Region Stockholm

7

Yttrande över remiss SOU 2020:36 Ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

VKN 2020-0131

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Kunskapsstyrning och -stöd
Ameli Norling

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-09-04

VKN 2020-0131

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss SOU 2020:36 Ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet har berett Region Stockholm möjlighet att yttra sig över betänkandet ”Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter” (SOU 2020:36). Regionstyrelsen har gett vårdens kunskapsstyrningsnämnd i uppdrag att yttra sig över betänkandet.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remiss av betänkandet Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (SOU 2020:36)

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till regionstyrelsen.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Regeringen tillsatte 2018 utredningen *Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.* Ursprungsdirektivet var att utredningen skulle stödja utformningen av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Systemet skulle förbättra statens och sjukvårdshuvudmännens möjligheter att förstärka varandras arbete med ambitionen att tillsammans ge förutsättningar för att använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte. Utredningen skulle genomföras utifrån de förslag som presenterats i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48).

Utredningens uppdrag kompletterades med tilläggsdirektiv den 7 november 2019 att den inte skulle fungera som en genomförandekommitté utan som en traditionell utredning, inte fortsätta utreda eller lämna förslag kring en nationell digital kunskapstjänst samt ha fokus på stärkt nationell uppföljning. Utredningen skulle därtill lämna förslag på en funktion för en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen för den befintliga myndighetsstrukturen. Det samlade betänkandet är nu sammanfattat i ”Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter” och har skickats till samtliga regioner för remissvar.

Överväganden
Betänkandet ”Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter” (SOU 2020:36) utgår ifrån ett perspektiv där hälso- och sjukvårdssystemets olika delar gemensamt verkar för kunskapsbaserad vård på alla nivåer. För att skapa en långsiktighet i samarbetet föreslås en 10 årig överenskommelse mellan stat, regioner och kommuner för att ha utgångspunkt i gemensam målbild och prioriterings- och arbetsprocesser. Region Stockholm ser positivt på den långsiktighet som utredningens förslag innebär.

Region Stockholm välkomnar även att utredningen i sitt betänkande betonar att man avser stärka helheten i ett nationellt system för kunskapsstyrningssystemet. Syftet är inte att optimera varje enskild del utan om en fungerande helhet. Det är också positivt att utredningen lyfter fram såväl regioners som kommunernas ansvar för invånarnas hälso- och sjukvård.

Det är positivt att utredningen *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård* (2020:36) fokuserar mer på kunskapsstyrningens andra delkomponenter, det vill säga uppföljning och analys samt stöd för verksamhetsutveckling och ledarskap snarare än kunskapsstöds användning i vården som var en del av utredningen *Kunskapsbaserad och jämlik vård* (SOU 2017:48).

Utredningens föreslår en funktion för stärkt nationell uppföljning i form av ett kansli för nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Uppgiften är att samordna flera myndigheter såsom t ex folkhälsomyndigheten och e-hälsomyndigheten som också samlar in uppgifter. Region Stockholm ser positivt på funktionen men önskar att samordningen bidrar till minskad administration för vårdens huvudmän genom att information endast efterfrågas vid ett tillfälle och på liknande vis.

Utredningen förslår vidare att kansliet tar fram en årlig rapport om läget för hälso- och sjukvården som ska ligga till underlag för strategisk dialog mellan berörda myndigheters generaldirektörer och departementet. Dialogen ska ses som ett viktigt bidrag i utformningen av statens hälso- och sjukvårdspolitik. Region Stockholm anser att denna rapport behöver utformas för sitt speciella syfte. Jämfört med ekonomistyrning som utgår från ett-årscykler, är kunskapsstyrningens cykler för att nå kunskapsbaserad vård är ofta mer långsiktiga på exempelvis 3-5 år för att förbättra resultat för patienterna. Den nya rapporten behöver ha ett långsiktigt perspektiv och se på utveckling över längre tid.

Region Stockholm stödjer utredningens förslag att staten och huvudmännen tar fram en gemensam strategi för ömsesidigt nyttjande av data. Aktörerna har olika användningsbehov av data, där huvudmännen är mer beroende av snabb återkoppling av data för att leda och styra vården med ständiga förbättringar utifrån utfall.

Region Stockholm ser positivt på att Myndigheten för vård och omsorgsanalys får i uppdrag att följa upp samtliga av regeringens satsningar på hälso- och sjukvårdsområdet. Vi vill särskilt lyfta vikten av att Myndigheten utgår från invånar- och patientperspektivet i sin uppföljning.

Utredningen innehåller flera förslag för att öka förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat i regioner och kommuner. Region Stockholm har följande kommentarer kring detta arbete:

- Det är positivt att lagen om läkemedelskommittérna kvarstår och att dessa ses som och agerar som en integrerad del i kunskapsstyrningsarbetet.

- Utredningen föreslår att varje region i reglementet till respektive läkemedelskommitté fastställa arbetsformer, samverkansformer samt sammansättning av ledamöter som tillförsäkrar att läkemedelskommittén utgör en integrerad del av regionens lokala kunskapsstyrningsorganisation. Region Stockholm fattade ett sådan beslut som trädde i kraft 1 sept 2019 (VKN 2019-0063) och arbetet utvecklas nu i praktiken.

- Regionerna och kommunerna är båda huvudmän för hälso- och sjukvård och det behöver återspeglas i det statligt styrda stödet och förutsättningarna för att nå kunskapsbaserad vård.

- Region Stockholm ställer sig bakom att regioner och kommuner bör fortsätta att utveckla sitt samarbete och samverkan avseende kunskapsstyrning.

- Utredningen förslår att Nationella vårdkompetensrådet vid Socialstyrelsen bör ta upp och söka tillfredställande lösningar avseende professionernas praktiska förutsättningar att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i syfte att stödja ett livslångt lärande. Region Stockholm ser att strukturen inte ännu är mogen för ett så brett uppdrag.

- Region Stockholm ser att när de regionala vårdkompetensråden är på plats bör ett samarbete mellan den regionala kunskapsstyrningsorganisationen och vårdkompetensråden etableras. Andra former av samarbete mellan de regionala kunskapsstyrningsorganisationerna och ansvariga för kompetensförsörjningsfrågor inom regionerna bör också etableras

Förslagets påverkan på samverkan mellan kommuner, regioner och staten med avseende utbildning ingår i tjänsteutlåtandet. Regionens bedömning av betänkandets påverkan på forskning, utveckling och innovation förväntas kompletteras av FoUUI vid regionledningskontoret.

Ekonomiska konsekvenser
Regionens organisation för kunskapsstyrning omfattar de förslag som finns i betänkandet. Förslaget har inga ekonomiska konsekvenser för Regionen.

Konsekvenser för patientsäkerhet
De förslag som ges i betänkandet har positiva effekter för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Betänkandets förslag har positiva konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Utredningens förslag bedöms ha neutral miljöpåverkan.

Administrativa konsekvenser
Förslaget att Socialstyrelsen bildar ett kansli för samordning av den nationella uppföljningen från myndigheterna bör minska administration om insamling av data från hälso- och sjukvården samordnas och effektiviseras. En gemensam strategi för ömsesidigt nyttjande av data mellan stat och regioner kan i sin bästa form underlätta administration för hälso- och sjukvården för insamling av data och öka förmågan att ge återkoppling av data.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionstyrelsen

Godkänd av Magnus Thyberg, 2020-09-04

RS 2020-0564

Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

– ett system, många möjligheter

Betänkande av utredningen
Sammanhållen kunskapsstyrning

Stockholm 2020



STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2020:36

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2020

ISBN 978-91-38-25064-8
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 30 augusti 2018 att uppdra till en särskild utredare att utifrån förslagen i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48) stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård där statens och sjukvårdshuvudmännens arbete förstärker varandra och tillsammans ger förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte (dir. 2018:95).

Regeringen beslutade den 7 november 2019 om tilläggsdirektiv (dir. 2019:78). I tilläggsdirektivet ersattes huvuddelen av det ursprungliga utredningsuppdraget av ett nytt uppdrag. I tilläggsdirektivet uppdras den särskilda utredaren att analysera och lämna förslag på en funktion för en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen för den befintliga myndighetsstrukturen, med syfte att följa regeringens reformer och satsningar på området samt analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård. Uppdraget inkluderar även att analysera hur en sådan funktion kan samverka med hälso- och sjukvårdens huvudmän samt att lämna förslag på hur en sådan funktion kan regleras. Enligt direktivet ska uppdraget redovisas senast den 30 juni 2020.

Som särskild utredare förordnades från och med den 15 oktober 2018 ämnesrådet Lena Hellberg. Utredningen har antagit namnet Sammanhållen kunskapsstyrning.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 november 2018 ämnesrådet Ulrika Hall. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 april 2019 medicine doktor Monica Hultcrantz och från och med den 1 augusti 2019 juristen Katarina Lagerstedt. Statsvetaren Annika Stjernquist anställdes som sekreterare i utredningen den 7 oktober 2019 t.o.m. den 6 november

2019 samt den 27 januari 2020 t.o.m. den 1 mars 2020. Docent Lars-Torsten Larsson har från och med den 23 maj 2019 och under hela utredningstiden varit senior rådgivare. Medicine doktor Linda Richter Sundberg, Umeå universitet, har deltagit i arbetet från och med den 24 september 2019 och under hela utredningstiden.

Som experter att biträda utredningen förordnades från och med den 11 april 2019 hälso- och sjukvårdsdirektören Mats Bojestig, Region Jönköping, förste vice ordföranden Karin Båtelson, Sveriges Läkarförbund, forsknings- och utvecklingschefen Cecilia Fridén, Fysioterapeuterna, ordföranden Ulf Janzon, Sveriges farmaceuter, utredaren Åsa Ljungvall, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, utredaren Erik Magnusson, Socialstyrelsen, förste vice ordföranden Barbro Ronsten, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, länssamordnaren Camilla Salomonsson, Östergötlands län, biträdande sektionschefen Sofia Tullberg, Sveriges Kommuner och Regioner, ämnesområdesansvarig Björn Zethelius, Läkemedelsverket, vårdstrategen Katharina Zetterström, Vårdförbundet, och avdelningschefen Pernilla Östlund, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Samma dag förordnades som sakkunniga i utredningen kanslirådet Sara Johansson, Socialdepartementet och departementssekreteraren Jan Rehnberg, Socialdepartementet.

Den 20 september 2019 entledigades kanslirådet Sara Johansson och ersattes samma dag av departementssekreteraren Carl Nilsson, Socialdepartementet. Den 20 januari 2020 entledigades vårdstrategen Katharina Zetterström och ersattes samma dag av förbundsombudsmannen Carita Sturesson, Vårdförbundet.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter (SOU 2020:36). Lena Hellberg svarar ensam för innehållet i betänkandet. Utredaren och sekretariatet har arbetat på ett sådant sätt att det är befogat att använda vi-form i betänkandet.

Stockholm i juni 2020

Lena Hellberg,

/Ulrika Hall
Monica Hultcrantz
Katarina Lagerstedt
Annika Stjernquist

Innehåll

Sammanfattning **15**

Inledning **25**

1 Författningsförslag **27**

1.1 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten 27

1.2 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten 29

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd 31

1.4 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg 32

1.5 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2020:57) med instruktion för Läkemedelsverket 34

1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 35

1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 36

1.8 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen 37

1.9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen 38

1.10 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering 39

1.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket..... 40

BAKGRUND

2 Utredningens uppdrag och arbetets genomförande 45

2.1 Utredningens direktiv 46

2.2 Bakgrund till utredningens uppdrag..... 47

2.3 Tidigare utredningsförslag av betydelse för uppdraget..... 50

2.4 Definitioner och begrepp..... 52

2.5 Utredningens utgångspunkter och avgränsningar..... 55

2.6 Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård 57

2.7 Utredningens genomförande..... 63

3 Gällande rätt 67

4 Hälso- och sjukvårdens organisering 79

4.1 Mål och ramar för hälso- och sjukvården..... 80

4.2 Hälso- och sjukvård handlar ytterst om vårdmötet – mötet mellan patienter och professioner..... 84

4.3 Organisering och ansvar – staten, regionerna och kommunerna..... 86

4.4 Andra aktörer..... 91

4.5 Utgifter och kostnader ... 93

5 Statens arbete med kunskapsstyrning ... 97

5.1 Regeringen och myndigheter med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor ... 98

5.2 Samordningsorgan inom kunskapsstyrningsområdet ... 104

5.3 Samordnad och effektiv kunskapsstyrning ... 109

6 Samverkan i staten ... 113

6.1 Samverkan är vanligt bland myndigheter ... 114

6.2 Samverkan ingår i myndigheternas arbete ... 116

6.3 Särskilda funktioner för samverkan och samordning finns i olika former ... 116

6.4 Några exempel på uppdrag och råd för samverkan ... 119

7 Regionernas arbete med kunskapsstyrning ... 129

7.1 Regionernas ansvar för kunskapsstyrning ... 130

7.2 Nationella insatser till stöd för lokalt arbete ... 131

7.3 Successiv etablering och utveckling av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning ... 135

7.4 Komponenterna i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning ... 139

7.5 Kommunernas representation i regionernas system ... 156

8 Kommunernas arbete med kunskapsstyrning ... 159

8.1 Kommunernas ansvar för kunskapsstyrning ... 160

8.2 Successiv utveckling av en kunskapsbaserad socialtjänst ... 163

8.3 Strukturer för samverkan om kunskapsstyrning på regional och nationell nivå ... 164

8.4 Stödet från regional och nationell nivå omsätts i praktisk verksamhet i varje enskild kommun 170

9 Nationell uppföljning och analys 173

9.1 Vad är nationell uppföljning och analys? 174

9.2 Många bidrar till en nationell bild av hälso- och sjukvården 175
9.2.1 Datakällor – verktyg för uppföljning 176
9.2.2 Nationella undersökningar 179
9.2.3 Plattformar och rapporter 180
9.2.4 Svensk hälso- och sjukvård i en internationell kontext 184

9.3 Närmare om myndigheterna och deras arbete med uppföljning och analys 188
9.3.1 Övergripande kartläggning av hälso- och sjukvårdsmyndigheternas uppföljning 189
9.3.2 De enskilda myndigheternas arbete med uppföljning och analys 193

9.4 Utveckling av nationell uppföljning 209
9.4.1 Regeringen vill utveckla den nationella uppföljningen 209
9.4.2 Rapporter för utveckling av nationell uppföljning 210

9.5 En tillbakablick på tidigare rapporter om nationell uppföljning 213

10 Stöd till kunskapsbaserat arbete i regioner och kommuner 217

10.1 Vidareanalysera förslaget om vårdkommittéer 218

10.2 Formellt ansvar att bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete 222

10.3 Vetenskapliga utgångspunkter 223

10.4 Stöd till implementering och förbättringsarbete i regioner och kommuner 228

10.5 Läkemedelskommittéerna 245

ANALYS

11 Inledning till analysen 255

12 Nationell uppföljning och analys som grund för statens agerande 257

12.1 Uppföljning och analys som verktyg för staten att bidra till att nå målen med hälso- och sjukvården 259

12.2 Utmaningar och utvecklingsbehov 261

12.3 Hur skulle en funktion kunna bidra till en ändamålsenlig uppföljning och analys? 273

13 Förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat i regioner och kommuner 287

13.1 Att stärka vårdens förbättringsarbete genom vårdkommittéer 289

13.2 Ett bredare perspektiv på förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå 302

13.3 Statliga insatser för att stärka lokala förutsättningar 319

14 Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård 323

14.1 Att arbeta tillsammans mot en gemensam målbild 324
14.1.1 Målbild 325
14.1.2 Prioriteringar av frågor 326
14.1.3 Användning av resurser och kompetens 330

14.2 Styrning och ledning 330

ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG

15 En statlig funktion för nationell uppföljning 337

15.1 Följa regeringens reformer och satsningar på området 339

15.2 Analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård ... 344
15.3 Länken mellan funktionens två delar ... 355
15.4 Gemensam strategisk myndighetsdialog ... 355
15.5 Reglering ... 356
15.6 Förstärkt analyskapacitet på Socialdepartementet ... 358

16 Förstärkt stöd till kunskapsbaserat arbete i regioner och kommuner ... 359
16.1 Ställningstagande avseende Kunskapsstödsutredningens förslag om vårdkommittéer ... 359
16.2 Stöd till förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå i hälso- och sjukvården ... 365

17 Långsiktiga förutsättningar för ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård ... 375
17.1 Långsiktiga förutsättningar genom en överenskommelse ... 377
17.2 Myndighetsstyrning som stödjer ett sammanhållet system ... 379

18 Ikraftträdande ... 381

19 Konsekvensbeskrivning ... 383
19.1 Jämlik vård av god kvalitet och ett effektivt resursutnyttjande ... 383
19.2 Kostnadskonsekvenser för staten ... 385
19.3 Kostnadskonsekvenser för regioner och kommuner ... 396

BILAGOR

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2018:95 401

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2019:78 419

Bilaga 3 Statliga myndigheter med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor 423

Bilaga 4 Teori – Ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård 433

Sammanfattning

Introduktion

Utredningens förslag har primärt två syften. Förslagen syftar dels till 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.

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet med många olika aktörer. För att få ihop hälso- och sjukvården till en fungerande helhet behövs strukturer och väl fungerande samarbeten. Utredningens uppdrag handlar i grunden om att utveckla och stärka strukturer, förutsättningar och samarbeten för att nå en god vård.

Utredningens samlade förslag, bedömningar och rekommendationer bidrar till bättre förutsättningar för en långsiktig utveckling där staten, regionerna och kommunerna kan arbeta tillsammans mot målen med hälso- och sjukvården och därmed skapa värde för patienten. Detta görs genom att:

- underlätta för regeringen att styra mer strategiskt, kunskapsbaserat och långsiktigt hållbart. En förbättrad uppföljning av statliga initiativ och ett mer strukturerat samarbete mellan myndigheterna bidrar till att skapa ett utvecklat underlag för regeringens beslut om nya insatser.
- förutsättningar för att arbeta kunskapsbaserat lokalt i regioner och kommuner stärks bl.a. genom att staten fortsätter att utveckla sitt stöd. Mer fokus än i dag läggs på stöd till den kommunala hälso- och sjukvården.
- ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård får långsiktiga förutsättningar att utvecklas genom att en överenskommelse sluts mellan stat, regioner och kommuner. Principer

och strukturer för ett långsiktigt samarbete läggs fast där några centrala utgångspunkter är en gemensam målbild samt principer för prioriterings- och arbetsprocesser.

Uppdraget och utgångpunkterna

Direktivet

Regeringen beslutade i augusti 2018 om utredningens direktiv med titeln Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. I november 2019 fick utredningen ett tilläggsdirektiv. Sammantaget innebar det att utredningens uppdrag fick två centrala delar.

Den ena delen är att analysera och lämna förslag på en reglerad funktion för en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen för den befintliga myndighetsstrukturen, med syfte att följa regeringens reformer och satsningar på området samt att analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård.

Den andra delen är att vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas, särskilt på lokal nivå. I denna del ingår att analysera förutsättningarna för, och konsekvenserna av, att eventuellt införa så kallade vårdkommittéer.

Våra utgångpunkter

Uppdraget är delar av en större helhet – ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Utredningen har valt att se sitt uppdrag som delar i en större helhet, dvs. delar i ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Ett sådant system handlar om att hälso- och sjukvårdssystemets olika delar gemensamt verkar för att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård på alla nivåer. Vi menar att utredningens två centrala uppdrag är viktiga delar i ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.

Perspektivet innebär att se att såväl aktörerna som uppgifterna ingår i ett system som hänger ihop och synkroniseras med varandra. Det handlar således inte om att bara optimera varje enskild del utan

om att optimera en helhet. Vi bedömer att det kan bidra till att skapa ett större värde.

Målen i hälso- och sjukvårdslagen och värdet för patienten

Hälso- och sjukvårdslagen anger att 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. Utredningen tar i sitt uppdrag avstamp i denna målbild, dvs. vi menar att ytterst handlar utredningens arbete om att bidra med förutsättningar för att kunna nå målen och därmed bidra till att skapa värde för patienten.

Fokus på staten, regionerna och kommunerna som aktörer

Inom hälso- och sjukvården är en rad olika aktörer verksamma. Det handlar om alla de som verkar i vården, såsom patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och olika vårdgivare. Mot bakgrund av utredningens uppdrag har vi valt att fokusera på aktörerna staten, regionerna och kommunerna.

Förslag som är möjliga att genomföra i närtid

Vi har strävat efter att lämna förslag som är realistiska att genomföra utifrån rådande förhållanden och inom en relativ kort tidshorisont.

Nationell uppföljning och analys som grund för statens agerande

Nationell uppföljning med fokus på staten

Nationell uppföljning är viktig för alla aktörer i ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Syftet är att få ett underlag att dra lärdom av för fortsatt agerande, ett agerande för att nå de gemensamma målen med hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården följs upp av flera olika aktörer. Det innebär att det samlas in en stor mängd data som tillgängliggörs på olika

sätt. Utredningens uppdrag fokuserar på uppföljning som ett verktyg för staten, dvs. regeringen och myndigheterna. Staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården som bl.a. handlar om att säkerställa att vården är jämlik över landet och mellan befolkningsgrupper.

För regeringen är de rapporter som myndigheterna tar fram en viktig informationskälla för att kunna följa tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården. Det är många myndigheter som arbetar med uppföljning och analys av hälso- och sjukvården. Utredningen har låtit kartlägga dessa myndigheters arbete och gjort en sammanställning över de uppföljningsrapporter som publicerades 2017–2018. Sammanställningen visar att det under denna period publicerades sammanlagt 52 uppföljningsrapporter med regeringen som mottagare. Regeringen fick med andra ord i genomsnitt en rapport varannan vecka.

En funktion – ett verktyg för staten att bättre kunna bidra till hälso- och sjukvårdens mål

Regeringen ser behov av att staten agerar mer sammanhållet kring uppföljning och vill därför inrätta en statlig funktion med ansvar för nationell uppföljning. En funktion tolkar utredningen som en funktionalitet, det vill säga att det är något som ska göras inom befintlig myndighetsstruktur som ska åstadkomma det som preciseras i utredningens uppdrag. Centrala utgångpunkter för utredningens förslag om hur funktionen bör utformas har varit att eftersträva ett effektivt och processorienterat arbetssätt samt att funktionen ska använda och dra nytta av befintliga strukturer för samverkan och dialog.

Utmaningar och utvecklingsbehov som funktionen ska lösa

Utredningen har konstaterat att det finns flera utmaningar med den nationella uppföljningen ur regeringens perspektiv. Det görs mycket uppföljning för att skapa en bild av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården men i mångfalden uppföljningar är det svårt att få en samlad sådan bild. Dessutom är det sannolikt så att trots att mycket görs finns det luckor som hindrar möjligheten att skapa en helhetsbild.

Värdet av uppföljning och analys skapas i det agerande det leder till. Det kan både innefatta vad man agerar på och hur man gör det. Vilken typ av insats som krävs beror på vilken typ av problematik som uppmärksammas. Det är centralt att verkligen förstå vilken typ av insats som behövs och vilken aktör som behöver agera. Uppföljning behövs både för att kunna agera skyndsamt och för beslut om ett mer långsiktigt agerande.

Utredningens uppfattning är, baserat på dialog med olika aktörer och granskning av olika rapporter, att det är oklart vilken uppföljning och analys som regeringen behöver som underlag för sitt agerande. De rapporter som lämnas till regeringen i dag stannar av olika skäl ofta vid konstateranden snarare än fördjupade analyser som underlag för vidare agerande. Samtidigt efterfrågar myndigheterna en tydligare dialog med Regeringskansliet i syfte att bättre kunna förstå det faktiska behovet.

Funktionen blir ett verktyg för att hantera några av utmaningarna med nationell uppföljning, men den kommer inte att kunna svara mot alla. Om regeringen vill hantera fler utmaningar än de en funktion kan möta så måste även andra åtgärder vidtas. Grunden för utredningens förslag har varit att skapa strukturer för att kontinuerligt kunna följa läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården på ett ändamålsenligt sätt. Med hjälp av dessa strukturer finns det även möjlighet att hantera behov att snabbt ställa samman ett underlag, även om strukturerna skapas primärt för den kontinuerliga uppföljningen.

Övervägande och förslag

Den statliga funktionens två huvudsakliga syften, att följa regeringens reformer och satsningar på området samt analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård, kräver delvis olika arbetssätt och förutsättningar. Därför föreslår utredningen att ansvaret för funktionen delas mellan olika myndigheter.

Centralt i förslaget är att det årligen genomförs en strategisk myndighetsgemensam dialog mellan myndighetscheferna för berörda myndigheter och regeringen. Det underlag som funktionen tar fram ligger till grund för dialogen. Dialogen ska ses som ett viktigt bidrag i utformningen av statens hälso- och sjukvårdspolitik.

Funktionen byggs genom att:

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får ansvar för att
  - genomföra och utveckla uppföljning och analys av statliga initiativ,
  - bidra till erfarenhetsutbyte och lärande avseende utformning och utveckling av fortsatta initiativ.
- En myndighetsgemensam arbetsgrupp och ett kansli vid Socialstyrelsen får ansvar för att
  - sammanställa en bild av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården,
  - belysa områden där det är ändamålsenligt för staten att agera för att säkerställa en god vård samt belysa möjliga insatser.

I den myndighetsgemensamma delen av funktionen blir kansliet motor i arbetet. Dialog med hälso- och sjukvårdshuvudmännen och andra aktörer kommer att vara centralt i arbetet. Förslaget av denna del av funktionen regleras inledningsvis genom regeringsuppdrag.

För att komplettera och möta upp funktionens arbete bör även Regeringskansliets beställar- och mottagarkapacitet stärkas. Därför gör vi bedömningen att Socialdepartementets analyskapacitet bör förstärkas.

Samverkan mellan myndigheterna är ett viktigt inslag i organiseringen av funktionen. Om det skulle visa sig att den starka vilja och det engagemang som krävs för att utveckla en framgångsrik samverkan saknas, kan regeringen i stället behöva se över befintlig myndighetsstruktur och överväga om en enskild myndighet i stället ska få ansvar för den samlade nationella uppföljningen.

Förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat i regioner och kommuner

Utredningens uppdrag att vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas syftar till att stärka förutsättningarna att arbeta kunskapsbaserat i regioner och kommuner. I ett väl fungerande nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård utgör det lokala implementerings- och förbättringsarbetet en integrerad del av hela hälso- och sjukvårdens arbete att nå en god vård.

Det lokala förbättringsarbetet i regioner och kommuner bör stärkas på annat sätt än genom att inrätta vårdkommittéer

Kunskapsstödsutredningen föreslog i korthet att lagen om läkemedelskommittéer skulle upphävas och ersättas av en ny lag om vårdkommittéer. Kärnan i vårdkommittéernas uppdrag skulle vara att utgöra en stödfunktion på lokal nivå för implementering och förbättringsarbete.

Utredningens analys visar bl.a. att det redan i dag finns författning som täcker in sjukvårdshuvudmännens grundläggande skyldigheter att tillämpa vetenskap och beprövad erfarenhet och att bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete samt att lagen om vårdkommittéer inte skulle innebära någon förändring i det avseendet. Analysen visar också att regionerna, inom nuvarande lag om läkemedelskommittéer, har utrymme att reglera läkemedelskommitténs arbete så att det integreras med regionens övriga kunskapsstyrningsorganisation. Utredningen ser därför inte att det finns tillräckliga skäl för Kunskapsstödsutredningens föreslagna förändring. Lagen om läkemedelskommittéer bör bibehållas och i stället bör varje region i reglementet till respektive läkemedelskommitté fastställa arbetsformer, samverkansformer samt sammansättning av ledamöter som tillförsäkrar att läkemedelskommittén utgör en integrerad del av regionens lokala kunskapsstyrningsorganisation.

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. Detta blir särskilt tydligt i ljuset av kommunernas ökande ansvar för hälso- och sjukvård i omställningen mot en nära vård.

En mängd statliga insatser pågår för att stärka förutsättningarna att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå, både i regioner och kommuner. Insatserna går dock under många namn och har sällan etiketten stöd till implementering, förbättringsarbete eller kunskapsstyrning.

Övervägande och förslag

Staten ska fortsätta stödja och utveckla sitt stöd till lokalt implementerings- och förbättringsarbete i regioner och kommuner

Statens stöd inriktas på att förbättra förutsättningarna för implementerings- och förbättringsarbetet i hälso- och sjukvården. Ett förstärkt stöd bör bygga vidare på befintliga strukturer. Mer fokus än i dag föreslås läggas på stöd till den kommunala hälso- och sjukvården. Vid fördelning av riktade medel behöver staten beakta både regioners och kommuners ansvar som sjukvårdshuvudmän.

Ovan förslag bör bl.a. genomföras genom att:

- Kunskapsstöd i högre utsträckning än i dag utformas med utgångspunkt i den kommunala hälso- och sjukvårdens behov och i nära samarbete med representanter för denna.
- Staten bidrar till att förstärka de regionala samverkans och stödstrukturerna (RSS). Detta bör göras genom att medel avsätts för ändamålet inom ramen för överenskommelser om en god och nära vård.
- Socialstyrelsen ges i uppdrag att till regeringen årligen rapportera samlat om arbetet i kunskapsstyrningsstrukturerna RSS, Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten och Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård.
- 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.
- Regeringen låter utreda frågan om en rättslig reglering som innebär en obligatorisk skyldighet för kommunerna att ha funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Vidare rekommenderar utredningen att regioner och kommuner fortsätter att utveckla sitt samarbete och sin samverkan avseende kunskapsstyrning. Regioner och kommuner bör ta ett ömsesidigt ansvar för etableringen av samarbetet.

Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Som nämnts inledningsvis har utredningen valt att i sitt arbete utgå ifrån ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård där hälso- och sjukvårdssystemets olika delar gemensamt verkar för att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård på alla nivåer. Utredningen ser den nationella uppföljningen och vårdens förbättringsarbete som viktiga delar av ett sådant system. Om systemet som helhet fungerar väl bidrar det till att förslagen får optimal effekt.

Förutsättningar för att arbeta tillsammans mot samma mål

För att systemet som helhet ska arbeta mot målen i hälso- och sjukvården på ett effektivt sätt är det viktigt att

- aktörerna i systemet ser sig som delar av ett gemensamt system och har förståelse för vad målen innebär för ansvar, roller och verksamheter,
- det finns strukturer för hur frågor och behov ska prioriteras gemensamt i systemet för att nå målen,
- resurser och kompetens användas på ett klokt sätt i systemet.

Ledarskapet på alla nivåer är centralt för att få aktörerna att arbeta mot samma mål på ett effektivt sätt med de prioriteringar och arbetssätt som krävs. Ledarskapet och ledarens roll som kulturbärare är viktig för det man vill uppnå.

Övervägande och förslag

Skapa strukturer för ett långsiktigt samarbete i ett nationellt sammanhållet system

För att skapa långsiktiga förutsättningar för ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård föreslår utredningen att en 10-årig överenskommelse sluts mellan staten, regionerna och kommunerna.

Överenskommelsen föreslås inkludera

- några centrala utgångspunkter avseende målbild och prioriterings- och arbetsprocesser,
- strukturerad samverkan mellan aktörerna med syftet att skapa en strategi för ömsesidigt nyttjande av data.

En myndighetsstyrning som stödjer ett sammanhållet system

Utredningen har ett särskilt fokus på staten och ser där ett behov av att myndighetsstyrningen stödjer ett nationellt sammanhållet system. Centralt i en myndighetsstyrning som stödjer ett sammanhållet system är

- att utgå från helheten, exempelvis att beakta att både regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvård,
- att styrningen är långsiktig och strategisk,
- att styrningen är samordnad, samt
- att styrningen är balanserad och ger myndigheterna utrymme att verka inom ramen för sina instruktioner.

