens och djupare förståelse, både för arbetets

innehåll och allmänmedicinens kärnvärden.

s. 310

...Vi bedömer att den problematik avseende bristande förutsättningar som professionsföreträdarna beskriver är reell och den oro för situationen som flera professionsföreträdare ger uttryck för därför är legitim. Det är ett stort personligt ansvar som faller på den individuella yrkesutövaren. Konsekvenserna av utebliven eller alltför begränsad möjlighet att hålla sig à jour med aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet är potentiellt stora. Först och främst är det en patientsäkerhetsfråga. Brist på aktuell kunskap kan utgöra risk att patienter skadas.

Kommentar: Patientsäkerhet i primärvården är inte bara avhängigt av möjligheterna till uppdatering av kunskap. Även rekryteringsförmåga, kompetensförsörjning, tillgång till specialister i allmänmedicin, arbetsmiljö och organisationen av arbetet påverkar patientsäkerheten.

s. 311

...I stor utsträckning handlar frågan om möjlighet att avsätta tillräckligt med tid till kunskapsinhämtning, på eller utanför arbetsplatsen, under individens hela yrkesbana. Ett livslångt lärande, och praktiska förutsättningar som stödjer detta, behöver tillförsäkras. Frågan är också relaterad till i vilken grad hälso- och sjukvårdspersonalens utbildning och lärande på arbetsplatsen grundlägger deras förmåga att arbeta kunskapsbaserat. Det kan t ex handla om att etablera kunskap om hur man arbetar evidensbaserat eller om utbildning i förbättringskunskap.

...En fråga man bör ställa sig är då vem som bär ansvar för att dessa förutsättningar ska finnas. Är det statens ansvar att tillförsäkra att förutsättningarna finns, eftersom staten är den som ålagt professionerna kravet? Är det sjukvårdshuvudmännens eller vårdgivarens ansvar i egenskap av arbetsgivare? Ska man tolka det som att staten har ålagt sjukvårdshuvudmännen att tillförsäkra att de praktiska förutsättningarna finns? Eller är det individens eget ansvar att hålla sig uppdaterad och förkovra sig på sin fritid? Oavsett hur man ser på dessa frågor menar vi att professionernas praktiska förutsättningar att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet måste uppmärksammas mer än de gör i dag.

SFAM instämmer till fullo, men saknar en diskussion i utredningen om åtgärder för att komma tillrätta med de allvarliga problem som räknas upp. Utredningen har vid sidan av sitt egentliga uppdrag pekat på svårigheter att i vården få genomslag för det som åstadkoms genom en av utredningen föreslagen samordningsfunktion på myndighetsnivå. Det är lovvärt och bör vara något för stat, regioner och kommuner att uppmärksamma. Kontroll av följsamhet till riktlinjer blir verkningslöst om man inte fått förutsättningar att göra ett bra jobb. Det är sällan brist på kunskap, snarare brist på kollegor, och i förlängningen tid, som leder till snäva prioriteringar och bortprioritering av fortlöpande kunskapsinhämtning.

s. 327

...Att säkerställa att den kommunala kontexten blir inkluderad i ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård blir än mer viktigt i omställningen mot en nära vård.

SFAM instämmer. Det är viktigt att kunskapskällor och behandlingstraditioner inom den kommunala och den regionala verksamheten stämmer överens. I tillägg till detta bör en integrering mellan telefonrådgivningen 1177 och det Nationella kliniska kunskapsstödet, NKK, genomföras.

s. 332

...Tillitsdelegationen har i sitt huvudbetänkande³ lyft fram vad som är viktigt för att tillitsbaserad styrning ska fungera. Vår bedömning är att det finns flera delar i det som Tillitsdelegationen lyfter fram som också är ändamålsenliga att beakta för ett väl fungerande sam- manhållet system. Bland annat identifierade delegationen förutsättningar för genomslag av en tillitsbaserad styrning och ledning. Vi menar att dessa förutsättningar även är giltiga för att främja ett sam- manhållet system.

SFAM anser att verksamheter inom hälso- och sjukvården behöver mindre av styrning och mer av ansvar och tillit till professionerna. I utredningen fokuseras nästan uteslutande på funktionen för de övergripande strukturerna nationellt och regionalt, medan de lokala verksamheterna med sina professioner lämnas därhän och de varken analyseras eller diskuteras. Vi anser att det är i de lokala, verksamhetsnära miljöerna där patientmöten sker som drivkraften och nyckeln till omställningen mot en god och nära vård finns, inte inom regionledning och SKR.

s. 434

...På den lokala nivån, i mötet med patienten eller medborgaren – definieras kunskapsbaserad vård som att beslut inom hälso- och sjuk- vården ska vila på sammanvägningen av (i) patienten/medborgarens situation, önskemål och erfarenheter; (ii) forskningsbaserad och systematiskt genererad kunskap samt (iii) den professionelles bedömning och kliniska expertis. Denna definition är överensstämmande med principerna för evidensbaserad praktik (EBP).

Kommentar: Definitionen är felaktig. Det är genom den professionelles bedömning som beslut fattas efter sammanvägning av a) den vårdsökandes situation, individuella form av hälsoproblem, närståendes synpunkter mm och b) i det enskilda fallet relevant kunskap om behandling eller andra åtgärder som kan användas. Se även nästa citat.

s. 436

...Den professionelles bedömning avser de slutsatser som kan dras baserat på den aktuella patientens symtom och prognos sammanvägt med den professionsspecifika expertisen och den erfarenhet som den professionelle har själv (eller som förmedlas från handledare eller mer erfaren kollega). Hälso- och sjukvårdens professioner behöver kontinuerligt ges möjlighet att ta till sig och omsätta aktuell forskningsbaserad kunskap i patientmötet. Den professionelle behöver även hitta former och arbetssätt för att väga samman forsknings-baserad kunskap med den egna erfarenheten och kliniska expertisen samt inkludera patientens situation, önskemål och erfarenheter i beslutet. För att en evidensbaserad praktik ska kunna äga rum i mötet med patienten behöver hälso- och sjukvårdsorganisationen och hälso- och sjukvårdens beslutsfattare skapa förutsättningar för detta, exempelvis genom kontinuerliga utbildningsinsatser för hälso- och sjukvårdens alla professioner samt genom att man har en beredskap för att systematiskt ta emot, anpassa och realisera evidensbaserade kunskapsunderlag (t ex nationella riktlinjer).

SFAM anser att ovanstående analys är riktig, men saknar förslag till hur nuvarande problem med brist på resurser, tid och utbildningsmöjligheter ska bemästras. Kommentar: I citatet står det att den professionelle ska inkludera patientens önskemål i beslutet. Så är det i de allra flesta fall i praktiken. Men enligt de flesta texter om hur beslut om vård och behandling ska fattas i hälso- och sjukvården, ska beslut om behandling och åtgärder fattas gemensamt av läkare och patient. Patienten har, utom när det tvångsvård, möjlighet att säga nej till föreslagen behandling. Framställningen i citatet ovan är baserad på ett auktoritärt synsätt. Figur 19 belyser problemet. Vem är det som gör sammanvägningen? – Längst ner på sidan 435 ges förklaringen: "EBP innebär att tre källor transparent och systematiskt vägs samman i de beslut som sker mellan patient och vårdens professioner." Besluten "sker" på något mystiskt sätt. De tas inte av patient och professionell i samråd. Den professionelles bedömning är enligt texten på sidan 436 bara en av källorna till det beslut som tas på ett oförklarligt sätt.

s. 437

...Det gäller således även för politiska och administrativa nivåer och förutsätter att hälsosystemet förses med forskningsbaserad kunskap som en källa även vid politiska och administrativa beslut på lokal, regional och nationell nivå.

SFAM instämmer. Vi anser att politiska beslut i betydligt högre utsträckning bör fattas på vetenskaplig grund i samråd med professionsföreträdare. Många viktiga politiska beslut i vården bygger varken på vetenskap, tillgängliga kunskaper eller tidigare erfarenheter.

s. 441

...Det har visat sig att, trots att metodiken för varje enskild komponent i systemet har utvecklats och förfinats över åren återstår stora utmaningar i hälso- och sjukvården vad gäller till exempel både överdiagnostik och överbehandling som underbehandling med effektiva interventioner (åtgärder för att förbättra eller skydda hälsan) (11). Detta trots den exponentiella ökningen av publicerad forskning, samt ett stort antal systematiska översikter, riktlinjer och uppföljningar. Det finns med andra ord stor potential att öka värdet och minska resursslöseri i hela systemet.

