



Remissvar Kunskapsbaserad och jämlik vård SOU 2017:48 (S2017/03403/FS)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga och professionella organisation, politiskt och fackligt obunden. Vi arbetar med frågor baserade på vetenskap, etik, utbildning och kvalitet. Vårt huvudsakliga syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård i samhället. Det gör vi bl.a. genom att initiera och driva viktiga samhällsfrågor genom våra medlemmar och vetenskapliga sektioner. SLS har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade betänkande och vill lämna följande synpunkter.

Inför beredningen av vårt svar har synpunkter inkommit från SLS delegation för medicinsk etik och SLS vetenskapliga sektioner för allmänmedicin, anestesi och intensivvård, beroendemedicin, infektionssjukdomar, kirurgi, läkemedelslära samt otorinolaryngologi, huvud- och halskirurgi. Då samtliga dessa yttranden innehåller värdefulla synpunkter bifogas de i sin helhet.

Allmänt om utredningen

SLS välkomnar att utredningen är tydlig med att nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte obligatoriska eller bindande. Vi delar uppfattningen om att den statliga styrningen behöver bli mer övergripande och vikten av att involvera professionerna i samråd och samverkan, men anser att det behöver uttryckas tydligare i förslagen och rekommendationerna. Vi välkomnar särskilt förslag om bestämmelse i HSL om att vården ska utövas av hälso- och sjukvårdspersonal som har goda förutsättningar att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att detta ska säkerställas av verksamhetschefen.

SLS anser att begreppet *kunskapsstyrning* är obsolet och helt bör utrangeras. SLS avstyrker förslaget att upphäva lagen om läkemedelskommitteér. Vi saknar ett internationellt perspektiv, den internationella utvecklingen skulle behövt belysas mer. Det finns behov av ett utvidgat internationellt samarbete kring gemensamma riktlinjer för användning av bl.a. extremt dyra läkemedel och terapier. Utredningen har heller inte tydligt belyst behovet av transparens och jävshantering i riktlinjearbetet. Vi saknar även en genomtänkt strategi för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, ett arbete som måste genomsyra den framtida hälso- och sjukvården bland annat av ekonomiska skäl.

16.1 Ansvarsfördelning mellan stat och sjukvårdshuvudmän

Utredningens genomgång visar att det finns ett stort antal kunskapsstöd, ibland dubblerande och överlappande, framtagna av en mängd aktörer som olika myndigheter, landsting, SKL och professionsföreträdare m fl. Fokus ligger mer på produktion av kunskapsstöd än uppföljning, analys och stöd till verksamhetsutveckling. Genomslaget är blygsamt. Utredningen menar att verksamhetsnära kunskap, erfarenhet och behov bör bli mer vägledande. Staten bör inte detaljstyra vården, utan utveckla en mer strategisk styrning präglad av tillit och förtroende.

Utredningen bedömer att den statliga styrningen behöver utvecklas för att bättre stödja en kunskapsbaserad och jämlik vård. Staten bör bli mer övergripande i styrningen samt stärka uppföljning och utkräva ansvar av landsting och kommuner. Staten bör stödja en ökad nationell samverkan mellan

landstingen och kommunerna samt främja förutsättningar för professionernas deltagande på alla nivåer och ett ökat patientinflytande.

SLS delar utredningen bedömning att statens styrning måste bli mer övergripande, att staten och landstingen behöver samråda om insatser för att åtgärda identifierade brister vad gäller kunskapsbaserad och jämlik vård och att tillfälliga satsningar från staten för att rätta till brister måste minimeras. SLS vill betona det utredningen framhåller för genomslag för bästa kunskap; ett integrerat och inkluderande arbete där kunskap som skapas i det dagliga arbetet är en viktig del.

SLS anser att professionerna och det verksamhetsnära perspektivet måste inkluderas och att förutsättningarna för deltagandet är goda, när de nya strukturerna byggs för samråd och samverkan för kunskapsstöd, både mellan staten och landstingen och mellan landstingen.

SLS anser att uppföljningen av riktlinjer och andra kunskapsstöd måste ske utifrån adekvata kvalitetsparametrar baserade på bästa tillgängliga kunskap. Parametrarna ska till största delen kunna extraheras automatiskt ur datajournalssystemen och sammanställningarna återföras till professionen.

Av den enkätundersökning utredningen genomfört bland läkare genom Sveriges läkarförbund, framgår att fråga kollega rankas högst bland kunskapsstöd som används regelbundet i klinisk verksamhet. Specialitetsföreningarnas (sammanfaller i huvudsak med SLS vetenskapliga sektioner) riktlinjer rankas också högt, 51% av de svarande läkarna anger att de använder dessa regelbundet.

SLS anser att resultatet visar på vikten av att skapa goda förutsättningar för professionen att arbeta med kunskapsstöd. Det gäller möjligheten att delta som expert i olika grupper till exempel på Socialstyrelsen, i programarbeten och i specialitetsföreningarnas, tillika SLS sektioner, arbete med kunskapsstöd. Det är även viktigt att professionen i form av specialitetsföreningarna/SLS sektioner, får en framträdande roll i framtagandet av nationella riktlinjer och vårdprogram. Det behöver tydliggöras hur detta ska organiseras och finansieras. SLS sektioner arbetar i dag på ideell basis. Ett bra exempel på hur professionen kan arbeta med kunskapsstöd är SLS levnadsvaneprojekt.

16.2 Professionernas och patienternas förutsättningar

16.2.1 Förslag om professionernas förutsättningar att utföra sitt arbete

Utredningen förslår att det i HSL införs ytterligare en aspekt av begreppet god vård genom en bestämmelse om att vården ska utövas av hälso- och sjukvårdspersonal som har goda förutsättningar att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

SLS tillstyrker utredningens förslag som vi i likhet med utredningen hoppas ska tydliggöra vikten av att vårdgivarna ger personalen nödvändiga förutsättningar att kunna bedriva ett kvalificerat arbete.

16.2.2 Förslag om verksamhetschefens ansvar

Utredningen föreslår att det av HSL ska framgå att verksamhetschefen ska säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

SLS tillstyrker och välkomnar förslaget som bland annat innebär att det blir tydligare att professionerna måste ges bättre möjlighet till nödvändig fortbildning än i dag. Det är viktigt att tid och utrymme ges på arbetsplatsen för detta samt för att professionerna ska kunna mötas och utbyta erfarenheter. Men goda förutsättningar att verka enligt vetenskap och beprövad erfarenhet omfattar även faktorer som tillräckligt många vårdplatser och andra resurser.

16.3 Utvecklad styrning för kunskapsbaserad och jämlik vård

16.3.1 En bred tolkning av kunskapsstöd och kunskapsstyrning

Enligt utredningen innebär kunskapsstyrning att utveckla, sprida och använda bästa kunskap. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och till ledarskapet.

SLS anser att begreppet kunskapsstyrning är obsolet och helt bör utrangeras. *För det första* ger det ett felaktigt intryck av att kunskap går att explicit ”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. *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 landstingsledningarnas 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 *kunskapsstöd* som det centrala begreppet. Det är också väsentligt att lagstiftningen fångar att den forskning och kunskap som stöden vilar på utvecklas i vårdverksamheter av professionerna. Så som förslaget nu är utformat nämns enbart samverkan mellan landstingen (och kommunerna).

SLS anser att den medicinska forskningen i högre utsträckning än i dag bör ta sin utgångspunkt i de behov och utmaningar som hälso- och sjukvårdens medarbetare möter i sin kliniska vardag. Det är en framgångsfaktor för svensk hälso- och sjukvård och avgörande för att säkra framtidens kunskapsutveckling. SLS och en arbetsgrupp inom Kungliga vetenskapsakademien har tagit initiativ till ett idéprogram för hur FoUU på ett bättre sätt kan integreras i verksamhetsuppdraget och bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvården.

16.3.2 Nationella riktlinjer bör vara vägledande inte bindande

Utredningen bedömer att nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte obligatoriska eller bindande.