Utredningens samlade övervägande och förslag bidrar till en förstärkning av systemet som helhet

Utredningens förslag ska bidra till att möjliggöra den strategiska, kunskapsbaserade och långsiktigt hållbara styrningen av hälso- och sjukvården på nationell nivå som regeringen strävar efter. Genom det helhetsgrepp som utredningen har tagit är ambitionen även att bidra till en utveckling som successivt stärker hälso- och sjukvårdssystemet som helhet och därmed förutsättningarna att nå målen med hälso- och sjukvården. Värdet av att ha strukturer på plats för att kunna följa läget i hälso- och sjukvården, gemensamt prioritera frågor samt använda gemensamma resurser och kompetens på ett ändamålsenligt sätt, blir än mer tydligt då en akut situation sätter strukturerna på prövning. Att kunna fatta kunskapsbaserade beslut både i akuta lägen och i det kontinuerliga arbetet är centralt för att arbeta mot målen i hälso- och sjukvården.

Inledning

Regeringen beslutade i augusti 2018 om ett direktiv med titeln Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Den särskilda utredaren, Lena Hellberg, skulle genom dialog och samverkan med berörda aktörer samt fördjupade analyser, stödja utformningen av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.

I november 2019 beslutade regeringen att utredaren i stället främst skulle fokusera på hur staten kan agera mer sammanhållet genom att skapa bättre förutsättningar för en nationell och sammanhållen uppföljning av hälso- och sjukvården. Därigenom, menade regeringen, ökar möjligheten till en mer strategisk, kunskapsbaserad och långsiktigt hållbar styrning av hälso- och sjukvården på nationell nivå.

När utredningen nu överlämnar detta betänkande, juni 2020, upplever vi att våra överväganden och förslag är mer relevanta än någonsin. Värdet av att ha strukturer på plats för att kunna följa läget i hälso- och sjukvården, gemensamt prioritera frågor samt använda gemensamma resurser och kompetenser på ett ändamålsenligt sätt, blir än mer tydligt då en akut situation som den pågående coronapandemin sätter strukturerna på prövning. Vi anser att de förslag som vi kommer med kan, med relativt enkla medel, stärka dessa strukturer och kommer att kunna spela en viktig roll på lång sikt, men även i det närliggande arbetet som nu kommer krävas för att komma ikapp i vården.

Att kunna fatta kunskapsbaserade beslut både i akuta lägen och i det kontinuerliga arbetet är centralt för att arbeta mot målen i hälso- och sjukvården. Dagens situation i Sverige och världen har aktualiserat frågan om vad kvalitet, jämlikhet och effektivitet i vården faktiskt innebär – och vad som krävs för att nå dessa mål. Utredningen definierar ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård som att hälso- och sjukvårdssystemets olika delar gemen-

samt verkar för att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård på alla nivåer. Vi ser den nationella uppföljningen och statens agerande som en del av detta system, där helheten måste fungera för att man ska kunna öka värdet för patienterna på ett effektivt sätt.

Våra bedömningar och förslag är tänkta att kunna tillämpas relativt omgående genom att de bygger på befintliga strukturer och på hur staten, regionerna och kommunerna arbetar i dag. Insatserna ska möjliggöra den strategiska, kunskapsbaserade och långsiktigt hållbara styrningen av hälso- och sjukvården på nationell nivå som regeringen strävar efter. Ambitionen är även att insatserna ska leda till en utveckling som successivt stärker systemet för att nå målen med hälso- och sjukvården.

1 Författningsförslag

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

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 a §[1]	
Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.	Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.
Myndigheten kungör sina föreskrifter i Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. i enlighet med bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725).	Myndigheten kungör sina föreskrifter i Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. i enlighet med bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725).

[1] Senaste lydelse 2015:174.

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

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

1.2 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	20 §[2]
Myndighetens arbete med kunskapsspridning ska planeras och genomföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att informationen till allmänheten är samordnad.	Myndighetens arbete med kunskapsspridning ska planeras och genomföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att informationen till allmänheten är samordnad.
Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och genomföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap är samordnad.	Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och genomföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap är samordnad.
Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.	Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.
Myndigheten ska i sin roll som samordnande myndighet för det friluftslivsmål för god folkhälsa som regeringen har fastställt samverka med berörda myndigheter vid genomförande och uppföljning av friluftslivsmålen.	Myndigheten ska i sin roll som samordnande myndighet för det friluftslivsmål för god folkhälsa som regeringen har fastställt samverka med berörda myndigheter vid genomförande och uppföljning av friluftslivsmålen.

[2] Senaste lydelse 2015:173.

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

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

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

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 a §[3]	
Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.	Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. *Myndigheten ska i samverkan med andra berörda myndigheter bidra till en samordnad utveckling av den nationella uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvården.*

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

[3] Senaste lydelse 2015:190.

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

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	4 §[4]
Myndigheten ska samverka med andra berörda myndigheter i syfte att uppnå ett effektivt kunskaps- och erfarenhetsutbyte i arbetet med tillsyn, styrning med kunskap och regelgivning.	Myndigheten ska samverka med andra berörda myndigheter i syfte att uppnå ett effektivt kunskaps- och erfarenhetsutbyte i arbetet med tillsyn, styrning med kunskap och regelgivning.
Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.	Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.
Myndigheten kungör sina föreskrifter i Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. i enlighet med bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725).	Myndigheten kungör sina föreskrifter i Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. i enlighet med bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725).
	Myndigheten ska i samverkan med andra berörda myndigheter bidra till en samordnad utveckling av den nationella uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvården.

[4] Senaste lydelse 2015:172.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

1.5 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2020:57) med instruktion för Läkemedelsverket

Härigenom föreskrivs att32 § förordningen (2020:57) med instruktion för Läkemedelsverket ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	32 §
Läkemedelsverket ska samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten.	Läkemedelsverket ska samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten.
Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård är samordnad.	Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård är samordnad.
Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.	Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.
	Myndigheten ska i samverkan med andra berörda myndigheter bidra till en samordnad utveckling av den nationella uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvården.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Härigenom föreskrivs att 3 § i förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	3 §
Myndigheten har även till uppgift att	Myndigheten har även till uppgift att
1. kontinuerligt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde, i fråga om informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet,	1. kontinuerligt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde, i fråga om informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet,
2. på regeringens uppdrag bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ, *samt*	2. på regeringens uppdrag bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ,
3. inom sitt verksamhetsområde bedriva omvärldsbevakning och genomföra internationella jämförelser.	*3. inom sitt verksamhetsområde kontinuerligt utveckla uppföljning och utvärdering av statliga reformer och andra statliga initiativ, samt*
	4. inom sitt verksamhetsområde bedriva omvärldsbevakning och genomföra internationella jämförelser.

Denna förordning träder i kraft den 1 april 2021.

1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att det ska införas en ny paragraf, 4 a §, och en ny rubrik närmast före 4 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	Samverkan
	4 a §
	Myndigheten ska i samverkan med andra berörda myndigheter bidra till en samordnad utveckling av den nationella uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvården.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen att 6 a § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	6 a §[5]
Socialstyrelsen ska årligen senast den 31 mars till regeringen (Socialdepartementet) lämna in lägesrapporter om individ- och familjeomsorg, vård och omsorg om äldre, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning *samt om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård.*	Socialstyrelsen ska årligen senast den 31 mars till regeringen (Socialdepartementet) lämna in lägesrapporter om individ- och familjeomsorg, vård och omsorg om äldre, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2022.

[5] Senaste lydelse 2018:1381.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen att det ska införas en ny paragraf 4 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	4 a §
	Socialstyrelsen ska samordna utvecklingen av den nationella uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvården. Arbetet ska ske i samverkan med andra berörda myndigheter.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

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

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 a §[6]	
Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad.	Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad.
Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.	Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.
	Myndigheten ska i samverkan med andra berörda myndigheter bidra till en samordnad utveckling av den nationella uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvården.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

[6] Senaste lydelse 2015:167.

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

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 a §[7]	
Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård är samordnad.	Myndighetens arbete med att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård är samordnad.
Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.	Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.
Myndigheten kungör sina föreskrifter i Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. i enlighet med bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725).	Myndigheten kungör sina föreskrifter i Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. i enlighet med bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725).
	Myndigheten ska i samverkan med andra berörda myndigheter bidra till en samordnad utveckling av den nationella uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvården.

[7] Senaste lydelse 2015:166.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

BAKGRUND

2 Utredningens uppdrag och arbetets genomförande

- Utredningens samlade uppdrag har fokus dels på att ta fram förslag på en statlig funktion för nationell uppföljning, dels att vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas.
- Utredningen har tre grundläggande utgångpunkter för sitt arbete. Utgångspunkterna är i) målen i hälso- och sjukvårdslagen och värdet för patienten, ii) att vi har fokus på staten, regionerna och kommunerna som aktörer samt iii) att vi ser vårt uppdrag som delar av en större helhet – ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.
- Ett genomgående inslag i utredningens arbete har varit dialog och möten. Utredningen har träffat en rad olika aktörer enskilt och i olika grupperingar. Utredningen har haft en expertgrupp och en patientreferensgrupp.

I detta kapitel ges en beskrivning av utredningens uppdrag och dess bakgrund samt centrala utgångpunkter för arbetet. Kapitlet inleds med en sammanfattning av utredningens två direktiv och en bakgrundsbeskrivning till utredningen. Vi gör också en tillbakablick över några tidigare utredningars förslag som är relevanta för arbetet. I kapitlet redogörs för utredningens utgångpunkter och avgränsningar samt centrala definitioner och begrepp. Kapitlet avslutas med en beskrivning av hur utredningen har arbetat.

2.1 Utredningens direktiv

Utredningen har haft två direktiv att förhålla sig till. Den 30 augusti 2018 beslutade regeringen att tillsätta utredningen Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård[1]. Direktivet i sin helhet återfinns i bilaga 1. Av detta direktiv framgår att en särskild utredare utifrån förslagen i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård[2] ska stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård där statens och sjukvårdshuvudmännens arbete förstärker varandra och tillsammans ger förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte. Utredaren gavs i uppdrag att bl.a.

- stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård,
- stödja utvecklingen av nära och regelbundna samråd mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen,
- stödja utvecklingen av en förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården samt
- ytterligare analysera och utveckla valda förslag och bedömningar i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård, såsom uppdraget att vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas samt utveckla förslaget om en nationell digital kunskapstjänst.

Den 7 november 2019 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv, se bilaga 2. 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. Regeringen såg i stället behov av att analysera hur staten kan agera mer sammanhållet i frågor om uppföljning och kunskapsstöd m.m. för att bättre svara upp mot den önskade utvecklingen. Därför fick utredningen i uppdrag att analysera och lämna förslag på en reglerad funk-

[1] Dir. 2018:95 *Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.*
[2] SOU 2017:48 *Kunskapsbaserad och jämlik vård*.

tion för en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen för befintlig myndighetsstruktur med syfte att följa regeringens reformer och satsningar på området samt analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård. I uppdraget ingick också att analysera hur en sådan funktion kan samverka med hälso- och sjukvårdens huvudmän.

De ovan nämnda stödjande deluppdragen i det första direktivet utgick i samband med att tilläggsdirektivet beslutades. Av tilläggsdirektivet framgår också att utredaren inte heller skulle fortsätta med deluppdraget att utarbeta ett detaljerat förslag om en nationell digital kunskapstjänst. Deluppdraget att vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas kvarstod dock oförändrat.

Sammantaget innebar det att utredningens samlade uppdrag från och med november 2019 fick ett fokus dels på att ta fram förslag på en statlig funktion för nationell uppföljning, dels att vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas.

2.2 Bakgrund till utredningens uppdrag

För utredningens uppdrag har Kunskapsstödsutredningens betänkande Kunskapsbaserad och jämlik vård[3] samt regeringens ställningstaganden i budgetpropositionen för 2020 varit centrala. Sedan Kunskapsstödsutredningen lämnade sitt betänkande i juni 2017 har en rad andra beslut fattats och initiativ tagits som också har varit av betydelse för utredningens arbete. Några av dessa uppmärksammas i kapitel 5–8. Nedan följer en summering av Kunskapsstödsutredningens bedömningar och förslag samt några för utredningen relevanta ställningstaganden i budgetpropositionen för 2020.

Betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård

Utredningens första direktiv tog sin utgångpunkt från betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård. Kunskapsstödsutredningen uppdrag handlade bl.a. om att kartlägga de olika initiativ och samarbeten kring ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd som pågår på olika nivåer inom hälso- och sjukvården, att utreda förutsättningarna

[3] SOU 2017:48 *Kunskapsbaserad och jämlik vård*.

för, samt behovet och lämpligheten av, att göra nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvård i någon form obligatoriska eller mer bindande, samt att lämna de förslag som bedömdes vara ändamålsenliga för att uppnå en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd.

Sammanfattning av bedömningar och förslag

Kunskapsstödsutredningens samlade bedömning var att det krävs en skärpt nationell styrning för att åstadkomma en kunskapsbaserad och jämlik vård. Med nationell avsågs sådana åtgärder eller dylikt som sker i hela landet, dvs. en enhetlig tillämpning. Utredningen lämnade förslag som syftade till att åstadkomma detta genom en kombination av utvecklad statlig styrning och förtydligade krav på att landsting och kommuner skulle ta ett ökat ansvar för nationell kunskapsstyrning inom sitt lagstadgade uppdrag att svara för hälso- och sjukvården.

Kunskapsstödsutredningens förslag utgick från att den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen ligger fast. Vidare utgick förslagen från att tillit till vårdprofessionernas arbete är av stor vikt samt att patienterna är en viktig aktör i vården och behöver ges förutsättningar att delta i kunskapsstyrningen. Kunskapsstyrning definierades enligt utredningen som att utveckla, sprida och använda bästa kunskap och innefattar alla de aktiviteter som behövs på alla nivåer för att varje patientmöte ska vara grundat på bästa kunskap.

De lagförslag som kunskapsstödsutredningen lämnade handlade om att på olika sätt stärka kunskapsstyrningen och förutsättningarna för den. Utredningen föreslog bl.a. förtydliganden i hälso- och sjukvårdslagen som handlade om att professionerna skulle ha goda förutsättningar att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt om landstingens skyldighet att samverka om kunskapsstyrning. Vidare föreslogs en ny lag i vilken läkemedelskommittéernas uppdrag skulle vidgas till att omfatta all vård, inte bara läkemedel. Läkemedelskommittéerna föreslogs byta namn till Vårdkommittéer. En vårdkommittés uppdrag skulle vara att verka för en nationell kunskapsstyrning i landstinget och i de kommuner som är belägna i landstinget. Kommittéerna föreslogs också verka för att nationella kunskapsstöd skulle användas och att vårdens resultat följs upp samt på annat sätt

stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att nå en kunskapsbaserad och jämlik vård. (Se vidare kapitel 10 avseende förslaget om vårdkommittéer).

Ett centralt förslag i Kunskapsstödsutredningen var en förstärkt nationell uppföljning. Syftet var att stimulera till förbättring, öka vårdens transparens nationellt samt identifiera och sprida goda exempel. Vidare var avsikten att uppföljningen skulle ge regeringen förutsättningar att se när jämlikhet och kvalitet brister och lägga detta till grund för ansvarsutkrävande och samråd om möjliga förbättringsåtgärder.

Kunskapsstödsutredningen pekade på att kunskapsstödet till professionerna som verkar i kommunal hälso- och sjukvård behöver förstärkas. Utredningen menade att de förslag som de lämnade skulle ses som ett första steg för förstärkt kunskapsstyrning i kommunal hälso- och sjukvård.

För att möjliggöra ett effektivt genomförande av förslagen föreslog utredningen att en genomförandekommitté skulle tillsättas som i samverkan med landstingen kunde genomföra de insatser som behövs för att skapa förutsättningar för en förstärkt nationell kunskapsstyrning.

Budgetpropositionen för 2020 – hälso- och sjukvårdspolitik

I budgetpropositionen för 2020[4] skriver regeringen att i takt med att landstingen tar ett allt större ansvar för att uppnå en kunskapsbaserad och jämlik vård behöver staten på motsvarande sätt utveckla sin styrning med kunskap så att staten och sjukvårdshuvudmännen tillsammans kan skapa ett sammanhållet nationellt system. Regeringen skriver också att det är viktigt att partnerskapet inom hälso- och sjukvårdsområdet samverkar med partnerskapet inom socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård för att få till en helhet inom det samlade kunskapsstyrningssystemet. Regeringen bedömer att det kommer att krävas ett hållbart och långsiktigt engagemang från alla ingående aktörer för att garantera en mer kunskapsbaserad och jämlik vård för patienterna. Regeringen lyfter också behov av att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården för att det ska vara möjligt att bl.a. följa de stora strukturreformer som

[4] Prop. 2019/20:1 *Budgetpropositionen för 2020*. Utgiftsområde 9. Hälso- och sjukvårdspolitik.

pågår t.ex. gällande omställningen av den nära vården och den högspecialiserade vården. Uppföljningen behöver kunna identifiera var behoven är som störst i vårdens strukturer, processer och resultat, för att stödja en jämlik, jämställd och resurseffektiv hälso- och sjukvård.

2.3 Tidigare utredningsförslag av betydelse för uppdraget

Det finns flera tidigare utredningar vars förslag har relevans för vårt uppdrag. Vi vill uppmärksamma på några utredningar som tidigare har lämnat förslag inom området. I det följande uppmärksammar vi särskilt också förslag om uppföljning.

I februari 2017 överlämnade Ansvarskommittén sitt slutbetänkande – Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.[5] Utredningen hade ett brett uppdrag att titta på hela samhällsorganisationen, i vilken hälso- och sjukvården var en väsentlig del. Utredningen föreslog bl.a. att den statliga styrningen skulle renodlas till normering samt att ett ramverk för kunskapsstyrning skulle inrättas. Ramverket innebar att den statliga kunskapsstyrningen skulle samordnas avseende kunskapsutveckling och kunskapsförmedling för att bli en tydligare part gentemot kommuner och landsting, att regionala kunskapscentra skulle inrättas samt att staten skulle ges ett tydligare mandat för nationell uppföljning och utvärdering. Utredningen pekade på att staten på olika sätt behöver stödja den regionala och lokala kunskapsbildningen och kunskapsspridningen. Kommittén skriver att ”Många studier visar att passiv spridning av information har ringa påverkan på hälso- och sjukvården. För att resultat skall nås krävs en systematisk och aktiv styrning. Staten bör vara tydlig och ställa krav som möjliggör en effektiv spridning av kunskap”. Kommittén menade att uppföljningen av hälso- och sjukvården är en förutsättning för att kunna tillförsäkra medborgarna en likvärdig vård. När det gäller en mer samordnad uppföljning skriver kommittén ”att flera olika myndigheter samtidigt följer upp praxisförändringar i hälso- och sjukvården, får till följd att huvudmännen adresseras från flera håll. Detta leder till ett administrativt merarbete för huvudmännen och gynnar inte heller tydligheten i statens styrning”. Vidare skriver kommittén

[5] SOU 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*.

”att flera myndigheter har i uppdrag att studera praxisförändringar inom landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård kan kanske motiveras utifrån den enskilda myndighetens perspektiv. Sammantaget innebär dock bristen på samordning att statens styrning blir otydlig och att hälso- och sjukvården inte ser vad staten prioriterar i sin uppföljning.” För att utveckla uppföljningen föreslog Ansvarskommittén att en ny utredning skulle tillsättas som bl.a. skulle titta på lagstiftningen när det gäller data och registerfrågor i syfte att den öppna redovisningen av hälso- och sjukvården skulle bli mer heltäckande samt att rollfördelningen bland aktörerna skulle bli tydligare.

I maj 2012 presenterades förslag i samma anda som Ansvarskommittén av en annan utredning, Statens vård- och omsorgsutredning. Utredningen lämnade i betänkandet Gör det enklare! förslag mot bakgrund av uppdraget att se över hur staten genom sina myndigheter på ett bättre sätt skulle kunna verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem.[6] Utredningen belyste att statens stöd och styrning inte möter vården och omsorgens behov. Utredningens bedömning var att det arbetssätt som kallas kunskapsstyrning var en nyckelfaktor för att kunna hantera många av de utmaningar och frågor som sektorn står inför. Kunskapsstyrning beskrivs av utredningen som en succesiv process där kunskap sprids, resultat följs upp och ny kunskap skapas med stöd av uppföljning. Utredningen menade att myndigheterna bör utveckla formerna för samverkan när det gäller framtagning av kunskapsunderlag och rekommendationer, kommunikation och spridning av resultaten och systematisk uppföljning och utvärdering av effekterna av kunskapsstyrningen. Utredningen föreslog en ny myndighetsstruktur med fyra nya myndigheter, varav en kunskapsmyndighet som bl.a. skulle ansvara för stödjande uppföljning samt en myndighet för välfärdsstrategi. En central uppgift för den senare myndigheten föreslogs vara att följa och utvärdera tillståndet inom vård- och omsorgssektorn.

Den dåvarande regeringen gick inte vidare med förslagen i Gör det enklare!. Bland annat föreslogs i stället, i departementsskrivelsen En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst, att ett myndighetsgemensamt råd skulle bildas, Rådet för styrning med kunskap, se avsnitt 5.3.[7]

[6] SOU 2012:33 *Gör det enklare!*
[7] DS 2014:9 *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

I januari 2016 överlämnades betänkandet Effektiv vård till regeringen.[8] Utredningen lämnade inga förslag när det gäller kunskapsstyrning, men gjorde bedömningen att statens roll i förhållande till andra aktörer när det gäller kunskapsstöd i hälso- och sjukvården bör utredas. Utredningen menade att det behövs fortsatt utredning av hur de många olika aktörernas arbete med kunskapsstöd/kunskapsstyrning kan länkas samman. Vidare pekade utredningen på att i ett samlat kunskapsstöd bör tillgången till kunskap om förbättringsarbete och implementering övervägas.

Tillitsdelegationen lyfter i sitt delbetänkande Jakten på den perfekta ersättningsmodellen vikten av uppföljning.[9] Delegationen definierar uppföljning som en kontinuerlig granskning. Delegationen tar bl.a. upp satsningar på uppföljning och utvärderingar jämte satsningar på forskning, systematisering av befintlig kunskap samt statistikproduktion som en förutsättning för att kunna styra med kunskap.

2.4 Definitioner och begrepp

Behandlingsformer

Utredningen använder begreppet behandlingsformer i vid bemärkelse. Det inkluderar exempelvis såväl läkemedel, kirurgi, fysioterapi, psykologisk behandling, omvårdnad som förebyggande insatser.

Bästa möjliga/tillgängliga kunskap

Bästa möjliga, eller tillgängliga, kunskap i patientmötet definierar 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.

[8] SOU 2016:2 *Effektiv vård*.
[9] SOU 2017:56 *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen*.

Hälso- och sjukvård

Med hälso- och sjukvård avses verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen[10], tandvårdslagen[11], smittskyddslagen[12] och annan liknande verksamhet som syftar till att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Kommunal hälso- och sjukvård

I utredningen använder vi begreppet kommunal hälso- och sjukvård. Med detta avser vi kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, dvs. hälso- och sjukvård som kommunen är huvudman för oavsett utförare.

Kunskapsstyrning

Utredningen definierar kunskapsstyrning som alla de aktiviteter som behövs på alla nivåer för att varje patientmöte ska vara grundat på bästa möjliga kunskap. Vi använder begreppet för aktiviteter utförda av samtliga aktörer. Statlig styrning med kunskap utgör en delmängd av statens arbete med kunskapsstyrning.

Nationell, regional respektive lokal nivå

I betänkandet används begreppen nationell, regional respektive lokal nivå, särskilt i relation till kunskapsstyrning. Med nationell nivå avses perspektivet hela Sverige. Med regional avses sjukvårdsregionen eller, om texten rör samarbete mellan kommunerna, länsnivå. Lokal nivå avser sjukvårdshuvudmannens nivå, dvs. i var och en av de 21 regionerna eller 290 kommunerna beroende på kontext.

[10] Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[11] Tandvårdslagen (1985:125).
[12] Smittskyddslagen (2004:168).

Nationell uppföljning

Uppföljning definieras som att faktiska skeenden i hälsosystemet kartläggs och dokumenteras. En uppföljning ger en översiktlig bild, så värderingsfritt som möjligt. Med nationella uppföljning avser vi uppföljning avseende hela Sverige. Data är den information som ligger till grund för uppföljningen.

Nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Med ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård avses att hälso- och sjukvårdssystemets olika delar gemensamt verkar för att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård på alla nivåer. Se avsnitt 2.6. En mer utförlig och vetenskaplig beskrivning återfinns i bilaga 4.

Professioner

Med professioner avses samtliga professioner inom hälso- och sjukvården om inte annat anges i texten. Se avsnitt 4.2.

Sjukvårdshuvudman

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

Socialtjänst

Med socialtjänst avses enligt Socialstyrelsens termbank i första hand den verksamhet som regleras genom bestämmelser i socialtjänstlagen[13], lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga[14], lagen om vård av missbrukare i vissa fall[15] och lagen om stöd och service

[13] Socialtjänstlag (2001:453).
[14] Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.
[15] Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

till vissa funktionshindrade[16], samt personlig assistans som utförs med assistansersättning som regleras i socialförsäkringsbalken[17].

Vårdens förbättringsarbete

Ett av utredningens huvuduppdrag är att vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas. Vår tolkning av direktivet är att begreppets användning avser fånga en bred ansats avseende förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå. Det handlar om tillämpning och förutsättningar för tillämpning av bästa möjliga kunskap. Att tillämpa kunskap handlar både om att börja omsätta denna kunskap i praktiken (implementering) och om att arbeta löpande med ett systematiskt kvalitetsarbete (förbättringsarbete). Utredningen använder därför i betänkandet den något bredare beskrivningen ”implementering och förbättringsarbete” som synonymt med direktivets begrepp vårdens förbättringsarbete.

2.5 Utredningens utgångspunkter och avgränsningar

Utredningen har tre grundläggande utgångpunkter för sitt arbete. Utgångspunkterna är i) målen i hälso- och sjukvårdslagen och värdet för patienten, ii) att vi har fokus på staten, regionerna och kommunerna som aktörer samt iii) att vi ser vårt uppdrag som delar av en större helhet – ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Dessa beskrivs i korthet i avsnittet nedan. En längre beskrivning av det sammanhållna systemet finns i avsnitt 2.6.

En annan utgångpunkt i utredningens arbete har varit att lämna förslag som är realistiska att genomföra utifrån rådande förhållanden och inom en relativt kort tidshorisont. Därav följer att utredningen har förhållit sig till rådande ansvarsförhållande mellan staten, regionerna och kommunerna samt även till rådande myndighetsstruktur.

En annan aspekt i den del av vårt uppdrag som handlar om nationell uppföljning är tillgång till data. Vi har avgränsat oss från att närmare gå in på frågan, eftersom den är komplex och bedöms inte rymmas inom utredningens arbete. Däremot har vi på ett mer övergripande plan beaktat frågan.

[16] Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
[17] 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110).

Tre grundläggande utgångpunkter

Nedan följer en kortfattad beskrivning av utredningens grundläggande utgångpunkter.

i) Målen i hälso- och sjukvårdslagen och värdet för patienten

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anger att 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. Målen har preciserats i sex dimensioner av god vård, dvs. att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid. Utredningen tar i sitt uppdrag avstamp i denna målbild, dvs. vi menar att ytterst handlar utredningens arbete om att bidra med förutsättningar för att bättre kunna nå målen och därmed bidra till att skapa värde för patienten.

ii) Fokus på staten, regionerna och kommunerna som aktörer

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet med många aktörer. Alla har det gemensamt att syftet ytterst är att skapa värde för patienten. Sverige har valt att organisera hälso- och sjukvården så att staten har det övergripande ansvaret medan utföraransvaret ligger på de båda sjukvårdshuvudmännen, dvs. regioner och kommuner. Om regionernas ansvar i någon mening kan uppfattas som självklart som utförare av hälso- och sjukvård är vår bild inte densamma när det gäller kommunerna. Kommunerna ansvarar för cirka 25 procent av hälso- och vården i Sverige (se avsnitt 4.5). Det är ett omfattande ansvar som inte minst mot bakgrund av utvecklingen mot den nära vården är något som torde växa.

Till detta ska läggas att regioner och kommuner har en kommunal självstyrelse. Den svenska hälso- och sjukvården har därmed i grunden en inbyggd komplexitet och utmaning genom att huvudmännen ska ta sitt eget ansvar för verksamheten samtidigt som staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvård. Statens ansvar för

hälso- och sjukvården är å sin sida fördelat mellan flera olika myndigheter, där regeringen ansvarar för att styra sina myndigheter.

Till bilden av vilka som är verksamma i hälso- och sjukvården, ska läggas en rad andra aktörer. Det finns bl.a. läkemedelsbolag, medicintekniska företag, apotek, professionsföreningar, högskolor och universitet m.fl. som alla på olika sätt är en del i svensk hälso- och sjukvård och en del av den kunskapsbaserade vården.

Mot bakgrund av utredningens uppdrag har vi valt att fokusera på aktörerna staten, regionerna och kommunerna.

iii) Vårt uppdrag är delar av en större helhet - ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Utredningens centrala uppdrag är att lämna förslag på en statlig funktion för nationell uppföljning av hälso- och sjukvården samt vidareanalysera förslaget från Kunskapsstödsutredningen om hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas. Dessa uppdrag rör, enligt utredningen, två viktiga delar i ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – i) uppföljning och analys som ett kunskapsbaserat underlag för utveckling av policy på regeringsnivå, samt ii) förutsättningar för tillämpning av kunskap i patientmötet. En längre beskrivning av ett nationellt sammanhållet systemet för kunskapsbaserad vård följer i avsnitt 2.6.

2.6 Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Med ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård avser utredningen att hälso- och sjukvårdssystemets olika delar gemensamt verkar för att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård på alla nivåer. På den lokala nivån, dvs. i regioner och kommuner, handlar det om att skapa förutsättningar för att bästa möjliga kunskap används i varje patientmöte. På den regionala och nationella nivån, dvs. på sjukvårdsregional och statlig nivå, i hälsosystemet handlar det om att beslut ska vara så välinformerade som möjligt utifrån kunskap, patienters perspektiv etc. Allt det som görs för att nå en kunskapsbaserad vård kan även sammanfattas som kunskapsstyrning. Det avser alla de aktiviteter som behövs på alla nivåer

för att varje patientmöte ska vara grundat på bästa möjliga kunskap[18]. Att använda bästa möjliga kunskap inkluderar även att prioriteringar har gjorts bl.a. med hänsyn till ekonomiska förutsättningar, se avsnitt 4.1.

Bästa möjliga kunskap i patientmötet definierar 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. Beslut i patientmötet baseras således på den sammanvägda kunskapen från forskning, profession och patient.

För att förslagen avseende utredningens centrala uppdrag ska få bästa möjliga effekt, dvs. bättre bidra till att ta oss närmare målen i HSL om en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen, anser utredningen att man även behöver titta närmare på hur det sammanhållna systemet fungerar som helhet.

Fem komponenter i ett sammanhållet system

Vi har valt att beskriva ett sammanhållet systemet med hjälp av fem komponenter. Utöver de komponenter som är centrala i vårt uppdrag – i) systematisk uppföljning och analys samt ii) tillämpning och förutsättning för tillämpning – ingår iii) identifiering och prioritering av frågor och behov, iv) generering av kunskap samt v) generering av vägledningar och ställningstaganden.