SFAM instämmer till fullo och vill erinra om att en arbetsgrupp inom Svenska Läkaresällskapet med deltagare från bland annat SFAM för närvarande arbetar med frågan.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson

Ordförande Svensk förening för allmänmedicin



SVENSK FÖRENING FÖR DIABETOLOGI
SWEDISH SOCIETY FOR DIABETOLOGY

Skövde 20-09-25

Betänkande av utredningen [Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård \(SOU 2020:36\)](#)

Svensk Förening för Diabetologi (SFD) ställer sig bakom utredning och har inget att invända. Vi vill dock framhålla värdet av Nationella Diabetesregistret (NDR). NDR uppfyller alla de syften som utredningen framhåller som väsentliga för ett register:

- Registret är i stort sett heltäckande för Sverige
- Registret håller hög kvalitet
- Registret används av individuella patienter för riskskattning
- Registret används för verksamhetsuppföljning
- Registret är tillgängligt för alla för både lokala och nationella jämförelser av vårdkvalitet
- Enskilda personer med diabetes diagnos kan själv gå in i registret och följa sina värden

Med detta vill vi framhålla vikten av att resurser fördelas till den fortsatta verksamheten för att bevara både registreringsfrekvens och kvalitet.

Margareta Hellgren

Kassör för SFD/ för styrelsen



2020-10-25

Svenska Infektionsläkarförbundet svar på remiss Ett Nationellt Sammanhållet System för kunskapsbaserad vård SOU 2020:36

Svenska Infektionsläkarförbundet har tagit del av betänkandet som är mycket omfattande. Svenska Infektionsläkarförbundet bedömer att rekommendationerna och slutsatserna från utredningen är delvis otydliga. Vår bedömning är att de speglar en otydlig struktur vad gäller styrning, utvärdering och revision av Hälso- och sjukvården i Sverige.

Svenska Infektionsläkarförbundet håller med om att sjukvården bör styras strategiskt, kunskapsbaserat och långsiktigt hållbart.

På detaljnivå i förslagen är det dock svårt att tydligt se vad som egentligen rekommenderats. Svenska Infektionsläkarförbundet anser att utredningen bör tydliggöra de olika delarna i styrning, utförande och revision av Hälso- och sjukvården och att dessa bör separeras.

Vad gäller utformande av riktlinjer och rekommendationer av vad som är en god och nära vård och vilka behandlingsmetoder som ska användas i Hälso- och sjukvården bör detta förläggas till en myndighet, förslagsvis Socialstyrelsen. En intresseorganisation för regioner och kommuner (SKR) bör inte utarbeta riktlinjer för innehållet i den vård som den skall utföra. Detta innebär att huvuddelen av kunskapsorganisationen som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) byggt upp bör överföras till Socialstyrelsen och den medicinska kompetensen inom Socialstyrelsen återuppbyggas. Samarbetet mellan Socialstyrelsen och professionen och professionsföreningar bör stärkas och formaliseras. Riktlinjer bör utarbetas i samråd med högsta medicinska och vetenskapliga kompetens inom respektive område.

När det gäller utförandet av sjukvård och implementering av riktlinjer bör detta förstås ligga på genomförandeorganisationen, vilket i nuläget är SKR. På lång sikt är sannolikt större regioner, alternativt en helt samlad nationell sjukvård, där en myndighet är utförare mest ändamålsenligt.

När det gäller uppföljning, kontroll och revision bör den medicinska kompetensen vid Inspektionen för vård och omsorg (IVO) stärkas. Revisioner och kontroller bör öka samt utnyttjandet av certifiering och tillståndsgivning som kontrollmetod bör öka.

För Svenska Infektionsläkarförbundet

Lars-Magnus Andersson
Ordförande

Remissvar SOU 2020:36

-Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Svenska Kardiologföreningen (SvKF) tackar för möjligheten att få ha synpunkter på utredningen ” Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård”.

Bakgrunden till remissen är att försöka göra vården mer kunskapsbaserad och jämlik vård genom ett nationellt system där sjukvårdens professioner får förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat samtidigt som de uppsatta målen med hälso- och sjukvården nås. Remissen betonar att det är essentiellt att ta reda på vad kvalitet, jämlikhet och effektivitet i vården faktiskt innebär – och vad som krävs för att nå dessa mål. I remisstexten framgår att förslaget är tänkt att kunna tillämpas relativt omgående genom att de bygger på befintliga strukturer. Regeringen vill inrätta en statlig funktion med ansvar för nationell uppföljning. Man vill skapa struktur för att kontinuerligt kunna följa läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården på ett ändamålsenligt sätt och man vill att olika myndigheter ska bidra till en samordnad rapportering. Man vill också skapa regelbundna samråd mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen. Man vill att styrningen är långsiktig, strategisk och samordnad så att myndigheterna får det utrymme de behöver.

SvKF tycker att det är ett bra förslag att förbättra strukturer enligt ovan.

Jämlik vård

Tidigt i remissen citerar man hälso-sjukvårdslagen 1997:142, §2. ” Målen med svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och vård på lika villkor. 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”. Man skriver att ”utredningen tar i sitt uppdrag avstamp i denna målbild” och att staten har ett övergripande ansvar att säkerställa att vården är jämlik över landet och mellan befolknings-grupper.

SvKF tycker att det är viktigt att utredningen har en god etisk kompass. Vi anser dock att hälso-och sjukvården i nuvarande form är ganska långt ifrån att vara jämlik och att ett omfattande arbete måste göras om detta ska uppnås.

Kompetensförsörjning

I dagens Hälso- och sjukvård pågår en omställning mot en mer nära vård. SvKF har tidigare kommenterat remissen SOU 2020:19 ”God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem”. I denna utredning betonar man att det lokala implementerings- och förbättringsarbetet behöver stärkas i både regioner och kommuner. Bland annat är det viktigt att det finns grundläggande förutsättningar för kompetensförsörjning, skriver man. Utredningen betonar vikten av att både attrahera och behålla kompetens och man tror att kontinuerlig kompetensutveckling av personal kan vara en väg att gå.

SvKF vill uppmärksamma att bristen på vissa yrkesgrupper tex sjuksköterskor, är stor. Innan bemanningssituationen är löst är det svårt att uppnå de högt uppsatta målen om kvalitet och jämlikhet. SvKF saknar en realistisk plan för HUR man ska attrahera och behålla kompetens då vi inte tror att enbart kontinuerlig kompetensutveckling räcker. SvKF tror att man behöver arbeta med högre löner, humana arbetstider och bättre arbetsmiljö om man vill attrahera och behålla vårdpersonal.

Kunskapsstyrningen

Utredningen definierar kunskapsstyrning som alla de aktiviteter som behövs på alla nivåer för att varje patientmöte ska vara grundat på bästa möjliga kunskap. Kunskapsstyrningen indelas i 3 nivåer: Nationell, regional respektive lokal nivå. Vården som bedrivs på respektive nivå ska följa samma övergripande kunskapsmål och målsättningen ska vara en jämlik vård.

Kunskapsstyrningen består av 26 Nationella Program-Områden (NPO), som utgörs av expertgrupper med representanter för sjukvårdsregionerna. Uppdraget för NPO är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom respektive område. Under NPO finns det Nationella Arbets-Grupper (NAG). Arbetsgrupperna är tillsatta för att driva specifika frågor som NPO beslutat om. Arbetsgrupperna ska vara multiprofessionellt sammansatta utifrån sina uppdrag och spegla både primärvård och vård som bedrivs på sjukhus. För att länka samman arbetet på nationell och regional nivå finns Regionala-Program-Områden (RPO). RPO:erna har uppdraget att inom sin sjukvårdsregion driva, samordna och på andra sätt verka för att nationellt utarbetade kunskapsstöd görs tillgängliga i den operativa verksamheten. Till sin hjälp har RPO så kallade Regionala Process-Team (RPT).