SLS delar bedömningen och vill betona utredningens skäl, bland annat att det är andra faktorer än obligatoriska riktlinjer som är betydelsefulla för att nå kunskapsbaserad och jämlik vård, patienten inte är standardiserbar, det skulle minska den professionella autonomin och riskera sända signaler om brist på tillit till vårdens professioner. Men framför allt innebär den snabba kunskapsutvecklingen att nationella riktlinjer riskerar snabbt bli inaktuella och det skulle hämma innovation och utveckling.

16.3.3 Förslag om samråd kring vårdens övergripande resultat och framtida inriktning

Utredningen föreslår att regeringen och landstingen inrättar ett nära och regelbundet samråd där det bland annat överenskomms om insatser till följd av identifierade brister vad gäller kunskapsbaserad och jämlik vård.

SLS har inte någon invändning mot att ett samråd inrättas i syfte att åtgärda identifierade brister vad gäller kunskapsbaserad och jämlik vård, men vill lyfta fram vikten av att inkludera professionerna och det verksamhetsnära perspektivet när de nya strukturerna byggs för samråd och samverkan för kunskapsstöd, både mellan staten och landstingen och mellan landstingen (se nedan 16.3.5 och 16.3.7).

16.3.4 Förslag om nationell process för särskilda satsningar

Utredningen föreslår att en nationell process för särskilda satsningar fastställs inom ramen för samrådet av regeringen, landstingen och när relevant också kommunerna. De områden som väljs ut ska vara tydligt fokuserade för största möjlighet att uppnå resultat.

Utredningen anser att regeringen och landstingen bör koncentrera satsningar och initiativ gällande kunskapsstyrning till färre, väl avvägda och underbyggda fokusområden. Samrådsförfarandet som föreslås syftar till att ange den övergripande inriktningen för hälso- och sjukvårdens utveckling samt överenskomma om insatser till följd av identifierade brister i vården. Genom samrådsförfarandet skapas förutsättningar för att ta fram mer övergripande och långsiktiga överenskommelser enligt utredningen.

SLS är tveksamt till den här typen av satsningar som riskerar detaljstyra vården, och ofta får inga eller icke önskvärda effekter. SLS delar dock uppfattningen att det samrådsförfarande som föreslås kan ge bättre förutsättningar för att välja ut fokusområden för sådana särskilda satsningar. Det måste dock tydliggöras att professionerna och patienterna ska involveras. Detta är inte tydligt i utredningens löptext (s. 447).

”Berörda myndigheter, främst Socialstyrelsen, liksom det nationella kansliet, som redogörs för nedan, bör löpande bevaka och vid behov identifiera förslag till regeringen om särskilda områden som bör bli föremål för särskilda satsningar. Urvalet sker i dialog med huvudmännen och med de fördjupade uppföljningsrapporterna som underlag. Förslagen kan genomföras efter gemensamt ställningstagande från regeringen och huvudmännen.”

16.3.5 Förslag om förtydligad samverkansskyldighet för huvudmännen

Utredningen föreslår att nya bestämmelser införs i hälso- och sjukvårdslagen där det framgår att landstingen är skyldiga att samverka med andra landsting och kommuner i frågor om nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Motsvarande bestämmelser föreslås för kommunerna.

SLS tillstyrker förslaget att skärpa sjukvårdshuvudmännen skyldighet att samverka i frågor om nationella kunskapsstöd. Det ger en viktig signal från statens sida om att hälso- och sjukvårdslagens mål om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen är på allvar. Enligt SLS är det också bra att bestämmelserna inte pekar ut de exakta formerna för eller omfattning av samverkan utan överlämnar detta till huvudmännen. Däremot är det viktigt att det i lagtexten tydligt framgår att professionerna inom vården ska vara involverade när samverkan organiseras och genomförs.

16.3.6 Förslag om att inrätta vårdkommittéer

Utredningen föreslår att lagen om läkemedelskommittéer upphävs och ersätts av den nya lagen om vårdkommittéer. Särbehandlingen av läkemedelsområdet upphör därmed och läkemedelskommittéernas uppdrag vidgas till att omfatta all vård.

SLS avstyrker förslaget att upphäva lagen om läkemedelskommittéer. Skälet är att strikt jävspolicy och kravet på att kommittéerna måste vara oberoende är en förutsättning för valida, evidensbaserade behandlingsrekommendationer. Läkemedelskommittéerna är verksamma inom ett område med stark påverkan från externa intressenter i form av läkemedelsindustrier och lobbygrupper som är lokalt, nationellt och globalt verksamma. Genom sitt oberoende kan läkemedelskommittéerna erbjuda en balanserad bild som stöd till forskrivare och verksamhet. I en kommitté där läkemedelskommittéernas uppdrag vidgas till att omfatta all vård riskerar läkemedelsfrågorna att nedprioriteras med ökande kostnader och sämre behandlingsresultat och patientsäkerhet som följd. SLS menar också att utredningen ensidigt fokuserat på att läkemedelskommittéerna ger ut listor på rekommendationer och att detta innebär dubbelarbete. Men att ta fram listor är inte deras viktigaste arbete. Läkemedelskommittéernas väsentliga bidrag inom hälso- och sjukvården är att de identifierar nyckelpersoner som kan påverka kollegorna och ger dem en plattform för att ha en dialog och/eller utbilda läkare och annan vårdpersonal när ny kunskap kommer.

Däremot är SLS för att det utöver läkemedelskommittéerna ställs krav på sjukvårdshuvudmännen att inrätta någon form av råd eller organ med uppdrag att verka för att nationella kunskapsstöd används och att resultat följs upp för all vård. I den här typen av organ bör självklart kunskap om läkemedel integreras med annan kunskap om hur vården bäst ska bedrivas och representanter för läkemedelskommittéer ingå.

16.3.7 Rekommendationer till landstingen

Utredningens lagförslag om samverkan mellan landstingen är tänkt att harmoniera med den modell som arbetats fram mellan landstingen för nationell samverkan. Utredningen rekommenderar landstingen att tydligt reglera formerna för professionernas respektive patientföreträdares representation och involvering på alla nivåer.

SLS vill understryka vikten av att säkerställa professionernas medverkan. Även specialitetsföreningarna/SLS sektioner bör inkluderas, de utgör i dag den enda riktiga sammanhållande

kraften mellan landets kliniker. Som nämnts i inledningen behöver det tydliggöras hur detta ska organiseras och finansieras. Av beskrivningen av modellen (s. 150) framgår att primärvårdsperspektivet alltid ska beaktas. SLS anser att även detta bör tydliggöras, och bör vara en rekommendation till landstingen. I skissen som beskrivs på s.153 finns ett programråd för ”Nära vård”, ett begrepp som ännu inte är tydligt definierat, och de områden som räknas upp (bland annat levnadsvanor, äldre, smärta, palliation) är ganska specifika.

16.3.8 Förslag om ett nationellt kansli

Utredningen föreslår att regeringen inrättar ett kansli för kunskapsbaserad och jämlik vård med uppgift att bistå regeringen med insatser för att säkerställa att det föreslagna samrådet mellan regeringen och landstingen och den statliga övergripande styrningen i övrigt successivt utvecklas och ger önskade effekter.

SLS avstyrker förslaget att inrätta ett särskilt kansli i Regeringskansliet för kunskapsbaserad och jämlik hälso- och sjukvård. Det är Regeringskansliets grundläggande uppgift att stödja en effektiv styrning från regeringens sida för att säkerställa att lagstadgade mål nås inom såväl hälso- och sjukvårdsområdet som inom andra samhällssektorer. Om Regeringskansliet saknar tillräcklig kapacitet på något angeläget område är den mest självklara och långsiktigt hållbara åtgärden att myndigheten omprioriterar sina resurser och rekryterar de kompetenser som krävs. Att inrätta en separat organisation för kunskapsbaserad vård inom Regeringskansliet förstärker den byråkratiska överbyggnaden och leder till gränsdragningsproblem gentemot socialdepartementet och oklarhet om ägandeskapet av de centrala hälso- och sjukvårdsfrågorna. Utvärderingar av exempelvis nationella samordnare visar också att den här typen av specialfunktioner i Regeringskansliet ofta innebär dyra kostnader men sällan ger önskvärda effekter.