Nedan beskrivs övergripande de olika komponenterna i ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. En mer utförlig och vetenskaplig beskrivning återfinns i bilaga 4. Vi vill först inleda med några grundläggande utgångpunkter som vinner på att tydliggöras.

En grundläggande utgångspunkt för ett sammanhållet system är att berörda aktörer verkar samordnat – snarare än isolerat – mot de mål som är gemensamma. Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård handlar om hur staten, regionerna och kommunerna bäst kan arbeta tillsammans för att uppnå målen för hälso- och sjukvården. För att systemet ska kunna vara sammanhållet krävs

[18] SOU 2017:48 *Kunskapsbaserad och jämlik vård*.

det dock betydligt mer än en gemensam målbild. Det finns en rad olika faktorer som är viktiga för att systemet som helhet ska sträva mot målen på ett effektivt sätt. Det handlar om vilka frågor eller behov man prioriterar, vem som gör vad samt hur man arbetar i systemet för att få det effektivt (se kapitel 14).

Övergripande handlar ett sammanhållet systemet om att optimera helheten och inte enbart varje del för sig. Här finns det en stor potential att öka värdet och minska risken för resursslöseri i hela systemet. Det är först när aktörerna agerar utifrån ett helhetsperspektiv och synkroniserat i relation till varandra som vi kan uppnå en optimal effekt av de insatser som görs. För att nå förståelse för vem som bör göra vad och hur detta ska ske i ett sammanhållet system så behöver man också se på vilka typer av uppgifter som utförs inom systemet för att bygga den kunskapsbaserade vården. Uppgifterna, eller komponenterna som vi väljer att kalla dem, pågår alla samtidigt i systemet med olika aktörer involverade på olika nivåer. Komponenterna är sammanlänkade med varandra eftersom det finns ett ömsesidigt beroende mellan såväl det arbete som utförs som de aktörer som utför dem.

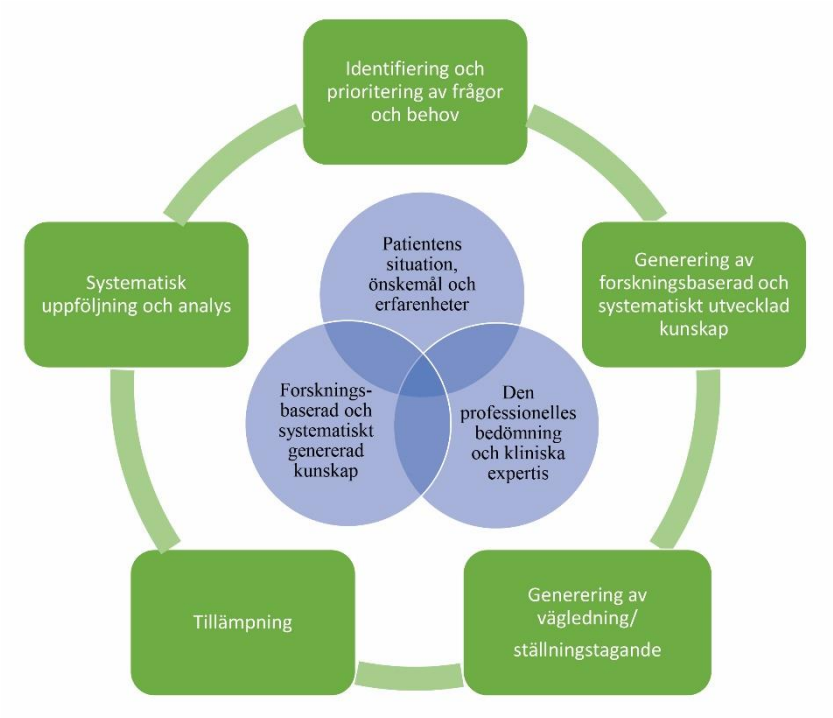
Identifiering och prioritering av frågor och behov

Frågor eller behov kan t.ex. vara ett gap/brist, såsom en identifierad ojämlikhet inom ett visst område, eller ett kunskapsbehov, till exempel avsaknad av registerdata på ett specifikt hälsoområde eller avseende en ny metod. Det är en indikation på att något behöver göras eller förändras. Det kan således både handla om behov och frågeställningar kopplade till den kliniska vardagen och till policyfrågor på regional eller nationell nivå. Uppföljning och analys är ett centralt verktyg för att identifiera frågor och behov. Frågor kan också identifieras av en rad olika aktörer såsom patienter, professioner, kommuner, regioner eller myndigheter. Det finns inte möjlighet att hantera alla frågor eller behov som identifieras och därför sker av nödvändighet en prioritering av dessa och således en nedprioritering av andra. För att systemet ska bli ändamålsenligt är det centralt att prioriteringsprocesserna är transparanta, systematiska och utformade utifrån målen med hälso- och sjukvården. Det behövs även en

samordning av prioriteringar ibland aktörerna i systemet som helhet (se kapitel 14).

Hur en prioriterad fråga eller ett prioriterat behov bäst hanteras måste sedan ses i relation till alla komponenter i ett sammanhållet system. Behöver vi forskning eller systematisk kunskap för att tillgodose behovet? Eller handlar det om att ta fram en vägledning? Eller är det så att det är förutsättningar för tillämpning som behöver komma till stånd? Eller behöver frågan lösas genom förändringar i uppföljningar för att man bättre ska kunna förstå och förbättra andra aspekter av vården? Identifiering och prioritering av frågor kan således leda till att åtgärder eller förändringar vidtas i en eller flera delar i systemet.

Figur 2.1 **De huvudsakliga komponenterna i ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Ringarna i mitten illustrerar patientmötet, dvs. en personcentrerad och evidensbaserad praktik**



Systematisk uppföljning och analys

Uppföljning är en beskrivning av verkligheten, ”hur gick det?”. Det innebär att följa utveckling och mäta vad som faktiskt har hänt. Analys handlar om att närmare granska och förstå det man har följt upp, inte bara konstatera. Uppföljning och analys på alla nivåer är av vikt för att kunna göra rätt insatser och vidta rätt åtgärder för att kunna bli ännu bättre och öka kvalitet, effektivitet och jämlikhet i hälso- och sjukvården. Inom hälso- och sjukvårdssystemet sker en rad olika uppföljningar på olika nivåer. Uppföljningar av hälso- och sjukvården kan t.ex. röra hälsotillstånd, väntetider och kostnader. Uppföljning kan också handla om kartläggning av åtgärder i hälsosystemet som är av mer strukturell eller systematisk karaktär, t.ex. effekter av statliga initiativ. I kapitel 9 kan man läsa mer om nationell uppföljning. På den lokala nivån är uppföljning och analys en central del i det lokala förbättringsarbetet (se kapitel 10).

Tillämpning och förutsättningar för tillämpning

Att tillämpa kunskap, vägledningar eller ställningstaganden, handlar om att omsätta underlaget eller beslutet i praktiken. Det innebär tillämpning i den kliniska vardagen eller i agerandet på policynivå. Hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv organisation, varför tillgång och förmedling av tillförlitlig kunskap är centralt för verksamheten.

För att man ska kunna tillämpa kunskap behöver även förutsättningar för detta finnas. Att tillämpa kunskap handlar både om att börja omsätta bästa möjliga kunskap i praktiken (implementering) och om att arbeta löpande med ett systematiskt kvalitetsarbete (förbättringsarbete). Forskning kring tillämpning visar att det är en rad olika faktorer och förutsättningar som är avgörande för tillämpningen. Det är således komplext. Det kan handla om alltifrån hur kunskapsstöd är utformade, om man har tillgång till stöd, har rätt utbildning etc. till organisatoriska och juridiska förutsättningar. I kapitel 10 kan man läsa mer om detta.

Generering av forskningsbaserad eller systematiskt utvecklad kunskap samt vägledning eller ställningstaganden

Generering av forskningsbaserad eller systematisk kunskap handlar om att utveckla kunskap med hjälp av vedertagna metoder så att kunskapen som tas fram är tillförlitlig och relevant och därmed kan tillämpas i hälso- och sjukvården. Forskningsbaserad kunskap bygger på en sammanställning av forskningsstudier och kan belysa en rad olika frågor. t.ex. behandlingseffekter eller hur patienter värderar ett visst utfall. Det kan också röra sig om forskningsbaserad kunskap på områden som rör hälsosystemet i sig, exempelvis studier av utveckling av riktlinjer, förbättringsarbete, kvalitetsutveckling, implementering eller uppföljning. För vissa målgrupper räcker det med att denna kunskap finns tillgänglig för att tillämpas i hälso- och sjukvården. För andra grupper kan det finnas behov av tydligare vägledning i vad som bör göras. Vägledningar är ett samlingsnamn för exempelvis riktlinjer, rekommendationer, vårdprogram eller beslutsstöd i olika former. De kan vara av olika karaktär och rikta sig till olika målgrupper och beslutsnivåer i hälso- och sjukvården. På policynivå är det mer relevant att tala om ställningstagande hur man ska möta ett visst behov. Grunden för vägledningen eller ställningstagandet är den sammanvägda forskningsbaserade eller systematiskt utvecklade kunskapen, men man behöver här även göra olika typer av värderingar, även inkluderat etiska bedömningar.

Komponenterna påverkar och påverkas ömsesidigt

Ett sammanhållet system behöver ta i beaktande att komponenterna i systemet påverkar och påverkas ömsesidigt. Det innebär att utformningen av varje komponent behöver ta andra komponenter samt helheten i beaktande. Det sker även återkoppling mellan komponenterna, till exempel kan arbetet med vägledningar belysa aspekter av vad ny forskningsbaserad kunskap bör adressera. Likaså kan man vid tillämpning återkoppla till vad som behöver justeras vad gäller vägledningar, och uppföljning och analys kan återkoppla till verksamhetens tillämpning. Om man ser till utredningens huvuduppdrag kan man konstatera att ett fungerande system som helhet är en nödvändighet både för att uppföljning och analys ska kunna leda till ett

ändamålsenligt agerande och för att det ska finnas tillförlitlig och relevant kunskap att tillgå i det lokala förbättringsarbetet.

2.7 Utredningens genomförande

I det följande avsnittet beskrivs hur utredningen har arbetat med uppdraget. Ett genomgående inslag i utredningens arbete har varit dialog och möten. Utredningen har träffat en rad olika aktörer enskilt och i olika grupperingar. Det har varit värdefullt både för att inhämta information och pröva olika idéer.

Insamling, inläsning och dialoger

Utredningen har kontinuerligt tagit del av forskning, myndighetsrapporter och annan litteratur som har varit av relevans för uppdraget.

Utredningen har samlat in information genom bl.a. intervjuer och enkäter. Intervjuerna har genomförts med en rad olika företrädare för myndigheter, kommuner och regioner, privata aktörer, politiker m.fl. utifrån förberedda frågor. Enkäterna har fokuserat på de delar av uppdraget där vi har sett behov av fördjupad information. Enkäterna har vänt sig till myndigheter, kommuner, regioner och styrelsen för regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård.

Dialog och samverkan har skett kontinuerligt med olika aktörer. Även dessa dialoger har bidragit till insamlingen av information.

I direktivet föreskrivs att utredningen ska samråda med företrädare för sjukvårdshuvudmännen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt med samtliga myndigheter med centrala uppgifter som berör uppdraget, Rådet för styrning med kunskap, partnerskapet samt andra berörda aktörer såsom patient- och professionsföreningar samt läkemedelskommittéerna. Utredningen har samverkat med alla dessa aktörer. Därutöver har utredningen träffat en rad andra aktörer och experter som har haft betydelse för uppdraget.

Utredningen har valt att ha en senior rådgivare knuten till uppdraget i form av docent Lars-Torsten Larsson. Utredningen har också haft ett samarbete med forskaren, medicine doktor Linda Richter Sundberg vid Umeå universitet.

Längre arbetsmöten med olika teman

Ett arbetssätt som utredningen har använt sig av är längre arbetsmöten kring fokuserade teman. Utredningen har arrangerat flera sådana möten med en sammansättning av olika aktörer, beroende på ämne och syfte. För utredningen har det varit ett sätt att tillsammans med de medverkande fördjupa sig i frågeställningar eller utmaningar kopplade till utredningens uppdrag utifrån olika perspektiv.

Expertgrupp och patientreferensgrupp

Socialdepartementet beslutade den 16 april 2019[19] att tillsätta en expertgrupp till utredningen bestående av företrädare för 14 olika organisationer. Utredningen har träffat gruppen vid sju tillfällen. Experterna och de sakkunniga representerade SKR, Region Jönköping/regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning, Östergötlands län/de regionala samverkans och stödstrukturerna, Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Läkemedelsverket, Läkarförbundet, Fysioterapeuterna, Vårdförbundet, Sveriges Farmaceuter, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa samt Socialdepartementet. Utredningen har sett ett stort värde i expertgruppens bidrag. Utöver de ordinarie expertgruppsmötena har utredningen fört dialog och haft enskilda möten med flera av experterna, såväl enskilt som i mindre grupper, om vissa av utredningens frågor.

Utredningen valde också att bilda en patientreferensgrupp med sex företrädare. Syftet med gruppen var att diskutera och få kunskap om patienters perspektiv i de frågor som vi har haft att hantera. Patientreferensgruppen har medverkat under hela arbetets gång och bidragit på ett värdefullt sätt. Mötena med patientreferensgruppen har skett i nära anslutning till varje expertgruppsmöte. Därigenom har patientreferensgruppen bidragit med inspel till expertgruppsmötena. I gruppen ingick representanter från Astma- och allergiförbundet, Riksförbundet HjärtLung, Unga reumatiker, Cancerfonden, WED-förbundet och Scizofreniförbundet. Sammansättningen av gruppen skedde efter dialog med några patientföreträdare med syfte att skapa en grupp med olika perspektiv och erfarenheter.

[19] Socialdepartementet. *Förordnande i utredningen sammanhållen kunskapsstyrning (S2018:12)*. Dnr S2019/01001/FS.

Dialog med utredningar med beröringspunkter

Utredningen har kontinuerligt haft dialog med flera pågående och avslutade utredningar med beröringspunkter. Utredningen har vid några tillfällen träffat utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård[20]. Bland annat har vi gemensamt träffat deras referensgrupp bestående av kommundirektörer. Vi har haft dialog med Läkemedelsutredningen[21] och utredningen Framtidens socialtjänst[22] främst mot bakgrund av den del av vårt uppdrag som handlar om stöd i vårdens förbättringsarbete. Därutöver har vi träffat en rad andra utredningar, bl.a. utredningen Sammanhållen information inom vård och omsorg[23], utredningen Styrning för en jämlik vård[24], Tillitsdelegationen[25], utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre[26], utredningen Välfärdsteknik i äldreomsorgen[27] och Kommittén för teknologisk innovation och etik – KOMET[28].

[20] S2017:01 *Samordnad utveckling för god och nära vård.*
[21] S2016:07 *Läkemedelsutredningen.*
[22] S2017:03 *Framtidens socialtjänst*.
[23] S2019:01 *Sammanhållen information inom vård och omsorg.*
[24] S2017:08 *Styrning för en jämlik vård.*
[25] Fi 2016:03 *Tillitsdelegationen*.
[26] S2019:04 *Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre*.
[27] S2018:11 *Välfärdsteknik i äldreomsorgen*.
[28] N2018:04 *Kommittén för teknologisk innovation och etik – KOMET.*

3 Gällande rätt

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

Det svenska hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket är omfattande. Regelverket består av mer än 250 författningar, dvs. lagar, förordningar och föreskrifter av olika omfattning. Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen är utformad som en skyldighetslagstiftning till skillnad från en rättighetslagstiftning. Det innebär att tillhandahållandet av nödvändig hälso- och sjukvård är en skyldighet för samhället. Hälso- och sjukvård hanteras således inte som en rättighet som den enskilde kan utkräva på juridisk väg.[1]

Det finns ett antal författningar som berör utredningens uppdrag. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet. I fråga om tandvård finns särskilda bestämmelser i t.ex. tandvårdslagen (1985:125). Patientsäkerhetslagen (2010:659) är ett annat exempel på lagstiftning av övervägande generell karaktär.

Lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område omfattar dessutom lagar som reglerar särskilda områden. Några exempel är läkemedelslagen (2015:315) och lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. I övrigt omfattar det hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket åtskilliga förordningar samt olika statliga myndigheters föreskrifter.

Andra grundläggande författningar av betydelse för hälso- och sjukvården är regeringsformen och kommunallagen.

[1] Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Regeringsformen och kommunallagen

Det allmänna ska enligt regeringsformen, förkortadRF, verka för goda förutsättningar för hälsa. Kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Den kommunala självstyrelsen utgör en grund för det svenska samhällssystemet och innebär att det ska finnas en självständig och, inom vissa ramar, fri bestämmanderätt för kommuner och regioner. Grunden för kommunernas och regionernas existens, ställning, organisation och verksamhet är reglerad i regeringsformen och kommunallagen.

Kommuner och regioner får enligt kommunallagen (2017:725) själva ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till området eller invånarna om det inte åligger någon annan. Kommunallagen anger vidare att det på vissa områden finns särskilda föreskrifter om kommunernas och regionernas befogenheter och skyldigheter. Hälso- och sjukvården är ett sådant område.

I regeringsformen finns regler för hur normgivningsmakt kan delas mellan riksdagen och regeringen. Med normgivningsmakten avses rätten att besluta rättsregler, dvs. sådana regler som är bindande för enskilda och myndigheter. Regeringsformen medger även att normgivningsmakt i vissa fall kan överlåtas åt kommuner.

I kommunallagen regleras bl.a. kommunernas och regionernas kompetens, befogenheter och organisation.

Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. Lagen trädde i kraft den 1 april 2017 och ersatte då den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Syftet med den nya hälso- och sjukvårdslagen var att göra regelverket överskådligare, tydligare och mer lättillgängligt samt mer i enlighet med intentionen om en målinriktad ramlag. Hälso- och sjukvårdslagen har en struktur och uppbyggnad i form av fem avdelningar och kapitel med löpande paragrafnumrering inom varje kapitel. Nästan alla bestämmelser i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen har förts över till den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen. De flesta av paragraferna är utformade helt i överensstämmelse med motsvarande bestämmelser i den äldre lagen, eller skiljer sig från dessa bestämmelser enbart i

språkligt eller redaktionellt hänseende. Ett mindre antal förtydliganden och ändringar i sak i förhållande till tidigare lag har skett. Ett fåtal nya bestämmelser har tillkommit.[2]

Lagen innehåller mål för hälso- och sjukvården. Där anges en god hälsa och en god vård på lika villkor för hela befolkningen som mål. Vidare ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller även definitioner av centrala begrepp såsom huvudman och vårdgivare. Med huvudman avses i denna lag den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet. Med vårdgivare avses i denna lag statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Hälso- och sjukvården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär att hälso- och sjukvård särskilt ska vara av god kvalitet med god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och personalen samt vara lätt tillgänglig. Regionerna och kommunerna är huvudmän för hälso- och sjukvården. Kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvård för personer som bor i vissa boendeformer, för dem som vistas i viss dagverksamhet och för hemsjukvård i ordinärt boende. Ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende förutsätter att kommunen kommit överens med regionen om att ta över sådant ansvar. Om det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Regionen ska ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

I hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser för ledning och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Av dessa framkommer bl.a. att ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Det ska finnas en verksamhetschef, som är ansvarig för verksamheten. Det framkommer vidare att

[2] Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. All hälso- och sjukvård ska ha den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge patienterna god vård.

Patientlagen

Patientlagen (2014:821), förkortad PL, innehåller bestämmelser som syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patientlagen innehåller bestämmelser som rör patientens möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården eller som har direkt betydelse för vårdens utformning. Vid införandet av patientlagen framhölls bl.a. att det är angeläget att stärka och tydliggöra patientens ställning i hälso- och sjukvården samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.[3] I lagen framhålls också att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överenstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I lagen finns bestämmelser om informationsplikten gentemot patienten. Det klargörs även att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke. Lagen innehåller vidare bestämmelser om möjligheter för en patient att i vissa fall få en ny medicinsk bedömning och att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.

Patientsäkerhetslagen

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

Med hälso- och sjukvårdspersonal avses i patientsäkerhetslagen bl.a. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården samt apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller

[3] Prop. 2013/14:106 *Patientlag*.

lämnar råd och upplysningar. Lagen innehåller bestämmelser som reglerar ansvaret för vårdgivaren men även personal i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen är behörig myndighet att besluta om bl.a. legitimation.

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

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

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

I patientsäkerhetslagen definieras vidare tillsyn bl.a. som granskning av att hälso- och sjukvårdsverksamhet och dess personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

IVO:s tillsyn ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Tillsynen ska främst syfta till att förebygga skador och

eliminera risker i hälso- och sjukvården samt stödja och granska verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder.

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

IVO ska efter anmälan pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Anmälan får göras av den patient som saken gäller eller, om patienten själv inte kan anmäla saken, en närstående till honom eller henne. Vårdgivaren och i vissa situationer även hälso- och sjukvårdspersonal, har emellertid enligt patientsäkerhetslagen en skyldighet att i vissa fall göra anmälan till IVO.

Sammansättningen i HSAN och nämndens handläggning regleras också i patientsäkerhetslagen. HSAN prövar bl.a. frågor om prövotid och återkallelse av legitimation eller begränsning av förskrivningsrätt.

I lagen ges även bestämmelser om möjligheten att överklaga beslut som fattats av HSAN, IVO och Socialstyrelsen.

Patientdatalagen

Patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Bestämmelserna syftar till att informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras och att dokumenterade personuppgifter hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Patientdatalagen innehåller bestämmelser som kompletterar EU:s dataskyddsförordning vid sådan behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården som är helt eller delvis automatiserad eller där uppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling

av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt särskilda kriterier.

Patientdatalagen innehåller också bestämmelser om skyldigheten att föra patientjournal, grundläggande bestämmelser om inre sekretess och elektronisk åtkomst inom en vårdgivares verksamhet, utlämnande av uppgifter och handlingar samt viss uppgiftsskyldighet. Lagen omfattar även bestämmelser om sammanhållen journalföring, nationella och regionala kvalitetsregister, rättigheter för den enskilde, omhändertagande och återlämnande av patientjournal.

Tandvårdslagen

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

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

Av tandvårdslagen framgår att varje region ska erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom regionen. Regionen ska även erbjuda en god tandvård till dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpning av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen. Regionerna ansvarar också för tandvårdsstödet till äldre och funktionshindrade som har ett stort omsorgsbehov. Denna vård omfattar bland annat en avgiftsfri mun-

hälsobedömning och individuell rådgivning. För personer som behöver tandvård som ett led i sjukdomsbehandling och som behöver oralkirurgi har regionerna också ett ansvar. Regionerna ansvarar även för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården.

Lagen om läkemedelskommittéer

Lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer tillkom samtidigt som kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen överfördes från staten till regionerna. Läkemedelskommittéverksamheten var tidigare frivillig för regionerna.

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

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

Socialtjänstlagen

Utgångspunkten i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, är att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Varje kommun svarar för socialtjänsten inom kommunen, och har det yttersta ansvaret för att de enskilda invånarna får det stöd och den

hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Kommunen får träffa överenskommelse med regionen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att, inom ramen för socialtjänstens uppgifter, samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. När den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan.

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet och det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet för att utföra uppgifterna. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Kommunen är skyldig att tillhandahålla så kallad särskild boendeform för service och omvårdnad av äldre och att inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring. Kommunen ansvarar vidare för att planera sina insatser för äldre och personer med fysiska eller psykiska funktionshinder. I planeringen ska kommunen samverka med regionen samt andra samhällsorgan och organisationer.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, är en rättighetslagstiftning som syftar till att garantera personer med funktionsnedsättning insatser för särskilt stöd och service. Lagen omfattar de personer som ingår i personkretsen, dvs. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd, personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Av lagen framgår att verksamheten ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som omfattas av lagen. Målet för insatserna enligt lagen är att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Det framgår vidare att verksam-

heten ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter samt att den ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Lagen innehåller även bestämmelser om insatserna för särskilt stöd och service samt ansvaret för regioner och kommuner.

Läkemedelslagen

I Läkemedelslagen (2015:315), läkemedelsförordningen (2015:458) och Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:14) om säkerhetsövervakning av humanläkemedel regleras bl.a. arbetet med läkemedelssäkerhet.

Syftet med läkemedelslagen är främst att skydda människors och djurs liv, hälsa och välbefinnande samt värna om folkhälsan och skydda miljön. Läkemedelslagen reglerar t.ex. krav på läkemedel samt godkännande, registrering och tillstånd till försäljning av läkemedel, krav för försäljning av läkemedel, säkerhetsövervakning, kontroll och återkallelse, klinisk läkemedelsprövning, tillverkning, import och annan införsel samt försiktighetskrav vid hantering av läkemedel och aktiva substanser.

Ett läkemedel ska enligt läkemedelslagen vara av god kvalitet och ändamålsenligt. Läkemedelsverket ska ansvara för ett system för säkerhetsövervakning som har till syfte att samla in, registrera, lagra och vetenskapligt utvärdera uppgifter om misstänkta biverkningar av läkemedel som godkänts för försäljning.

Enligt läkemedelsförordningen ska Läkemedelsverket som ett led i säkerhetsövervakningen av humanläkemedel möjliggöra och underlätta för konsumenter och hälso- och sjukvårdspersonal att rapportera misstänkta biverkningar av läkemedel till Läkemedelsverket. Vidare ska Läkemedelsverket säkerställa att uppgifterna till den vetenskapliga utvärderingen av rapporter om misstänkta biverkningar av läkemedel är exakta och möjliga att kontrollera samt genomföra åtgärder för att identifiera biologiska läkemedel som är föremål för en rapport om en misstänkt biverkning och som förskrivs, lämnas ut eller säljs i Sverige. Läkemedelsverket ska vidare lämna upplysningar om bl.a. hur konsumenter och hälso- och sjukvårdspersonal kan rapportera misstänkta biverkningar av läkemedel till Läkemedelsverket. Om det är nödvändigt att genomföra skyndsamma åtgärder

på grund av misstanke om säkerhetsrisker med ett humanläkemedel, ska Läkemedelsverket inleda det samrådsförfarande som avses i artiklarna 107i och 107j i Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EG, i lydelsen enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2012/26/EU, och i artikel 107k i Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/83/EU.

Av Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:14) om säkerhetsövervakning av humanläkemedel framgår bl.a. att den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården snarast ska rapportera samtliga misstänkta biverkningar av läkemedel till Läkemedelsverket.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Av föreskrifterna och allmänna råden framgår vidare att vårdgivaren med stöd av ledningssystemet ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska också utöva egenkontroll. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister enligt patientdatalagen samt jämförelser av verksamhetens resultat dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat för andra verksamheter.

4 Hälso- och sjukvårdens organisering

- Hälso- och sjukvårdslagen anger att målen med svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.
- Prioriteringsplattformen, God vård samt Vetenskap och beprövad erfarenhet är grundläggande principer som hälso- och sjukvården har att förhålla sig till.
- Staten ansvarar för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken. Ansvaret utövas främst genom lagar och förordningar samt genom regeringens styrning av de statliga myndigheterna.
- Regionerna och kommunerna är huvudmän för hälso- och sjukvården och ansvarar för utförandet av vården.

I detta kapitel ges en övergripande bild av grundläggande fakta om hälso- och sjukvården och dess organisering. Kapitlet inleds med en beskrivning av de övergripande målen och grundläggande principerna för hälso- och sjukvården. Därefter följer en beskrivning av centrala aktörer. Vi beskriver aktörerna i vårdmötet – patienter och professioner. Därefter fortsätter vi med organisering och ansvar avseende de aktörer som utredningen särskilt har fokuserat på – staten, regionerna och kommunerna. Vi redogör också för några andra aktörer inom hälso- och sjukvårdsområdet. Kapitlet avslutas med en redo-

görelse av kostnader för hälso- och sjukvården, fördelat på kommuner och regioner.

4.1 Mål och ramar för hälso- och sjukvården

Riksdagen ger ramarna för hälso- och sjukvården genom lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet. Hälso- och sjukvård berörs övergripande i regeringsformen i bestämmelsen om att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa. Enligt portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen eftersträvas en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.[1] Hälso- och sjukvården 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.

Utifrån propositionen som ligger till grund för denna lagstiftning kan man läsa att detta innebär i princip att det bör vara möjligt för alla, oavsett var man bor i landet, att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Av det följer att möjligheterna att vid behov få vård inte får hindras av ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella eller geografiska förhållanden. Möjligheterna att få vård får heller inte påverkas av faktorer såsom ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art eller varaktighet. Däremot är det angeläget att värna om dem som är särskilt utsatta och att sträva efter att jämna ut skillnader, så att alla får likvärdiga möjligheter att till exempel sätta sig in i vad ett planerat behandlingsprogram har för innebörd.[2]

Hälso- och sjukvård ska också ges på lika villkor, oavsett personliga och geografiska förhållanden.[3] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har i sin rapport Olik eller ojämlik[4] fördjupat resonemangen om denna centrala utgångpunkt för hälso- och sjukvården. Myndigheten skriver att det faktum att vård ska ges på lika villkor även följer av lagstiftning om objektivitet, opartiskhet, saklig-

[1] 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[2] Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.*
[3] 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30); Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.*
[4] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Olik eller ojämlik*. 2019:4. 2019.

het, likabehandling och likställdhet.[5] Enligt diskrimineringslagstiftningen är alla former av diskriminering som huvudregel förbjudna inom hälso- och sjukvården.[6]

Hälso- och sjukvården ska vidare också arbeta för att förebygga ohälsa. Bestämmelsen gäller all hälso- och sjukvård, oavsett huvudman.[7]

Att hälso- och sjukvårdslagstiftningen är av ramlagskaraktär innebär att den lämnar stora delar av ansvaret till regionerna och kommunerna för utformningen och planeringen av hälso- och sjukvårdssystemen utifrån sina förutsättningar. Samtidigt är en grundläggande princip i lagstiftningen som styr de kommunala verksamheterna att medborgarna ska garanteras en likvärdig samhällsservice oberoende av var de bor i landet.[8]

Regeringen utvecklar sitt mål på hälso- och sjukvårdspolitikens området i Budgetpropositionen för 2020. Där framgår det att målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.[9] På det folkhälsopolitiska området är regeringens övergripande mål att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.[10]

Grundläggande principer för hälso- och sjukvården

Prioriteringsplattformen

En grundläggande utgångpunkt för hur hälso- och sjukvården ska bedrivas i Sverige är den s.k. prioriteringsplattformen. År 1997 ställde sig riksdagen bakom de riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som föreslagits i regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården och som byggde på prioriteringsutredningens slutbetänkande Vårdens svåra val[11]. Grundtanken är att efter-

[5] Se t.ex. 1 kap. 9 § regeringsformen, 5 § förvaltningslagen (2017:900) och 2 kap. 3 § kommunallagen (2017:725).
[6] 2 kap. 13 § diskrimineringslagen (2008:567).
[7] 3 kap. 1–2 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[8] Statskontoret. *Statens styrning av kommunerna*. 2016:24. 2016.
[9] Prop. 2018/19:1 *Budgetpropositionen för 2019*. Utgiftsområde 9. Hälso- och sjukvårdspolitik.
[10] Prop. 2018/19:1 *Budgetpropositionen för 2019*. Utgiftsområde 9. Folkhälsopolitik.
[11] SOU 1995:5 *Vårdens svåra val.*

sträva en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Den fastslagna plattformen ska vara vägledande för alla som fattar prioriteringsbeslut. Prioriteringsplattformen har tre grundläggande och rangordnade etiska principer:[12]

- Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att hälso- och sjukvårdens resurser bör fördelas efter behov.
- Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att en rimlig relation mellan kostnader och effekt bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder.