SvKF tycker att syftet med Kunskapsstyrningen är bra och utformningen i huvudsak genomtänkt. Det som är lite oklart är vem/vilka inom Kunskapsorganisationen som ansvarar för hälso-ekonomiska beräkningar och prioriteringar. Socialstyrelsen har tidigare bistått med Nationella Riktlinjer inkluderande prioriteringsangivelser men förefaller inte längre vara så aktiv inom detta område.

Kvalitetsregister

I remissen finns några kapitel om kvalitetsregister. Man skriver att det finns ett hundratal kvalitetsregister i Sverige varav de flesta finns inom specialistsjukvården. Man skriver att det saknas heltäckande kvalitetsregister för den vård som sker i primärvården och att det vore önskvärt med en utbyggnad av register i kvalitetsförbättrande syfte även i primärvården.

I remissen betonas att både regioner och kommuner har ett formellt ansvar att bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete och att tillförsäkra att den vård de tillhandahåller är av god kvalitet och ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. SvKF trycker att det är bra att ansvarstagandet betonas då vi upplever att detta formella ansvar inte alltid tas.

I framtiden önskar man att kvalitetsregistren tydligare ska vara en integrerad del i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och användas mer än i dag för förbättringsarbete. Inom kvalitets-registerområdet har hjärtsjukvården varit föredömlig. Vi har senaste 25 åren följt svensk hjärtinfarktvård och successivt byggt ut vårt kvalitetsregister "SWEDEHEART" till att omfatta totalt 8 delregister täckande hela det kardiologiska fältet. Att följa kvalitet och redovisa detta i öppna jämförelser har länge varit en självklarhet inom hjärtsjukvården.

SvKF tycker att det vore av stor vikt att bygga ut kvalitetsregistren i primärvården så att vi kan fortsätta att följa vårdkvaliteten hos hjärtpatienter då de remitteras ut från specialistsjukvården. Att, som i remissen, prioritera kvalitetsarbete ytterligare i vårdförbättrande syfte även inom andra områden tycker SvKF är mycket bra.

Slutligen tycker SvKF att det varit intressant att läsa denna utredning och vi hoppas att vi har kunnat bidra med några värdefulla tankar och idéer.



Umeå 26 oktober 2020

Remissvar från Sektionen för Läkemedelslära, Svenska Läkaresällskapet avseende utredningen *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (SOU 2020:36)*

Sektionen är tacksam för möjligheten att ge synpunkter på Svenska Läkaresällskapets remissvar av denna centrala utredning för dagens och framtidens hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Sektionen anser att Svenska Läkaresällskapet förutom att lämna sitt remissvar bör ställa sig välvillig till att ge expertsynpunkter vid överläggningar med Socialdepartementet under beredningen av propositionen.

Betänkandet SOU 2020:36 *"Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård: ett system, många möjligheter"* överlämnades till chefen för Socialdepartementet i juni 2020.

Utredningen tillsattes 2018 för att dels ge förslag på hur regeringen kan styra hälso- och sjukvården mer kunskapsbaserat, långsiktigt och hållbart och dels för att utveckla statens stöd till kommuner och regioner. Utredningen är en av många utredningar under de senaste decennierna om hur likvärdig och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård skall uppnås. År 2017 avlämnade utredningen SOU 2017:48 betänkandet *"Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården"* och föreslog att vårdkommittéer borde ersätta läkemedelskommittéerna, som idag finns i varje region för att främja rationell läkemedelsbehandling. I direktiven för SOU 2020:36 ingick att penetrera om föregående förslaget med vårdkommittéer borde införas.

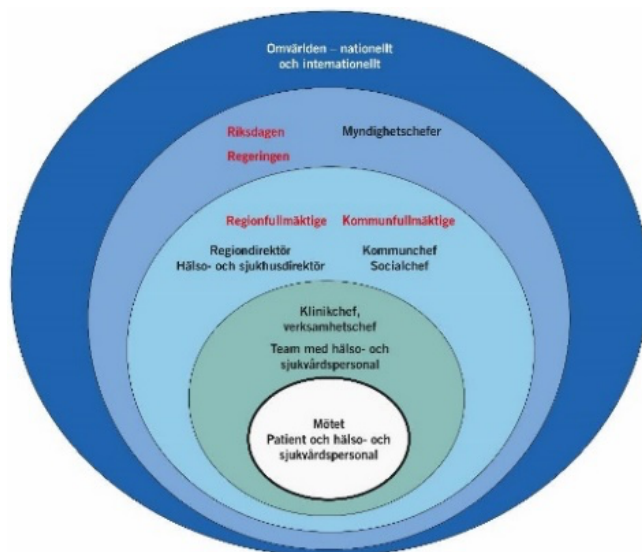
Sektionens synpunkter är disponerade på följande sätt:

1. Principiella som bör beaktas innan lagstiftaren utarbetar en proposition
2. Kompletterande förslag som krävs för att utredningens förslag skall komma patienter och hälso- och sjukvården till nytta
3. Förslag/överväganden som tillstyrks
4. Konklusioner

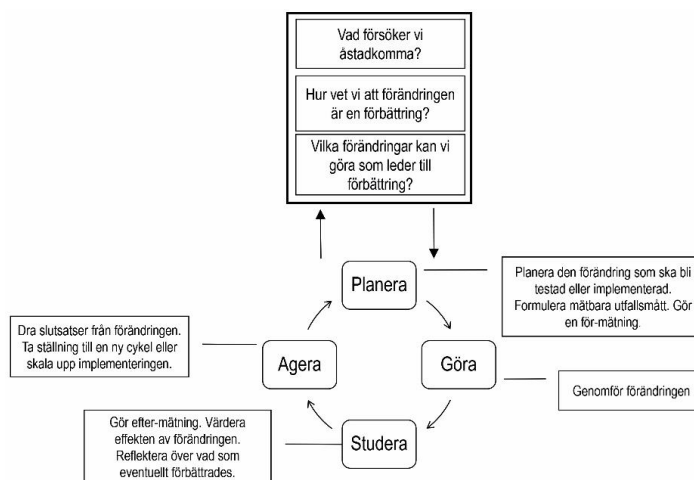
1. Principiella synpunkter och överväganden

Utredningens ena huvuduppdrag var att föreslå en reglerad funktion för en samlad statlig uppföljning av hälso- och sjukvården med bibehållen myndighetsstruktur. Det andra var att ange hur vårdens lokala förbättringsarbete kan stärkas.

Ämnesrådet Lena Hellberg tillsattes som utredningens ordförande och hade stöd av experter från hälso- och sjukvården, företrädare för fackliga organisationer samt några forskare från universitet och högskolor. Utredningen gör en intressant genomgång av hur hälso- och sjukvården idag lever upp till att vara kunskapsbaserad och erbjuda jämlik vård och omsorg för olika patientgrupper i hela landet. Utredningens sammanfattar hur patientmötet och beslut sker inom hälso- och sjukvården i Figur 1, och beskriver utredningens modell för hur förbättringar bör genomföras i Figur 2. Utredningen sammanfattar väl hur kunskapsluckor i diagnostik, behandling och prevention inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ska identifieras och hanteras.



Figur 1 (utredningens figur 14.1). Skiss över hur beslut fattas i hälso- och sjukvården och hur patient- och vårdmötet påverkas.



Figur 2 (utredningens figur 10.1): Förbättring genom att Planera-Göra-Studera-Agera, enligt modell från National Health Service (NHS) i Storbritannien.

Sektionen saknar dock en fullödig beskrivning av de faktorer som gör att hälso- och sjukvården fungerar kunskapsbaserat. Det saknas en redovisning av alla framgångsrika initiativ på lokal och regional vård inom hälso- och sjukvården av nationell betydelse för kvalitet och evidensbaserad hälso- och sjukvård. Utredningen är i sin omvärlds- och nulägesanalys fokuserad på att utforma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård utifrån dagens s.k. nationella kunskapsstyrning. Denna saknar dock dokumentation för att vara effektiv och, inte minst, patientsäker. I sin bakgrundsbeskrivning och i sina förslag försummar utredningen att beakta basal och klinisk forsknings centrala roll för förbättrad hälso- och sjukvård. Därutöver berörs inte hälsoutbildningarna som ger kunskaper och grundlägger etiska förhållningssätt för vårdens professioner.