SLS instämmer i behovet av att renodla rollerna mellan staten och sjukvårdshuvudmännen gällande de nationella kvalitetsregistren. Men vi vill även understryka vikten av att professionerna – som är de ursprungliga initiativtagarna till registren – fortsatt har ett starkt inflytanden över registrens förvaltning, användning och utveckling. Detta är grunden till registrens legitimitet och att de kan ha en nyckelroll i uppföljningen för att säkerställa kunskapsbaserad och jämlik vård runt om i landet.

16.4 Förslag om en nationell digital kunskapstjänst

Utredningen föreslår att en nationell digital kunskapstjänst inrättas i syfte att skapa förutsättningar för vårdprofessionerna hos alla sjukvårdshuvudmän att enkelt söka och få tillgång till kunskap.

SLS är positivt till att det inrättas en tjänst som samlar kvalitetssäkrade kunskapsstöd, avgiftsfri tillgång till vetenskapliga artiklar och SBU:s upplysningstjänst. Frågan bör dock utredas ytterligare. Det krävs resurser för att utveckla och medicinskt förvalta kunskapskällor så att dessa kan bli viktiga och ständigt uppdaterade beslutsstöd. Det är naturligt att universitet, universitetssjukhus, specialitetsföreningarna och SLS vetenskapliga sektioner samt patientföreningar får en central roll.

16.5 En mer samordnad och effektiv myndighetsstyrning

Utredningen anser att statens bör ha en mer samordnande roll och som huvudregel endast bör producera den typ av kunskapsstöd som inte landstingen och professionerna klarar själva. Utredningen lägger också flera förslag för att stödja en sådan inriktning.

SLS ställer sig helt bakom den övergripande inriktningen och de flesta av förslagen. Vi ser med fördel att landstingen ges ett utökat ansvar för kunskapsstöden, att Socialstyrelsen får en tydligare roll och särställning, att myndigheterna i övrigt rationaliserar sitt arbete, minskar detaljstyrningen och utvecklar den mer strategiska styrningen. Det är också en fördel att nationella riktlinjer utvecklas till att bli ett mer renodlat kunskapsstöd för planering och prioriteringar.

Det enda SLS är direkt tveksamt till är utredningens förslag att Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer ska upphöra som separata kunskapsstöd. Socialstyrelsen ska enligt utredningen bli ensam ansvarig myndighet för alla rekommendationer kring läkemedelsbehandling och Läkemedelsverket bistå med relevanta underlag vid behov. SLS ser en risk att kvaliteten på

rekommendationerna kring läkemedelsanvändning kommer att sjunka med detta upplägg. Läkemedelsverket har i dag en unik kompetens kring läkemedel och ett arbetssätt som gör att myndigheten snabbt får ut användbara rekommendationer utifrån aktuellt evidensläge. Blir utredningens förslag verklighet riskerar denna unika kompetens att försvinna.

För Svenska Läkaresällskapet

Stefan Lindgren
ordförande

Britt Skogseid
vice ordförande

Bilagor:

SLS delegation för medicinsk etik
SLS vetenskapliga sektioner för

- allmänmedicin,
- anestesi och intensivvård,
- beroendemedicin,
- infektionssjukdomar,
- kirurgi
- läkemedelslära
- otorinolaryngologi, huvud- och halskirurgi och



Remissvar SOU 2017:48 Kunskapsbaserad och jämlik vård

Läkaresällskapetets delegation för medicinsk etik är kritisk till den analys som implicit hävdar att entydig kunskap som styrs centralt via till exempel Socialstyrelsen skulle ge bättre eller jämlikare vård. Regionala skillnader i vårdens innehåll speglar måhända ibland kunskapsskillnader, men dessa bestäms främst av att infrastruktur och resurser är olika. För att förstå betydelsen av kunskapsskillnader måste det belysas vad kunskap är, hur kunskap bildas och överförs samt hur kunskap används i vårdarbetet.

KUNSKAP

Begreppet ”kunskapsstyrning” används genomgående utan att vare sig ”kunskap” eller ”styrning” ges begripliga definitioner. ”Kunskap” brukar vetenskapligt beteckna en praktisk förmåga som innebär att man kan äga och tillämpa viss information. Kunskap 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 vårdar. Kunskap ska inte förväxlas med ”information” som kan inhämtas från olika typer av externa källor, vare sig det rör sig om checklistor eller nättjänster. Kunskap kan inte vara styrande i sig.

Läkare och sjuksköterskor utgör legitimerad och akademiskt utbildad personal med samhällets uppdrag och lagliga krav att handla professionellt. Professionalism innebär ansvarsfull tillämpning av specialiserade ämneskunskaper som man får genom utbildning, erfarenhet och vidareutbildning och som de facto ger kunskapsövertag i vissa avseenden. Man kan säga att ”lärlingen kan reglerna, men mästaren känner till undantagen”; uttrycket betonar just det unika med att kunskap är en praktisk förmåga och bunden till personer. För att påverka de professionella vårdarnas individuella kunskap kan man använda ”utbildning” men inte ”styrning”. Centralt för utbildning av läkare och sjuksköterskor är att yrkesutbildningen är akademisk och ofta efterföljs av specialistutbildning. Det är väsentligt att de akademiska utbildningsinstitutionerna utvecklas och används så att svensk vårdpersonal har internationellt högklassig utbildning och att kunskapsmassan uppdateras fortlöpande. En del av den vetenskapliga utvärderingen sker via kvalitetsregister och uppföljning, som bör utnyttjas för professionell kunskapsökning och förbättring - men det är inte heller ett styrmedel.

TILLIT

Rapporten understryker att tillit till vårdprofessionernas patientnära kunskap bör ges mer utrymme jämfört med dagens situation där byråkratisk och ekonomisk detaljstyrning minskat professionernas möjlighet att arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. VI instämmer i denna analys.

Rapportens huvudbudskap står emellertid i konflikt med skrivningen om "tillit": Rapporten förespråkar nationell centralisering av sjukvårdens styrning via plattformar för informationsproduktion på Socialstyrelsen för att minska kommuner och landstings godtyckliga och ojämlika sätt att styra sjukvården. "Utomprofessionell centralisering" förordas ofta som politisk lösning, men kan omöjligen förenas med "tillit till vårdprofessionernas kunskap.

PROFESSIONALISM

De professionella utbildas till att få specialistkunskap som gagnar samhället. Samhället i övrigt saknar väsentligen denna kunskap, och bör förvänta sig att de professionella använder sitt kunskapsövertag ansvarsfullt. Samhällets förhållande till de professionella måste därför ytterst grundas på tillit; professionell autonomi är nödvändig för att samhället skall kunna ställa berättigade krav på ansvarsfull professionsutövning och professionell självreglering.

Sammanfattning

Vi menar att utredarna korrekt har identifierat problem med avsaknad av samordning mellan regioner, olikheter i vården, och byråkratisk styrning som inte gagnar verksamheterna. Utredningens slutsatser och rekommendationer blir emellertid tveksamma då kunskapsbegreppet missuppfattas, och man därför landar i tron på en centraliserad "kunskapsstyrning". Kunskapen finns hos de professionella och man måste säkerställa utbildning och professionellt utbyte på alla nivåer och grunda vårdens styrning på tillit till de professionellas kunskaper.

För Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik

Mikael Sandlund
Ordförande

Tiit Mathisen
Ledamot

REMISSVAR
2017-09-14

Svenska Läkaresällskapet
susann.asplund@sls.se

SFAM:s remissvar: Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård SOU 2017:48

Det är bra att utredaren konstaterar att det krävs en tillitsfull och effektiv samverkan mellan staten och huvudmännen, där professionerna och patientföreträdare ges stort utrymme att bidra. Uttalandet vittnar om en bra tonträff som präglar efterföljande texter i denna omfångsrika utredning. Vi uppskattar att detaljstyrningen ska minska till förmån för en mer strategisk styrning präglad av tillit och förtroende.

Jämlikhet

Det är positivt att regeringen tar ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården så att alla invånare i Sverige får rätt till jämlik och kunskapsbaserad vård oberoende av ursprung eller var man befinner sig i landet.