Dessa principer ska vara vägledande för prioriteringar på både statlig nivå och på landstingskommunal och primärkommunal nivå.[13] Principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen. Innebörden av detta är bland annat att svåra sjukdomar går före lindrigare även om de svåraste tillstånden kostar väsentligt mycket mer.[14]

God vård

Det finns olika författningskrav på vårdens kvalitet och utförande som alla huvudmän och vårdgivare måste följa. En grundläggande utgångspunkt är att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär enligt lagen att hälso- och sjukvården särskilt ska

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

[12] Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
[13] Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
[14] www.sls.se/etik/prioriteringsplattformen (hämtad 19.12.12).

- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
- vara lätt tillgänglig.[15]

Vårdgivaren ska se till att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.[16]

Socialstyrelsen har utvecklat begreppet god vård i sex dimensioner, som utgår från både patienters förväntningar på vården och gällande lagstiftning:[17]

- **Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård**. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.
- **Säker hälso- och sjukvård**. Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.
- **Patientfokuserad hälso- och sjukvård**. En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar, och att dessa vägs in i de kliniska besluten.
- **Effektiv hälso- och sjukvård**. Med effektiv hälso- och sjukvård avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Detta innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserat på tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.
- **Jämlik hälso- och sjukvård**. Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.
- **Hälso- och sjukvård i rimlig tid.** Hälso- och sjukvård i rimlig tid innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av.

[15] 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[16] 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30); 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[17] Socialstyrelsen. *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen. 2007.

Vetenskap och beprövad erfarenhet

All vård ska ges i överenstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare ska alla patienter ges sakkunnig och omsorgsfull vård.[18] När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska ges den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.[19] Vad gäller vilka behandlingsmetoder som ska användas i vården, regleras det som utgångspunkt inte i detalj.

4.2 Hälso- och sjukvård handlar ytterst om vårdmötet – mötet mellan patienter och professioner

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen och grundläggande principer handlar i huvudsak om att definiera mål, förutsättningar och krav för hur hälso- och sjukvården ska bedrivas. Själva utförandet av vården sker i mötet mellan patienten och den professionelle. Nedan följer en beskrivning av dessa centrala aktörer.

Patienterna

En patient kan beskrivas som en individ som är i kontakt med hälso- och sjukvården för att t.ex. få en diagnos för sina besvär eller behandling för någon sjukdom. Synen på patienten och dess roll i hälso- och sjukvården är något som succesivt har förändrats. Vårdanalys skriver i sin rapport Från mottagare till medskapare om den nu rådande utvecklingen mot en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. Att hälso- och sjukvården är personcentrerad innebär att den utgår från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess – innan, under, mellan och efter ett vårdmöte eller kontakt.[20] Begreppet personcentrerad vård har enligt Vårdhandboken[21] vuxit fram som en beskrivning av god omvårdnad, både nationellt

[18] 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[19] 7 kap. 1 § patientlagen (2014:821).
[20] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Från mottagare till medskapare*. Rapport 2018:08. 2018.
[21] www.vardhandboken.se (hämtad 20.04.24).

och internationellt. Användning av ordet patient anses av företrädare för inriktningen personcentrerad vård i högre grad betona sjukdomen, den sjuka kroppen eller kopplingen till en sjukvårdsinrättning, framför människan med sina unika resurser och erfarenheter. I Vårdhandboken används dock ordet patient. Utredningen har också valt att använda ordet patient.

Sedan 2014 finns en patientlag[22] (2014:821). Lagen syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. För att stödja och hjälpa patienter och deras närstående, huvudsakligen med att föra fram synpunkter och klagomål till vårdgivare, ska det enligt lag finnas en eller flera patientnämnder i varje region och kommun.[23] Patientnämnderna tillhandahåller och hjälper också patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen och hjälper patienter att vända sig till rätt myndighet. Patientnämnden är en fristående och opartisk instans. Deras arbetsområde omfattar all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt vissa socialtjänstfrågor inom äldreomsorgen. De ansvarar även för tandvård som bedrivs av regionerna.

Professionerna

Professionerna utgörs av den hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i offentlig och privat hälso- och sjukvård. En stor del av professionerna arbetar som behandlare av patienter, men det finns även flera som arbetar i mer administrativa funktioner inom hälso- och sjukvårdssystemet.

För flera yrken i hälso- och sjukvården och tandvården krävs legitimation. Olika regler styr vad som krävs för att få legitimation. Legitimationen ska vara en garanti för att personen har de kunskaper, färdigheter och egenskaper som krävs för yrket. All hälso- och sjukvårdspersonal, oavsett om man är legitimerad eller inte, har ett personligt yrkesansvar för hur man utför sina arbetsuppgifter. Grunden i det egna yrkesansvaret är att arbeta utifrån vetenskap och

[22] Patientlag (2014:821).
[23] Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

beprövad erfarenhet och ge patienterna en sakkunnig och omsorgsfull vård.[24]

I september 2019 fanns det totalt 22 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvård i Sverige.[25] Dessa var: apotekare, arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, dietist, fysioterapeut eller sjukgymnast, hälso- och sjukvårdskurator, kiropraktor, läkare, logoped, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, röntgensjuksköterska, receptarie, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare.

Därutöver finns det även andra personalkategorier i hälso- och sjukvården där det inte är tydligt vad som krävs i form av kunskaper, färdighet eller utbildning, t.ex. undersköterskor och tandsköterskor. Frågan om reglering av yrket undersköterska bereds för närvarande i Regeringskansliet.

4.3 Organisering och ansvar – staten, regionerna och kommunerna

I det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan staten, regionerna och kommunerna.

Staten

Staten ansvarar genom regeringen för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken. För att regeringen ska kunna ta det övergripande ansvaret har den några olika verktyg till sitt förfogande. Det statliga ansvaret utövas främst genom lagar och förordningar och genom regeringens styrning av de statliga myndigheterna på området. Utjämningssystemet, som syftar till att alla regioner och kommuner genom ett generellt statsbidrag ges likvärdiga möjligheter och förutsättningar, är också centralt. Därutöver finns också möjlighet att rikta specialdestinerade statsbidrag.

I statens ansvar ingår också ansvar för forskning, utbildning m.m., vilket kopplar till ansvaret för hälso- och sjukvårdspolitiken. Statens ansvar för forskning handlar om att bedriva och finansiera forskning.

[24] www.socialstyrelsen.se (hämtad 19.12.12).
[25] www.socialstyrelsen.se (hämtad 19.09.15).

Forskning utgör en av tre uppgifter för universitet och högskolor.[26] Lärosätena beslutar väsentligen själva om vilken forskning de ska bedriva. Därutöver finns det myndigheter som har i uppdrag att bidra med finansiering av forskning. Exempel på det är Forskningsrådet för arbetsliv, hälsa och välfärd (Forte), Vetenskapsrådet och Verket för innovationssystem (Vinnova) som utifrån sina instruktioner har i uppgift att bidra med forskningsmedel. Dessa myndigheter har inom ramen för sina uppdrag möjlighet att i olika grad styra vilken forskning som de väljer att finansiera.

I statens utbildningsansvar, som utövas genom högskolor och universitet, ligger att tillhandahålla utbildad hälso- och sjukvårdspersonal. Staten ansvarar också för att utfärda legitimation för alla de vårdyrken som är legitimationsgrundande. Legitimationen utfärdas av Socialstyrelsen, och innebär ett stort ansvar för den legitimerade att på egen hand tillämpa sina förvärvade kunskaper. Staten förutsätter att dessa yrkesgrupper följer vissa spelregler, där egenkontrollen intar en central plats, dvs. att uppföljning sker av verksamheten och att avvikelser fortlöpande korrigeras. Den legitimerade professionen lämnas dock inte utan statlig kontroll. Staten kan vid bl.a. grov oskicklighet återkalla legitimation.[27] Det finns även statligt utfärdade regelverk med krav på systematiskt kvalitetsarbete.[28]

Den statliga styrningen syftar ofta till att skapa större nationell likvärdighet. Styrning kan också användas för att säkerställa att verksamhet genomförs och tillhandahålls på ett lagligt korrekt, transparent och förutsägbart sätt. Den statliga styrningen kan således vara både hård eller mjuk beroende på hur tvingande den är. Vilken styrning som staten väljer att använda beror på vilket problem som ska lösas. Regelstyrning räknas till hård styrning och är juridiskt tvingande eller villkorligt styrmedel. I det som brukar benämnas som mjuk styrning handlar det om att stimulera, påverka eller upplysa. Exempel på mjuka styrmedel är information, överenskommelser, kunskapsstöd, vägledningar eller rådgivning i syfte att upplysa och stimulera hälso- och sjukvården i en viss riktning. Även uppföljning och utvärdering kan sägas ingå i denna kategori.

[26] www.uka.se (hämtad 20.03.02).
[27] 8 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[28] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Regionerna

En region är enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) en huvudman med ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet. Sveriges 21 regioner ansvarar för att organisera hälso- och sjukvården så att alla medborgare har tillgång till god vård. Gotland är en kommun med regionsuppgifter och regionalt utvecklingsansvar, och kallas därför också för region.

Enligt HSL ska regionen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen och ska också verka för en god hälsa hos befolkningen. Regionen ska erbjuda både öppenvård och slutenvård. Slutenvård är sådan hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Öppenvård definieras som annan hälso- och sjukvård än sluten och bedrivs bl.a. i form av primärvård och öppen specialiserad vård såsom specialistläkarmottagningar. I regionens ansvar ingår det övergripande ansvaret för såväl finansiering som tillhandahållande av denna hälso- och sjukvård. Regionen är därmed huvudman för huvuddelen av hälso- och sjukvården i Sverige, inklusive all specialistsjukvård. Den hälso- och sjukvård som regionen är huvudman för kan utföras antingen i regionens egen regi eller i regi av andra aktörer.

För att utnyttja resurserna effektivare har regionen samordnat sig i s.k. sjukvårdsregioner. En sjukvårdsregion består av ett kommunalförbund[29] med sjukvårdshuvudmän som samverkar kring utnyttjandet av regionens sjukvårdsresurser. Medlemmarna i Sveriges sex sjukvårdsregioner utgörs huvudsakligen av regioner. Undantaget är Gotlands län, där uppgifterna sköts av Gotlands kommun. Region Halland är medlem i två olika kommunalförbund, eftersom de södra kommunerna i Hallands län ingår i Södra sjukvårdsregionen och de norra kommunerna i Västra sjukvårdsregionen. Indelningen framgår av tabell 4.1.

[29] Kommuner och regioner får bilda kommunalförbund och lämna över skötseln av kommunala angelägenheter till sådana förbund. Medlemmarna överlämnar kommunal verksamhet till förbundet. Kommunalförbundet är en egen offentligrättslig juridisk person. 3 kap. 8 §, 9 kap. 1–18 §§ kommunallagen (2017:725).

Tabell 4.1 Sveriges sex sjukvårdsregioner och regioner i dessa

Sjukvårdsregion	Landstingsregion
Norra sjukvårdsregionen	Region Norrbotten
	Region Västernorrland
	Region Västerbotten
	Region Jämtland Härjedalen
Uppsala-Örebro sjukvårdsregion	Region Västmanland
	Region Gävleborg
	Region Sörmland
	Region Örebro län
	Region Värmland
	Region Dalarna
	Region Uppsala
Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland	Region Stockholm
	Region Gotland
Sydöstra sjukvårdsregionen	Region Östergötland
	Region Kalmar län
	Region Jönköpings län
Västra sjukvårdsregionen	Västra Götalandsregionen
	Region Halland (norra delen*)
Södra sjukvårdsregionen	Region Halland (södra delen**)
	Region Skåne
	Region Blekinge
	Region Kronoberg

*Kungsbacka kommun, Varbergs kommun, Falkenbergs kommun.
**Halmstads kommun, Hylte kommun, Laholms kommun.

Kommunerna

Varje kommun är, i likhet med regionerna, huvudman med ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Denna hälso- och sjukvård kan utföras antingen i kommunens egen regi eller i regi av andra utförare. Sverige har 290 kommuner. Gotland räknas både som kommun och som region. Kommunerna har ett ansvar för hälso- och sjukvård i vissa särskilda boendeformer, dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende, men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. De läkarresurser som behövs ska regionen avsätta till kommunerna.

Kommunen är huvudman för hälso- och sjukvård i

- Permanent särskilt boende, korttidsboende och dagverksamhet som är reglerade i Socialtjänstlagen[30].
- Bostad med särskild service (LSS-boenden) samt daglig verksamhet som är reglerade i lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade[31].
- Det egna hemmet, kallat ordinärt boende, i form av hemsjukvård om regionen och den aktuella kommunen kommit överens om att kommunen ska ta över ansvaret för sådan hälso- och sjukvård. Sådan överenskommelse har nåtts med samtliga regioner utom Region Stockholm.

Kommunerna ger därmed hälso- och sjukvård till många äldre och till personer med funktionsnedsättning.

Den kommunala självstyrelsen

En grundläggande utgångpunkt som präglar ansvar och styrning av den svenska hälso- och sjukvården är den kommunala självstyrelsen, som utgör en av grunderna i den svenska samhällsorganisationen. Den kommunala självstyrelsen är så central att den slås fast i regeringsformens inledande bestämmelse. Med kommuner avses både regional och kommunal nivå, dvs. både regioner och kommuner.[32]

Motiven för den kommunala självstyrelsen är både demokratiska och effektivitetsinriktade. Det politiska systemets legitimitet anses bli starkare genom att självstyrelsen ger medborgarna möjlighet till lokalt inflytande, och till ansvarsutkrävande av den genomförda politiken. Effektiviteten menar man gynnas av möjligheterna att anpassa kommunens verksamhet till lokala förutsättningar och behov.

Den kommunala självstyrelsen innebär att kommunerna får ta ut skatt för att sköta sina uppgifter och att beslutanderätten utövas av valda församlingar. Det innebär också att statsmakterna i styrningen av kommunerna måste ta hänsyn till kommunernas egen beslutande-

[30] Socialtjänstlag (2001:453).
[31] Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
[32] 1 kap. regeringsformen.

rätt. En proportionalitetsbedömning måste göras när begränsningar i den kommunala självstyrelsen övervägs.[33] Det betyder att inskränkningar i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.[34] De kommunala verksamheterna består dels av ett stort antal obligatoriska uppgifter som staten har lagt på kommunerna, dels vissa frivilliga uppgifter som utgår från den kommunala allmänna kompetensen. Som en följd av den kommunala självstyrelsen har det också etablerats en finansieringsprincip.[35] Den kommunala finansieringsprincipens innebär att kommuner och regioner inte ska behöva höja skatten eller prioritera om annan verksamhet för att finansiera nya statliga uppgifter. Finansieringsprincipen är grundläggande för de ekonomiska relationerna mellan staten och kommunsektorn, och gäller i båda riktningarna. Finansieringsprincipen omfattar statligt beslutade obligatoriska åtgärder som direkt tar sikte på kommunal verksamhet.

4.4 Andra aktörer

Privata aktörer

Regioner och kommuner får enligt kommunallagen[36], efter beslut i fullmäktige, lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ. I HSL anges dessutom att regioner och kommuner med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt lagen.[37] Detta innebär att kommuner och regioner kan välja att antingen bedriva verksamheten i egen regi eller anlita en privat utförare. Som exempel kan nämnas att 2017 uppgick andelen vårdcentraler som drivs i privat regi till cirka 43 procent.[38]

Andra privata aktörer som på ett eller annat sätt har en roll i hälso- och sjukvården är apoteken och läkemedelsföretagen.

[33] 14 kap. 3 § regeringsformen.
[34] Statskontoret. *Statens styrning av kommunerna*. 2016:24. 2016.
[35] Finansieringsprincipen är ingen lag men är godkänd av riksdagen och tillämpas sedan 1993.
[36] 3 kap. 16 § kommunallagen (2017:725).
[37] 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[38] Sveriges Kommuner och Regioner. *Köp av verksamhet 2019 – Kommuner och regioner 2006–2018*. 2019.

Det finns över 1 400 öppenvårdsapotek i Sverige och branschen domineras av fem apotekskedjor. Förutom apotekskedjorna finns drygt 30 företag med ett eller ett fåtal apotek. Utöver öppenvårdsapotek finns även dos- och distansapotek.[39]

Läkemedelsbranschen satsar årligen cirka 9 miljarder kronor på forsknings- och utvecklingsarbete i Sverige och tillsammans med dess underleverantörer sysselsätts omkring 20 000 personer.[40]

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en politiskt styrd arbetsgivar- och intresseorganisation. SKR fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning mellan sina medlemmar, som utgörs av Sveriges alla 290 kommuner och 21 regioner. Fram till och med slutet av november 2019 hette organisationen Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. SKL bildades i mars 2007 ur de två organisationerna Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Organisationerna hade dock redan samverkat i en gemensam tjänstemannaorganisation sedan 2005.

SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommunernas och regionernas verksamhet. Organisationen fungerar bl.a. som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning och ger service och professionell rådgivning till tjänstepersoner och förtroendevalda i kommuner och regioner inom alla de frågor som kommuner och regioner är verksamma inom.

Som arbetsgivarorganisation har SKR även till uppgift att teckna centrala kollektivavtal om lön och allmänna anställningsvillkor för den dryga miljon människor som kommunerna och regionerna är arbetsgivare för. SKR:s högsta beslutande organ är kongressen, där politiker i regionfullmäktige och kommunfullmäktige väljer 451 ombud. Kongressen anger inriktningen för SKR:s arbete och utser styrelse och ordförande. SKR har kongress vart fjärde år, året efter ett valår. Mellan kongresserna är det SKR:s styrelse som leder det politiska arbetet på SKR. Styrelsen får hjälp av arbetsutskott, delegationer och beredningar, varav hälso- och sjukvårdsberedningen är en .

[39] www.tlv.se (hämtad 19.09.15).
[40] www.lif.se (hämtad 19.09.15).

4.5 Utgifter och kostnader

Omfattningen av statens, regionernas respektive kommunernas ansvar speglas i utgifterna inom verksamhetsområdet. Totalt uppgick utgifterna för hälso- och sjukvård till drygt 500 miljarder kronor 2018, vilket motsvarar 10,9 procent av BNP samma år.[41] Den offentliga sektorn stod för 85 procent av de totala utgifterna medan hushållen genom patientavgifter och andra avgifter stod för cirka 14 procent. Se tabell 4.2.

Tabell 4.2 Totala hälso- och sjukvårdsutgifter, mnkr samt andel, 2018

	Mnkr	Andel
Region samt Regionsägda bolag	304 061	57,8
Kommuner	134 856	25,6
Hushållens utgifter ur egen ficka*	72 489	13,8
Staten	9 119	1,7
Övriga**	5 958	1,1
Totalt	**526 213**	**100,0**

*Posten inkluderar huvudsakligen patientavgifter, inkl. för tandvård, samt utgifter för både receptbelagda och receptfria läkemedel.

**Övriga utgörs av: Frivilliga sjukvårdsförsäkringar, företag och hushållens ideella organisationer.

Källa: SCB, hälsoräkenskaperna. Beräkningarna sker i enlighet med manualen A System of Health Accounts 2011 (SHA 2011) vilken är gemensam för OECD, Eurostat och WHO. Utöver ordinarie hälso- och sjukvård inkluderar statistiken bl.a. tandvård samt både receptbelagda och receptfria läkemedel.

Regionernas kostnader

Omfattningen av regionernas ansvar återspeglas också av att det är den samhällssektor som står för den största andelen av utgifterna för hälso- och sjukvård, närmare 58 procent, se tabell 4.2.

Att tillhandahålla hälso- och sjukvård är också regionernas främsta uppgift. Omkring 90 procent av regionernas kostnader avser hälso- och sjukvård.[42] Resterande kostnader avser regional utveckling. Drygt hälften av kostnaderna inom området hälso- och sjukvård avser specialiserad somatisk vård. Det näst största området är primärvård som står för drygt 18 procent av regionernas hälso- och sjukvårdskostnader. Se tabell 4.3.

[41] SCB, hälsoräkenskaperna (publicerat 20.03.31).
[42] SCB, Offentlig ekonomi, verksamhetsindelad statistik för regioner. Nettokostnad inkl. läkemedelskostnad. Uppgifterna avser 2018. Statistiken avser totalen för riket, dvs. samtliga regioner.

Tabell 4.3 Regionens kostnader fördelat per verksamhet, andel, 2018

Regionens kostnader verksamhetsindelat	Andel
Regional utveckling*	10,1
Specialiserad somatisk vård	53,1
Primärvård	18,3
Specialiserad psykiatrisk vård	8,1
Tandvård	2,2
Övrig hälso- och sjukvård	8,2
Totalt riket	**100,0**

*Huvudsakligen trafik- och infrastruktur.

Källa: SCB, Offentlig ekonomi, verksamhetsindelad statistik för regioner. Nettokostnad inkl. läkemedelskostnad. Uppgifterna avser 2018, riket.

Kommunernas kostnader

Som framgår av tabell 4.2 står kommunerna för omkring en fjärdedel av utgifterna för hälso- och sjukvården. Uppgiften härrör från hälsoräkenskaperna som beräknas enligt en internationellt överenskommen standard. I hälsoräkenskaperna ingår dock sedan 2011 så kallade ADL-tjänster[43], vilket är vissa tjänster som avser personlig omvårdnad. Dessa har traditionellt sett i Sverige klassificeras som social omsorg snarare än hälso- och sjukvård. Beräknat exklusive ADL-komponenten omfattar kommunernas andel av utgifterna för hälso- och sjukvården drygt fem procent

Det kan också vara intressant att titta på hur stor andel av kommunens verksamhet som utgörs av hälso- och sjukvård. kommunernas ansvarsområde är betydligt bredare än regionernas. Pedagogisk verksamhet utgör det allra största området kostnadsmässigt, drygt 46 procent. Det andra stora kostnadsområdet inom kommunerna är vad som redovisas under kategorin Vård och omsorg. Drygt 40 procent av kommunernas kostnader gick till detta område.[44]

I redovisningen av fördelningen inom kategorin Vård och omsorg särskiljs inte hälso- och sjukvården tydligt från den sociala omsorgen. Av tabell 4.4 framgår att närmare hälften av medlen går till vård och omsorg om äldre, men hur stor andel av detta som utgörs av hälso- och sjukvård går inte att utläsa ur statistiken. Inte heller

[43] ADL står för Activitites of Daily Living. Kostnaderna avser bara grundläggande ADL såsom personlig omvårdnad och inte den del som avser exempelvis handling och städning, som kallas IADL (Instrumental Activities of Daily Living).

[44] SCB, Offentlig ekonomi, verksamhetsindelad statistik för kommuner. Nettokostnad. Uppgifter för 2018. Statistiken avser totalen för riket, dvs. samtliga kommuner.

vad gäller insatser för personer med funktionsnedsättning går det att utläsa hur stor andel som går till hälso- och sjukvård.

Tabell 4.4 Kommunernas kostnader inom området Vård och omsorg, andel, 2018

Kommunernas kostnader inom området Vård och omsorg	Andel
Barn och ungdomsvård	9,1
Ekonomiskt bistånd	6,0
Familjerätt och familjerådgivning	0,4
Färdtjänst/riksfärdtjänst	0,9
Hälso- och sjukvård, övrigt exkl. hemsjukvård	0,7
Insatser enligt LSS/SFB	23,4
Insatser till personer med funktionsnedsättning (ej LSS/SFB)	5,9
Primärvård	0,1
Vård för vuxna med missbruksproblem	3,3
Vård och omsorg om äldre	49,0
Övriga insatser till vuxna	1,2
Totalt Vård och omsorg, riket	**100**

Källa: SCB, Offentlig ekonomi, verksamhetsindelad statistik för kommuner. Nettokostnad. Uppgifterna avser 2018, riket.

I tabell 4.4 ovan framgår viss information om hur stor andel av kommunernas verksamhet som utgörs av hälso- och sjukvård. Statistiken utgår från kostnader fördelat på verksamhet då hälsoräkenskaperna, som avser utgifter, inte medger den finfördelningen. Som noterat ger statistiken bara delvis svar på frågan. Ett alternativt sätt att få en ungefärlig uppfattning om hur stor andel av kommunernas verksamhet som utgörs av hälso- och sjukvård är att jämföra kommunernas utgifter för hälso- och sjukvård från hälsoräkenskaperna med kommunernas samlade konsumtion, som uppgick till cirka 566 miljarder kronor 2016. Mätt på detta sätt motsvarade kommunernas utgifter för hälso- och sjukvård knappt 23 procent av kommunernas samlade konsumtion. Utan ADL-komponenten motsvarade kommunernas utgifter för hälso- och sjukvård omkring fyra procent av kommunernas samlade konsumtion. Svårigheten i att finna helt rättvisande mått inom den kommunala sektorn är en återspegling av hur integrerade insatserna av social omsorg och hälso- och sjukvård i regel är inom kommunerna. Utmärkande för kommunernas arbete inom området är att de har att förhålla sig både till hälso-

och sjukvårdslagstiftningen och till lagstiftningen avseende den sociala omsorgen. I verksamheterna är det ofta samma personal som utför båda typer av insatser.

5 Statens arbete med kunskapsstyrning

- På den statliga kunskapsstyrningsarenan agerar i dag regeringen och flera myndigheter. En beskrivning av dessa återfinns i kapitlet.
- Statliga myndigheter ingår i olika samordningsorgan för en mer ändamålsenlig kunskapsstyrning. Det finns bl.a. Rådet för styrning med kunskap samt två olika partnerskap, ett till stöd för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård och ett till stöd för kunskapsstyrning i socialtjänsten. Därutöver finns en nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten.

Kapitlet inleds med en beskrivning av de statliga aktörerna – regeringen och myndigheter som bedöms ha en betydelse för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Därefter följer en redogörelse av samordningsorgan inom kunskapsstyrningsområdet där statliga aktörer ingår. Kapitlet avslutas med en sammanställning av vad myndighetschefer inom hälso- och sjukvårdsområdet anser att myndigheterna bör göra tillsammans för att kunskapsstyrningen ska vara samordnad och effektiv.

Kunskapsstyrning definieras av utredningen som alla de aktiviteter som behövs på alla nivåer för att varje patientmöte ska vara grundat på bästa möjliga kunskap. Staten har en betydande roll inom kunskapsstyrningen genom att bidra med forskning, stöd och förutsättningar av olika slag samt uppföljning. Statlig styrning med kunskap ser vi som en delmängd av statens arbete med kunskapsstyrning. I staten är det regeringen och myndigheterna som är aktörerna. Regeringskansliet är en myndighet med särskild uppgift att bistå regeringen.

5.1 Regeringen och myndigheter med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor

Regeringens styrning av sina myndigheter

Regeringen styr sina myndigheter främst genom instruktion, regleringsbrev och särskilda regeringsbeslut. För vissa myndigheter är även den lagstiftning som finns inom ett verksamhetsområde, såväl nationell lagstiftning som EU-rätt, av stor betydelse för hur myndigheten utformar och bedriver sin verksamhet. Läkemedelsverket är ett sådant exempel. Myndigheten har att efterleva strama regler och processer, fastlagda i gällande direktiv och lagstiftning vad gäller EU-samverkan. Läkemedelsverket är operativt beroende av omvärlden utanför Sverige, och deltar aktivt i myndighetsarbete i nära samverkan med EU:s medlemsstater.

En instruktion är en förordning som beskriver myndighetens grundläggande uppdrag. En instruktion ska spegla den långsiktiga och regelbundet återkommande verksamheten. Varje myndighet får också årligen ett regleringsbrev. Det är ett styrdokument med en samling av mer kortsiktiga uppdrag och återrapporteringskrav till myndigheten. Genom regleringsbrevet får myndigheten även sina finansiella förutsättningar. Därutöver har regeringen också möjlighet att ge myndigheterna uppdrag genom att besluta om särskilda regeringsbeslut.

Regeringen styr med andra ord över vilka uppgifter myndigheterna ska arbeta med, men får inte ingripa i myndighetsutövningen, t.ex. hur myndigheten tillämpar en lag. Regeringen beslutar också vem som ska vara myndighetschef samt utser ledamöter i insynsråd, styrelser och nämnder.

Regeringskansliet stödjer regeringen att styra riket och förverkliga sin politik

Enligt regeringsformen[1] ska det finnas ett regeringskansli som bereder regeringsärenden och biträder regeringen och statsråden i deras verksamhet. I detta ingår departement för olika verksamhetsgrenar. Regeringen fördelar ärendena mellan departementen.

[1] 7 kap. 1 § regeringsformen.

Myndigheten Regeringskansliet bestod under 2019 av Statsrådsberedningen, elva departement och Förvaltningsavdelningen. Myndigheten leds av statsministern, vilket innebär att statsministern är såväl regeringschef som chef för myndigheten Regeringskansliet. I varje departementsledning finns ett eller flera statsråd (ministrar), varav ett statsråd är departementschef. Varje statsråd har stöd av en politisk stab bestående av statssekreterare, politiskt sakkunniga och pressekreterare. Statsrådet stöds också av tjänstemän vid departementet.

Regeringskansliet är alltså en politisk styrd organisation som till övervägande del består av opolitiska tjänstemän. Av Regeringskansliets cirka 4 600 tjänstgörande medarbetare 2019 var ungefär 200 politiskt tillsatta.[2] De av Regeringskansliets medarbetare som inte är politiskt tillsatta har kvar sina anställningar oavsett vilka partier som sitter i regeringen. Tjänstemännens uppgift är att bistå regeringen med att ta fram underlag och förslag till olika regeringsbeslut och utreda frågor av både nationell och internationell karaktär. De arbetar också med frågor avseende styrning av de statliga myndigheterna.

Statliga myndigheter som är centrala för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården

Det finns ett antal myndigheter som har uppdrag som bedöms vara centrala i statens arbete med kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Gemensamt för alla dessa myndigheter, med undantag för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, är att de ingår i Rådet för styrning med kunskap, se avsnitt 5.2. Nedan följer en kortfattad beskrivning av dessa myndigheters uppdrag. En mer utförlig beskrivning av myndigheternas uppdrag återfinns i bilaga 3. En fördjupad beskrivning av berörda myndigheters arbete med uppföljning finns i kapitel 9.

E-hälsomyndigheten har i uppdrag att ansvara för register och it-funktioner för läkemedelshanteringen. I myndighetens ansvar ligger också att erbjuda vissa beslutsstöd kopplat till läkemedelshanteringen. En annan del i myndighetens uppdrag handlar om att samordna regeringens satsningar på e-hälsa.

Folkhälsmyndigheten har i uppdrag att verka för god folkhälsa samt verka för ett effektivt smittskydd. Myndigheten har bl.a. ett

[2] Regeringskansliets årsbok 2019.

kunskapsuppbyggande och kunskapsspridande uppdrag när det handlar om att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Myndigheten tar också fram kunskapsunderlag av varierande slag till olika målgrupper. När det gäller uppföljning ska myndigheten ansvara för uppföljning av befolkningens hälsa och för sektorsövergripande uppföljning av utvecklingen av folkhälsans bestämningsfaktorer, bidra med metoder för att beakta folkhälsoaspekter i uppföljningar samt ansvara för den samordnade uppföljningen inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har bl.a. i uppdrag att finansiera och utvärdera forskning inom områdena hälsa samt hälso- och sjukvård och socialtjänst. Forte bidrar även genom att stödja implementering och användning av forskning i praktik.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn och att göra tillståndsprövningar inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Som en del av tillsynen ska myndigheten också pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

Läkemedelsverket ansvarar för kontroll och tillsyn av läkemedel, narkotika, vissa andra produkter som står läkemedel nära, medicintekniska och kosmetiska produkter m.m. I myndighetens uppdrag ligger också att ge ut föreskrifter och allmänna råd samt lämna information till olika målgrupper inom myndighetens ansvarsområden. Myndigheten producerar kunskapsunderlag av olika slag, såsom behandlingsrekommendationer.