Sektionen anser att den planerade propositionen vinner på en kompletterande omvärldsanalys, som bör vila på ett koncept som klargör olika faktorerers betydelse för effektiv och säker hälso- och sjukvård. Följande aspekter bör lämpligen beaktas:

1.1. Hälso- och sjukvården, speciellt patient-vårdmötet, påverkas av skilda intressenter/kraftfält som diffunderar ned från global till nationell till regional och slutligen till lokal nivå

Figur 1 är otillräcklig för att förstå vilka aktörer som styr kvalitet och resultat inom hälso- och sjukvården och äldreården utifrån aktuell svensk och internationell forskning. Faktorer som styr medicinska beslut och resultat och därmed också ekonomi sammanfattas väl i en aktuell serie i The Lancet (1,2). De bärande idéerna är att medicinska beslut och resultat påverkas i tre domäner (se Bilaga 1):

1. Pengar, finansiering, organisation
2. Ny kunskap och dess implementering;
3. Social och politisk makt

Alla tre faktorerna interagerar på lokal, regional, nationell och global nivå (1,2). Skall utredningens förslag bidra till en sammanhållen styrning av hälso- och sjukvården måste alla initiativ och lagändringar stödja patient-vårdmötet. Detta är viktigt idag när medverkan och information i sociala och andra digitala kanaler påverkar oss alla; patienter, anhöriga, hälso- och sjukvårds-personal, ansvariga myndigheter samt politiker. Det är signifikativt att digital information och ultrasnabb beräkningskapacitet idag är var mans egendom och sprids och påverkar kanske mest när den förvrängs (3-5).

1.2. Kunskapsbaserad vård kräver en tydlig jävspolicy och regelbundna jävsdeklarationer för att minska risken att särintressen påverkar hälso- och sjukvården

Utredningen diskuterar inte vikten av en strikt jävspolicy inom hälso- och sjukvården och vikten att denna obligat skall gälla experter, höga tjänstemän liksom politiker. Det är grundläggande för att patienter ska få en adekvat och vetenskapligt förankrad behandling utifrån evidensbaserade rekommendationer och riktlinjer. Olika intressenter försöker att både påverka innehållet i datoriserade kunskapsstöd och påskynda introduktion/ användning av dyrbar diagnostik och oprövade läkemedel. Modeller för strikt jävspolicy är tydligt etablerat för läkemedelskommittéer i Sverige och internationellt (7-10). Erfarenheterna hur detta fungerat bör beaktas och är av stor vikt vid förstärkt myndighetsliknande beslut via samarbetande konsortier inom hälso- och sjukvården som t.ex. NT-rådet för Nya Terapier, som ger rekommendationer till regionerna om användning av extremt dyrbar terapi och där särintressen och lobbying kan förekomma.

1.3. Forskningsperspektivet saknas

En kunskapsbaserad hälso- och sjukvård förutsätter att forsknings- och utbildningsperspektivet finns närvarande i daglig hälso- och sjukvård och beaktas av dess ledningar. Utredningen diskuterar inte alls vikten av att satsa på basal och tillämpad forskning för att uppnå en god hälso- och sjukvård. Därför föreslår sektionen olika initiativ för att säkerställa detta och öka kontakterna mellan hälso- och sjukvården och myndigheter med forskningsvärlden. Vikten av tillgång till journal- och registerdata inom hälso- och sjukvården är central för löpande uppföljningar på myndighetsnivå, som utredningen betonar. Detta är lika väsentligt med tillgång till sådana data för kvalitetsarbetet ute på kliniker och mottagningar och för kliniska forskare. Betydelsen av tillgång till journal- och registerdata för hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete och för forskning sammanfattades nyligen av ett internationellt expertmöte (4) och har betonats många gånger (11).

1.4. Förbättringsarbete sker bäst lokalt och i kollegial form

Utredningen påpekar visserligen hur viktigt lokalt kvalitets- och förändringsarbete är men ger inga förslag hur detta skall främjas och stödjas i praktiken. Utredningens förslag är koncentrerad

på att mest samordna hälso- och sjukvårdsmyndigheternas styrning. Enligt sektionens uppfattning är det av yttersta vikt att hälso- och sjukvårdens professioner har enkel och säker elektronisk tillgång till olika kunskapsbaser för prevention, diagnostik och behandling som utvecklats på initiativ av många lokala entusiaster, forskare och av myndigheter. Inte med ett ord nämns möjligheten att på ett standardiserat sätt få tillgång till drygt 20 regelbundet uppdaterade källor om läkemedel via SIL (Svensk Informationstjänst för läkemedel) sedan 15 år direkt i journalen förutsatt att det lokala journalsystemet implementerat dessa källor (4, 12). Denna tjänst och dess behov av ekonomiskt och personellt stöd borde ha diskuterats. Vidare borde läkemedelskommittéernas långvariga arbete i Sverige att i kollegial form och utifrån ett helhetsperspektiv prioritera läkemedel över disciplingränserna ha lyfts som framtida modell för lokalt förbättringsarbete. Enligt sektionens uppfattning måste programmet med Nationell kunskapsstyrning utvecklas och frigöras från att vara strikt organbaserat. Läkemedelskommittéerna har sedan länge utvecklat modeller för att ge lokala och regionala rekommendationer baserade på kollegers önskemål, vetenskapliga bedömningar och strikt jävspolicy (7). Dessutom har kommittéerna, i samarbete med dedicerade informationsläkare- och apotekare, och med stöd av klinisk farmakologisk, farmaceutisk och farmakoterapeutisk expertis successivt byggt upp program för fortbildning och diskussioner om rationell läkemedelsanvändning lokalt på kliniker och mottagningar via s.k. *academic detailing* (13, 14). Sådan verksamhet ger effekt och säkerställer likvärdiga kunskaper och tillgång till fortbildning för alla. Det av är en fortbildning som blir kopplad till terapidiskussioner utifrån förskrivningsstöd. Konsekvensen av *academic detailing* blir ökad kompetens för hälso- och sjukvården på ett kostnadseffektivt sätt och följaktligen lämpar den sig för statligt stöd (13-15).

1.5. *Kunskapsbaserad vård kräver regelbunden utvärdering av införda metoder, modeller, tekniker och processer lokalt, regional och nationellt.*

Sektionen anser att analysen av utvärdering och uppföljning kan och bör fördjupas i förslaget. Utredningen föreslår att Vårdanalys utvärderar och följer upp statliga initiativ då det ligger inom ramen för myndighetens uppdrag. Däremot saknas i utredningen helt en diskussion hur uppföljning och utvärdering skall ske på lokal och regional nivå. Avsaknad av mekanismer för utvärdering av ovanstående kan få negativa konsekvenser för både patientsäkerhet och ekonomi.

1.6. *Analys saknas om enhetlig tillgång till patientdata för hälso- och sjukvården*

Det är förtjänstfullt att Myndigheten för Hälso- och sjukvårdsanalys föreslås få tillgång till patientrelaterad data för uppföljning. Dock är denna fråga större därför att enskilda kliniker, vårdcentraler och kollegialt verksamma grupper för kvalitetsarbete, inklusive läkemedelskommittéer, och forskare behöver kunna nyttja journaldata på ett säkert sätt. Sannolikt krävs en nationell samlad databas för journalinformation, som i Finland och som rapporterats (4, 16).

1.7. *Patientperspektivet svagt*

Utredningen diskuterar inte hur patienters och anhörigas ställning skall stärkas i sjukvården. Som en basal förutsättning för stärkt ställning för patienter och anhöriga krävs enkel och snabb tillgång till tillförlitlig och medicinskt granskad information om hälsa, sjukdom, vård och läkemedel. De nuvarande källorna via 1177 och via Läkemedelsverket behöver sannolikt samordnas och kompletteras med en gemensam ansvarig medicinsk redaktör så att de kan nås via moderna digitala media, t.ex. smartphones, och balanserar osaklig information och rykten kring hälso- och sjukvård som florerar i digitala media. Skulle inte patientinformation kunna byggas upp på liknande sätt som SIL gjort för hälso- och sjukvårdspersonal (11)?