Nationellt kunskapsstöd

Det är bra att ett nationellt digitalt kunskapsstöd inrättas där vårdprofessionerna hos alla vårdgivare i landet enkelt kan få tillgång till kvalitetssäkrade kunskapsstöd samt utan kostnad ta del av vetenskapliga artiklar.

Det är bra att huvudmännens ansvar för den nationella kunskapsstyrningen klargörs. Det vore önskvärt att en tydlig uppföljningsplan av detta ansvar fastställs.

Det är bra att utredningen fastslår att nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte bindande.

Patientmedverkan

Det är bra att patienten ses som en viktig aktör i vården och behöver ges förutsättningar att delta i kunskapsstyrningen. Men vi skulle gärna ha sett ett resonemang kring på vilket sätt patienternas engagemang i kunskapsstyrningen bidrar till ökad delaktighet i det kliniska beslutsfattandet.

Primärvårdsperspektivet

I kapitel 7 anges att "Enligt beslutsunderlaget är avsikten att primärvårdsperspektivet alltid ska beaktas och att patientinvolvering alltid ska övervägas i programområdenas konkreta arbete." Detta är tydligt uttryckt, men när de nationella programråden presenteras i figuren på sidan 153, får man inte intrycket av att detta är en ledstjärna. Det nationella programrådet för primärvård lyser här med sin frånvaro. Istället anges programrådet "Nära vård" (bland annat levnadsvanor, äldre, smärta, palliation), där man möjligen kan ana ett primärvårdsperspektiv exemplifierat utifrån i och för sig viktiga, men ändå ganska specifika områden. Att utredaren anser att generalistperspektivet ska genomsyra de organorienterade

programområdena kan man inte utläsa i denna figur. Den starka fokuseringen på dessa organorienterade programråden samtidigt som primärvårdsperspektivet lyfts fram i utredningen resulterar i dubbla budskap. Begreppet "Nära vård" ger uttryck för en ambivalent inställning till primärvårdens roll för att åstadkomma en kunskapsbaserad och jämlik vård.

Socialstyrelsens roll

Att Socialstyrelsen ges en ökad roll ser vi som positivt men det kräver de medicinska professionernas närvaro på Socialstyrelsen i ökad utsträckning. Man behöver dock överväga betydelsen av den dubbla rollen av kunskapsstyrning och tillsyn av densamma.

Lag om vårdkommittéer

Förslaget om att lagen om läkemedelskommittéer ersätts med en ny lag om vårdkommittéer har både för- och nackdelar. Att särbehandlingen av läkemedel upphör kan ge en möjlighet att bättre lyfta fram icke läkemedelsbaserade behandlingsmetoder. Att vårdkommittéernas uppdrag blir att verka för nationell kunskapsstyrning för all vård – inklusive den vård som bedrivs i kommuner belägna i landstinget – är positivt, men innebär ett betydligt större uppdrag än idag och kräver bredare kompetens och medflyttning av resurser. Det är viktigt att bevara läkemedelskommittéernas strukturerade arbetssätt och informationskanaler, utbildningsapotekerna fyller till exempel en viktig funktion och har bidragit till förbättrad läkemedelsanvändning, bland annat genom strukturerade läkemedelsgenomgångar. Risken att det viktiga arbete som läkemedelskommittéerna gör idag blir urholkat om uppdraget omdefinieras och utökas, bör beaktas.

Övriga lagförslag

Vi uppskattar särskilt formuleringen "Förtydliganden i hälso- och sjukvårdslagen om att professionerna ska ha goda förutsättningar att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, och att det är huvudmannen respektive verksamhetschefen som har ansvaret att skapa dessa förutsättningar".

För Svensk förening för allmänmedicin

Hanna Åsberg
Ordförande

KOMPLETTERING TILL REMISSVAR
2017-10-02

Svenska Läkaresällskapet
Susann Asplund

**KOMPLETTERING TILL SFAM:s remissvar:
Kunskapsbaserad och jämlik vård. Förutsättningar för en lärande hälso- och
sjukvård SOU 2017:48**

Förutom tidigare insända synpunkter skulle vi också önska att utredningen tog upp behovet av en genomtänkt strategi för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, ett arbete som måste genomsyra den framtida hälso- och sjukvården, bland annat av ekonomiska skäl. Det förebyggande arbetet bör riktas mot hela befolkningen, men även riktade insatser till särskilt utsatta grupper bör komma ifråga. Vi vill också poängtera att en väl utbyggd och fungerande primärvård innebärande kontinuitet och trygghet för patienten gynnar hälsa. Det är också viktigt att befolkningen besitter kunskaper om vart man ska vända sig i frågor som rör förebyggande åtgärder, inte minst för nyanlända grupper.

För Svensk förening för allmänmedicin

Hanna Åsberg
Ordförande



YTTRANDE

2017-10-02

Svensk förening för anestesi och intensivvårds (SFAI) yttrande om SOU 2017:48

SFAI har tagit del av delbetänkandet "Kunskapsbaserad och jämlik vård" SOU 2017:48 som föreslår författningsändringar för att säkerställa att den hälso- och sjukvård som ges befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män.

SFAI välkomnar de välavvägda förslagen nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte obligatoriska eller mer bindande.

Vidare välkomnas särskilt förslagen:

-om förtydliganden i hälso- och sjukvårdslagen om att professionerna ska ha goda förutsättningar att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, och att det är huvudmannen respektive verksamhetschefen som har ansvaret att skapa dessa förutsättningar. Om personalen inte har goda förutsättningar att utöva sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet innebär det att lagens krav på en god vård inte är uppfyllt.

-att landstingen ska vara skyldiga att samverka nationellt om kunskapsstyrning,

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

- att Socialstyrelsens nationella riktlinjer renodlas till årliga underlag för planering och prioritering till stöd för politiker och andra beslutsfattare inom landsting och kommuner.

SFAI anser att nationella registren Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) och Svenskt Perioperativt Register (SPOR) har nyckelroll, och bör i fortsättningen få förstärkt mandat, för att följa upp och till berörd myndighet leverera strukturell och kvalitetsdata om anestesi och intensivvård som säkerställer kunskapsbaserad och jämlik vård i landet.

Å SFAIs vägnar

Miklos Lipcsey

Vetenskaplig sekreterare
Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI)
Verksamhetsområde Anestesi och Intensivvård
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala

Svensk förening för beroendemedicin har tagit del av betänkandet **Kunskapsbaserad och jämlik vård - Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48)** på remiss från Socialdepartementet. Kunskapsstödsutredningens uppdrag var att överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås.

Från föreningens sida vill vi framföra vår tveksamhet kring två av utredningens förslag:

Förslaget om att Lagen om läkemedelskommittéer upphävs och ersätts av den nya lagen om vård-kommittéer.

Vi befärar att detta kan motverka utredningens syfte, då det finns en risk att frågorna som vårdkommittéerna skall omfatta blir för komplexa, det blir svårare för vanliga intresserade doktorer att engagera sig. I dagens läkemedelskommittéer finns en stor andel kliniskt aktiva läkare som har detta som ett sidouppdrag. Risken är att de inte anser sig kunna delta om ämnesområdet breddas enligt utredningens förslag.

Svensk förening för Beroendemedicin **tillstyrker inte** *Förslaget om att Lagen om läkemedelskommittéer upphävs...*

Förslaget att Läkemedelsverkets ansvar för behandlingsrekommendationer upphör och att Socialstyrelsen övertar detta ansvar.

Förslaget innebär med stor sannolikhet att kvaliteten på kunskapsstyrning av läkemedelsanvändning kommer att sjunka, möjligen drastiskt. LMV har unik kompetens vad gäller läkemedel, deras arbetssätt gör att de snabbt får ut användbara rekommendationer utifrån aktuellt evidensläge, till skillnad från SoS som arbetar mindre fokuserat, tar hänsyn till många andra faktorer än evidensläge och vars arbetssätt troligen kommer att leda till att en fördröjning introduceras i publiceringen av nya rekommendationer.