Myndigheten för delaktighet (MFD) har i uppdrag att främja ett systematiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken på alla nivåer i samhället. Det betyder att myndigheten bl.a. ska ta fram metoder, riktlinjer och vägledningar till stöd för arbetet med tillgänglighet och delaktighet, men även arbeta med uppföljningar och analyser. Myndigheten ska bidra till kunskapsutveckling och sprida kunskap avseende sitt ansvarsområde. Vid myndigheten finns ett Kunskapsråd som bl.a. ska identifiera och lämna förslag på lämpliga områden för uppföljning och analys.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (Vårdanalys) är en analysmyndighet som ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv

ska följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg samt även statliga reformer och initiativ. Myndigheten har ett särskilt uppdrag att bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning.

Socialstyrelsen har ett brett uppdrag att genom regler, kunskap och statsbidrag bidra med förutsättningar till verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Centralt i uppdraget är att samordna, stödja, följa upp och utvärdera. Myndigheten ska följa, analysera och rapportera om sina ansvarsområden genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier. Socialstyrelsen har flera olika uppgifter som rör statlig styrning med kunskap. Socialstyrelsen ska bl.a. förmedla kunskap och utveckla ny kunskap samt ta fram olika former av kunskapsstöd och föreskrifter. Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande för Rådet för styrning med kunskap.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) ska vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården och i den verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ur ett medicinskt perspektiv där så är tillämpligt, samt ur ett ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv. Myndigheten ska systematiskt identifiera och aktivt informera om sådana metoder i hälso- och sjukvården och socialtjänsten vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ska medverka till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och tandvård samt till en god tillgänglighet till läkemedel i samhället och en väl fungerande apoteksmarknad. TLV har också ett tillsynsuppdrag.

Andra myndigheter av betydelse för kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvårdsområdet

Högskolor och universitet

Svenska universitet och högskolor har tre huvuduppgifter – utbildning, forskning och samverkan med det omgivande samhället. År 2018 fanns det 17 universitet och 31 högskolor eller andra lärosäten. Statliga lärosäten är egna myndigheter. Inom ramen för en övergripande lagstiftning fattar lärosätena de flesta beslut själva. Det gäller bland annat organisation, intern fördelning av resurser, utbildningsutbud, utbildningens innehåll och utformning samt hur många studenter som antas. Regeringen beslutar om vilka examina som får förekomma och krav för examen, i form av omfattning och mål. Lärosätena beslutar också själva om vilken forskning de ska bedriva.[3]

Universitetssjukhus

Universitetssjukhus är ett sjukhus som förutom hälso- och sjukvård också bedriver medicinsk forskning och utbildning av olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård. I Sverige finns det universitetssjukhus i varje sjukvårdsregion, sammanlagt sju stycken. Dessa är:

- Akademiska sjukhuset, Uppsala
- Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm
- Norrlands universitetssjukhus, Umeå
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- Skånes universitetssjukhus, i Malmö och Lund
- Universitetssjukhuset i Linköping
- Universitetssjukhuset, Örebro.

[3] Universitetskanslerämbetets årsrapport 2018.

Vetenskapsrådet

Vetenskapsrådet är Sveriges största statliga forskningsfinansiär och ger stöd till forskning inom alla vetenskapsområden. Varje år stödjer myndigheten svensk forskning med nästan 7 miljarder kronor.[4] Enligt sin instruktion[5] ska myndigheten bl.a. främja den svenska grundforskningens kvalitet och förnyelse, stödja forskarinitierad forskning och initiera och stödja ämnesövergripande satsningar på forskning.

Verket för innovationssystem (Vinnova)

Verket för innovationssystem (Vinnova) ska enligt sin instruktion[6] främja hållbar tillväxt genom finansiering av behovsmotiverad forskning och utveckling av effektiva innovationssystem. Med innovationssystem avses nätverk av offentliga och privata aktörer där innovationer och ny kunskap tas fram, sprids och används. För att uppnå hållbar tillväxt och stärka Sveriges konkurrenskraft ska myndigheten verka för nyttiggörande av forskning och främjande av innovation.

Vinnova arbetar också för att stimulera samverkan mellan företag, universitet och högskolor, offentlig verksamhet, civilsamhället och andra aktörer. Som ett exempel kan nämnas att Vinnova och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2018 slöt en överenskommelse för att genom samarbete stärka innovationsförmågan i offentlig verksamhet. Samarbetet ska bidra till ökad kvalitet och bättre service i de tjänster som kommuner och regioner erbjuder medborgare, näringsliv och civilsamhälle.[7]

Varje år satsar Vinnova ungefär tre miljarder kronor på att främja innovation.[8] Merparten fördelas genom utlysningar där företag, offentliga aktörer och andra organisationer kan söka finansiering.

[4] www.vr.se, (hämtad 20.04.24).
[5] Förordning (2009:975) med instruktion för Vetenskapsrådet.
[6] Förordning (2009:1101) med instruktion för Verket för innovationssystem.
[7] Vinnova. *Överenskommelse mellan Verket för innovationssystem (Vinnova) och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om stärkt innovationsförmåga i offentlig verksamhet*. Dnr 2017-05430. 2017.
[8] Vinnovas årsredovisning 2019.

5.2 Samordningsorgan inom kunskapsstyrningsområdet

Det finns i dag några olika samordningsorgan inom kunskapsstyrningsområdet mellan statliga myndigheter samt mellan statliga myndigheter och företrädare för regioner eller kommuner. Samtliga organ syftar till att genom samordning uppnå en mer ändamålsenlig verksamhet. I det följande avsnittet följer en beskrivning av Rådet för styrning med kunskap, Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom socialtjänsten, Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård samt Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-S).

Rådet för styrning med kunskap

Den 1 juli 2015 bildades Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst, kallat Rådet. Regeringen gjorde bedömningen i budgetpropositionen för 2015[9] att den statliga kunskapsstyrningen behövde förändras genom att bli effektivare och mer samordnad. Med statlig kunskapsstyrning avsåg regeringen att föreskrifter och olika former av kunskapsstöd som statliga myndigheter tar fram och som riktar sig till huvudmän och olika professioner. För att uppnå detta föreslogs att Rådet skulle bildas. Departementsskrivelsen En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst[10] utgjorde grund för detta ställningstagande.

Rådets arbete styrs av förordning[11] om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst, och har till uppgift att säkerställa att styrningen med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst som statliga myndigheter ansvarar för utgör ett stöd för regioner och kommuner samt olika professioner. Styrningen med kunskap sker enligt förordningen genom de icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Rådet ska vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörandet av

[9] Prop. 2014/15:1 *Budgetpropositionen för 2015*, utgiftsområde 9, Hälso- och sjukvårdspolitik.
[10] DS 2014:9 *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst*.
[11] Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

forskning och innovationer avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förordningen föreskriver att patienters och brukares synpunkter och erfarenheter ska beaktas i myndigheternas styrning med kunskap. Rådets arbete ska anpassas till de behov som huvudmän och professioner har.

I Rådet ingår nio myndigheter. Dessa är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forte, IVO, Läkemedelsverket, MFD, Socialstyrelsen, SBU samt TLV. Syftet med Rådet är att myndigheternas styrning ska vara samordnad, effektiv och behovsanpassad.

Sjukvårdshuvudmännen har en huvudmannagrupp

Enligt förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst ska det finnas en s.k. huvudmannagrupp. Den består av politiska företrädare för regioner och kommuner och består av sexton ledamöter, varav sex ledamöter företräder regionerna och tio ledamöter företräder kommunerna. Huvudmannagruppen har till uppgift att dels informera Rådet om områden där huvudmännen har behov av statlig styrning med kunskap, dels hur styrningen bör utformas och kommuniceras.

Rådet har verkat under några år

I rapporterna Statlig styrning med kunskap – årsrapport 2018 och 2019 konstaterar ordförande för Rådet, Socialstyrelsens generaldirektör, att arbetet i Rådet har tagit ytterligare viktiga steg framåt. Rådet har bl.a. stärkt arbetet med patient- och brukarmedverkan. Stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården utvecklas ytterligare med utgångspunkt i den åtgärdsplan som togs fram under 2018. Former för samverkan mellan Rådets och regionernas system för kunskapsstyrning sker i form av Partnerskap för hälso- och sjukvård, se vidare nedan.

Till Rådet finns det knutet en beredningsgrupp och två nätverk; ett för kommunikationschefer och ett för chefsjurister/rättschefer. Nätverken utbyter framför allt erfarenheter men agerar även i gemensam sak när det till exempel handlar om evenemang och den gemensamma författningssamlingen.

Rådet genomförde under våren 2018 en egen undersökning, utifrån ett antal frågeställningar, om hur myndigheterna upplever hur samverkan har utvecklats och fungerar sedan förordningens ikraftträdande 2015.[12] Sammanställningen visar att flera myndigheter pekar på en stärkt samordning inom exempelvis e-hälsa och psykisk ohälsa bland äldre. Socialstyrelsen och SBU har utvecklat samarbetet kring de nationella riktlinjerna och även tecknat en särskild avsiktsförklaring om samverkan mellan myndigheterna. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket har tecknat en liknande avsiktsförklaring och utvecklat samverkan kopplat till läkemedelsrekommendationer och nationella riktlinjer. De båda nätverken, för kommunikationschefer respektive rättschefer, som finns kopplade till Rådet upplevs vara givande för erfarenhetsutbyte och har bidragit till ökad samordning mellan myndigheterna.

När det gäller Rådets förmåga till att ta till vara patienter och brukares synpunkter lyfts den gemensamma patient- och brukarpolicy fram som ett mycket gott exempel från alla myndigheter.

Utvärdering av en samlad styrning med kunskap

Mellan 2016 och 2018 följde och utvärderade Statskontoret Rådets verksamhet. Myndigheten lämnade en delrapport till regeringen i april 2016.[13] I delrapporten pekade Statskontoret på att det krävs förhållandevis stora förändringar i myndigheternas arbete om kunskapsstyrningen ska kunna anpassas till de behov som finns inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Ett exempel som anges är att arbetet med att anpassa kunskapsstyrningen till mottagarnas behov. Enligt Statskontoret behövs det ett perspektivskifte från myndigheternas sida som innebär att professionerna ges mer utrymme och det måste ske mer dialog mellan aktörerna. Annars riskerar kunskapsstöden inte bli något stöd för professionerna och den statliga styrningen får därmed inte något reellt genomslag. I november 2018 presenterade Statskontoret sin slutrapport.[14] Statskontorets samlade bedömning var att det skett framsteg, men att det finns mer att

[12] Rådet för styrning med kunskap – årsrapport 2018.
[13] Statskontoret. *Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst – delrapport*. 2016:13. 2016
[14] Statskontoret. *Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst – slutrapport*. 2018:23. 2018.

göra. I rapporten skriver Statskontoret att samverkan mellan myndigheterna i Rådet och mellan Rådet och huvudmännen i kommuner och regioner har fördjupats sedan 2015. Myndigheterna samordnar nu sina kunskapsunderlag bättre och underlagen är mer anpassade utifrån vad huvudmännen behöver. Samtidigt pekar Statskontoret på att det återstår utmaningar innan kunskapsstyrningen är tillräckligt samordnad, effektiv och behovsanpassad. Statskontoret menade bl.a. att myndigheterna i Rådet bör ta fram en strategi och arbetsplan för sitt fortsatta arbete samt utarbeta en gemensam terminologi och klassificering av sina kunskapsprodukter. Statskontoret föreslår också att myndigheterna tar fram en gemensam policy för hur professionerna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan involveras på ett bättre sätt i arbetet med att ta fram nya kunskapsprodukter.

När det gäller huvudmannagruppen föreslår Statskontoret modifierade arbetsformer för att öka deltagandet, som under den tiden som utvärderingen pågick var förhållandevis lågt. Statskontoret bedömer att huvudmannagruppen har en viktig funktion även i framtiden.

Utredningen noterar att Statskontoret inte har beaktat de båda partnerskapen inom hälso- och sjukvårdsområdet respektive socialtjänstområdet i sin samlade bedömning.

Partnerskap till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten

Socialstyrelsen har tillsammans med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) bildat ett partnerskap som hanterat frågor som rör kunskapsstyrning inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Partnerskapet kallas, sedan 2019, Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten.[15] Partnerskapet är en modell för långsiktig samverkan mellan regional och nationell nivå.

En viktig utgångspunkt för modellen är betänkandet Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – Till nytta för brukaren[16]. Betänkandet mynnade ut i den gemensamma plattform för en evidensbaserad praktik som utgjort ramen för flera av de överenskommelser som slöts mellan SKR, som då benämndes Sveriges Kommuner och Landsting, och regeringen under åren 2010–2016. Centralt i dessa

[15] Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom socialtjänsten – Verksamhetsberättelse för 2019.
[16] SOU 2008:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren.*

överenskommelser har varit stödet till uppbyggnad av regionala samverkans- och stödstrukturer och utvecklingsarbete inom dessa. Det finns i dag regionala samverkans- och stödstrukturer i alla län där samtliga kommuner (och oftast regioner) ingår och är uppdragsgivare.

Det långsiktiga målet för partnerskapet är att brukare som är i behov av insatser inom socialtjänstens verksamhetsområde ska erbjudas vård, service och omsorg där forskning och bästa tillgängliga kunskap används medvetet och systematisk tillsammans med de professionellas expertis. Den berörda personens situation, erfarenhet och önskemål ska tillvaratas, dvs. arbetet ska bedrivas evidensbaserat.

Parterna har ett ömsesidigt ansvar för nyttan i gemensamma dialoger och i de aktiviteter som parterna kommer överens om. Parterna arbetar var för sig och tillsammans för att uppnå visionen om att partnerskapet ska bidra till ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling, bättre stöd för implementering och effektivare kunskapsstöd.

Parterna ses på dialogmöten tre gånger per år. Mötena förbereds av en arbetsgrupp som består av representanter för alla tre parter. Som stöd till arbetsgruppen finns en styrgrupp kopplad till partnerskapet, även denna består av representanter för alla tre parter. Mellan mötena arbetar parterna i mindre arbetsgrupper där man tillsammans bedömt att samverkan kan göra nytta. För mer information om RSS och partnerskapet, se kapitel 8.

Partnerskap till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård

Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård bildades i maj 2018. Det är en modell för långsiktig samverkan mellan statliga myndigheter och regionföreträdare på nationell nivå i kunskapsstyrningsfrågor. Partnerskapet är reglerat som en överenskommelse.[17] Det innebär att parterna har ett ömsesidigt ansvar för nyttan i gemensamma dialoger och i de aktiviteter som parterna kommer överens om. Parterna arbetar var för sig och tillsammans för att uppnå målen med partnerskapet. I de fall beslut fattas i partnerskapet är de inte bindande, utan ska betraktas som gemensamma ställ-

[17] *Överenskommelse om samarbete i ett partnerskap för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården*. 2018-05-18.

ningstaganden. Bindande beslut kan endast fattas av respektive part inom ramen för partens egen verksamhet.

I partnerskapet ingår vissa myndigheter från Rådet för styrning med kunskap och Styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård (SKS), se kapitel 7. De medverkande myndigheter i partnerskapet är Socialstyrelsen, SBU, Läkemedelsverket, TLV, Folkhälsomyndigheten och E-hälsomyndigheten.

Enligt det gemensamma styr- och ledningsdokumentet syftar partnerskapet till ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling, bättre stöd för implementering och effektivare kunskapsstöd samt att resurserna i vården används på bästa sätt och för att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient för att uppnå en effektiv och jämlik vård med hög kvalitet.

Partnerskapet har som mål att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv, dvs. en god vård.

NSK-S – Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten

Kommunerna har tillsammans med fem[18] av de nio myndigheter som ingår i Rådet för styrning med kunskap och SKR skapat en strategisk grupp som kallas Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-S). Arbetet startade hösten 2014. Uppdraget är i första hand att utgöra ett forum på nationell nivå där huvudmän och berörda myndigheter kan föra dialog, samordna sig och söka samsyn i strategiska frågor i syfte att utveckla kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik i socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård. Se vidare kapitel 8.

5.3 Samordnad och effektiv kunskapsstyrning

Utredningen tillfrågade i juni 2019 myndighetscheferna i Rådet för styrning med kunskap och myndighetschefen för Vårdanalys om vad de anser att myndigheterna behöver göra tillsammans för att kunskapsstyrningen ska vara samordnad och effektiv. Frågan ställdes

[18] Representanterna från Rådet för styrning med kunskap kommer från Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SBU, Forte och E-hälsomyndigheten.

utifrån vad myndighetscheferna bedömde behöver göras ur dels ett helhetsperspektiv av kunskapsstyrningssystemet, dels ur sin egen myndighets perspektiv. I svaren från myndighetscheferna särskildes inte de båda perspektiven, varför vi inte heller gör det i vår sammanfattning av svaren. Vi har identifierat tre olika utvecklingsområden som är gemensamma i flera av svaren.

Roller och ansvar

Ett område handlar om roller och ansvar, vilka behöver tydliggöras, förstås eller utvecklas. Ett exempel på svar är: ”Myndigheterna ska tillföra respektive myndighetsunika kunskap till systemet, inte dubbelarbeta. Det är önskvärt att myndigheterna samordnar i tid, budskaps innehåll och efter behov i kommuner och regioner m.m.” Några andra myndighetschefer är också inne på frågan om huruvida de statliga myndigheterna ska göra allt det som de gör i dag. Kanske ska myndigheterna vara mer stödjande snarare än att producera skriftligt material? Ytterligare en synpunkt är att instruktionerna inte är tydliga avseende hur myndigheterna ska kunna samverka i processer.

Agera utifrån behov

Ett annat utvecklingsområde som flera lyfter är att agera utifrån behov. En myndighetschef uttrycker det som att myndigheterna i större utsträckning behöver anlägga ett nyttoperspektiv utifrån det uppdrag som man har. Frågor som myndigheterna bör ställa sig är: Vilka finns vi till för? Vilka behov har dessa aktörer? Vad är nytta och för vem? Hur bidrar vi till nytta? Ett annat svar på samma tema är att det är viktigt att myndigheterna, förstår sina roller och kan mejsla ut sin kunskapsstyrning så att den anpassas till de behov som föreligger inom sektorn och hos andra myndigheter.

Hur myndigheterna kan bli mer samordnade

Det tredje området handlar om hur myndigheterna mer konkret bör arbeta för att bli mer samordnade. Någon myndighetschef menar att det bör finnas en parallell process inom varje myndighet där man relaterar till systermyndigheternas uppdrag och ansvar samt tar ställning till om vissa uppgifter kan/bör genomföras av någon annan. En annan lyfter en rad olika faktorer för en bättre samverkan, såsom att:

- ha en gemensam begreppsapparat.
- kalla olika publikationer samma sak beroende på hur de styr (föreskrift, riktlinjer, allmänna råd etc.).
- myndigheter inför framtagandet av ett nytt kunskapsstöd eller stimulanssatsning baserad på kunskapsunderlag är skyldiga att kartlägga om liknande redan finns hos andra myndigheter och om så är fallet, hantera detta gemensamt.
- myndigheter som tar fram kunskapsunderlag bör involvera andra myndigheter som remiss och referens.
- kunskapsunderlag systematiskt bör ”remitteras” i en begränsad krets.
- det är bra med en gemensam och enhetlig struktur för kontakt och diskussion med huvudmännen.
- samordna sina brukarkontakter om möjligt för att inte lägga för tung börda på intresseorganisationerna.
- det behövs en gemensam kunskapsportal där man lätt kan komma åt och hitta kunskapsunderlag från olika myndigheter under en gemensam struktur.

Slutligen lyfter några myndighetschefer fram Rådet som en viktig funktion. Befintliga nätverk, såsom myndigheternas chefsjurist- och kommunikationschefsnätverk, lyfts också fram som viktiga för att de skapar förutsättningar för en kunskapsbaserad vård.

6 Samverkan i staten

- Utredningens uppdrag om en statlig funktion för nationell uppföljning ska bidra till ett mer sammanhållet agerande i staten. Samverkan är centralt för att möjliggöra detta.
- Det finns ett flertal lagar som styr myndigheters arbete generellt där det slås fast att myndigheter ska samverka med varandra. Därutöver finns det kompletterande bestämmelser som t.ex. rör enskilda myndigheter.
- Mycket samverkan sker också frivilligt, dvs. initierat av myndigheterna själva.
- Det finns många olika funktioner för samverkan och samordning i staten, t.ex. olika råd samt nationella samordnare. I kapitlet presenteras några olika exempel.

Detta kapitel handlar om samverkan i staten och ger några exempel på hur denna kan vara organiserad. Beskrivningen gör vi mot bakgrund av vårt uppdrag om en statlig funktion för nationell uppföljning, vilken enligt direktivet ska bidra till ett mer sammanhållet agerande i staten. Samverkan är centralt för att möjliggöra ett mer sammanhållet agerande. Vi börjar med en kort beskrivning av begreppen samverkan, samordning och samarbete, varför aktörer samverkar och vad myndigheter har för ansvar. Därefter beskriver vi några exempel på samordning och samverkan, främst med fokus på uppdrag som är reglerade, och särskilda statliga ”funktioner” med ansvar för samordning.

6.1 Samverkan är vanligt bland myndigheter

I Statskontorets antologi Frivillig samverkan mellan myndigheter – några exempel[1] ges några exempel på samverkan inom staten, främst med fokus på frivillig samverkan. I förordet konstateras att definitionen av samverkan inte alltid är helt självklar eller entydig, men att ordet är positivt laddat och ett ”nyckelord i det moderna myndighetsspråket”. Vidare ges denna beskrivning av vad samverkan kan vara:

> Ett sätt att sortera begreppen är att utgå från de tre orden samordning, samarbete och samverkan. Samordning kan sägas vara strukturen som möjliggör samarbete. En överenskommelse om rutiner som definierar vilka delar som samarbetet gäller samt hur, var och när samarbetet ska ske. Samarbete sker i mellanmänskliga relationer och i det praktiska arbetet. Samarbete är när vi tillsammans arbetar för att föra processen vidare. Samverkan bygger på att någon form av aktivitet överskrider gränser inom eller mellan organisationer. När den gränsöverskridande aktiviteten ska ske behövs en samordning som beskriver vad, hur, när och varför detta ska ske. Men det behövs också någon som utför aktiviteten tillsammans med någon på andra sidan gränsen, några som samarbetar. Samverkan är då resultatet av samordning och samarbete.

I rapporten redovisar Statskontoret också en enkätundersökning som myndigheten gjorde för att skapa sig en övergripande bild av frivillig samverkan mellan myndigheter. Drygt 70 procent av de 347 myndigheter som då fanns under regeringen svarade på enkäten. Av de svarande myndigheterna deltog 84 procent i någon form av frivillig samverkan med andra myndigheter och 66 procent uppgav att regeringen ställer formella krav på att de ska samverka.

Hinder och möjliggörare för samverkan

I Statskontorets enkät till myndigheterna, som återgavs i föregående avsnitt, undersökte myndigheten också motiv till samverkan. Statskontoret urskilde två grupper av svar bland enkätsvaren. Den ena handlade om att på ett mer effektivt sätt kunna lösa sitt uppdrag för att sänka sina kostnader och för att underlätta sin kompetensförsörjning. Den andra handlade om att skapa nytta för staten som helhet, underlätta för medborgares och företags kontakter med statliga myndigheter samt skapa fördelar för en annan myndighet eller

[1] Statskontoret. *Frivillig samverkan mellan myndigheter – några exempel*. 2017.

kommun. Som motiv för att samverka uppgav myndigheterna att det är ett effektivt sätt att lösa uppdraget och merparten menar också att det ger det utfall som man hade hoppats på vad gäller effektivitet. Drygt 67 procent av de myndigheter som svarade uppgav dessutom att medborgare och företag gynnas av samordningen. Två tredjedelar uppgav att de samverkar i den utsträckning de önskar. Områden som sågs som potential för mer samverkan rörde dels stödverksamheter såsom diarium och upphandlingar, dels delar närmare kärnverksamheten som uppföljning av ett politikområde. Ett annat område som lyftes fram var informationsutbyte för tillsyn.

Vad gäller hinder för samverkan fann Statskontoret några olika exempel på sådana som myndigheterna mött. Bland annat lyftes bristande möjlighet till informationsutbyte (p.g.a. sekretessregler), krav som ställs i lagen om offentlig upphandling och den tidigare personuppgiftslagen (som ersatts av dataskyddsförordningen) samt avsaknad av finansieringsmodeller. Som hinder för att utveckla samverkan framkom brist på tid, myndighetens geografiska läge och att den samverkan som sker ibland är främst personberoende och inte institutionaliserad.

Statskontoret drog också lärdomar för lyckad samverkan i sin antologi. Myndigheten noterade bl.a. att det tar tid att utveckla framgångsrik samverkan och att det därmed krävs uthållighet och tålamod, förutom en stark vilja och engagemang och tillåtande ledarskap för att lyckas. Vidare menar Statskontoret att det är viktigt att det finns en gemensam och tydligt formulerad målbild av vad samverkan ska avse och vad målet är samt att rollfördelningen är tydlig. I de fall parterna stöter på regelhinder bör man uppmärksamma regeringen på dessa. Myndigheterna och eventuella andra aktörer bör även ha tydliga överenskommelser eller avtal om hur finansiering ska gå till. Kultur och andra mjuka värden betonas också som viktiga. Det krävs en förståelse för varandras uppdrag hos dem som samverkar samt att man är flexibel och prestigelös. Man behöver kunna se samverkan i ett större perspektiv utifrån samhällsekonomi och ibland våga fatta beslut som inte är optimala för den egna myndigheten. Statskontoret slog fast att

> Samverkan bygger på att man utvecklar en gemensam kultur med starkt förtroende och tillit för varandra där ingen har bestämmanderätten över den andra.

6.2 Samverkan ingår i myndigheternas arbete

Det finns ett flertal lagar som styr myndigheters arbete generellt där det slås fast att myndigheter ska samverka med varandra. Utöver det finns kompletterande bestämmelser som rör t.ex. enskilda myndigheter. Enligt förvaltningslagen[2] ska myndigheter samverka med andra myndigheter inom sitt verksamhetsområde. Myndigheter ska också i rimlig utsträckning hjälpa den enskilde genom att själv inhämta upplysningar eller yttranden från andra myndigheter. För statliga myndigheter under regeringen betonas detta också i myndighetsförordningen[3].

Flera statliga myndigheter har därutöver kompletterande bestämmelser om samverkan i sin instruktion. Några sådana exempel ges senare i detta kapitel. Möjligheterna att samverka påverkas också av annan reglering, såsom sekretess. Enligt offentlighets- och sekretesslagen[4] ska myndigheter i den mån det finns ett behov skydda uppgifter. Vid samverkan bör myndigheter ha i åtanke att samverkan inte får ske på så sätt att de medverkande myndigheternas olika funktioner blandas samman eller att den enskilde inte klart kan utläsa vilken myndighet som utövar själva myndighetsutövandet mot denne.[5]

6.3 Särskilda funktioner för samverkan och samordning finns i olika former

Utredningen har tittat närmare på vilka olika befintliga funktioner och organ i staten som kan vara intressanta utifrån utredningens uppdrag. Det finns i dag många olika typer av sådana med ansvar för nationell eller lokal samordning. En del av dessa är reglerade och beslutade av regeringen. Andra bygger på frivillighet.

Ett exempel på frivillig samverkan finns inom området finansiell samordning inom rehabiliteringsinsatser. År 2004 blev det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner och regioner att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet

[2] 8 § förvaltningslag (2017:900).
[3] 6 § andra stycket myndighetsförordning (2007:515).
[4] Offentlighets- och sekretesslag (2009:400).
[5] Utredningen om samordning av statliga utbetalningar från välfärdssystemen (Fi 2018:5). *Underlagspromemoria: Några utgångspunkter.* 2019.

tack vare att lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser[6] trädde i kraft. Tillsammans bildar de fyra parterna samordningsförbund och beslutar själva hur samarbetet ska utformas. De bedriver samverkan utifrån lokala förutsättningar och behov. Totalt finns 83 lokala samordningsförbund och cirka 260 av landets 290 kommuner ingår i ett sådant. Samordningsförbunden är juridiskt självständiga myndigheter, vars uppgift är att göra samverkan möjlig. På hemsidan Finsam.se står att ”Ett samordningsförbund kan ses som en struktur för att få samverkan mellan myndigheterna att fungera över tid. Det innebär att verksamheten inte enbart bedrivs i form av tillfälliga projekt utan mer som en ordinarie samverkansverksamhet.”

Vid Socialstyrelsen finns flera olika typer av råd och nämnder.[7] Bland dessa finns organ som har beslutats av regeringen, som Nationella vårdkompetensrådet (se avsnitt 6.4), Rådet för styrning med kunskap (se avsnitt 5.2), Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring (ST-rådet) och Nationellt Donationscentrum. Vid Socialstyrelsen finns även ett antal rådgivande organ som utses av myndigheten, t.ex. Etiska rådet, Funktionshindersnämnden och E-hälsorådet. Nationellt Donationscentrum skapades 2018 och ersatte då det tidigare Nationella donationsrådet. Centrumets uppdrag är att samordna nationellt och arbeta med kunskapsstödjande insatser. Utredningen om donations- och transplantationsfrågor föreslog i sitt betänkande[8] att Donationsrådet skulle läggas ner men att Socialstyrelsen fortsatt skulle ha ansvar för donationsfrämjande och styrning med kunskap på området. Det tidigare rådet inrättades 2005 som ett självständigt organ i förhållande till Socialstyrelsen, vilket betydde att ärenden som rörde dessa frågor beslutades av rådet och inte av myndighetens generaldirektör, vilket framgick av myndighetens instruktion. År 2010 ändrades dock detta och rådet blev ett rådgivande organ vid Socialstyrelsen.

Utredningen har inte tagit del av, eller själv genomfört, någon övergripande analys av varför regeringen tillsätter denna typ av funktioner eller om det har skett en ökning på senare år. Däremot kan vi konstatera att flera statliga utredningar som har presenterat sina

[6] Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.
[7] www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/ (hämtad 20.02.18).
[8] SOU 2015:84 *Organdonation – En livsviktig verksamhet*.

betänkanden under de senaste åren har innehållit förslag på någon form av råd eller dylikt.[9]

En typ av en nationellt samordnande funktion är nationella samordnare, vilka Statskontoret i en rapport[10] 2014 konstaterade hade blivit allt vanligare inom den statliga styrningen. I rapporten undersökte Statskontoret orsaken till att regeringen väljer att tillsätta samordnare i stället för att använda sig av mer traditionell styrning, såsom reglering, tillsyn och myndighetsuppdrag. Myndigheten anser att regeringen tillsätter samordnare när flera aktörer är inblandade, och frivillig samverkan bedöms mer effektivt än att lagstifta. En annan förklaring är att regeringen har prövat så kallat vertikala styrformer som antingen inte har gett resultat, eller så vill man prova något nytt för att frågan på så sätt kan få en nytändning. Myndigheten bedömde att genom en nationell samordnare kan frågan ges mer synlighet, både hos inblandade aktörer och hos allmänheten, vilken kan skapa förändringstryck. Det är svårt att uppnå samma synlighet genom att ge en myndighet uppdraget eftersom frågan riskerar att drunkna bland myndighetens alla andra uppdrag. Statskontoret nämner i rapporten den nationella samordnaren för statens insatser inom området psykisk ohälsa som ett exempel på ett område där regeringen ville prova något nytt som ett medel för att skapa synlighet och ta ett omtag i frågan. Statskontorets studie visade att nationella samordnare i huvudsak organiserades på två sätt, antingen som en fristående kommitté som regleras med ett kommittédirektiv (regeringsbeslut) eller som en funktion i Regeringskansliet.