2. Kompletterande förslag

2.1. Propositionen behöver baseras på en fullödig omvärldsanalys (se 1.1)

Sektionen anser att för att uppnå kunskapsbaser hälso- och sjukvård krävs att omvärlds- och bakgrundanalysen är korrekt och beskriver hur samverkande intressegrupper och intressenter kan påverka både styrning och direkta medicinska beslut.

2.2. Initiativ tas till att en jävspolicy och regelbundna jävsdeklarationer lämnas för experter, beslutsfattare och politiker

I alla beslut inom hälso- och sjukvården som gäller rekommendationer och policys krävs detta. Denna punkt diskuteras inte i utredningen och belyser bristen på insikter hur medicinska och ekonomiska beslut påverkas av intressenter och särintressen. Parallellt med att en proposition utarbetas krävs att riksdagen lämpligen ändrar hälso- och sjukvårdslagen och inför krav för jävspolicy/deklarationer för alla berörda experter, tjänstemän och politiker kring policybeslut, riktlinjer, rekommendationer och upphandlingar.

2.3. Forskningsperspektivet behöver beaktas

Sektionen föreslår att

- a. Forskningsperspektivet och -kompetensen förstärks genom att alla statliga myndigheter inom hälso- och sjukvården i sina årliga regleringsbrev åläggs att upprätta obligatoriska vetenskapliga råd för att ge myndighetens ledning och regeringen råd om viktig omvärldsutveckling och väsentliga forskningsfynd inom hälso- och sjukvården.
- b. Regering och riksdag initierar ökade satsningar på både nyfikenhetsdriven forskning och tillämpad forskning (tillsammans hälso- och sjukvården) eftersom forskning är A och O för implementering av kostnadseffektiv diagnostik, behandling och prevention (17).

2.4. Tillgång till patientdata via säker och enhetlig nationell databas fristående från journalsystemen

Sektionen föreslår att en särskild utredare i nära samarbete med Socialstyrelsen får i uppdrag:

- a. Att utarbeta förslag till enhetliga nationella riktlinjer för hur upphandling, drift och medicinsk/teknisk ledning av journalsystem/informationssystem skall ske inom hälso- och sjukvården.
Idag upphandlas journalsystem på olika sätt i olika regioner. Det kan vara högst oklart vad som upphandlas och om det är rimligt att köpa. Det krävs nationella riktlinjer att i Sverige skall svenskanpassade kunskapsstöd användas i journaler. Det finns idag inga nationella råd för hur ledning och ansvar för kunskapsstöd i journaler skall bedrivas.
- b. Att utreda hur en nationell och statligt finansierad gemensam databas med patientdata fristående från datajournaler skall byggas på liknande sätt som sker i Finland (4, 16). Det skulle gynna både nationellt och lokalt kvalitetsarbete och forskning (4,11,16).

3. Förslag som tillstyrks

Sektionen tillstyrker förslaget om att

1. skapa strukturer för ett långsiktigt samarbete i ett nationellt sammanhållet system, som också inkluderar en 10-årig överenskommelse sluts mellan staten, regionerna och kommunerna utifrån några centrala utgångspunkter avseende målbild och prioriterings- och arbetsprocesser. Därutöver en

strukturerad samverkan mellan aktörerna för att skapa en strategi för ömsesidigt nyttjande av data inom nuvarande myndighetsstruktur

MEN förslaget behöver enligt sektionens resonemang ovan kompletteras med att:

- a. forskningsråden Forte och Vetenskapsrådet deltar med relevanta representanter,
- b. en vetenskaplig gemensam funktion i form av en expert i kansliet och säkerställer att dels synpunkter/ omvärldsanalyser från vetenskapliga rådgivande organ hos varje hälso- och sjukvårdsmyndighet och dels från universitet och högskolor finns att tillgå inför beslut.

2. författningen ändras för varje myndighet så att det anges att:

”Myndigheten i samverkan med andra berörda myndigheter ska bidra till en samordnad utveckling av den nationella uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvården”.

MEN också med tillägget att:

”Varje myndighet skall ha ett vetenskapligt råd med relevanta experter för omvärldsanalys och information om genombrott inom medicinsk, folkhälsovetenskaplig och annan forskning av betydelse för hälso- och sjukvården”.

3. förslaget om att lagen om läkemedelskommittéer bör bibehållas

med kommentaren att läkemedelskommittéerna kollegiala arbetsätt enligt modellen Planera-Göra-Studera-Agera kompletterat med omvärldsanalys av påverkan vid förskrivning och uppföljning av läkemedelsbehandling tillämpas för en helhetssyn inom den s.k. nationella kunskapsstyrningen. Denna organbaserade styrning kan utvecklas utifrån läkemedelskommittéernas arbetsätt.

4. att staten ska fortsätta stödja och utveckla sitt stöd till lokalt implementerings- och förbättringsarbete i regioner och kommuner och att stödet inriktas på att förbättra förutsättningarna för arbetet.

Detta tolkar sektionen som att staten kan ta på sig ansvar för att genom stöd:

- a. främja utveckling och underhåll av kunskapsbaser för rationell diagnostik, behandling och uppföljning. Detta kan ske genom att långsiktig finansiering av initiativ från t.ex. professionella företrädare och universitet.
- b. dessa kunskapsbaser skall kunna distribueras enhetligt till journalsystem och andra elektroniska system (t.ex. för undervisning av hälso- och sjukvårdspersonal) via det befintliga SIL-systemet vid Inera och som då vidareutvecklas.

4. Konklusioner

Sektionen anser att utredningen gör värdefulla sammanställningar om både styrkan och bristerna i hur dagens hälso- och sjukvård kan anses vara kunskapsbaserad. Sektionen anser att det är helt nödvändigt att vidga omvärldsanalysen och beakta att hälso- och sjukvårdens generella beslut och patient-vårdmötet påverkas av många aktörer som finns lokalt, regionalt, nationellt och globalt. Att tro att hälso- och sjukvården blir kunskapsbaserad enbart genom koordinering av myndigheter är en illusion. A och O är att kompetens, teamarbete och kollegial samverkan mellan hälsoprofessioner stöds. Kunskap skapas inte automatiskt centralt utan ofta vårdnära där experter/samarbetspartner kan finnas både regionalt, nationellt och globalt och ofta i forskningsprojekt. Sektionen delar utredningens slutsatser att stöd till lokalt förbättringsarbete är A och O och detta bygger på välutbildade och nyfikna medarbetare.