LMV kommer i det nya förslaget att tvingas fungera som underleverantör till SoS, vilket skulle kunna innebära ett slut på en traditionellt mycket starkt svensk specialitet. Vi anser att detta motverkar utredningens syfte och snarast blir ett slag mot god och jämlik vård.

Svensk förening för Beroendemedicin **tillstyrker inte** *Förslaget att Läkemedelsverkets ansvar för behandlingsrekommendationer upphör...*

Stockholm 2017-10-04

Åsa Magnusson
Ordförande

Svensk förening för Beroendemedicin

Kunskapsbaserad och jämlik vård - Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48)

Styrkor

I enlighet med utredningen så anser SILF att nationella riktlinjer bör vara vägledande men inte bindande (sid 21). Vi accepterar principen att staten skapar ökad följsamhet genom villkorat statsbidrag, vilket vi bedömer kan ge ökad stimulans åt vissa projekt.

Vi instämmer i att trenden att hantera brister i vården genom fragmentiserade kortsiktiga nationella uppdrag behöver vändas(sid 23).

SILF stöder lagförslagen om att professionen ska ha goda möjligheter att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt att landstingen ska vara skyldiga att samverka om nationell kunskapsstyrning (sid 24). Vi tycker att det är utmärkt att man trycker på att vårdpersonal ska **ha goda förutsättningar** till att utföra vården i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (sid 426), men man bör i förslaget konkretisera vad detta innebär. Goda förutsättningar innefattar enligt vårt förmenande även faktorer som tillräcklig tillgång av vårdplatser och andra resurser.

Vi tycker det är positivt att kommunerna knyts hårdare till nationell kunskapsstyrning (sid 25).

SILF stöder satsningen på utökad uppföljning, förutsatt att man mäter adekvata kvalitetsparametrar baserat på bästa tillgängliga kunskap. Parametrarna ska till största delen kunna extraheras automatiskt ur datajournalssystemen och sammanställningarna återföras till professionen.

Vi uppskattar förslaget om ökad tillgång till digitalt kunskapsstöd för all vårdpersonal (sid 27).

SILF tycker det är utmärkt att man lyfter fram att organisationen behöver bidra med arenor där professionen kan träffas, utbyta erfarenhet och lyfta fram aktuell forskning (sid 426) och att man i utredningen betonar att det behövs insatser för att förbättra förutsättningarna för användande av bästa kunskaper. Det är också viktigt att det finns utrymme för kunskapsinhämtning på arbetstid i form av vidareutbildning, kurser mm.

Vi stöder utredningens förslag om att statens kunskapsstyrning inriktas på färre mer välvägda och underbyggda fokusområden (sid 466), såsom antibiotikaförbrukningen.

Vidare tycker vi det är bra att man lyfter fram att staten ska bidra till kvalitetsregistren (sid 467).

Utredningens förslag om nationellt kunskapsbibliotek tillstyrkes. Biblioteket bör vara uppbyggt av en mångfald evidensbaserade kunskapskällor och ha större tillgång till kompletta medicinska artiklar (sid 468) än vad som oftast finns tillgängligt utanför universitetssjukhusen. Idén om nationella licenser är utmärkt.

Svagheter och farhågor

SILF anser att det är oklart vad det innebär att läkemedelskommittéer ersätts med vårdkommittéer. Att särbehandlingen av läkemedel upphör medför risk att kompetensen på läkemedelsområdet tunnas

ut. Vi tycker det är rimligare att läkemedelskommitteerna behålls antingen separat eller som en del av vårdkommitteerna.

SILF har inga direkta invändningar mot en gemensam landstingsbaserad nationell modell för kunskapsstyrning (sid 424), men vi tycker rollfördelningen mellan SKL och Socialstyrelsen är svårförståelig. Dessutom är det oklart vilken roll professionsföreningarna ska ha i utformandet av den nationella modellen för kunskapsstyrning.

Vi anser att det är viktigt att professionen i form av specialistföreningarna får en framträdande roll i framtagandet av nationella riktlinjer och vårdprogram och det behöver tydliggöras hur detta ska organiseras och finansieras.

För SILFs styrelse

Anita Hällgren

Vetenskaplig sekreterare

Från: Kansliet
Till: [Susann Asplund](#)
Kopia: [Claes Jönsson](#)
Ärende: SV: SLS remiss Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48)
Datum: den 6 oktober 2017 09:14:34

Hej Susann!

Svensk Kirurgisk Förening har inget att yttra gällande rubricerad remiss.

Med vänliga hälsningar

Barbara Dürr

Svensk Kirurgisk Förenings kanli
Box 503, 114 11 Stockholm
Besöksadr: Grev Turegatan 10 E
Tel 08-440 02 30, 072-221 42 04
www.svenskkirurgi.se

Från: Susann Asplund [mailto:susann.asplund@sls.se]

Skickat: den 29 juni 2017 14:55

Till SLS sektioner, delegationer och kommittéer

SLS har betänkandet **Kunskapsbaserad och jämlik vård - Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48)** på remiss från Socialdepartementet.

Kunskapsstödsutredningens uppdrag var att överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås.

<http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201748/>

Tacksam för era svar till SLS senast 2017-10-06 till susann.asplund@sls.se

Med vänlig hälsning

SUSANN ASPLUND JOHANSSON

Organisationssekreterare

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET

TFN 08- 440 88 92

ADRESS Klara Östra Kyrkogata 10,

Box 738, 101 35 Stockholm

WEBB

FACEBOOK

TWITTER

YOUTUBE

[Prenumerera på vårt nyhetsbrev](#)

Svenska Läkaresällskapet för förbättrad hälsa och sjukvård i samhället.



Stockholm 5 oktober 2017

Remissvar på utredningen "Kunskapsbaserad och jämlik vård - förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48) från Sektionen för Läkemedelslära, Svenska Läkaresällskapet

Bakgrund

Regeringen tillsatte 151203 utredningen *"Kunskapsbaserad och jämlik vård: förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård"* med generaldirektör Sofia Wallström som särskild utredare. Utredningens uppdrag var bl.a. att analysera orsaker till bristande följsamhet till nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvården samt lämna de förslag som bedömdes nödvändiga för att uppnå förbättringar. Denna antog namnet *"Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården"* och har biståtts av experter, som gjort kartläggningar och samrått med organisationer om tillgång till och användning av kunskapsstöd inom svensk hälso- och sjukvård. Betänkandet lämnades 1 juni 2017 till Chefen för Socialdepartementet.

Bakgrunden till utredningen är bl.a. att den sjukvårdspolitiska och politiska debatten i Sverige har varit intensiv och många intressenter hävdat att nya diagnostiska metoder, nya läkemedel och andra behandlingar introduceras långsamt inom hälso- och sjukvården. Företrädare för enskilda läkemedelsföretag, den gemensamma intresseorganisationen för utländska läkemedelsföretag och vissa patientgrupper har hävdat att introduktionen av sk. innovativa diagnostiska och terapeutiska metoder är långsam i Sverige. Dessutom varierar introduktionstakten mellan landstingen, vilket har påståtts utgöra ett hot mot sjukvårdens kvalitet och jämlik sjukvård. Röster har höjts för att nationella riktlinjer kring val av diagnostiska och terapeutiska metoder ska bli mer bindande. Utredaren har därför fått i uppdrag att föreslå hur ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd och riktlinjer skall uppnås.

Sektionen för Läkemedelslära anser att utredningens förslag kan få stor betydelse för framtidens hälso- och sjukvård liksom för socialtjänst, omvårdnad och omsorg. Därför är det av största vikt att noggrant överväga förslagen.

Allmänna synpunkter kring beslutsstöd

Utredningen konstaterar att det finns en rad nationella statliga aktörer som producerar kunskapsstöd för hälso- och sjukvården och att snarlika rekommendationer för sjukvården ges ut av olika myndigheter, som bristfälligt samarbetar. Utredaren föreslår därför att den nationella styrningen kring kunskapsstöd samordnas för att nå bättre och likvärdig följsamhet till rekommendationerna i hela landet. Socialstyrelsen föreslås få en särställning bland myndigheterna.