Några aktuella exempel på nationella samordnare är nationell samordnare för fysisk aktivitet samt nationell samordnare för life science. Den nationella samordnaren för fysisk aktivitet utsågs under våren 2020 och är organiserad som en kommitté. Uppdraget är att genom ett utåtriktat arbete dels öka den allmänna kunskapen om de positiva effekterna som fysisk aktivitet bidrar till för den enskilde individen, dels mobilisera och engagera relevanta aktörer i samhället.[11] Life science-samordnaren är organiserade som en funktion i Regeringskansliet. I februari 2018 inrättade regeringen, på Näringsdepartementet i Regeringskansliet, ett permanent kontor för life

[9] Se t.ex. SOU 2016:2 *Effektiv vård*, SOU 2017:48 *Kunskapsbaserad och jämlik vård*, SOU 2019:59 *Samlade åtgärder för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen* och SOU 2018:77 *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*.
[10] Statskontoret. *Nationella samordnare – Statlig styrning i otraditionella former?*. 2014.
[11] Dir. 2020:40 *Främjande av ökad fysisk aktivitet*.

science som leds av en nationell samordnare. Kontoret har till uppgift att samordna politiken, tydliggöra prioriteringar och vara en länk mellan aktörer i branschen och regeringen. Arbetet ska ske i samverkan mellan näringslivet, myndigheter, hälso- och sjukvården, omsorgen och universitet och högskolor.

6.4 Några exempel på uppdrag och råd för samverkan

I detta avsnitt presenterar utredningen ett antal exempel på uppdrag eller råd som alla rör samverkan och samordning på något sätt. Först presenteras tre uppdrag inom vitt skilda områden som går några år tillbaka i tiden och därmed också har hunnit utvärderas. Genom att ta del av utvärderingsresultaten kan vi dra lärdomar för utredningens förslag. Därefter presenteras kortfattat tre uppdrag inom hälso- och sjukvårdsområdet som alla är relativt nya och därmed inte har hunnit utvärderas. Slutligen presenteras också två aktuella förslag på samordningsuppdrag. Det bör tilläggas att urvalet inom de tre kategorierna inte är systematiska och långt ifrån heltäckande. Utredningen har dock valt exempel som vi bedömer kan erbjuda några relevanta lärdomar.

Statliga uppdrag och råd för samverkan

Länsstyrelsen i Stockholms samordningsuppdrag för att motverka prostitution och människohandel

Samordning och samverkan inom respektive län en är stor del av länsstyrelsernas uppdrag. Länsstyrelserna ska utifrån ett statligt helhetsperspektiv arbeta sektorsövergripande samt inom myndighetens ansvarsområde samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser.[12] Länsstyrelserna har även uttalade samordningsroller vad gäller miljö och klimat. Utöver det finns områden där en länsstyrelse har i uppdrag att samordna andra länsstyrelses insatser. Exempelvis ska Länsstyrelsen i Västernorrlands län samordna arbetet

[12] Förordning (2017:868) med länsstyrelseinstruktion.

med att ta fram gemensamma arbetsmetoder avseende tillsynsverksamheten.[13]

År 2014 utvärderade Statskontoret Länsstyrelsen i Stockholms läns samordningsuppdrag för att motverka prostitution och människohandel.[14] Statskontoret menar att länsstyrelsen på ett övergripande plan har lyckats med samordningsuppdraget vad gäller den operativa nivån. Däremot har inte samverkan på ledningsnivå utvecklats lika väl. Statskontoret menar att när arbetet främst sker på operativ nivå finns det en risk att arbetet blir beroende av enskilda handläggares engagemang och att frågan och erfarenheterna inte kvarstår om en person slutar. Att formalisera samverkan på högre nivå hade dessutom gett frågan högre status och ökad legitimitet. Företrädare för Länsstyrelsen i Stockholms län uppgav i utvärderingen att en svårighet i att uppnå en effektiv samordning var att de inte hade haft mandat att föreskriva och besluta vad andra myndigheter och aktörer ska göra. För att hantera det hade de i stället fått arbeta med att belysa fördelarna med att samverka och samordna, vilket de uppgav har varit krävande för myndigheten. Länsstyrelsen uppgav också att olika aktörer visade olika mycket engagemang vad gäller att delta i samverkan. En annan svaghet, enligt länsstyrelsen, var att samordningen försvårades av att kommuner tolkar och tillämpar socialtjänstlagen olika. Övriga medverkande aktörer uppgav i intervjuer att de fortsatt såg behov av att en aktör samordnade arbetet och att denna aktör bör vara neutral, inte sektorspecifik, så att inte ett perspektiv, socialt eller juridiskt, tillåts dominera arbetet. Några ansåg att just länsstyrelsen passade för uppdraget.

Tillsyns- och föreskriftsrådet vid Naturvårdsverket

Naturvårdsverket beskriver sig som en ”drivande och samordnande kraft i miljöarbetet”.[15] Myndigheten har enligt sin instruktion flera uppdrag där den ska samordna arbetet på nationell nivå. Inom myndigheten finns också ett särskilt råd vid namn Tillsyns- och föreskriftsrådet[16], som är ett rådgivande organ för samråd och samverkan

[13] Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende länsstyrelserna.
[14] Statskontoret. *Utvärdering av samordningen av arbetet mot prostitution och människohandel vid Länsstyrelsen i Stockholms län*. Rapport 2014:14. 2014.
[15] www.naturvardsverket.se/Om-Naturvardsverket/ (hämtad 20.02.14).
[16] 11 § förordning (2012:989) med instruktion för Naturvårdsverket.

för myndigheternas arbete i frågor som rör tillsyn och föreskrifter enligt miljöbalken samt EU-förordningar och EU-direktiv inom miljöbalkens område. Tillsyns- och föreskriftsrådet inrättades i samband med att miljöbalken trädde i kraft 1999. Ett sekretariat tillsattes och placerades vid Naturvårdsverket eftersom man ansåg att det skulle främja en effektiv tillsyn samt att uppgiften ansågs ligga i linje med myndighetens pådrivande och samordnande funktion på området.[17] Rådet har bl.a. i uppgift att identifiera behov av samsyn och samverkan, vid behov ta initiativ till ökad samsyn och samverkan samt ansvara för att det sker ett erfarenhets- och informationsutbyte med andra myndigheter som har ett centralt ansvar för tillsynsvägledning inom miljöbalkens område. Rådet ska också årligen lämna en utvärdering och redovisning av föregående års arbete till regeringen.

Miljötillsynsutredningen föreslog i sitt slutbetänkande 2017 att rådet skulle läggas ner samtidigt som Naturvårdsverkets roll som samlande miljömyndighet och övriga tillsynsvägledande myndigheters ansvar att delta i samordningen av miljötillsynen skulle tydliggöras.[18] Utredningen konstaterade att den samverkan som bedrivits genom rådet kring strategiska frågor hade varit av värde för berörda myndigheters arbete och bidragit till samsyn samt att rådets aktiviteter och arbete med information och uppföljning hade varit uppskattade. Dock noterade utredningen samtidigt att det funnits kritik mot rådets verksamhet. Kritiken gällde bl.a. kansliets förmåga att hålla samman arbetet, de deltagande myndigheternas engagemang och att arbetet bestod av nätverk för information snarare än samverkan, eftersom rådet saknar beslutsbefogenheter. En del av kritiken handlade också om kritik mot Naturvårdsverket, som uppfattades ha nedprioriterat verksamheten genom att dra ner resurser för kansliet och webbplatsen, troligen eftersom myndigheten inte hade ansett att verksamheten varit värdeskapande. Trots informationsaktiviteter bedömdes rådet inte heller ha nått ut tillräckligt, eller svarat mot de medverkandes behov. Miljötillsynsutredningen konstaterade i sitt betänkande att det behövs en mer samlande kraft för arbetet bland de myndigheter och andra aktörer som har särskilda uppgifter och ansvar för miljötillsynen. Mot bakgrund av detta föreslog utredningen alltså att rådet skulle läggas ner och att Naturvårdsverket skulle få ett övergripande ansvar för att leda arbetet inom ramen för

[17] SOU 2017:63 *Miljötillsyn och sanktioner – en tillsyn präglad av ansvar, respekt och enkelhet.*
[18] Ibid.

samverkan mellan de tillsynsvägledande myndigheterna. Det senare med argumentet att myndigheten redan har ett övergripande ansvar för miljöbalken och att den ska vara samlande vid genomförandet av miljöpolitiken. Miljötillsynutredningen konstaterade fortsatt att det har ”ifrågasatts om Naturvårdsverket kommer att ta ansvaret och se till att de centrala tillsynsvägledande myndigheterna samverkar på det sätt som krävs för att skapa en mer effektiv och enhetlig tillsyn.” Detta mot bakgrund av att myndigheten fått kritik för hur uppdraget har hanterats och att myndigheten inte anses ha den kraft och förmåga att samla när det gäller frågan. Utredningen menar att uppdraget inte har varit helt tydligt och att det krävs en tydligare styrning för att göra det möjligt för Naturvårdsverket att axla ansvaret för att samordna tillsynen enligt miljöbalken. Naturvårdsverkets uppdrag beträffande tillsynen föreslogs därmed förtydligas i myndighetens instruktion, samtidigt som myndigheten själv föreslogs få avgöra hur arbetet ska ske och organiseras. Tillsyns- och föreskriftsrådet finns fortfarande kvar[19].

Digitaliseringsrådet

Digitaliseringsrådet inrättades 2017 i samband med att regeringen antog en ny digitaliseringsstrategi.[20] Rådet leds av digitaliseringsministern och består i övrigt av personligt förordnade medlemmar.[21] Rådsmedlemmarna kommer från myndigheter, universitet, fackförbund, privata företag samt Sveriges Kommuner och Regioner. I Digitaliseringsrådet ingår också ett kansli som är placerat vid Post- och Telestyrelsen. Syftet med att skapa rådet var att regeringen skulle ha tillgång till analyser av digitaliseringens möjligheter, att en aktör skulle kunna arbeta för bättre samordning av digitaliseringspolitiken och för att ha en funktion som kan uppmärksamma viktiga frågor inom digitaliseringsområdet.[22] Statskontoret har haft i uppdrag att utvärdera rådet samt undersöka möjliga former för analys och genomförande av digitaliseringspolitiken.

[19] www.naturvardsverket.se/Om-Naturvardsverket/ (hämtad 20.02.14).
[20] Statskontoret. *Fortsatta former för digitaliseringspolitiken – Utvärdering av Digitaliseringsrådet och kartläggning av regeringens styrning*. Rapport 2020:3. 2020.
[21] digitaliseringsradet.se/vi-aer-digitaliseringsraadet/ledamoeter-i-raadet/ (hämtad 20.02.27).
[22] Statskontoret. *Fortsatta former för digitaliseringspolitiken – Utvärdering av Digitaliseringsrådet och kartläggning av regeringens styrning*. Rapport 2020:3. 2020.

Ett fåtal myndigheter samt Post- och Telestyrelsen och Digitaliseringsrådet har ett uttalat ansvar för att nå målen med regeringens digitaliseringspolitik, men fler än 60 statliga aktörer har uppdrag inom området trots att deras huvudsakliga ansvarsområde ligger någon annanstans, t.ex. myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet. De senare myndigheternas arbete med digitaliseringsfrågor styrs framför allt via tillfälliga regeringsuppdrag. Digitaliseringrådets uppdrag löper ut 2020. Det faktum att rådets uppdrag är tidsbegränsat, att det har haft begränsade resurser och mandat samt att regeringens styrning har varit otydlig bedömer Statskontoret har gjort att rådets genomslag har begränsats. Rådets främsta bidrag har, enligt Statskontoret, varit samlade uppföljningar och analyser till regeringen. Även rådgivning och kunskap som rådet har bidragit med till regeringen uppges ha ”varit viktig för att öka regeringens och Regeringskansliets förståelse för ett snabbföränderligt område som digitalisering.”

Statskontoret betonar att det är viktigt med långsiktighet och kontinuitet i uppföljnings- och analysarbetet och menar därmed att Myndigheten för digital förvaltning bör få till uppgift att följa upp och analysera (dvs. det uppdrag som nu ligger på Digitaliseringsrådet), samtidigt som Digitaliseringrådets kansli läggs ner men själva rådet blir kvar som rådgivande- och kunskapsorgan till regeringen. Statskontoret skriver att ”För att regeringen ska kunna utforma sina insatser så ändamålsenligt som möjligt och fokusera dem på de områden där det finns störst behov behöver regeringen få en löpande analys, samt förslag till att utveckla regeringens politik som utgår från denna analys.” Att detta föreslås läggas hos en förvaltningsmyndighet är just för att ge arbetet större kontinuitet och långsiktighet. Samordningen av digitaliseringspolitiken anser Statskontoret bör hanteras inom Regeringskansliet samt inom de former för samverkan som redan finns hos myndigheterna. Utvärderingar och liknande kan läggas på analys- och utvärderingsmyndigheter eller inom kommittéväsendet.[23]

[23] Statskontoret. *Fortsatta former för digitaliseringspolitiken – Utvärdering av Digitaliseringsrådet och kartläggning av regeringens styrning*. Rapport 2020:3. 2020.

Samverkansuppdrag inom hälso- och sjukvårdsområdet

Nationella vårdkompetensrådet

Nationella vårdkompetensrådet är ett rådgivande samverkansforum mellan regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ). Rådet har utformats baserat på det förslag som Socialstyrelsen och UKÄ hade tagit fram på uppdrag av regeringen.[24] Rådet med ett tillhörande kansli är placerat vid Socialstyrelsen. Nationella vårdkompetensrådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården. Rådet ska också främja samverkan mellan berörda aktörer och säkerställa att samtliga aktörer har en gemensam bild av kompetensförsörjningsbehoven i vården, tillgängliggöra sammanställningar av fakta- och kunskapsunderlag och utifrån dessa göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven, inklusive behovet av framtidens vårdkompetens. Slutligen ska det lämna bedömningar till berörda aktörer och beslutsfattare i frågor som har betydelse för kompetensförsörjningen på lokal, regional och nationell nivå samt stödja och föra en dialog med verksamheterna på den sjukvårdsregionala nivån.[25]

Rådet är ett nytt organ som påbörjade sitt arbete i januari 2020. Rådet ska initialt rikta sitt arbete mot de yrken som kräver högskoleutbildning, men Socialstyrelsen har samtidigt fått i uppdrag att till 2021 analysera och föreslå hur rådet ska kunna omfatta fler yrkesgrupper, exempelvis undersköterskor och specialistundersköterskor. Det nationella rådet består av sammanlagt 14 ledamöter med representanter från lärosäten, regioner, kommuner, Socialstyrelsen och UKÄ. Regeringen utser rådets ordförande och ledamöter.

Folkhälsomyndighetens samordning av arbetet med psykisk ohälsa

Folkhälsomyndigheten har flera områden där myndigheten har ansvar för att samordna nationellt. Bland annat ska myndigheten samordna smittskydd på nationell nivå, ansvara för den samordnade

[24] Socialdepartementet. Uppdrag om samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården. Dnr S2016/04992/FS (delvis).
[25] socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/nationella-vardkompetensradet/ (hämtad 20.02.18).

uppföljningen inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet, verka för nationell samordning inom sexuellt och reproduktiv hälsa och rättigheter samt följa upp utvecklingen inom området[26]

Inför 2018 fick myndigheten flera regeringsuppdrag som rörde psykisk ohälsa varav ett var att utveckla samordningen av det nationella arbetet inom området. Utöver samordningen ska myndigheten bl.a. stödja kunskapsutvecklingen inom området och särskilt suicidprevention. Enligt regeringen är detta tänkt att bli långsiktiga och återkommande uppdrag.[27] Myndigheten ska bygga upp och utveckla samordningen av det nationella arbetet inom området psykisk hälsa, samt samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer.

Uppdrag att samverka vid tillsyn av apoteksmarknaden

Under 2018 fick Läkemedelsverket, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) i uppdrag av regeringen att utveckla gemensamma strukturer och rutiner för samverkan vid tillsynen av apoteksmarknaden. De tre myndigheterna utövar alla tillsyn över öppenvårdsapoteken men utifrån olika regelverk. Myndigheterna konstaterar i rapporten till regeringen att det är önskvärt med tydligare sekretessbrytande bestämmelser i speciallagstiftningen för respektive myndighets tillsynsarbete på området för att de lättare ska kunna dela information mellan sig. Myndigheterna enades också om att inrätta samverkansfunktioner vid respektive myndighet för att utveckla strukturer och rutiner för samverkan. Samverkansfunktionerna kommer utgöra kontaktpunkt mellan myndigheterna.[28]

[26] Förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.
[27] Socialdepartementet. *Inrättande av ett nationellt vårdkompetensråd.* Dnr S2019/03995/FS (delvis).
[28] Läkemedelsverket. *Samverkan vid tillsyn över apoteksmarknaden*. 2019.

Aktuella förslag på samordning

Samordnande myndighet för länsstyrelsernas tillsynsarbete

Under 2019 publicerade Statskontoret en utvärdering, genomförd på uppdrag av regeringen, av länsstyrelsernas samordning av tillsyn och tillsynsvägledning inom överförmyndarområdet.[29] I uppdraget ingick också att överväga hur samordningen kan förbättras och Statskontoret föreslår att regeringen utser en länsstyrelse till att centralt samordna, dvs. vara den som samordnar de övriga länsstyrelserna. Arbetet samordnas i dag genom den för länsstyrelserna gemensamma samverkansgruppen för överförmyndarfrågor. Eftersom ingen länsstyrelse har ett starkare mandat än någon av de andra bygger arbetet på konsensus. Statskontoret menar att den samordnande länsstyrelsen bland annat bör ansvara för uppföljning, utvärdering och utveckling av länsstyrelsernas tillsyn.

Nationellt råd med kansli för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen

Delegationen för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen föreslog i sitt betänkande[30] att regeringen inrättar ett råd för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen. I betänkandet konstaterar delegationen att det är svårt att få en helhetsbild av arbetet mot felaktiga utbetalningar. En orsak uppges vara att arbetet sker av flera myndigheter som lyder under olika departement. I arbetet med att säkerställa korrekta utbetalningar deltar såväl utbetalande myndigheter som rättsvårdande myndigheter och tillsynsmyndigheter. Delegationen ser ett behov av ökad samordning. Detta mot bakgrund av ovan samt avsaknad av mål på utgiftsområdesnivå, att återrapporteringen i budgetpropositionen är svåröverblickbar, att området inte behandlas systematiskt i utskottens behandling av budgetpropositionen, att styrningen utgår från enskilda utgiftsområden och att det saknas en samlad och återkommande redovisning av arbetet med att motverka felaktiga utbetalningar och dess omfattning. Vidare ser Delegationen att det även inom Regeringskansliet saknas ett övergripande ansvar för frågorna. Delegationen föreslår att rådet består av representanter

[29] Statskontoret. *En förbättrad samordning av tillsynen och tillsynsvägledningen inom överförmyndarområdet.* Rapport 2019:8. 2019.
[30] SOU 2019:59. *Samlade åtgärder för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen.*

från berörda myndigheter och Finansdepartementet samt att ett kansli med uppgift att samordna myndigheternas arbete med att uppskatta de felaktiga utbetalningarna och förse regeringen med aktuella lägesbeskrivningar knyts till rådet. Kansliet bör placeras vid Ekonomistyrningsverket, men vara självständigt på så sätt att verksamheten inte ska kunna prioriteras bort mot annan verksamhet vid myndigheten. Rådet ska bidra till helhetssyn, följa utvecklingen, identifiera övergripande strategiska insatser och lämna rekommendationer till regeringen.

Delegationen lämnar också ytterligare förslag för en mer samordnad och tydligare styrning och uppföljning av arbetet med felaktiga utbetalningar. Bland annat föreslås att regeringen fattar beslut om att bedriva ett samlat, systematiskt och långsiktigt arbete i syfte att väsentligt minska de felaktiga utbetalningarna från välfärdssystemen. Denna inriktning föreslås redovisas i budgetpropositionen och följas upp i en särskild skrivelse till riksdagen vart tredje år. Uppföljningen ska bland annat innehålla en uppskattning av orsakerna till och omfattningen av felaktiga utbetalningar. Ett övergripande mål för alla berörda utgiftsområden om att minska de felaktiga utbetalningarna föreslås fastställas och följas upp årligen upp i budgetpropositionen. Regeringen förslås ge berörda myndigheter återrapporteringskrav till stöd för denna uppföljning. Finansdepartementet behöver ha en tydlig samordnande roll inom Regeringskansliet i detta arbete. Dessutom föreslås berörda myndigheter få olika typer av uppdrag för att arbeta mer kontinuerligt och strategiskt med området.

7 Regionernas arbete med kunskapsstyrning

- Regionerna har ett ansvar att erbjuda vård av god kvalitet och att tillförsäkra ett löpande kvalitetsarbete. För att ta detta ansvar krävs ändamålsenliga och effektiva verktyg. Kunskapsstyrning är ett centralt sådant verktyg.
- Regionerna har i hälso- och sjukvården, ofta i samarbete med staten, arbetat med kunskapsstyrning under lång tid, även innan begreppet kunskapsstyrning började användas.
- I kapitlet beskrivs hur regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning successivt har vuxit fram och ser ut i dag. Systemet är under kontinuerlig utveckling.

I det här kapitlet beskriver vi inledningsvis regionernas ansvar för kvalitet och kvalitetsutveckling i vården och vad det innebär för regionernas ansvar för att bedriva kunskapsstyrning. Vidare ger vi i kapitlet en överblick över hur samverkan mellan regionerna har utvecklats, främst på nationell nivå, om kunskapsstyrning – både sinsemellan och med staten – samt hur det som regionerna i dag benämner Sveriges regioner i samverkan nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (hädanefter Regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning) successivt har etablerats och utvecklats. Beskrivningen av det senare är indelad i ett avsnitt som beskriver samverkan på nationell nivå och ett avsnitt som redogör för arbetet på sjukvårdsregional nivå och lokalt i varje region. Kapitlet innehåller en rad förkortningar, vilka listas i tablå 7.1.[1]

[1] Informationen i kapitlet baseras på muntlig och skriftlig information från SKR under 2019 och 2020 om inte annat särskilt anges.

7.1 Regionernas ansvar för kunskapsstyrning

Regionerna ska erbjuda vård av god kvalitet och tillförsäkra ett löpande kvalitetsarbete

Regionerna är huvudmän för huvuddelen av hälso- och sjukvården i Sverige och de ska organisera hälso- och sjukvården så att befolkningen har tillgång till god vård (se kapitel 4). God vård innebär enligt Socialstyrelsens definition bland annat att vården ska vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.[2] Det är vidare lagstadgat att all vård ska ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vårdgivaren[3], dvs. regionen, kommunen eller den privata aktör som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet, har en skyldighet att tillförsäkra att det finns praktiska förutsättningar i form av personal, lokaler och utrustning för att en god vård kan ges.[4] Vårdgivaren har också skyldighet att tillförsäkra att nya metoder för diagnos- eller behandling är bedömda ur individ- och samhällsetiska aspekter innan de börjar tillämpas[5]. Vårdgivaren ansvarar för att det ska finnas ett ledningssystem som används för att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I ansvaret ingår att bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.[6] Hos varje vårdgivare ska det vidare finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten.[7] Verksamhetschefen är en central ledningsfunktion inom hälso- och sjukvården och den som har det operativa ansvaret i sin verksamhet. Hälso- och sjukvårdspersonalen har ett personligt yrkesansvar för hur de utför sina arbetsuppgifter.[8]

[2] 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[3] Med vårdgivare avses i hälso- och sjukvårdslagen statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.
[4] 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[5] 5 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[6] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
[7] 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[8] 6 kap 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Kunskapsstyrning ett verktyg för arbetet

För att regionerna ska kunna ta sitt ansvar, både som vårdgivare och huvudman, krävs ändamålsenliga och effektiva verktyg. Kunskapsstyrning är ett centralt verktyg för detta. Kunskapsstyrning är, enligt utredningens definition, alla de aktiviteter som behövs på alla nivåer för att varje patientmöte ska vara grundat på bästa möjliga kunskap. Det inkluderar både kunskapsstöd och stöd till uppföljning, analys, förbättrings- och utvecklingsarbete, ledning etc. Varje enskild region har därmed ett ansvar att bedriva kunskapsstyrning för att kunna leva upp till sitt kvalitetsansvar. Kunskapsstyrningen ska vara en integrerad del av regionens ledning, styrning och operativa verksamhet. Utöver de kunskapsstödjande och kvalitetsutvecklande aspekterna ger detta även beslutsfattare på både politisk- och tjänstemannanivå förutsättningar för välgrundade beslut bl.a. avseende horisontella prioriteringar. Prioriteringar är centralt i ljuset av att regionerna också har en skyldighet att organisera hälso- och sjukvården så att den främjar kostnadseffektivitet.[9]

7.2 Nationella insatser till stöd för lokalt arbete

Kunskapsstyrning har varit en grundläggande del av verksamheten i hälso- och sjukvården även innan begreppet kunskapsstyrning började användas. Arbetssättet följer av kravet att bedriva en vård av god kvalitet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Exempelvis har regionerna, långt innan de började samarbeta systematiskt om detta, skapat egna kunskapsstöd i form av lokala vårdprogram, anpassat nationella riktlinjer till lokala förutsättningar och utformat system för uppföljning och analys samt utvecklat modeller och verktyg för att bedriva ett kontinuerligt förbättrings- och utvecklingsarbete. Kunskapsstöd utarbetade av professionsföreningar har under lång tid varit, och är alltjämt, centrala som stöd till den enskilda yrkesutövaren inom respektive profession. Formerna för den lokala kunskapsstyrningen, liksom graden av ambition i arbetet, har dock varierat både mellan och inom regioner.

På nationell nivå har det under årens lopp gjorts olika insatser i syfte att stödja det lokala arbetet. Initiativtagare till insatserna har

[9] 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

varierat, det har varit staten, regionerna, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) eller ett samarbete mellan flera parter. Insatserna har bl.a. syftat till att skapa mer ändamålsenliga och effektiva arbetsformer. I detta avsnitt tar vi upp några exempel på insatser av stor betydelse där regionerna har spelat en central och aktiv roll. Tre av dem – nationella kvalitetsregister, regionernas samverkansmodell för läkemedel och nationellt kliniskt kunskapsstöd – tas upp särskilt i ljuset av att dessa representerar arbeten som pågått under en längre tid och som i dag är inordnade i regionernas nyligen skapade gemensamma system för kunskapsstyrning.

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister är register som systematiskt samlar data om olika patientgrupper. Det primära syftet med kvalitetsregistren är att de ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Personalen på en vårdenhet kan med hjälp av registren t.ex. jämföra sina resultat med andra enheters. De kan följa resultaten över tid och se om de åtgärder som vidtas för att höja kvaliteten ger önskad effekt. Med hjälp av registren kan man ofta avgöra vilka interventioner, läkemedel och medicintekniska produkter som ger bra resultat och vilka som bör fasas ut. Det går också att utläsa om vården är jämlik, till exempel i olika delar av landet. Det första svenska nationella kvalitetsregistret startades på initiativ av en ortoped på 1970-talet. Utvecklingen har därefter skett successivt. För en beskrivning av arbetet se avsnitt 9.2. En central del av den nu pågående utvecklingen är att kvalitetsregistren tydligare ska vara en integrerad del i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och användas mer än i dag för förbättringsarbete.[10]

Öppna jämförelser

En viktig satsning för att öka tillgängligheten av data på hälso- och sjukvårdsområdet gjordes 2006 när SKR och Socialstyrelsen gav ut den gemensamma rapporten Öppna jämförelser om hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Öppna jämförelser har publicerats

[10] www.registercentrum.se/om-oss/om-nationella-kvalitetsregister/p/rk21maUUf (hämtad 19.10.01).

både som en årlig rapport och på ett antal specifika teman. Öppna jämförelser finns även för socialtjänstens område. Öppna jämförelser är systematiska och fortlöpande jämförelser baserade på resultatindikatorer. Syftet med Öppna jämförelser är bl.a. att utgöra ett faktabaserat underlag i den offentliga debatten om hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens kvalitet och effektivitet samt att stimulera arbetet med förbättringar i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För vidare beskrivning av Öppna jämförelser, ser avsnitt 9.2.[11]

Regionernas samverkansmodell för läkemedel

Inom läkemedelsområdet finns starka incitament för regionerna att samverka, både med varandra och med statliga myndigheter, bl.a. eftersom kostnaderna för läkemedel är ansenlig. Samarbetet på läkemedelsområdet har tagit sig olika uttryck vid olika tidpunkter. Under 2014 beslutade samtliga regioner att ställa sig bakom ett förslag[12] om att skapa en gemensam samverkansmodell för läkemedel. För samarbetet inrättades en särskild styrgrupp. Samarbetet innebär att regionerna arbetar gemensamt med prissättning, introduktion och uppföljning av läkemedel och tillsammans uppträder som köpare och kravställare i de processerna. En central del av arbetet handlar om samarbete avseende introduktionen av nya läkemedel och processen kring detta, så kallat ordnat införande. Den processen inkluderar även samarbete med statliga myndigheter och läkemedelsföretag. I regionernas samverkansmodell har en funktion inrättats som kallas NT-rådet, där NT står för nya terapier. NT-rådet arbetar främst med det ordnade införandet av läkemedel. NT-rådet beslutar vilka nya läkemedel som ska omfattas av den gemensamma processen för införande, dvs. nationellt ordnat införande, och har också regionernas mandat att ge rekommendationer om användningen av dessa läkemedel i regionerna utifrån en bedömning av patientnytta och kostnadseffektivitet. NT-rådet kan till exempel ge rekommendationer till regionerna om ett nytt läkemedel ska användas och under vilka förutsättningar, eller att det inte ska användas.[13] Två andra viktiga funktioner inom samverkansmodellen är den så kallade livscykel-

[11] www.vardenisiffror.se och www.socialstyrelsen.se (hämtade 19.10.02).
[12] SKL. *Prissättning, introduktion och uppföljning av läkemedel – i samverkan. Ett förslag till en landstingsgemensam samverkansmodell*. 2014.
[13] SOU 2018:89 *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*.

funktionen – som möjliggör framförhållning i införandet av nya läkemedel genom att kartlägga kommande läkemedel åt regionerna, även kallat horizon scanning – och marknadsfunktionen – för strategisk marknadsbevakning och samverkan vid förhandling.