Referenser

1. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, Ioannidis JPA, Fisher ES. Drivers of poor medical care. *Lancet* 2017;390:178-90.
2. Saini V, Brownlee S, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I. Addressing overuse and underuse around the world. *Lancet* 2017; 390:105-7.
3. Uppgifter tillgänglig på olika nätsajter. Sammanställda av Lars L Gustafsson 200901.
4. Hoffmann M, Vander Stichele R, Bates DW, Björklund J, Alexander S, Andersson ML, Auraen A, Bennie M, Dahl ML, Eiermann B, Hackl W, Hammar T, Hjemdahl P, Koch S, Kunnamo I, Le Louët H, Panagiotis P, Rågo L, Spedding M, Seidling HM, Demner-Fushman D, Gustafsson LL. Guiding principles for the use of knowledge bases and real-world data in clinical decision support systems: report by an international expert workshop at Karolinska Institutet. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, in press 2020.
5. Vosoughi S, Roy D, Aral S. The spread of true and false news online. *Science* 2018;359:1146-51.
6. Gustafsson LL, Wettermark B, Godman B, Andersén-Karlsson E, Bergman U, Hasselström J, Hensjö LO, Hjemdahl P, Jägre I, Julander M, Ringertz B, Schmidt D, Sjöberg S, Sjöqvist F, Stiller CO, Törnqvist E, Tryselius R, Vitols S, von Bahr C; Regional Drug Expert Consortium. The 'wise list'- a comprehensive concept to select, communicate and achieve adherence to recommendations of essential drugs in ambulatory care in Stockholm. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2011;108:224-33.
7. Sjöqvist F. Skärpta krav på ojävig hantering vid val av läkemedel: ledamöter i Stockholms läkemedelskommittéer lämnar årlig jävsdeklaration. *Läkartidningen* 2001;98:541-3.
8. Dear J, O'Dowd C, Timoney A, Paterson KR, Walker A, Webb DJ. Scottish Medicines Consortium: an overview of rapid new drug assessment in Scotland. *Scott Med J* 2007;52:20-6.
9. Svensson L. Läkemedelsverkets rekommendation håller inte måttet. *Läkartidningen.se* 2020-07-23.
10. Vårddata-hög tid att agera. Rapport från 2018 tillgänglig hos Forska Sverige. <http://www.forskasverige.se/wp-content/uploads/Agenda2018.pdf>
11. Eiermann B. Possibilities and limitations to deliver user adapted knowledge bases for rational prescribing in Sweden. Presentation 25 januari 2019 vid internationellt workshop om kunskapsbaser och "real world data" vid Karolinska Institutet. Tillgänglig via <https://ki.app.box.com/s/vjfyi4a48uzajryr6r2wyn5sqitdk46f>
12. Cederberg J. Informationsläkare skrotas på vårdcentralerna i Stockholm. *Läkartidningen* 23-24/2020.
13. Avorn J, Soumerai SB. Improving drug-therapy decisions through educational outreach. A randomized controlled trial of academically based "detailing". *N Engl J Med* 1983;308:1457-63.
14. Eriksen J, Gustafsson LL, Ateva K, Bastholm-Rahmner P, Ovesjö ML, Jirlow M, Juhasz-Haverinen M, Lärfaars G, Malmström RE, Wettermark B, Andersén-Karlsson E; Stockholm DTC. High adherence to the 'Wise List' treatment recommendations in Stockholm: a 15-year retrospective review of a multifaceted approach promoting rational use of medicines. *BMJ Open* 2017;7:e014345.
15. Kunnamo I. Contents, design and effects of knowledgebases for medical practice and education: the Duodecim experience. Föredrag vid internationellt expertmöte om kunskapsbaser och real-world-data vid Karolinska Institutet i januari 2019. Tillgänglig via <https://ki.app.box.com/s/vjfyi4a48uzajryr6r2wyn5sqitdk46f>
16. Avorn J. The Psychology of Clinical Decision Making - Implications for Medication Use. *N Engl J Med* 2018; 378:689-91.

Bilaga 1 (referens 1)

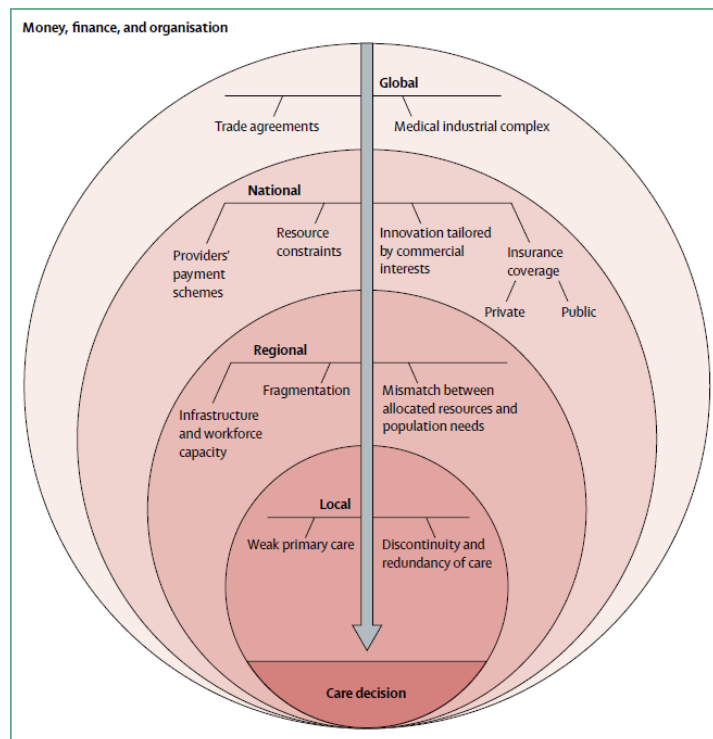


Figure 1: Money, finance, and organisation affect health-care decisions at global, national, regional, and local levels

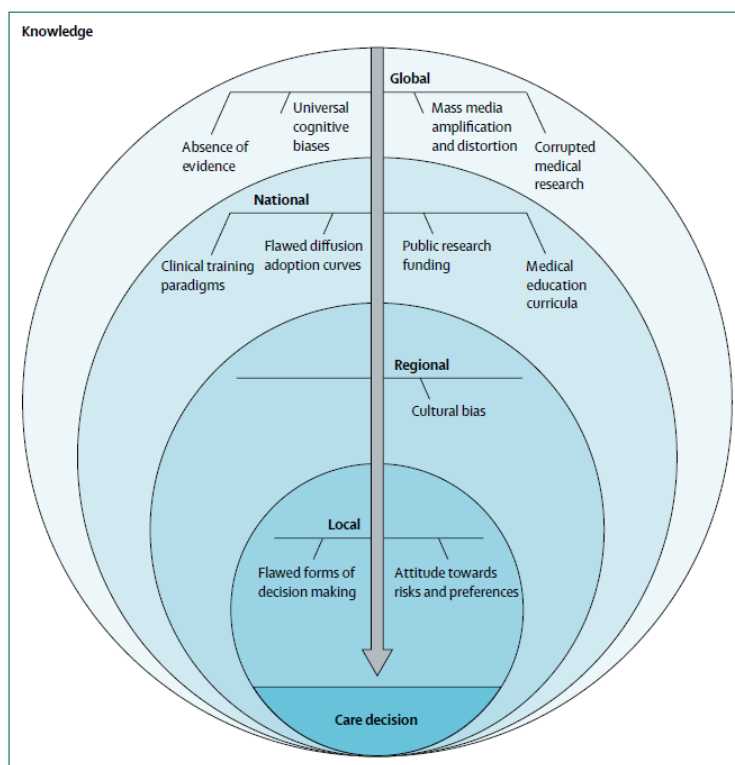


Figure 2: Production and dissemination of knowledge affects health-care decisions at global, national, regional, and local levels

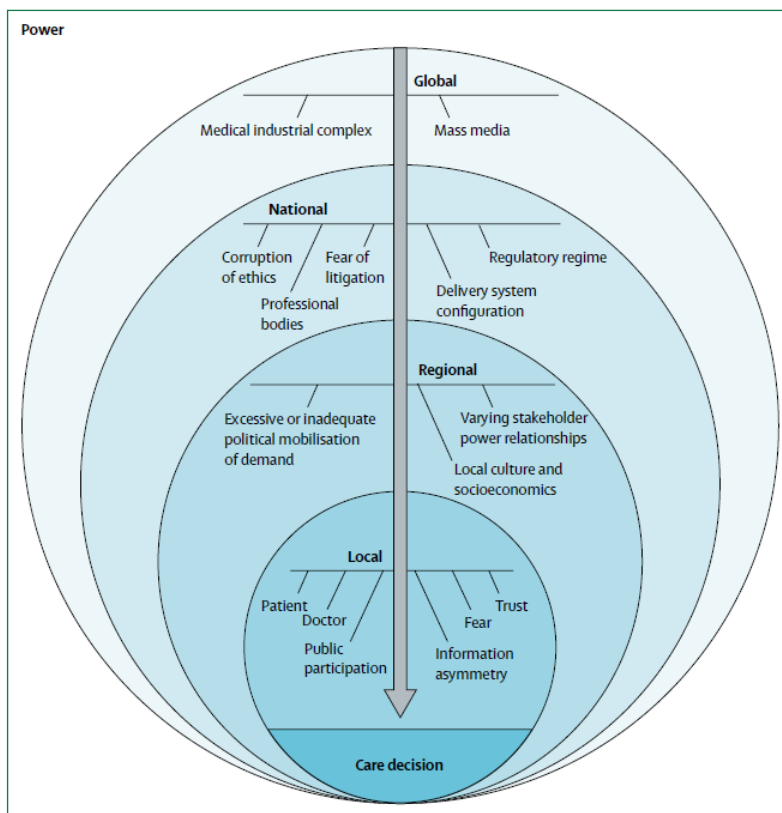


Figure 3: Distribution of social and political power affects health-care decisions at global, national, regional, and local levels

Sektionen för läkemedelslära

Genom

Stig Jacobsson
Ordförande

E-post: stig.jacobsson@umu.se
Mobil: 070-664 72 38



Kompletterande remissvar från SFOG:

Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter SOU 2020:36

SFOG ställer sig bakom SLS uttalanden om ifrågavarande remiss.