Utredaren konstaterar på några ställen att nationellt utformade och beslutade riktlinjer och rekommendationer inte automatiskt genomförs i patientmötet och att forskning visat att väl designade och genomtänkta strategier som bygger på interaktion mellan avsändare och mottagare behövs för att förändra praxis (s. 357).

Sektionen för Läkemedelslära delar dessa bedömningar och vill betona att hög kompetens och ägarskap till rekommendationer i hälso- och sjukvårdens vardag är avgörande för god kvalitet inom hälso- och sjukvården. Det är därför förvånande att de flesta av utredarens förslag syftar till ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd, trots att lokalt ägarskap och kollegialt samarbete är avgörande för stringent introduktion av nya och effektiva behandlingar inom hälso- och sjukvården. Det är oomtvistat att evidensläget kring läkemedels säkerhet och behandlingseffekter i bredare patientpopulationer ofta är ytterst rudimentärt vid tidpunkten för introduktion av ”*sk. innovativa diagnostiska och terapeutiska metoder*”. Det innebär att snabbhet i introduktionen och patientsäkerhet oftast inte går hand i hand (1). Nationella kunskapsstöd måste baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Sektionen för Läkemedelsläras övergripande synpunkter

- En eloge till utredarna för förespråkandet av tillitsbaserad styrning och satsningen på kliniska beslutsstöd!
- Utredningen gör en otillräcklig analys av orsaker till skillnader i vårdresultat.
- Utredningen belyser inte tydligt behovet av transparens och jävshantering i riktlinjearbetet.
- Utredningen saknar internationellt perspektiv.

Vi vill ge en eloge till utredarna för förespråkandet av tillitsbaserad styrning (16.2) som en styrmodell som syftar till att minska onödig kontroll i offentligt finansierad verksamhet och som också tar tillvara medarbetarnas kompetens och därmed skapar bättre kvalitet i medicinsk service. Det är därför rimligt att de lagförslag och ändrade ansvar för olika myndigheter som utredningen (SOU 2017:48) kan leda till är i samklang med Tillitsdelegationens anda om ökat ansvar och stöd till hälso- och sjukvårdens personal och deras teaminriktade arbete (www.regeringen.se/rattsdokument/kommittedirektiv/2016/06/dir.-201651/).

Utredaren gör en omfattande genomgång kring elektronisk tillgång och användning av kunskapsstöd och vetenskapliga artiklar inom hälso- och sjukvården och föreslår satsningar så att dessa kan användas bättre i form av kliniska beslutsstöd. Detta är utmärkt. Sektionen för Läkemedelslära anser det föredömligt om viktiga kunskapsstöd, riktlinjer och aktuella vetenskapliga publikationer blir lättillgängliga via en nationell kunskapstjänst och portal och med implementerings- och medicinskt stöd i varje sjukvårdsregion.

Utredningen gör en otillräcklig analys kring orsaker till skillnader i behandlingsresultat mellan regioner och patientgrupper. De subtila och mångfacetterade orsakerna till skillnader i hälso- och sjukvårdens behandlingsstrategier och i följsamhet till rekommendationer har utredaren inte beaktat i tillräcklig omfattning. Till exempel kan geografiska avstånd till specialisttjänster ha stor betydelse för val av behandlingsmetod, t ex. bröstbevarande kirurgi i samband med bröstcancer, som kräver tät uppföljning vilket lättare kan genomföras i storstadsregioner än i glesbygdsområden.

Nyligen har orsaker till under- och överutnyttjande av medicinsk service presenterats i den internationellt ledande tidskriften The Lancet (2). Tre olika orsaker till under- och överutnyttjande av medicinsk service ges: 1. Ekonomi och finanser, 2. Kunskap och 3. Makt, organisation och personkonflikter. Forskarna argumenterar för att samtliga aspekter idag har en lokal, regional, nationell och global dimension. Denna modell förklarar troligen bättre än

utredarens diskussion skillnader i behandlingsresultat och följsamhet till beslutsstöd. Slutsatsen är därför att förändringar i diagnostik och behandling inte kan hanteras annat än med olika kompletterande metoder förankrade i en lokal professionell kultur av samarbete med gemensamma värderingar kring principer för god diagnostik, behandling och uppföljning utifrån rådande omständigheter (3,4).

En viktig aspekt som saknas i utredningen och behöver belysas mer är den internationella utvecklingen. Det finns behov av ett utvidgat samarbete kring gemensamma riktlinjer för användning av bl.a. extremt dyra läkemedel och terapier. Patienternas rörlighet över nationsgränser har ökat och för extremt dyra terapier finns ett ökat behov av benchmarking av kvalitet och hälsoutfall mellan länder och sjukvårdssystem (5), bl.a. genom att utveckla enhetliga metoder och kommunicerbara databaser för uppföljningsstudier. Ökad samverkan mellan länderna bör företrädesvis ske via forsknings- och utvecklingsprojekt tillsammans med universitet och högskolor, samt på myndighetsnivå och oberoende statliga hälsoekonomiska centra (6).

Skillnader i följsamhet till nationella, regionala och lokala riktlinjer kan vara tecken på att dessa är svagt vetenskapligt underbyggda och influerade av experter och institutioner med finansiella och andra bindningar till industrier och olika intressegrupper. Det är välkänt att experter som medverkar att utforma riktlinjer för behandling av cancer kan ha finansiella bindningar till läkemedelsföretag (7). Det är olyckligt att utredningen avstår från att diskutera behovet av ökad transparens och etablerad policy för hantering av ”intressekonflikter” för medverkande experter och tjänstemän vid nationella myndigheter, inom landsting och regioner. Transparens vid rekommendationer, utbildning och upphandling är A och O för att experter och institutioner skall fatta korrekta beslut och utforma rekommendationer baserade på vetenskap och evidens. Landstingens och regionernas läkemedelskommittéer har under mer än 20 år varit föregångare i att utforma och tillämpa en jävspolicy inom hälso- och sjukvården med årliga deklarationer av risk för jäv vid rekommendationer av läkemedel (3,8). Läkemedelskommittéernas insatser och erfarenheter är av stor betydelse för att hälso- och sjukvården ska kunna följa vetenskap och evidens i framtiden och dessa erfarenheter bör användas för att utforma enhetliga policies och rutiner för hantering av ”intressekonflikter” inom kommunal hälso- och sjukvård och statliga myndigheter inom området.

Sektionen för Läkemedelslära är positiv till utredarens förslag att:

- 1. nationella riktlinjer** bör vara vägledande och inte obligatoriska om behandlingen även i framtiden ska individanpassas.

Befolkningen blir allt äldre och multisjuklighet eller t.o.m. skörhet utgör en växande utmaning för hälso- och sjukvården. Därför välkomnar vi särskilt detta ställningstagande och instämmer i formuleringen *”Riktlinjer skrivs på gruppnivå medan alla bedömningar måste ske utifrån den enskilda individen. Många patienter har flera sjukdomar, medan riktlinjer ofta är diagnosspecifika. Multisjuklighet omöjliggör i princip krav på följsamhet till riktlinjer för varje enskilt tillstånd. Att införa obligatoriska riktlinjer bidrar vidare till minskad professionell autonomi och riskerar sända en signal om brist på tillit till vårdens professioner.”* (sid 21).

- 2. följsamhet till nationella riktlinjer och evidens bör öka inom både landsting/regioner och kommuner**

Det är dock väsentligt att dessa är baserade på vetenskapligt stringenta bedömningar och utvärderingar av oberoende experter, expertgrupper och myndigheter och att alla tillämpar en strikt jävspolicy med regelbundna jävsdeklarationer. Lika väsentligt är att

varje landsting/region avsätter resurser för lokal anpassning av nationella riktlinjer i samarbete med universitet och högskolor. Detta kan och måste bli basen för levande, kritisk och oberoende, självmedveten kunskapskultur, som kan balansera lobbyorganisationers och intressegruppers påverkan som idag verkar lokalt, regionalt, nationellt och internationellt. Det krävs en stark lokal förankring av kritisk värdering av evidens, ständig omprövning och nyfikenhetsdriven och ifrågasättande forskning och utveckling för att utveckla hälso- och sjukvården på ett kostnadseffektivt och patientsäkert sätt. Sektionen för läkemedelslära vill också betona att det lokala engagemanget hos professionerna i att ta fram riktlinjer är helt avgörande för implementeringen.