HTA-nätverket

Health Technology Assessment, HTA, är ett internationellt begrepp som innebär utvärdering av metoder inom hälso- och sjukvården. I en HTA utvärderas vanligen specifika metoder för behandling, diagnostik eller förebyggande arbete. Förutom effekter och risker med metoderna granskas även etiska och hälsoekonomiska aspekter. I Sverige finns ett antal regionala HTA-enheter som drivs av regionerna. Dessa är, tillsammans med bl.a. statliga myndigheter som arbetar med relaterade frågor, sedan 2007 organiserade i ett nätverk. HTA-nätverket samordnas av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Huvudsyftet med HTA-nätverket är att öka kunskapen om HTA för att i förlängningen öka nyttan för patienterna och vårdgivarna. HTA-nätverket verkar för att öka samverkan mellan myndigheter och regioner, samordna kommunikationen och öka tillgängligheten, reducera risken för dubbelarbete samt sträva efter att alla använder en enhetlig metod. I nätverket ingår representanter för etablerade regionala HTA-enheter[14] och övriga regioner som inte har en regional HTA-enhet. I nätverket ingår även Cochrane Sweden samt representanter för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten samt Sveriges Kommuner och Regioner.[15]

Nationellt kliniskt kunskapsstöd

Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK) initierades under arbetet med överenskommelsen mellan staten och SKR om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar, den s.k. kronikersatsningen, under åren 2014–2017. I kronikersatsningen ingick att bygga upp mekanismer för att stödja primärvården att tillförsäkra

[14] Camtö (Centrum för evidensbaserad medicin och utvärdering av medicinska metoder i region Örebro län), HTA-centrum (Västra Götalandsregionen), Metodrådet region Stockholm-Gotland, Metodrådet sydöstra sjukvårdsregionen och HTA Skåne (region Skåne).
[15] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, *Årsredovisning 2019*. SBU 2020/5.

en kunskapsbaserad vård. Inom ramen för satsningen arbetade SKR och regionerna gemensamt med att utveckla ett antal områden med syfte att förbättra förutsättningarna för en mer jämlik vård av kroniskt sjuka. En sådan insats var inrättandet av nationellt kliniskt kunskapsstöd.[16] NKK har i dag integrerats i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och beskrivs närmare i avsnitt 7.4.

7.3 Successiv etablering och utveckling av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning

I detta avsnitt beskrivs den successiva etableringen och utveckling av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning samt hur systemet är uppbyggt våren 2020.

Egeninitierat system under successiv utveckling

Under den senaste tioårsperioden har regionernas arbete med kunskapsstyrning successivt utvecklats, med aktivt stöd av SKR. Under 2008 bildades den Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK). NSK skapades som ett forum för dialog mellan representanter för berörda statliga myndigheter och huvudmän inom hälso- och sjukvården i syfte att bidra till samordning av kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården på nationell nivå främst avseende nationella riktlinjer från Socialstyrelsen.[17] Under 2012–2016 etablerades även ett antal arbetsgrupper på nationell nivå som kallades Nationella programråd. Initiativet till uppbyggnaden och strukturen var egeninitierat av regionerna. Tillskapandet gav regionerna möjlighet att arbeta med gemensamma nationella expertgrupper. Målet med att skapa NSK och de nationella programråden var att regionernas resurser skulle kunna nyttjas mer effektivt genom att regionerna började samarbeta dels med framtagande av gemensamma kunskapsunderlag, dels med att följa kvalitetsutvecklingen

[16] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Stöd på vägen – en uppföljning av satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar*. 2018:3. 2018.
[17] Medlemmar var sjukvårdsregionerna, SKL, Socialstyrelsen, SBU, TLV, Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening.

och ta initiativ till att förbättra vården.[18] Intentionen var att programrådens arbete successivt skulle ersätta men också komplettera delar av sjukvårdshuvudmännens arbete med regionala och lokala riktlinjer/vårdprogram. De skulle även på andra sätt stödja arbetet med en mer kunskapsbaserad, jämlik och effektiv vård.[19]

Vid etableringen av den nationella programrådsstrukturen finansierades uppbygganden av denna genom överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar mellan staten och SKR. Denna finansiering var dock bara temporär. I ett beslutsunderlag från SKR 2014 argumenterades det för att det krävs en långsiktig, för regionerna gemensam plan för att etablera en struktur som är oberoende av statlig finansiering. På basis av underlaget fattades 2014 beslut om en långsiktig utveckling av programråd. Detta innebar att grunden till dagens struktur för regionernas gemensamma kunskapsstyrningssystem var lagd. De tidigare nationella programråden är föregångaren till dagens nationella programområden, se avsnitt 7.4.

Politiska beslut om att etablera Regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning

Som ett vidare steg i att utveckla samarbetet om kunskapsstyrning mellan regionerna tog styrelsen i SKR 2016 beslut om att rekommendera regionerna att ställa sig bakom ett förslag om att gemensamt och långsiktigt delta i, stödja och finansiera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning. Beslutsunderlaget[20] var förankrat i SKR:s sjukvårdsdelegation. Beslutet kom att bli en startpunkt för etableringen av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning.

Ett mer konkret förslag till struktur utarbetades därefter i dialog med bland annat regionledningarna på politisk nivå och tjänstemannanivå. I maj 2017 beslutade styrelsen i SKR att föreslå regionerna att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning i enlighet med det förslag som utarbetats under 2016–2017.[21] Samtliga

[18] Powerpointpresentation från SKR, publicerad på www.dagensmedicin.se (hämtad 19.10.02).
[19] SKL. *Vägen till en kunskapsbaserad och jämlik vård. Långsiktig utveckling av programråd*. 2014.
[20] SKL. *Samverkan för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård. En sammanhållen struktur för kunskapsstyrning i samverkan – hälso- och sjukvård*. Dnr 15/06658 SKL 2016.
[21] SKL. *Samverkan för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård. Etableringen av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård. Med sikte mot ett gemensamt nationellt system.* Dnr 15/06658 SKL 2017.

21 regioner fattade under hösten 2017 politiska beslut i enlighet med förslaget. Etableringsprocessen pågår sedan dess. Rekommendationen som samtliga regioner ställt sig bakom citeras i rutan nedan.

Rekommendationen som SKR:s (dåvarande SKL:s) styrelse ställde sig bakom den 12 maj 2017 och som samtliga 21 regioner därefter fattat politiska beslut i enlighet med.

- Att landsting och regioner i samverkan *arbetar utifrån den gemensamma visionen:* ”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa. Tillsammans gör vi varandra framgångsrika.”
- Att landsting och regioner *samarbetar inom den gemensamma strukturen* för kunskapsstyrning.
- Att landsting och regioner *anpassar sin regionala och lokala kunskapsorganisation* till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen med syfte att få styrka genom hela systemet.
- Att landsting och regioner *långsiktigt säkrar* en regional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen.
- Att landsting och regioner *avsätter resurser* regionalt i form av att ta på sig värdskap för ett antal programområden, tillsätter ordförande och processledare för aktuella programområden samt avsätter tid för experter att delta i programområden och samverkansgrupper.
- Att landsting och regioner, med stöd av SKL, etablerar en gemensam organisations- och styrmodell för en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning genom att:
  - inrätta *nationella programområden* med experter inom sjukdomsspecifika eller organisatoriska fält
  - tillsätta *nationella samverkansgrupper* med experter inom tvärgående områden så som; uppföljning och analys, läkemedel och medicinsk teknik, patientsäkerhet etc.
  - tillsätta en *strategisk styrgrupp* – styrgrupp för kunskaps styrning i samverkan (SKS)

  - tillsätta en *beredningsgrupp* som bereder ärenden inför ställningstagande och beslut i styrgruppen (SKS)
  - inrätta en *nationell stödfunktion*, som utgår från och i första hand bemannas från SKL
- Att landsting och regioner *följer och gör de förändringar som krävs* regionalt och lokalt utifrån beslut tagna av styrgruppen (SKS) i frågor rörande den nationella strukturen.
- Att landsting och regioner tar *politiskt inriktningsbeslut om styrgruppens uppdrag, mandat och den finansiella ram* som styrgruppen råder över för det gemensamma arbetet och att sjukvårdshuvudmannens politiska ledning utser landstings/regiondirektören till ombud för hantering av frågan framåt.

Politikens roll i respektive region

Regionens folkvalda politiker har det yttersta ansvaret för att regionen lever upp till sina skyldigheter som sjukvårdshuvudman. Som nämnts i det inledande avsnittet relaterar det både till vissa krav på kvalitet i vården och till skyldighet att organisera hälso- och sjukvården så att den främjar kostnadseffektivitet. Därutöver har regionpolitikerna flera andra skyldigheter och intressen att balansera och hantera. För att det stöd som genereras av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning ska leda till den ändamålsenlighet och de effektivitetsvinster som eftersträvats krävs att regionens kunskapsstyrningsorganisation integreras i övrigt lednings- och styrningsarbete inom regionen. Uppföljning och analys av medicinska resultat bör till exempel analyseras och diskuteras tillsammans med ekonomisk uppföljning. Regionens ledningsfunktioner på såväl politisk- som tjänstemannanivå behöver ha tillgång till ett samlat beslutsunderlag inför beslut om prioriteringar etc. som påverkar hälso- och sjukvården.

7.4 Komponenterna i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning

Arbetet med att etablera, utveckla och förvalta regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning involverar många företrädare på nationell, sjukvårdsregional och lokal nivå. I detta avsnitt beskrivs de arbetsgrupper och stödfunktioner som har skapats på nationell nivå inom systemet samt principerna för hur det stöd som tillhandahålls från den nationella nivån ska omsättas i verksamheter och patientmöten inom varje enskild region. Med nationell nivå avses samarbeten där representanter från regionerna träffas i olika forum och där arbetet, kunskapsutbytet och utarbetade stöd kommer hela Sverige, dvs. samtliga regioner, till del. Med regional nivå avses i detta sammanhang sjukvårdsregionerna. Med lokal nivå avses i detta sammanhang sjukvårdshuvudmannens nivå, dvs. var och en av de 21 regionerna.

Samtliga funktioner och grupperingar som beskrivs i detta avsnitt fick sitt övergripande uppdrag och utformning fastställt i det beslut som samtliga regioner ställde sig bakom 2017. I de fall en ny grupp eller funktion har skapats efter 2017 anges detta.

Mål, grundprinciper och vision

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”.[22]

Grundprincipen för valet av insatser i systemet som ska göras på nationell nivå är att det ska vara mer ändamålsenligt och effektivt att

[22] SKL. *Samverkan för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård. Etableringen av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård. Med sikte mot ett gemensamt nationellt system.* Dnr 15/06658 SKL 2017.

göra det gemensamt än att varje region gör arbetet var för sig. 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.

Den nationella nivån

Med nationell nivå avses samarbeten som kommer hela Sverige, dvs. samtliga regioner, till del. Representanter från regionerna träffas i olika forum för att arbeta tillsammans med kunskapsutbyte och utarbetande av stöd. Organisationen utgår från en struktur av expertgrupper som i sin tur leds av en strategisk styrgrupp. Expertgrupperna är av två olika karaktärer. Dels finns expertgrupper med representanter från sjukvårdsregionerna som har expertis inom olika sjukdoms- och diagnosområden, dels finns expertgrupper med representanter från sjukvårdsregionerna som har expertis inom verksamhetsfält som alla diagnosområden behöver arbeta med såsom uppföljning, metod etc. De i regel sjukdoms- och diagnosorienterade expertgrupperna kallas nationella programområden (NPO). Det kan noteras att det finns några NPO med bredare ansats, bl.a. NPO äldres hälsa. Expertgrupperna med mer tvärgående expertis kallas nationella samverkansgrupper (NSG). Nedan beskrivs de olika grupperna och deras uppdrag. Expertgrupperna är sammansatta med en representant per sjukvårdsregionen med det primära uppdraget att företräda sjukvårdsregionen inom det specifika området och att ha god vård ur ett nationellt perspektiv i fokus. Vissa av grupperna har även med representanter från kommunerna.

Nationella programområden (NPO)

I dagsläget[23] finns 26 nationella programområden (NPO), dvs. expertgrupper med representanter för sjukvårdsregionerna med expertis inom olika sjukdoms- och diagnosområden. I vissa av grupperna ingår även representanter från kommunerna. I dessa områden inkluderas nationella primärvårdsrådet som är av något annorlunda karaktär. Ansvarsområdena framgår av tabell 7.1.

Det generella uppdraget för nationella programområden är att

- leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält,
- följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser och GAP-analyser (till exempel identifiera när det saknas kunskapsstöd),
- bidra i utveckling och användning av kunskapsstöd,
- bidra i arbetet med hur relevanta nationella kvalitetsregister utvecklas och används,
- omvärldsbevaka,
- ordnat införande, ordnad utfasning av läkemedel, behandlingar nivåstrukturering samt
- bidra i arbete med eventuella statliga satsningar.

Uppdraget för varje NPO är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom respektive område. Varje NPO består av sex ledamöter, en från varje sjukvårdsregion. I några NPO finns dessutom representation från kommunerna (se avsnitt 7.5). Därutöver ska en processledare vara knuten till varje NPO som stöd i arbetet.

Utöver det generella uppdraget för alla NPO finns även en specifik uppdragsbeskrivning för varje NPO som har fastställts av styrgruppen för systemet. Innehållet i uppdragen skiljer sig dock relativt lite programområdena emellan. Värdskapet för programområdena är fördelat mellan sjukvårdsregionerna. Se mer om värdskap i tabell 7.4.

[23] April 2020.

Tabell 7.1 Nationella programområden per april 2020

Nationella programområden		
Akut vård	Levnadsvanor	Reumatiska sjukdomar
Barn och ungdomars hälsa	Lung- och allergisjukdomar	Rörelseorganets sjukdomar
Cancersjukdomar	Mag- och tarmsjukdomar	Sällsynta sjukdomar
Endokrina sjukdomar	Medicinsk diagnostik	Tandvård
Hjärt- och kärlsjukdomar	Nervsystemets sjukdomar	Äldres hälsa
Hud- och könssjukdomar	Njur- och urinvägssjukdomar	Ögonsjukdomar
Infektionssjukdomar	Perioperativ vård, intensivvård och transplantation	Öron-, näsa- och halssjukdomar
Kirurgi och plastikkirurgi	Psykisk hälsa	Primärvårdsrådet
Kvinnosjukdomar och förlossning	Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin	

Det nationella primärvårdsrådet

Det nationella primärvårdsrådets uppdrag avviker från övriga NPO:er genom att deras huvudsakliga uppdrag är att säkerställa primärvårdsperspektivet i systemet. Rådet ska bidra till ökad kunskap och dialog – såväl inom som mellan nivåerna i systemet. I primärvårdsrådet sitter två ledamöter från varje sjukvårdsregion, till skillnad från övriga NPO som har en. Dessutom sitter sex kommunrepresentanter i rådet. Uppdraget för det nationella primärvårdsrådet är att

– hålla ihop primärvårdsrepresentanternas arbete i programområden och arbetsgrupper,
– utgöra stöd och referens inom kunskapsstyrningsorganisationen till pågående och kommande aktiviteter som rör primärvård och omställningen till nära vård samt
– fortlöpande följa och analysera kunskapsutvecklingen och variationer i praxis inom området.

Nationella samverkansgrupper (NSG)

De arbetsgrupper med expertis inom fält som alla nationella programområden behöver arbeta med kallas Nationella samverkansgrupper (NSG). Det finns i dagsläget åtta NSG (se tabell 7.2).

Tabell 7.2 Nationella samverkansgrupper per april 2020

Nationella samverkansgrupper	
Läkemedel och medicinteknik	Strukturerad vårdinformation
Metoder för kunskapsstöd	Uppföljning och analys
Nationella kvalitetsregister	Forskning och Life Science
Patientsäkerhet	Stöd för utveckling

Varje NSG består av en, i något fall två, representanter från varje sjukvårdsregion samt en till två sakkunniga från SKR. SKR tillhandahåller processtöd till samtliga NSG. I några fall utgörs samverkansgruppen av tidigare etablerade grupper som integrerats i det nya kunskapsstyrningssystemet och fått ett reviderat uppdrag anpassat till systemet för kunskapsstyrning. Nedan följer en genomgång av uppdragen för respektive NSG.

NSG Läkemedel och medicinteknik

Regionernas sedan tidigare etablerade samverkansmodell för läkemedel (se avsnitt 7.2) har genom den nationella samverkansgruppen för läkemedel och medicinteknik integrerats i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. Styrgruppen för regionernas samverkansmodell för läkemedel har slagits samman med och omvandlats till NSG läkemedel och medicinteknik. NSG läkemedel och medicinteknik utgör därmed både styrgrupp för regionernas samverkansmodell för läkemedel och nationell samverkansgrupp inom regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning.

Historiken och konstruktionen innebär att uppdraget för NSG läkemedel och medicinteknik är bredare än för övriga NSG. Uppdraget omfattar kunskapsstyrning, men även strategiska frågor relaterat till bland annat inköp och prissättning.

Inom ramen för uppdraget att utgöra styrgrupp för regionernas samverkansmodell om läkemedel ingår det även att, efter nominering av respektive sjukvårdsregion, utse ledamöterna i NT-rådet. NT-rådet rapporterar till NSG:n. Under 2019 etablerades även en samverkansmodell inom området medicintekniska produkter vars struktur speglar samverkansmodellen för läkemedel. Inom samverkansmodellen, och därmed NSG:n, har det inrättats ett medicintekniskt råd

med motsvarande uppdrag och rapporteringsstruktur som NT-rådet fast avseende medicintekniska produkter. NSG läkemedel och medicinteknik har vidare till uppgift att samverka med de läkemedelskommittéer som finns i varje region (se kapitel 10).

Även profilen på ledamöterna i NSG läkemedel och medicinteknik skiljer sig från övriga NSG då ledamöterna utgörs av hälso- och sjukvårdsdirektörer samt en representant från SKR. I likhet med andra NSG ingår en ledamot från varje sjukvårdsregion. Mot bakgrund av sitt breda uppdrag och profilen på ledamöterna har denna NSG dubbla rapporteringsvägar. I alla frågor som rör kunskapsstyrning rapporterar NSG läkemedel och medicinteknik till SKS, dvs. styrgruppen för regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. Övriga frågor av strategisk betydelse lyfter NSG:s i stället till SKR:s nätverk för hälso- och sjukvårdsdirektörer.

NSG Metoder för kunskapsstöd

Den nationella samverkansgruppen för metoder och kunskapsstöd är en grupp som har skapats specifikt för regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. Dess huvudsakligt uppdrag är att fokusera på metodfrågor. Samverkansgruppen ska bidra till att arbetssätt och leveranser inom systemet är enhetliga och kvalitetssäkrade. De ledamöter som representerar sjukvårdsregionerna bör enligt inrättandebeslutet ha en funktion eller ansvarig roll för beredningss- och beslutsprocesser, implementering och prioriteringsarbete inom den egna regionen.

NSG Nationella kvalitetsregister

I avsnitt 7.2 beskrivs det sedan tidigare etablerade arbetet med nationella kvalitetsregister, vars primära syfte är att registren ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Det arbete med nationella kvalitetsregister som har bedrivits under flera år inom ramen för överenskommelser vävs genom den nationella samverkansgruppen för nationella kvalitetsregister samman med regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. Det är därmed en grupp, som baseras på en tidigare etablerad struktur och grupp och som nu införlivats i systemet.

Den nationella samverkansgruppen för nationella kvalitetsregisters uppdrag och sammansättning av ledamöter regleras i en särskild överenskommelse avseende Nationella Kvalitetsregister mellan Sveriges kommuner och regioner (SKR) och staten. Ledamöterna i gruppen utgörs av tre personer från registercentrumorganisationer (RCO)[24] som företräder huvudmännen, två företrädare från staten, tre representanter från nationella kvalitetsregister samt en kvalitetsregistersamordnare tillsatt av ledningsfunktionen för nationella kvalitetsregister. Kvalitetsregistersamordnaren är också ordförande i gruppen.

Till överenskommelsen finns en partssammansatt ledningsfunktion. Den nationella samverkansgruppen för nationella kvalitetsregister rapporterar därför till Ledningsfunktionen för Nationella Kvalitetsregister och inte till styrgrupp för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården (SKS). Samverkansgruppens ansvar är därmed avgränsat till att i dag omfatta endast de kvalitetsregister som ingår i överenskommelsen. Ledningsfunktionen förväntas strategiskt samverka med SKS och statens/myndigheternas aktörer inom området kunskapsstyrning.

Det kanslistöd som SKR tillhandahåller NSG nationella kvalitetsregister har också ett bredare uppdrag än stödet till övriga NSG. Uppdraget regleras i överenskommelsen avseende Nationella Kvalitetsregister och omfattar bland annat stöd till NSG nationella kvalitetsregister men också operativt stöd till och samordning av arbetet med att förvalta och utveckla de nationella kvalitetsregistren.

Det huvudsakliga uppdraget för den NSG Nationella kvalitetsregister är bl.a. att hantera och bereda principiella och strategiska frågor till ledningsfunktionen, samordna samtliga registercentrumorganisationer (RCO) i deras arbete som stödjande infrastruktur för de nationella kvalitetsregistren samt att följa upp registrens och RCOs följsamhet till uppsatta mål och genomförda aktiviteter samt hur ekonomiska medel används.

[24] Varje sjukvårdsregion har åtagit sig uppdraget att driva en registercentrumorganisation (RCO). I alla sex sjukvårdsregioner finns ett Registercentrum (RC) och ett Regionalt Cancercentrum (RCC). RC och den kvalitetsregisterrelaterade verksamheten inom RCC utgör tillsammans ett RCO. www.kvalitetsregister.se (hämtad 2020.05.04).

NSG Patientsäkerhet

Den nationella samverkansgruppen för patientsäkerhet har skapats för regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. Tidigare samarbete har funnits i form av ett patientsäkerhetsnätverk, men uppdraget för det nätverket skiljde sig väsentligt från den aktuella gruppen. Inom ramen för samverkansgruppens uppdrag ligger till exempel att sammanställa lägesrapporter och genomföra analyser av patientsäkerhetsläget och utvecklingen över tid och stödja ledning och styrning för patientsäkerhet. Vidare ska NSG patientsäkerhet tillsammans med NSG uppföljning och analys stödja utveckling, drift och förvaltning av uppföljningssystem kopplat till patientsäkerhet, t.ex. strukturerad journalgranskning och överbeläggningar.

Ledamöterna i gruppen bör enligt uppdragsbeskrivningen ha bred förankring och sakkunskap om alla delar inom patientsäkerhetsområdet. Relevanta personer bör vidare vara ansvariga eller ha en övergripande roll för patientsäkerhetsarbetet i den egna regionen.[25]

NSG Strukturerad vårdinformation

Även den nationella samverkansgruppen för strukturerad vårdinformation är nyskapad för uppdraget inom regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. Dess uppgift är att samordna regionernas arbete att verka för en mer enhetlig informationsstruktur inom och över system- och vårdgivargränser. Det ska bland annat göras genom att stödja och samarbeta med nationella programområden och nationella samverkansgrupper utifrån perspektivet strukturerad vårdinformation. Gruppen ska även samverka med Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten samt andra intressenter som berörs av frågan. Gruppen ska vidare identifiera områden och frågor som kräver gemensamma ställningstaganden av regionerna. Gruppen har även ett generellt kunskapsspridande uppdrag inom området hälsoinformatik. Sammansättningen av ledamöter skiljer sig från övriga grupper genom att de utöver deltagare från respektive sjukvårdsregion och SKR också har deltagare från de olika s.k. kundgrupper som finns.[26]

[25] NSG patientsäkerhet nämns också särskilt som berörd aktör i *Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024*. Socialstyrelsen. Rapport 2020-1-6564. 2020.

[26] Regionerna har gått samman i olika kundgrupper i de fall de har gemensamma journalsystemsleverantörer. Det finns, våren 2020, fem sådana grupper.

NSG Uppföljning och analys

Den nationella samverkansgruppen för uppföljning och analys ska ge stöd, främst metodstöd, i frågor om uppföljning och analys till både huvudmän och nationella programområden. Fokus i arbetet ska ligga på förvaltning och utveckling av olika vårddatainsamlingar, presentation av kvalitetsindikatorer och annan uppföljningsdata samt rapportering och analys av hälso- och sjukvårdens utveckling och kvalitet. Gruppen ska också verka för erfarenhetsutbyte mellan regionerna rörande uppföljning och analys.

Ledamöterna i gruppen bör ha sakkunskap och ansvarig roll för uppföljning i den egna regionen. Gruppens kompetens ska också spegla bredden i uppdraget och avse både hälso- och sjukvårdskvalitet och resursanvändning.

Ett exempel på arbete som NSG:n gör och som relaterar till vår utrednings direktiv är ett pågående uppdrag att utreda och föreslå en gemensam uppföljnings- och analysplattform för hälso- och sjukvården. Uppdraget beslutades av styrgruppen för systemet (SKS, se vidare nedan) i början av 2019. Uppdraget är sprunget ur ett behov av en sammanhållen uppföljning vilket även ger stora samordningsvinster. Det finns hos regionerna ett ökande behov av tillgång till data som underlag för beräkning av kvalitetsindikatorer och nyckeltal såväl som uppföljning och fördjupad analys, både regionalt och nationellt. Plattformen ska beskrivas och förslag ska ges avseenden datainnehåll, juridiska aspekter och lagrum, teknisk lösning, återföring till användare/visningslösningar samt organisation och finansiering.

NSG Forskning och Life Science

Den nationella samverkansgruppen för forskning och Life science (livsvetenskap) startade sitta arbete i början av 2020.

Gruppen har ett uppdrag att i) verka för att klargöra forskningens roll i kunskapsstyrning, ii) samverka med nationella programområden och andra samverkansgrupper inom den sammanhållna strukturen för kunskapsstyrning i forskningsfrågor, iii) utifrån GAP-analyser och behovsinventeringar i NPO sammanställa och kommunicera behov av forskning för morgondagens vård, iv) samverka med staten, universiteten och olika nationella forskningsinitiativ och grupperingar, samt industrin, v) verka för att forskningens resultat blir integrerad

i nationella programområden samt vi) stödja forskningsbaserad implementering av kunskap.

För att möjliggöra en effektiv samverkansgruppering för Forskning och Life Science består samverkansgruppen av representanter från de i regionerna utsedda forskning- och utbildningschefer/forskningschefer/forskningsdirektörer, (det tidigare Forskningschefsnätverket) vilka har uppdrag i respektive region att utveckla forskning och samverka regionalt, nationellt och med universitet och högskolor.

NSG Stöd för utveckling

NSG Stöd för utveckling startade i början av 2020. Fokus för samverkansgruppen blir att stödja arbetssätt och strukturer för processledning, implementering, verksamhetsutveckling och innovation och därigenom bidra till att få utvecklings- och förbättringskraft i kunskapsstyrningsarbetet som helhet och nå hållbarhet över tid. Bland annat samverkar och koordinerar samverkansgruppen innehåll och upplägg av kompetensbyggande aktiviteter till relevanta intressenter lokalt, sjukvårdsregionalt och nationellt. Ett gemensamt metodstöd gör bl.a. att regionerna kan hjälpas åt med utbildningstillfällen eller stöd.

Gruppens kompetens ska spegla väsentliga aspekter av uppdraget. Utöver representanter från de sex sjukvårdsregionerna och SKR så har gruppen även två representanter från kommunerna.

Nationella arbetsgrupper (NAG) – undergrupper till NPO/NSG

De nationella programområdena och de nationella samverkansgrupperna har, som framkommit ovan, breda uppdrag. För att kunna genomföra dessa nyttjar de i regel möjligheten att inrätta nationella arbetsgrupper (NAG). Arbetsgrupperna tillsätts för att driva specifika frågor som NPO:et/NSG:et har beslutat om. Genom skapandet av en NAG kan mer resurser tillföras arbetet i form av att fler personer engageras. Än viktigare är dock att knyta den kompetens som behövs för det specifika uppdraget. NAG:en ska vara multiprofessionellt sammansatt utifrån sitt uppdrag och spegla både primärvård och vård som bedrivs på sjukhus. Vilka professioner och kompetenser som är relevanta beror på vilket uppdrag NAG:en har.

Vanligt förekommande är exempelvis sjuksköterskor och fysioterapeuter liksom läkare med olika specialistinriktningar. I NAG:en ska en jämn könsfördelning eftersträvas, patientföreträdare ska finnas med och varje sjukvårdsregion vara representerad. Det kan också vara aktuellt att knyta representanter för kommuner, kvalitetsregister och, i förekommande fall, från vårdprogram inom området till arbetsgruppen. Arbetet stöds av den processledare som är knuten till det NPO eller NSG som tillsatt gruppen.

Styrgrupp för samordning och strategiska beslut (SKS)

Regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning leds och samordnas av Styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård (SKS). SKS:s uppdrag är att ta strategiska initiativ och beslut som utvecklar och förvaltar regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning så att det ska fungera i enlighet med innebörden av etableringsbeslutet. I praktiken innebär det till exempel att utgöra en arena för dialog mellan huvudmännen och staten i kunskapsstyrningsfrågor på tjänstemannanivå, att godkänna verksamhetsplaner, att fördela gemensamma medel och att kommunicera om arbetet. Gruppen består av två representanter från regiondirektörsföreningen, fyra representanter från hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket och en representant från SKR. En central princip är att samtliga sex sjukvårdsregioner ska vara representerade. Vid behov kan också styrgruppen utökas med ytterligare ledamöter. Styrgruppen har vidare valt att adjungera ledamöter till sig. Principiellt viktigt är att ordföranden i kommunernas motsvarande styrgrupp för kunskapsstyrning är adjungerad till gruppen. På detta sätt knyts regionernas och kommunernas arbete med kunskapsstyrning ihop på styrgruppsnivå. Se avsnitt 7.5 om kommunal representation i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrnings och kapitel 8 om kommunernas arbete med kunskapsstyrning.

Styrgruppen stödjs av en beredningsgrupp. Beredningsgruppen stödjer styrgruppen i dess uppdrag genom att bereda underlag från programområdena samt samverkansgrupperna inför ställningstagande, prioriteringar och beslut. Beredningsgruppen bidrar även till att säkra och stödja samordning mellan programområden och samverkansgrupper.

En nationell stödfunktion vid SKR

För stöd och samordning i systemet har en nationell stödfunktion skapats vid SKR. Stödfunktionens övergripande uppdrag är att stödja styrgruppen, beredningsgruppen och de nationella samverkansgrupperna. Den ska också skapa mötesplatser, arbeta med kommunikation och informationsspridning och på andra sätt verka för samverkan inom systemet. Det är också den nationella stödfunktionen som hanterar processen kring verksamhetsplan och budget. Stödfunktionen arbetar nära och integrerat med flera näraliggande verksamheter på SKR.

Nationellt kliniskt kunskapsstöd är under utveckling

Nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK) är en infrastruktur som är under utveckling. Alla de kunskapsstöd som tas fram inom ramen för regionernas gemensamma system avses att samlas och tillgängliggöras här. NKK ska vara en infrastruktur för att kunna sammanställa, lagra, distribuera och tillgängliggöra kunskapsstöd. Till dess att NKK är fullt utvecklat samlas de kunskapsstöd som utarbetas av nationella programområden på den nationella visningsytan på webben. De publiceras då i pdf-format.

NKK primärvård – ett första steg

I dagsläget innehåller NKK nationella kunskapsstöd, och regionala tillägg till dessa, anpassade för patientmötet i primärvården. Innehållet är tillgängligt via Ineras[27] plattform för öppen data och på en nationell visningsyta på webben.

I det initiala skedet hämtades innehållet från väletablerade lokala kunskapsstöd i Region Stockholm, Region Jönköpings län och Region Skåne. För att anpassa de lokala kunskapsstöden till nationellt användbara kunskapsstöd och sedan förvalta dessa skapades ämnesgrupper fördelade mellan de sex sjukvårdsregionerna. I arbetet med att revidera och förvalta ingår också att kvalitetssäkra innehållet. Det görs i enlighet med en särskild kvalitetssäkringsprocess fastställd för

[27] Inera ägs av SKR Företag, regioner och kommuner. Genom att erbjuda kompetens inom digitalisering stödjer Inera ägarnas verksamhetsutveckling.