SFOG är en specialitetsförening inom Sveriges Läkarförbund och även den äldsta sektionen av Svenska Läkaresällskapet. Föreningen utgör en sammanslutning av svenska gynekologer och obstetiker och är även samordnande organisation för landets regionala gynekologiska sällskap. SFOG har sjutton nationella arbets- och referensgrupper (ARG), som bevakar utvecklingen inom små och stora områden inom specialiteten. Experterna i dessa grupper utgör remissinstans för styrelsen i specifika medicinska frågor. Arbetsgrupperna tar, när behov uppkommer, fram rapporter med senaste rön och praxis, nationella råd och evidensbaserade riktlinjer inom sina områden. För närvarande finns 81 rapporter och ett 30-tal råd och riktlinjer. Inom SFOG finns också följande intressegrupper: Mödrahälsovårdsöverläkargruppen, privatgynekologer, öppenvårdsgynekologer och OGU (Obstetiker och Gynekologer under Utbildning).

Föreningen står själv för arrangemang och samordning av sin ST-kurser, sin specialistexamen och administrerar fortbildningskurserna för färdiga specialister. Varje sensommar arrangeras en vetenskaplig SFOG-vecka med symposier, föredrag och posterutställning. Föreningen har ca 2400 medlemmar.

SFOG ingår tillsammans med specialitetsföreningarna i övriga nordiska länder i Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG). NFOG arbetar med gemensam nordisk vidareutbildning, arrangerar nordiska kongresser i obstetrik och gynekologi, samordnar vetenskaplig aktivitet inom specialiteten och utger den internationella engelskspråkiga facktidskriften Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica (AOGS).

Vi vill särskilt understryka följande synpunkter på utredningen:

Uttrycket kunskapsstyrning är språkligt missvisande och bör inte användas. Nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård däremot, är det vi redan har! Att verksamheten ska *ledas* utifrån kunskap är ju sedan begynnelsen SLS och dess medlemsföreningars grundtanke. Verksamheten behöver styras utifrån bästa möjliga aktuella kunskap i balans med en både bred och djup insikt i vårdens utmaningar. Denna kunskap och insikt finns hos professionerna. Kunskap förändras ständigt och kan omöjligt vara något styrmedel. Uppdaterad kunskap är däremot essensen i professionernas arbetsutövning.

SFOG Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi

Org nr: 845000-2905

Box 738

101 35 Stockholm

Besöksadress:

Svenska Läkaresällskapet Klara Östra Kyrkogata 10



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK & GYNEKOLOGI
Swedish Society of Obstetrics and Gynecology

SFOG har sedan många år en omfattande väletablerad nationell organisation för kunskapsstöd. Våra råd och riktlinjer används nationellt som underlag för lokala PM. Det sker en ständig uppdatering av råden vartefter evidens och praxis ändras. Nya områden kommer till och de inaktuella uttrangeras. Det ger en unik flexibilitet som värderar såväl evidens som bästa praxis. Sveriges främsta kliniker och forskare står för att råden är aktuella och relevanta.

Inom specialiteten finns också sex kvalitetsregister, Gynopregistret, Bristningsregistret, Graviditetsregistret, Gyncancerregistret, IVF-registret och Cervixcancerpreventionsregistret. Deras data analyseras, rapporteras och diskuteras inom föreningen lokalt och regionalt. SFOG sätter utifrån registerdata nationella målvärden som tjänar som riksläkare för god vård.

SFOG har ett nära samarbete med Barnmorskeförbundet och Neonatologföreningen med utbildning och riktlinjearbeten.

Att utredningen om kunskapsbaserad vård inte i högre grad beaktar de olika professionernas stora kunskapsbanker och lärande strukturer är anmärkningsvärt och vi befarar en önskad avprofessionalisering av vårdens styrning.

För SFOG:s styrelse i november 2020
Eva Uustal
Ordförande

SFOG Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi
Org nr: 845000-2905
Box 738
101 35 Stockholm
Besöksadress:
Svenska Läkaresällskapet Klara Östra Kyrkogata 10

08-440 01 75, kansliet@sfog.se

Remissvar från Svensk förening för Socialmedicin och Folkhälsa

Avseende utredningen Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter

SSF har med stort intresse läst denna angelägna utredning och ser värdet av att inrätta en statlig funktion med ansvar för samlad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården inom den befintliga myndighetsstrukturen. Vi instämmer i vikten av mer samlade strukturer för detta, av de olika skäl som utredningen beskriver, såsom att mer effektivt kunna använda existerande data och undvika parallella strukturer. Vi känner också igen hinder, såsom lagstiftning, dataflöden, tekniska förutsättningar och, inte minst, vad gäller termer och begrepp. Utredaren beskriver återkommande vikten av en gemensam målbild och citerar flitigt **hälso-** och sjukvårdslagen.

*Det nya i lagen som kom 1983 var vikten av prevention, promotion och ett befolkningsperspektiv. I utredningen tycks dock snarare endast en god **vård** för patienten lyftas fram. Det finns viktig kunskap och evidens kring promotion och prevention som ingår i såväl kommunens som regionens ansvar och som också behöver kunskapsstöd för att utföras på ett optimalt sätt. Vi önskar att detta skrivs fram tydligare.*

Vi saknar också befolkningsperspektivet. Kunskap om god vård för enskilda patienter och vårdprocesser är inte detsamma som kunskap om befolkningens hälsa och insatser för att förbättra den.

Utredaren lyfter, mycket förtjänstfullt vikten av samarbete och samverkan.

Vi saknar dock en problematisering av vad som krävs för att detta ska bli verklighet, inte enbart vad gäller målbilder och ledarskap utan också vad gäller kunskap och professionell kompetens. Det finns kunskap om förutsättningar för god samverkan vilket bör lyftas fram.

Vi instämmer i vikten av att Socialdepartementets analyskapacitet bör förstärkas i syfte att stärka dess beställar- och mottagarkapacitet. Vi stödjer utredarens förslag avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Socialstyrelsen. Vi ser också värdet i utredarens förslag om att detta nationellt sammanhållna system för kunskapsbaserad vård innefattar alla aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet, och på alla nivåer som stöd för kunskapsbaserade beslut på olika nivåer i hela kedjan. På policynivå handlar det om att politikerna ska ha tillgång till faktabaserade underlag för sina politiska beslut. Detta är utmärkt.

Utredningen har även diskuterat hur grundläggande förutsättningar för vårdens förbättringsarbete kan stärkas för att kunna arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå samt vikten av en väl fungerande samverkan mellan regioner och kommuner. Grundtanken är även här mycket god.

För att kunna genomföra det man skriver, att denna statliga funktion ytterst avser att öka möjligheterna för förbättringsarbetet i regioner och kommuner, måste man stödja deras möjligheter till lokala/regionala analyser, och där ha kompetens för detta. Detta finns inte idag. Denna professionella kompetens innefattar epidemiologi, statistik, folkhälsovetenskap, socialmedicin, hälsoekonomi och hälso- och sjukvårdsanalys (både policyanalys och kunskap om styrning och ledning).

Jämlik vård lyfts flera gånger, men utan att problematisera vad som krävs för att detta ska kunna uppnås. Orsaker till ojämlik hälsa och ojämlik vård är komplexa. Exempelvis är folkhälsodata en förutsättning för att genomföra en behovsanalys samt avgöra om skillnader i vårdens insatser eller resultat är motiverade. Beroende på orsaker till ojämlik vård i olika geografier, vårdformer och sjukdomsområden behövs olika insatser för att åtgärda ojämlikheten.