En förstärkt fortbildning och ökade möjligheter till uppföljning behövs för att förbättra kunskapsstödet inom den kommunala sektorn. Förutsättningarna för landets kommuner är dock mycket olika avseende urbanitet, folkmängd och åldersstruktur mm.

3. ge **Socialstyrelsen** en **särställning** bland de kunskapsstödande myndigheterna för att förtydliga och bättre samordna deras kunskapsstödande arbete.

Sektionen för läkemedelslära vill i sammanhanget framhålla vikten av att myndigheterna arbetar efter en tydlig och enhetlig jävspolicy som innefattar jävsdeklaration och transparent hantering av jäv.

Sektionen för läkemedelslära tillstyrker utredarens förslag att:

4. **förtydliga Hälso- och sjukvårdslagen** om huvudmannens, vårdgivarens- och verksamhetschefens ansvar att säkerställa att professionerna har förutsättningar att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.
5. **inrätta en nationell digital kunskapstjänst.**

Denna kan, som utredaren påpekar, skapa förutsättningar för att vårdprofessionerna hos samtliga sjukvårdshuvudmän och vårdgivare enkelt i patientmötet får tillgång till aktuell kunskap och rekommendationer. Det är viktigt (som föreslås) att kunskapstjänsten förutom kvalitetssäkrade kunskapsstöd ger avgiftsfri tillgång till vetenskapliga artiklar. Det är klokt att koppla SBU:s upplysningstjänst till kunskapstjänsten.

Potentialen inom det digitala området är sannolikt ännu större än utredaren framhåller. Denna kunskapstjänst kan vara början till en nationellt sammanhållen patientjournal med integrerade kliniska beslutsstöd, som på sikt medger återföring av behandlingsresultat till den egna verksamheten. Sektionen för Läkemedelslära anser att en digital kunskapstjänst skall ha en nationell nod för samordning. Den fulla effekten av digitala kunskapstjänster kräver att varje sjukvårdsregion har en nod, som kan kallas **Kommittén för medicinska beslutsstöd**. Varje regional kommitté skall bemannas med klinisk och vetenskaplig kompetens från olika specialiteter. Varje kommitté bör ha operativa resurser och en vetenskapligt och kliniskt erfaren verkställande läkare, med ansvar för att de digitala tjänsterna är medicinskt säkra samt att de utvärderas och förankras inom hälso- och sjukvården och akademien i varje region. En avgörande faktor för att hälso- och sjukvården ännu inte utnyttjat den fulla kraften med kunskaps- och beslutsstöd (kunskaper integrerade med patientspecifika uppgifter) är sannolikt att de digitala kunskapstjänsterna idag saknar resurser, rutiner

och riktlinjer för regelbunden utvärdering och anpassning till hälso- och sjukvårdens arbetssätt.

I arbetet är det viktigt att tillvarata och bygga vidare på de erfarenheter som finns av digitala beslutsstöd, bl.a. inom akademi, hälso- och sjukvård och förvaltning i olika landsting. Inom läkemedelsområdet finns det långvarig erfarenhet att erbjuda kvalificerad rådgivning kring läkemedelsbehandling av enskilda patienter och grupper via de regionala Läkemedelsinformationscentralerna, som också publicerar viktiga rekommendationer kring behandling av läkemedel för enskilda patienter och patientgrupper (www.drugline.nu www.svelic.se).

Det är Sektionen för läkemedelslära uppfattning att uppbyggnaden och organisationen av digitala kunskapstjänster nationellt och i regionerna bör särskilt utredas. Utredaren har inte beaktat att det krävs resurser till att utveckla och medicinskt förvalta kunskapskällorna så att dessa kan bli viktiga och ständigt uppdaterade beslutsstöd. Det krävs redaktionellt erfaren expertis. Det är naturligt att universitet och universitets-sjukhus tillsammans med SIL (Svensk Informationstjänst av Läkemedel vid Inera AB), specialitetsorganisationer och patientföreningar får en central roll för att producera nya källor. Sektionen för läkemedelslära vill i detta sammanhang betona vikten av att särskilt beakta jävsfrågor även vid involvering av patientföreningar.

Finansieringen av den nationella digitala kunskapstjänsten behöver tydliggöras. Det är sektionens uppfattning av det är en statlig uppgift, precis som att utbilda hälso- och sjukvårdspersonal, att finansiera denna digitala kunskapstjänst. I sammanhanget är det viktigt att beakta att det behöver finnas en långsiktig finansiering för underhåll, utveckling och anpassning av den digitala kunskapstjänsten.

Sektionen för läkemedelslära avstyrker utredarens förslag att:

6. ändra Hälso- och sjukvårdslagen till att stadga: ” *Landstinget ska samverka med andra landsting och kommuner frågor om nationell kunskapsstyrning*” och motsvarande ”*Kommunen ska samverka med...*” (s. 34)

Det vore okontroversiellt om förslaget hade varit nationellt kunskapsstöd. Nationell kunskapsstyrning betonar central styrning och glömmar vikten av tillgång till välutbildade, motiverade medarbetare, möjlighet till fortbildning och expertkompetens för att upprätthålla en professionell och evidensbaserad kultur med förmåga att obundet utvärdera nya metoder för diagnostik och behandling. Evidensen som genereras i samband med kliniska studier är ofta behäftad med osäkerhetsmoment när denna ska överföras från en liten, selekterad studiepopulation till den generella populationen. Den avgörande rollen som naturalistisk klinisk forskning och systematiska utvärderingar har för att förbättra hälso- och sjukvården försvinner om denna ändring görs i Hälso- och sjukvårdslagen (1).

Sektionen för Läkemedelslära anser att hälso- och sjukvårdens krav på att kritiskt värdera och snabbt införa effektiva och säkra behandlingar bör betonas i Hälso- och sjukvårdslagen utifrån vetenskap och evidens. Sektionen för läkemedelslära föreslår att utredarens ändring av Hälso- och sjukvårdslagen ersätts med följande:

”Myndigheter och universitet skall samordnat ge kunskapsstöd till hälso- och sjukvården inom landsting och kommuner, som har ansvar för att effekter av behandlingar och vård utvärderas.”.

7. avskaffa lagen om läkemedelskommittéer och ersätta den med en lag om vårdkommittéer

Strikt jävspolicy och kravet på att kommittéerna måste vara oberoende är en förutsättning för valida, evidensbaserade behandlingsrekommendationer. Läkemedelskommittéerna är idag verksamma inom ett område som är utsatt för påverkan av externa intressenter i form av läkemedelsindustrier och lobbygrupper som är lokalt, nationellt och globalt verksamma. En vårdkommitté riskerar att de inom alla medicinska discipliner viktiga läkemedelsfrågorna nedprioriteras med ökande kostnader och sämre behandlingsresultat och patientsäkerhet som följd. Sektionen för läkemedelslära anser dock att andemeningen i förslaget om en ökad integration av rekommendationer kring läkemedel med annan diagnostik och behandling är riktig. Det är omvittnat att läkemedelskommittéerna i Sverige varit framgångsrika i att engagera kollegor över klinik- och specialitetsgränser så att stuprör kunnat ersättas med hängrännor genom gemensamma rekommendationer av läkemedel, via fortbildning och nya modeller för gemensamma kollegiala uppföljningar av behandlingsresultat (3). Enbart en sådan samverkan kan generera förutsättningar även för att horisontella prioriteringar kan accepteras och efterlevas.