Vi önskar en tydligare skrivning kring det kunskapsstöd som krävs för att kunna planera för och följa upp en mer jämlik vård.

Exempelvis beskriver Nationella kommissionen för jämlik hälsa i sitt slutbetänkande att regionerna behöver starkare stödstrukturer för ledning, styrning och uppföljning mot jämlik vård och hälsa än de som finns idag. Man föreslog därför att utreda förutsättningarna för att skapa regionala kompetenscentra för detta (SOU 2017:47). Dessa föreslogs vara en syntes och förstärkning av existerande verksamheter för folkhälsobevakning och sjukvårdsanalys, analys av kvalitetsregister (registercentra).

Vi menar att sammanhållna kompetenscentra på regional nivå är en nödvändighet för att kunna fullfölja regeringens löfte om att sluta hälsoklyftorna inom en generation. Denna professionella kompetens innefattar epidemiologi, statistik, folkhälsovetenskap, socialmedicin, allmänmedicin, hälsoekonomi, hälso- och sjukvårdsanalys, förbättringskunskap samt strategiskt regionalt planeringsarbete. En översyn av behov av kompetensförstärkning och strategier för att stimulera denna utveckling behövs.

För SFSF

Anna Sarkadi, ordförande, professor i socialmedicin

Margareta Kristensson, styrelseledamot, professor emerita i socialmedicin

Remissvar från SLS delegation för medicinsk etik

SOU 2020:36 Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter

Delegationen är positiv till att

1. lägga ett större ansvar på en av myndigheterna (Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys) att följa upp och analysera effekterna av statliga initiativ.
2. bättre samordna de olika nationella aktörernas roll i kunskapsstyrningen, genom att skapa en myndighetsgemensam arbetsgrupp med ett kansli på Socialstyrelsen.
3. Socialstyrelsen föreslås sammanställa en bild av tillståndet och utvecklingen i vården, peka på områden där staten borde agera och beskriva möjliga insatser.
4. kunskapsstödet i högre utsträckning än idag bör utformas med utgångspunkt i den kommunala hälso- och sjukvårdens behov och i nära samarbete med representanter för denna.

Delegationen beklagar däremot utredningens fokus på samordningen mellan statliga aktörer och statliga satsningar. I detta perspektiv riskerar professionernas roll att falla bort. Statskontoret har, i sin utvärdering av den samlade kunskapsstyrningen (rapport 2018:23), framhållit behovet av en policy för hur professionerna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan involveras på ett bättre sätt i arbetet med att ta fram nya kunskapsprodukter. Denna del av Statskontorets rapport har omnämnts men dessvärre inte beaktats tillräckligt i utredningen. Att integrera professionernas kunskap, erfarenhet och praktisknära perspektiv är helt nödvändigt för såväl framtagande av kunskapsunderlag som implementering av kunskapsstyrningen.

Delegationen saknar också reflektioner kring vårdgivarens skyldigheter avseende de etiska konsekvenserna vid kunskapsstyrningen. Enligt 5 kap 3 § HSL har vårdgivarna en skyldighet att tillförsäkra att nya metoder för diagnostik eller behandling är bedömda ur individ-, vård- och samhällsetiska aspekter innan de börjar tillämpas. Bestämmelsen har vid flera tillfällen kritiserats för att vara svårtolkad och otydlig och har fått olika tillämpning i landet. I utredningen saknas närmare resonemang om betydelsen av etiska överväganden och det tydliggörs knappast om sådana bör ingå i den nationella gruppens arbete. I den myndighetsgemensamma arbetsgruppen hade de etiska aspekterna med fördel kunnat klarläggas och beaktas tidigt i processen, vilken i sin tur kunnat leda till större tydlighet och samsyn och en mera enhetlig tillämpning i landet.

Delegationen vill även framhålla att det omfattande systembygge av top – down-karaktär som den s.k. Kunskapsstyrningen innebär i sig borde underkastas uppföljning och utvärdering ur ett flertal perspektiv: kostnad – nytta (inklusive analys av alternativkostnad för ett mer decentraliserat och professionsnära utvecklingsarbete), samt grad av följsamhet till vårdetiska principer och lagfäst prioriteringsordning (inte minst vad avser den horisontella prioriteringen mellan sjukdomsgrupper).

För Delegationen för medicinsk etik

Lotta Wendel Mikael Sandlund

SLS ställer sig positiva till kunskapsbaserad vård i ett nationellt sammanhållet system. Basen för kunskapsbaserad vård är forskning och utbildning av personal. Det tar idag mycket lång tid för att få nationellt genomslag och etablering av nya behandlingsmetoder en implementering som behöver belysas och medelställas för att förverkliga nationell kunskapsbaserad vård på lika villkor. Förutsättningarna för att lyckas med det kunskapsbaserade arbetet i regioner och kommuner kräver en strategisk satsning på forskning och utbildning där personalen är den kritiska resursen. De överväganden och förslag som kommer fram i utredningen uppvisar en vilja och ambition i rätt riktning men behöver tydliggöras med konkreta förslag.

Att säkra professionernas livslånga lärande för att kunna ta till sig och implementera kunskapsbaserad vård är en nyckelfaktor. I dagens ekonomistyrda sjukvård saknas möjligheter och resurser för att trygga personalens kontinuerliga kunskapsinhämtning vilket är grunden för att lyckas med införandet. SLS välkomnar förslaget att socialstyrelsens vårdkompetensråd får i uppdrag att ta sig an frågan, men frågan brådskar om målet är att sjösätta systemet i närtid.

Det rekommenderas att regioner och kommuner tar ett ömsesidigt ansvar för att utveckla samarbete och kunskapsstyrning, ett förslag som är otydligt och riskerar att skapa suddiga gränser och ansvarsförhållanden. Tydligare instruktioner och uppdelning av ansvar för implementering behövs.

Förslagen om ändringar i förordningar för att åstadkomma samverkan mellan myndigheter välkomnas och stöds av SLS.

eHälsokommittén yttrande

Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (SOU 2020:36)

Utredningen har fokus på hur statliga reformer ska följas upp och hur myndigheterna ska fungera bättre avseende sina befintliga uppdrag med förslag om ytterligare överbyggnad med nytt kansli med bl a en ny analysenhet. Behövs det verkligen? Har inte myndigheterna redan tillräckligt med resurser för detta? Eller använder man resurserna fel?

En springande punkt för att få fram de hälsodata som utredningen efterlyser anser vi istället vara bristen på gemensam informationsstruktur och bristande incitament att redovisa data. Datastrukturen behöver harmoniseras och följa den gemensamma informationsstrukturen. Dessutom måste professionen få regelbunden återkoppling från de register man bidrar till. Först då får vi en kunskapsbaserad vård med ett sk kunskapshjul.

Det är bra att kvalitetsregister beskrivs men vi saknar förslag om hur de ska fungera och användas bättre. Det står inget om betydelsen av att sträva efter (eller helst kräva) gemensam informationsstruktur så att det blir mer lättare och mindre resurskrävande och tidskrävande för sjukvårdsenheternas professioner att leverera indata. Här saknar vi förslag till koppling till huvudmannens verksamhet och dess kunskapsstyrning.

På sid s146 beskrivs NSG Strukturerad vårdinformation men vi efterlyser mer konkreta förslag hur befintlig informationsstruktur ska tillämpas.

Om utredningen menar allvar med sin text *"Data är den information som ligger till grund för uppföljningen."* s54 och 9.2.1 *Datakällor – verktyg för uppföljning* s176 och *"att se över hur man kan skapa en gemensam strategi för ömsesidigt nyttjande av data."* på s378 måste regeringen krävs större genomslagskraft för samordnad datastruktur, dvs gemensam informationsstruktur.

Utredningen tar upp allmän vårdkompetens men vi saknar beskrivning av informatikkompetens, dvs kompetens att använda digitala verktyg inkl gemensam informationsstruktur. Vi efterlyser förslag på kompetensutveckling i digitalisering och informatik, som är fundamentalt för att regeringens och huvudmannens ska leva upp till sina intentioner med Vision eHälsa 2025.

16 oktober 2020

Göran Petersson, ordförande SLS kommitté för eHälsa