Morgondagens läkemedel, med bl.a. ökad användning av biologiska läkemedel, kräver i ännu större omfattning än tidigare samverkan mellan farmakoterapeutisk, klinisk farmakologisk och farmaceutisk kompetens. Läkemedelsbehandling har aldrig varit så omfattande och problemställningar så komplexa som de är idag. Vårdkommittéerna får breda uppdrag och läkemedelsfrågorna kommer därför knappast att kunna representeras med tillräcklig många företrädare och experter. Dessutom kommer processen att skapa nya behandlingsriktlinjer knappast att accelereras genom att skapa större och mer generella organisationer. Den kunskap som byggts upp inom hälso- och sjukvården om individualiserad behandling under de 20 år lagen om läkemedelskommittéer funnits kan försvinna, samtidigt som behovet av vägledning är större än någonsin tidigare. Det finns också täta kopplingar mellan lokal förankring och följsamhet till rekommendationerna. Hälso- och sjukvården riskerar att i tilltagande grad bli påverkad av starka och ökande internationella krafter, som har direkt inverkan på patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns risk för att sällsynta sjukdomar och mindre "lukrativa" terapiområden kommer i skymundan.

Sektionen för Läkemedelslära anser att de samarbeten som flera läkemedelskommittéer haft med universitet och högskolor bör stärkas med vetenskapligt skolad uppföljnings- och utvärderingsexpertis som universiteten och universitetssjukvårdsenheter kan bidra med. Lokalt och regionalt stöd kan erhållas av kliniska farmakologer, som är experter på evidensvärdering och horisontella prioriteringar utan specialitetsjävn.

Sektionen för Läkemedelslära ifrågasätter

8. Förändringen av Läkemedelsverkets roll avseende behandlingsrekommendationer.

Om behandlingsrekommendationerna ska kunna hanteras i sin helhet av Socialstyrelsen bör det ske med expertis från Läkemedelsverket och nuvarande arbetsprocess omstruktureras, så att Socialstyrelsens riktlinjer blir mer heltäckande.

9. Den kraftfulla styrning med ekonomiska incitament som skisseras (s. 24)

”Utredningen vill framhålla vikten av att utöver den statliga kunskapsstyrningen använda hela utrymmet av statliga styrmedel i syfte att främja nationell enhetlighet. Det som främst avses är att specialdestinerade statsbidrag villkoras med krav på följsamhet”. Vi uppfattar detta som särskilt bekymmersamt i ljuset av hälso- och sjukvården som en kunskapsgenererande och kreativ miljö där det ställs höga krav på utveckling och befarar, att detta i praktiken upphäver utredningens ståndpunkt att riktlinjer ska vara vägledande och inte obligatoriska (punkt 1 ovan). Det är visat att ekonomisk detaljstyrning påverkar kreativiteten och medarbetarnas förmåga att självständigt driva utveckling av verksamheten ogynnsamt. Detta gör det än mer väsentligt att hälso- och sjukvården investerar i vårdprofessionernas fortbildning och samarbete lokalt med uppföljningen av vårdens behandlingsresultat i nära samarbete med vetenskaplig kompetens.

Sektionen för läkemedelslära inklusive specialitetsrådet i klinisk farmakologi

Genom

Eva Wikström Jonsson

Ordförande sektionen för läkemedelslära; Docent, överläkare

Klinisk farmakologi L7:03

Karolinska Universitetssjukhuset Solna

17176 Stockholm

Mail: eva.vikstrom-jonsson@sll.se

REFERENSER

1. Krishnan Vengadaraga Chary, ‘Expedited Drug Review Process: Fast, but Flawed’, Journal of Pharmacology & Pharmacotherapeutics 2016; 7(2); 57–61.
2. Elishaug A, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, Littlejohns P, Srivastava D, Tunis S, Saini V. Right care 4. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. The Lancet 2017;390:190-202.
3. 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.
4. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
 5. Matthew V. Abola and Vinay Prasad, 'The Use of Superlatives in Cancer Research', *JAMA Oncology*, 2016;2(1):139-41.
 6. Nixon J. et al. 'The European Network of Health Economic Evaluation Databases (EURO NHEED) Project', *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 2004; 5(2): 183–87.
 7. Mitchell AP, Basch EM, Dusetzina SB. Financial relationships with industry among National Comprehensive Cancer Network Guideline authors. *JAMA Oncol*. 2016;2:1628-31.
 8. Sjöqvist F. Skärpta krav på ojävig hantering vid val av läkemedel: ledamöter i Stockholms läkemedelskommittéer lämnar årlig jävsdeklaration. *Läkartidningen* 2001;98:541-3.



Svensk förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi

Swedish Association of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery

Svensk Förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi (SFOHH) har tagit del av remissen och utredningen ”**SOU 2017:48 Kunskapsbaserad och jämlik vård, förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård**” och önskar härmed lämna följande remissvar.

Sammanfattningsvis är vi som föreningen nöjda med de förslag som lämnas och att utredningen är gedigen, väl underbyggd och på många sätt en intressant läsning med rimliga slutsatser.

Vi håller således med om att det är klokt att inte göra riktlinjer bindande utifrån medicinsk behandling. Vi kan dock anse att exempelvis i fall rörande organisatoriska frågor (tillgänglighet av kompetens eller resurser) kan en mer tvingande styrning ha ett värde för att säkra en jämlik tillgång till vård över landet.

Ansvar och även resurserna att bedriva vården ligger i grunden på de enskilda regionerna och landstingen. Vården idag är därmed splittrad med en stor autonomi som i mångt och mycket skulle förbättrats genom en ökad central styrning. Kunskapsunderlag, arbetssätt och rutiner skiljer sig markant med en mångfald av lösningar, en situation som inte bara skapar en icke jämlik vård utan även ett merarbete när alla skall uppfinna hjulet på egen hand. Den etablering av ett mer gemensamt nationellt system för kunskapsstyrning som föreslås av SKL är ett bra försök att låta huvudmannen ta ansvar för en mer sammanhållen struktur. SFOHH är dock oroliga över att man inom SKL förslag inte nämner eller inkluderar specialitetsföreningarna som idag utgör den enda riktiga sammanhållande kraften mellan landets kliniker. Även om inte SOU 2017:48 berör just denna punkt finns anledning att fundera över hur framgångsrik SKL förslag kommer att bli och det kan vara av vikt att understryka det som utredningen vid flera ställen skriver *”Om otillräckliga effekter av förslagen inte nås så bedömer utredningen att en ändrad ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen bör övervägas”*. I en alltmer specialiserad och kunskapsintensiv sjukvård bör den röda tråden vara nationellt samarbete. Detta gäller inte minst den digitalisering som alltmer utgör en möjlighet inom vården men som begränsas av rådande organisation. Utifrån dagens grundförutsättningar kan vi därmed hoppas på att frågan mellan ansvarsfördelning mellan stat och huvudman hålls levande framöver.

Den kanske mest glädjande punkten i utredningen är insikten i att fortbildning är grunden i att skapa en god och säker vård. Att därmed såsom förslaget till lagändring föreslå att (4 kap, 2§) *”Verksamhetschefen ska säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet”* är bra men bättre hade varit en ökad tydlighet gällande betydelsen av *”goda förutsättningar”*. Kanske ett krav på dokumentation eller årlig sammanställning inom den egna verksamheten, alternativt en certifiering såsom den modell som SLF framtagit genom inspektioner. Risken är annars att den nya lagtexten blir tandlös då kanske inte intentionen utan bristen på resurser är det grundläggande problemet till

en undermålig fortbildning och därmed dålig implementering av de kunskapsstöd som tas fram. Bildandet av vårdkommittéer förs fram i utredningen som en lösning på fortbildningsfrågan men löser tyvärr inte den grundläggande bristen på avsatt tid till utbildning. Tid är också grunden för att upprätthålla de kollegiala nätverk som så tydligt lyfts fram som den viktigaste källan till kunskapsstöd.

Förslaget om en nationell digital kunskapstjänst är bra och kan ha ett värde främst för mindre eller privata enheter.

Avslutningsvis kan upprepas att utredningen SOU 2017:48 är bra och ett steg i rätt riktning även om vi anser att man kanske inte når riktigt ända fram i alla sina förslag. Att uppmana till en uppföljning av utredningen om 4-5 år är en möjlighet att utvärdera hur väl förslagen slagit in.

För SFOHH, Halmstad 2017-08-20

Per von Hofsten

Ordförande, Svensk Förening för Otorhinolaryngologi och Huvud- och Halskirurgi (SFOHH)