ändamålet. SKR stödjer ämnesgruppernas arbete och samordnar utvecklingen av arbetsprocesser, it-infrastruktur och redaktionella riktlinjer. Regionerna ansvarar för tillämpning och implementering av kunskapsstöden.

Vidareutveckling av NKK på uppdrag av styrgruppen SKS

NKK ägs och förvaltas av regionerna som en del av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. Som beskrivs i avsnitt 7.2 startade utvecklingen av NKK som ett initiativ inom ramen för överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar under åren 2014–2017. Sedan 2018 finansieras NKK av regionerna och är integrerat i regionernas gemensamma kunskapsstyrningssystem och därmed införlivat under styrgruppen SKS beslutsmandat.

Hösten 2018 initierade SKS en vidareutveckling av NKK. Utvecklingsprojektet fokuserar på stödets informationsmodell och it-infrastruktur. Det finns två syften med utvecklingsarbetet. Det ena är att NKK ska kunna inkludera kunskapsstöd från alla nationella programområden. Det andra är att styrgruppen vill möjliggöra att innehållet kan användas som beslutstöd i de vårdinformationssystem som används av vårdgivarna.

Därutöver pågår en översyn av NKK:s och ämnesgruppernas organisation. Syftet med denna är att fullt ut införliva NKK i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. Den förändrade organisationen ska ge respektive NPO ett ägaransvar för samtliga kunskapsstöd inom sitt kunskapsområde, oavsett om detta gäller primärvård eller den specialiserade vården.

Den sjukvårdsregionala nivån och arbetet lokalt i respektive region

De insatser som görs på nationell nivå ska komplettera och stödja det som sker på lokal nivå. Det är regionernas ansvar att använda de stöd som utarbetas på nationell nivå och tillförsäkra att de används i det löpande kvalitets- och förbättringsarbetet hos vårdgivarna. Kunskapsstöden ska föras ut och finnas tillgängliga i varje patientmöte. Det löpande kvalitets- och förbättringsarbetet ska understödjas av

strukturer för uppföljning och analys både på enskilda vårdenheter och i regionens ledningsfunktioner. Ledarskapet på flera nivåer ska stödjas i att bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

I detta avsnitt beskriver vi hur regionernas system för kunskapsstyrning är utformat från det regionala perspektivet. Gemensamt för den sjukvårdsregionala nivån och den regionala nivån är att det är här den teoretiska kunskapen ska föras ut i den praktiska verksamheten.

Samverkan i sjukvårdsregioner för effektivare resurshantering

För att förstå den regionala strukturens uppbyggnad i systemet behöver man känna till att Sveriges 21 regioner har samordnat sig i sex sjukvårdsregioner. Syftet med sjukvårdsregionerna är att skapa förutsättningar för en effektivare resurshantering då enskilda regioner var för sig är för små för att hantera vissa frågor. Se avsnitt 4.3. Regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning använder samarbetsstrukturen, men är inte upphov till den. Vilka de sex sjukvårdsregionerna är, samt vilka regioner som ingår i respektive sjukvårdsregion, framgår av tabell 4.1 i kapitel 4.

Värdskap för nationella programområden är fördelade mellan sjukvårdsregionerna

Varje sjukvårdsregion är representerad i samtliga nationella programområden och i samtliga nationella samverkansgrupper. De regioner som ingår i varje sjukvårdsregion kommer sinsemellan överens om vem som ska representera dem. De behöver också komma överens om hur sjukvårdsregionens representant i en viss arbetsgrupp ska kommunicera, återkoppla och förankra sitt arbete med företrädare för samtliga regioner inom sin sjukvårdsregion.

Varje sjukvårdsregion är värd för några nationella programområden. Värdskapet innebär att sjukvårdsregionen ska förse det nationella programområdet med processledare och stöd till statistik, analys och kommunikation. I de fall ett nationellt programområde har i uppgift att utarbeta standardiserade vårdförlopp ska värdregionen också tillhandahålla stöd i form av ekonomiska konsekvensanalyser. Värdskapet för några nationella programområden ligger vid SKR.

Bakgrunden till det är att det inom några områden sedan tidigare finns särskilda satsningar genom överenskommelser[28] mellan regeringen och SKR. I dessa fall finns även ett vilande värdskap i en sjukvårdsregion. Det innebär att respektive sjukvårdsregion och programområde förbereder sig för en framtida övergång. Till dess arbetar programområdena med processledare och övrigt processtöd från SKR. SKR har också värdskap för samtliga nationella samverkansgrupper. I vissa fall är dock en av de sjukvårdsregionala representanterna utsedd som ordförande i gruppen. Av tabell 7.3 framgår vilken sjukvårdsregion som är värd för vilka nationella programområden.

I varje sjukvårdsregion finns en sjukvårdsregional samordnare för etableringen av systemet för kunskapsstyrning. Samordnaren ska fungera som ett stöd och en samordnande kraft för sjukvårdsregionens kunskapsstyrningsarbete. En central uppgift är att samordna de värdskap för nationella programområden som sjukvårdsregionen har åtagit sig. Funktionen fungerar som en länk mellan den nationella stödfunktionen och det sjukvårdsregionala uppdraget och strukturen.

[28] Avseende cancervård, psykiatri och nära vård.

Tabell 7.3 Värdskap Nationella programområden

Sjukvårdsregion	NPO
Norra	• Endokrina sjukdomar • Levnadsvanor
Sydöstra	• Barn- och ungdomars hälsa • Kvinnosjukdomar och förlossning • Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin • Perioperativ vård, intensivvård och transplantation
Stockholm/Gotland	• Hud- och könssjukdomar • Infektionssjukdomar • Reumatiska sjukdomar • Sällsynta sjukdomar • Ögonsjukdomar
Uppsala/Örebro	• Akut vård • Hjärt- och kärlsjukdomar • Äldres hälsa • Öron-, näsa-, halssjukdomar
Västra	• Lung- och allergisjukdomar • Mag- och tarmsjukdomar • Rörelseorganens sjukdomar
Södra	• Nervsystemets sjukdomar • Njur- och urinvägssjukdomar • Tandvård
SKR/vilande värdskap	• Cancer (RCC i samverkan) – Vilande värdskap Norra • Primärvårdsrådet – Vilande värdskap Södra • Psykisk hälsa – Vilande värdskap Västra • NPO Kirurgi och plastikkirurgi – Beslut om värdskap är ännu ej fattat

Regionala programområden (RPO)

På sjukvårdregional nivå skapas i kunskapsstyrningssystemet regionala programområden (RPO). Namnet till trots inrättas RPO:erna på sjukvårdsregional nivå. Arbetet med att etablera dessa sker successivt och har kommit olika långt i olika sjukvårdsregioner. Tanken är att den RPO-struktur som skapas på sjukvårdsregional nivå ska spegla den nationella NPO-strukturen. Strukturen behöver dock

inte vara identisk. Sjukvårdsregionen anpassar strukturen utifrån vad som är ändamålsenligt i den egna sjukvårdsregionen.

De sjukvårdsregionala programområdena har två huvuduppdrag. Det ena är att initiera frågor för nationell samverkan, dvs. föra upp regionalt intressanta frågor till den nationella nivån. För detta krävs en löpande dialog med det nationella programområde som arbetar med samma ansvarsområde. Det andra huvuduppdraget är att ta emot och anpassa den kunskap som tas fram nationellt, dvs. i de nationella programområdena, och tillförsäkra att kunskapen når hela vägen ut i patientmötet. Det innebär att RPO:erna ska vara en länk mellan den regionala och den nationella nivån. 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 inom sjukvårdsregionen, dvs. i varje patientmöte.

Av det formella etableringsbeslutet framgår att det regionala programområdets huvudsakliga uppgift bl.a. är att i) initiera frågor för nationell samverkan, ii) skapa regionala tillämpningar av nationella kunskapsunderlag och beslutsstöd, iii) ta emot, anpassa och omsätta nationell kunskap för att det ska nå ut till patientmötet samt att iv) stödja spridning och implementering av bästa tillgängliga kunskap.

Värdet skapas när kunskapsstöden används i verksamheten

Då det formella ansvaret för att tillförsäkra vård av god kvalitet, i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och bedriva ett löpande kvalitetsarbete vilar på de 21 regionerna krävs väl fungerande samarbetsstrukturer inom varje sjukvårdsregion. Hur respektive region väljer att strukturera sitt arbete med kunskapsstyrning, lokalt i regionen och inom sjukvårdsregionen, styrs inte av det etableringsbeslut som regionerna antog hösten 2017. Avseende den regionala och lokala strukturen fastställer etableringsbeslutet bara att regionerna ska anpassa sin regionala och lokala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen, att de långsiktigt ska säkra en regional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen och att de ska följa och göra de förändringar som krävs regionalt och lokalt utifrån beslut tagna i styrgruppen (SKS) i frågor rörande den nationella

strukturen.[29] Regionerna har med andra ord stor frihet att välja hur de organiserar arbetet inom sjukvårdsregionen och inom den egna regionen. Det återspeglar det formella ansvaret och den kommunala självstyrelsen.

En beskrivning av regionernas lokala strukturer för kunskapsstyrning gjordes i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård, kapitel 8. Dessa strukturer anpassas nu successivt till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen. Det är en anpassning som tar tid att genomföra och de olika regionerna har kommit olika långt. För att komplettera bilden har vi valt att se närmare på hur respektive region arbetar med implementerings- och förbättringsarbete. En beskrivning av detta återges i kapitel 10. I samma kapitel finns även en beskrivning av läkemedelskommittéernas roll i kunskapsstyrningen inom regionen och på nationell nivå.

7.5 Kommunernas representation i regionernas system

Kommunerna medverkar i allt större omfattning i arbetet med regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och har börjat delta i vissa arbeten som bedömts som särskilt relevanta. I april 2019[30] beslutades att kommunföreträdare ska medverka i fem av de NPO som skapats inom systemet. Beslutet innebär att det nu ingår två kommunföreträdare i NPO barn och ungas hälsa, NPO äldres hälsa, NPO levnadsvanor respektive NPO rehabilitering och habilitering. Vidare deltar sex kommunföreträdare i primärvårdsrådet. Sedan tidigare finns beslut om att kommunerna ska finnas representerade i NPO psykisk hälsa. Kommunerna medverkar också i NSG stöd för utveckling och i ett antal av de nationella arbetsgrupper som arbetar med att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Kommunernas medverkan fortsätter att utvecklas successivt.

[29] SKL, *Samverkan för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård. Etableringen av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning – hälso- och sjukvård. Med sikte mot ett gemensamt nationellt system.* Dnr 15/06658 SKL 2017.
[30] Minnesanteckningar från Stora AU den 4 april 2019, SKR.

Tablå 7.1. Förkortningsordlista för kapitlet

NAG – Nationella arbetsgrupper
NSG –Nationella samverkansgrupper
NPO – Nationella programområden
NKK – Nationellt kliniskt kunskapsstöd
NKR – Nationella kvalitetsregister
NSK – Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning
NT-rådet – Nya Terapier rådet
RCO – Registercentrumorganisationer
SKR – Sveriges Kommuner och Regioner
SKS – Styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård.

8 Kommunernas arbete med kunskapsstyrning

- Kommunerna har ett ansvar att erbjuda vård av god kvalitet och att tillförsäkra ett löpande kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. För att ta detta ansvar krävs ändamålsenliga och effektiva verktyg. Kunskapsstyrning är ett centralt sådant verktyg.
- En stor andel av de individer som får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser får också insatser från den sociala omsorgen. I den praktiska verksamheten är det ofta samma personal som utför både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser.
- Det utmärkande för kommunernas arbete inom området är att de har att förhålla sig både till hälso- och sjukvårdslagstiftningen och till lagstiftningen på socialtjänstområdet.
- Detta innebär också att kunskapsstyrning i kommunal hälso- och sjukvård och kunskapsstyrning i socialtjänsten är mycket nära relaterade. Kommunernas arbete med och utveckling av kunskapsstyrningen på området sker med huvudfokus på socialtjänstens frågor.
- I kapitlet beskrivs hur kommunernas arbete med kunskapsstyrning med fokus på socialtjänstens frågor successivt har vuxit fram och ser ut i dag.

I detta kapitel beskriver vi inledningsvis kommunernas ansvar för kvalitet och kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården och vad detta innebär för kommunernas ansvar att bedriva kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Vidare beskriver vi hur kommunernas samarbete med huvudfokus på socialtjänstens frågor successivt har

vuxit fram och hur det ser ut i dag. Anledningen till att vi beskriver detta är att ur ett kommunalt perspektiv är kunskapsstyrning i kommunal hälso- och sjukvård och kunskapsstyrning i socialtjänst mycket nära relaterade. En stor andel av de individer som får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser får också insatser från den sociala omsorgen enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I kommunerna är den kommunala hälso- och sjukvården också organisatoriskt placerad inom den förvaltning som ansvarar för socialtjänstens verksamheter. Socialchef eller motsvarande är därför i praktiken högste ansvarige tjänsteman för kunskapsstyrning i den kommunala hälso- och sjukvården. På nationell nivå finns ett fåtal samarbeten mellan kommunerna som fokuserar särskilt på kunskapsstyrning i kommunal hälso- och sjukvård. Kapitlets förkortningar listas i tablå 8.1.[1]

8.1 Kommunernas ansvar för kunskapsstyrning

Kommunerna ska erbjuda hälso- och sjukvård av god kvalitet och att tillförsäkra ett löpande kvalitetsarbete

I likhet med regionerna är varje kommun huvudman med ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Kommunerna har ett ansvar för hälso- och sjukvård i vissa särskilda boendeformer, dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende, men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Det är många äldre och personer med funktionsnedsättning som får hälso- och sjukvård inom ramen för kommunens ansvar. Se vidare kapitel 4.

Eftersom all hälso- och sjukvård styrs av samma regelverk innebär det att också kommunerna ska tillförsäkra att hälso- och sjukvården är av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.[2] All hälso- och sjukvård ska också ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

För hälso- och sjukvård som kommunen bedriver i egen regi är kommunen också vårdgivare. För övrig hälso- och sjukvård som

[1] Informationen i kapitlet baseras på muntlig och skriftlig information från SKR under 2019 och 2020 om inte annat särskilt anges.
[2] 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

kommunen är huvudman för är privata vårdgivare utförare. I rollen som vårdgivare[3] ska man tillförsäkra att det finns praktiska förutsättningar i form av personal, lokaler och utrustning för att en god vård kan ges.[4] Vårdgivaren ansvarar också för att det finns ett ledningssystem som används för att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I ansvaret ingår att bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.[5] Hälso- och sjukvårdspersonalen har ett personligt yrkesansvar för hur de utför sina arbetsuppgifter.[6] De har skyldighet att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[7]

En regel som enbart gäller för kommunen som hälso- och sjukvårdshuvudman är att det inom verksamhetsområdet ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.[8] De två funktionerna kallas Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) respektive Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

MAS har en kvalitetssäkrande funktion. MAS:en ansvarar bl.a. för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, att beslut om att delegera ansvar till vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten och att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för bland annat läkemedelshantering.[9]

Kommunernas hälso- och sjukvård i praktiken nära kopplad till arbetet inom socialtjänsten

För att kommunerna ska kunna ta sitt ansvar, både som vårdgivare och huvudman, krävs ändamålsenliga och effektiva verktyg. Kunskapsstyrning är ett centralt verktyg för detta. Vi har tidigare sett att

[3] Med vårdgivare avses i hälso- och sjukvårdslagen statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.
[4] 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[5] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
[6] 6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (210:659).
[7] 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (210:659).
[8] 11 kap. 4 §hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[9] 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

detta inkluderar både kunskapsstöd och stöd till uppföljning, analys, ledning etc. Varje enskild kommun har därmed ett ansvar att bedriva kunskapsstyrning för att kunna leva upp till sitt kvalitetsansvar.

Den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunerna är ofta i praktiken nära relaterad till det arbete som bedrivs inom socialtjänsten. Patientgrupper såsom äldre och personer med funktionsnedsättning berörs ofta av insatser från både den sociala omsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården. Av Socialstyrelsens rapport Öppna jämförelser 2018 – Vård och omsorg om äldre framgår det t.ex. att 71 procent av de äldre personer som fick kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser också hade socialtjänstinsatser i ordinärt boende.[10] Det utmärkande för kommunernas arbete inom området är att de har att förhålla sig både till hälso- och sjukvårdslagstiftningen och till lagstiftningen på socialtjänstområdet. Av Socialtjänstlagen framgår att kommunen ansvarar bl.a. för vård och omsorg om äldre, barn och unga, personer med funktionsnedsättningar och missbrukare.[11]

I den praktiska verksamheten är det ofta samma personal som utför både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser. Av betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg[12], som överlämnades till regeringen i april 2019, framgår att anställda inom kommunal vård och omsorg i stor utsträckning utgörs av undersköterskor och vårdbiträden. Kommunerna har i en enkät som redogörs för i nämnda betänkande uppskattat hur stor andel av undersköterskornas arbetstid som ägnas åt uppgifter av hälso- och sjukvårdskaraktär. Uppskattningsvis ägnar de sig åt hälso- och sjukvård inom ett spann på 5–40 procent av arbetstiden, varav 20–25 procent är den mest återkommande uppskattningen. Av betänkandet framgår vidare att det i praktiken inte är någon differentiering mellan undersköterskans och vårdbiträdets arbetsuppgifter, varför den tidsmässiga uppskattningen torde utgöra en fingervisning om den genomsnittliga andelen för hela den kommunala vård- och omsorgspersonalen. En utmaning i sammanhanget är att betänkandet även noterar att kommunerna i enkäten identifierade behov av att stärka kompetensen, bl.a. medicinsk sådan, bland anställda undersköterskor.

[10] Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser 2018 – Vård och omsorg om äldre*. 2019.
[11] Socialtjänstlagen (2001:453).
[12] SOU 2019:20 *Stärkt kompetens i vård och omsorg.*

Denna enkätundersökning talar för att det finns ett behov av ökad kunskap och därmed kunskapsstyrning i kommunerna. Till sammanhanget hör att kommunerna också har en stor generell utmaning med sin kompetensförsörjning vilket ökar deras behov av, men också kan försvåra de praktiska förutsättningarna för, att arbeta på ett ändamålsenligt och effektivt sätt med kunskapsstyrning.

Ur kommunalt perspektiv är därmed kunskapsstyrning i kommunal hälso- och sjukvård och kunskapsstyrning i socialtjänsten mycket nära relaterade. Samtidigt är socialtjänsten ett för kommunen mycket större område än hälso- och sjukvård. Mot bakgrund av detta har kommunernas arbete med kunskapsstyrning inom området vuxit fram med socialtjänsten i fokus. Arbetet inkluderar dock både socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

I det följande avsnittet beskrivs hur kommunernas arbete med kunskapsstyrning inom socialtjänstens verksamhetsområden successivt har vuxit fram.

8.2 Successiv utveckling av en kunskapsbaserad socialtjänst

Evidensbaserad praktik inte lika utvecklad inom socialtjänsten som inom hälso- och sjukvården

Medan det vetenskapliga förhållningssättet sedan lång tid tillbaka är väl förankrat i hälso- och sjukvården har det under de senaste decennierna vuxit fram mer successivt inom socialtjänsten. Socialtjänstlagen ställer inte något uttryckligt krav på att socialtjänstens verksamhet eller kvalitetsarbete ska baseras på kunskap. Detta skiljer sig från hälso- och sjukvården där det är lagstadgat att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[13] I Socialstyrelsens instruktion[14] anges däremot att Socialstyrelsen genom kunskapsstöd och föreskrifter ska bidra till att socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det framgår även av förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst att den stat-

[13] Se även motsvarande skrivningar i 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[14] Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

liga kunskapsstyrningen syftar till att bidra till att socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare har Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) inom ramen för modellen God vård och omsorg tagit fram en uppsättning indikatorer för kvalitet inom socialtjänsten. En dimension är att vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.[15]

Högre utvecklingstakt de senaste tio åren

En debattartikel publicerad 1999, undertecknad av bl.a. dåvarande generaldirektören för Socialstyrelsen, Kerstin Wigzell, kom att bli något av ett startskott för utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst. Sedan dess har riksdag, regering, kommuner, SKR och myndigheter tagit en rad initiativ för att stödja en sådan utveckling. Det handlar om förändringar i lagstiftningen och om nationella, regionala och lokala utvecklingsarbeten för att införa en evidensbaserad praktik i socialtjänsten med det övergripande syftet att utveckla en kunskapsbaserad socialtjänst.

Kerstin Wigzell lade 2008, i egenskap av särskild utredare, fram betänkandet Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren.[16] Betänkandet mynnade ut i den gemensamma plattform för en evidensbaserad praktik som utgjorde ramen för flera av de överenskommelser som slöts mellan dåvarande SKL och regeringen under åren 2010–2016. Centralt i plattformen har varit stödet till uppbyggnad av regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) och utvecklingsarbete inom dessa, se avsnitt 8.3. Det finns i dag regionala samverkans- och stödstrukturer i alla län inom vilka samtliga kommuner (och ofta regioner) ingår och är uppdragsgivare.

8.3 Strukturer för samverkan om kunskapsstyrning på regional och nationell nivå

I ljuset av den successiva utvecklingen har kommunerna över tid skapat ett antal strukturer för samverkan om kunskapsstyrning avseende socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. I det här

[15] www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardochomsorgisocialtjansten, (hämtad 19.08.24).
[16] SOU 2008:18 *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren.*

avsnittet beskrivs de strukturer för samverkan som har utvecklats på regional och nationell nivå. Som kan noteras är uppdragen för de olika konstellationerna, liksom funktioner och yrkesroller på dess ledamöter, delvis överlappande.

Med nationell nivå avses perspektivet hela Sverige. Med regional nivå avses i detta sammanhang samarbete på länsnivå. Lokal nivå avser kommunerna.

Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS)

År 2010 tecknades en överenskommelse mellan regeringen och dåvarande SKL om Plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Plattformen kom sedan att ligga till grund för flera överenskommelser på området som ingicks under perioden 2010–2016.

Mellan 2010 och 2016 utvecklades så kallade regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänst (RSS). Dessa har under åren också verkat för samverkan mellan socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården och regionerna avseende de målgrupper som behöver omfattande stöd från båda huvudmännen samtidigt. Sådana målgrupper är bland annat personer med missbruk, äldre och personer med funktionsnedsättning.

De regionala samverkans- och stödstrukturerna verkar på länsnivå för samverkan och utveckling. Det övergripande syftet med RSS är att skapa bättre samverkan mellan kommuner och mellan kommuner och regioner i frågor som rör socialtjänstens och den kommunala hälso- och sjukvårdens målgrupper. Utformningen av dessa 21 RSS är anpassade efter förutsättningar och behov i respektive län varför organisationslösningen varierar något mellan länen. I exempelvis Västra Götaland finns det fyra delregionala RSS:er. Samtliga RSS har dock samma mål, nämligen att

– medverka till samverkan i frågor som rör socialtjänsten och näraliggande hälso- och sjukvård mellan kommuner och mellan kommuner och regioner,
– stödja huvudmännen i dialogen om kunskapsutveckling och kunskapsstyrning samt

– stödja utvecklingen av evidensbaserad praktik på regional och lokal nivå anpassat till regionala och lokala prioriteringar.

På lokal och regional nivå, dvs. inom kommunen eller länet, kan RSS utifrån lokala och regionala prioriteringar exempelvis identifiera behov av kunskapsutveckling, samla och sprida bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet, stödja systematisk uppföljning och analys, stödja systematiskt förbättringsarbete och implementering samt stödja kompetensutveckling. Vad gäller kommunal hälso- och sjukvård finns exempelvis länsgemensamma samarbeten om palliativ vård, demens och diabetes. På nationell nivå bidrar representanter från RSS med sin kunskap och erfarenhet i olika typer av dialoger och diskussioner. Bland annat förs dialog med regioner och med statliga myndigheter. Samtliga RSS samverkar också med varandra i ett nationellt nätverk. Det så kallade RSS-nätverket möts fyra gånger per år i syfte att diskutera strategiska frågor av gemensamt intresse.

Arbetet inom RSS har utvecklats successivt under åren. De områden som många RSS arbetar med är t.ex. missbruks- och beroendevård, vård- och omsorg om äldre, den sociala barn- och ungdomsvården, systematisk uppföljning och analys, digitalisering och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Nytt nätverk för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård

RSS-nätverket beslutade våren 2019 att starta ett nationellt nätverk för äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Nätverket, som påbörjade sitt arbete strax efteråt, samordnas av SKR och inkluderar representanter från regionala samverkans- och stödstrukturer i landet. Nätverket ska bidra till att alla kommuner runt om i landet stärker sin förmåga att använda kunskapsbaserade metoder i patientmötet.

Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård (NSK-S)

Kommunerna har tillsammans med berörda statliga myndigheter och SKR skapat en strategisk grupp som kallas Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-S). Arbetet startade hösten 2014. Uppdraget är i första hand att utgöra ett forum

på nationell nivå där huvudmän och berörda myndigheter kan föra dialog, samordna sig och söka samsyn i strategiska frågor i syfte att utveckla kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik i socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård.

Kommunerna representeras av en eller flera socialchefer per län samt två representanter från nätverket för regionala samverkans- och stödstrukturer och från föreningen FoU Välfärd. Den senare är en organisation för alla landets forsknings- och utvecklingsenheter inom socialtjänstområdet. Från statens sida ingår representanter från fem av de nio myndigheterna som ingår i Rådet för styrning med kunskap.[17]

Fyra prioriterade fokusområden för NSK-S under 2020

NSK-S har under 2020 prioriterat fyra fokusområden. Det första är att fortsätta arbetet med att på ett mer systematiskt sätt lyfta lokala behov av kunskapsutveckling. Målet är en behovsinventering som är representativ och trovärdig. Det andra prioriterade området är att söka former för påverkansarbete för att förbättra förutsättningar för kunskapsstyrning i socialtjänstens verksamheter. Det tredje prioriterade området avser systemet för stöd till kunskapsutveckling. Målet är att förtydliga roller och samverkan mellan nationell, regional och lokal nivå. Slutligen är det fjärde prioriterade området att bidra till erfarenhetsutbyte och lärande avseende kunskapsstyrning på lokal och regional nivå.

Socialchefsnätverket

Socialchefsnätverket är ett av SKR:s strategiska chefsnätverk. Nätverket utgörs av socialchefer och består av minst en representant från varje län. Det övergripande syftet med Socialchefsnätverket är dialog och erfarenhetsutbyte. Socialcheferna i nätverket ska kunna företräda länets socialchefer och fungera som länk mellan dem och den nationella nivån i dialoger i olika strategiska frågor eller för att till exempel föra ut kunskapsunderlag till kommunerna i samarbete med RSS-nätverket. Socialchefsnätverket för dialog med företrädare

[17] SKL. *Samverkansmodell för långsiktig kunskapsutveckling.* SKL Dnr 16/06673. Representanterna från Rådet för styrning med kunskap kommer från Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SBU, Forte och E-hälsomyndigheten.

för SKR, statliga myndigheter, representanter för regeringen och andra aktörer för att till exempel bidra i beredning eller lämna synpunkter i frågor som rör socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Socialchefsnätverket samverkar regelbundet med hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket.

Styrgrupp för nationell kunskapsstyrning socialtjänst – kommuner i samverkan (tidigare Stora AU)

De tre nätverken som beskrivs ovan har delvis överlappande uppdrag. Hösten 2017 inrättades ett nytt samverkansforum mellan dessa nätverk och SKR. Bakgrunden var ett behov av att tydliggöra respektive nätverks uppdrag, att undvika dubbelarbete och att samverka i frågor där samtliga tre grupper behöver involveras. Det nya forumet fick 2017 namnet Stora arbetsutskottet (Stora AU). I forumet ingår arbetsutskotten för RSS-nätverket, NSK-S kommungrupp, socialchefsnätverket samt SKR.

I takt med uppbyggnaden av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning, med efterfrågan av kommunal medverkan och en rekommendation från SKR:s styrelse till kommunerna om att bidra finansiellt till stödet för kunskapsstyrning inom socialtjänsten, uppstod ett behov av att formalisera gruppens mandat. Våren 2019 bytte Stora AU namn till Stora AU – interimistisk styrgrupp för kommunernas samverkan för kunskapsstyrning inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Den 28 april 2020 bytte gruppen ännu en gång namn till Styrgrupp för nationell kunskapsstyrning socialtjänst.

Styrgruppens beslutsmandat omfattar:

- kommunernas medverkan i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning samt
- det arbete som bedrivs i och med att 280[18] kommuner ställt sig bakom SKR:s rekommendation till kommunerna om gemensam finansiering för att förbättra förutsättningarna för kunskapsstyrning i socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård.

[18] Uppgiften avser april 2020.

Kommunföreträdare i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning

Kommunerna medverkar i allt större omfattning i arbetet med regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och har börjat delta i vissa arbeten som bedömts som särskilt relevanta. I april 2019[19] beslutade Stora AU att kommunföreträdare ska medverka i fem av de s.k. nationella programområdena (NPO) som har skapats inom det regionala systemet. Beslutet innebär att det nu ingår två kommunföreträdare i NPO barn och ungas hälsa, NPO äldres hälsa, NPO levnadsvanor respektive NPO rehabilitering och habilitering. Vidare deltar sex kommunföreträdare i primärvårdsrådet. Sedan tidigare finns beslut om att kommunerna ska finnas representerade i NPO psykisk hälsa. Kommunerna medverkar också, genom ledamöter från RSS, i NSG stöd för utveckling och i ett antal av de nationella arbetsgrupperna som arbetar med att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Kommunernas medverkan fortsätter att utvecklas successivt. Se kapitel 7 för en beskrivning av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning.

Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten

Utöver ovan nämnda grupperingar finns ytterligare ett forum för dialog mellan Socialstyrelsen, RSS och SKR som kallas Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten. Partnerskapet bildades 2017 på basis av ett förslag från de berörda aktörerna om att inrätta ”Partnerskapet för samverkan mellan nationell nivå och de regionala samverkans- och stödstrukturerna till stöd för kunskapsutveckling i socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård”. Under 2019 fattade styrgruppen beslut om att ändra namnet till det nu aktuella.[20] Partnerskapet är en modell för långsiktig samverkan mellan regional och nationell nivå i frågor som rör kunskapsstyrning inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. I partnerskapet har alla aktörer (Socialstyrelsen, SKR och varje RSS) skrivit under en överenskommelse om att samverka inom ramen för sina respektive uppdrag. Den dialog som förs inom Partnerskapet mellan företrädare

[19] Minnesanteckningar från Stora AU den 4 april 2019, SKR.
[20] Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten. Verksamhetsberättelse för 2019.

för kommuner, Socialstyrelsen och SKR syftar till att skapa bättre förståelse för de respektive verksamheternas förutsättningar och behov samt till att skapa en bättre samordning mellan aktörerna i kunskapsstyrningen på området. En skillnad mot de tidigare nämnda nätverken är att Partnerskapet arbetar operativt med gemensamma utvecklingsarbeten, i de frågor man ser att samverkan och samarbete mellan nationell och regional nivå gynnar utvecklingen. Ett exempel på sådana utvecklingsarbeten är stöd för individbaserad systematisk uppföljning. Även andra berörda myndigheter i Rådet för styrning med kunskap har bjudits in till att medverka på dialogmöten och i de utvecklingsarbeten som har startats. Partnerskapet arbetar således med samverkan både via dialog och operativt på områden man har kommit överens om. Kommunal hälso- och sjukvård utgör ett prioriterat samverkansområde i partnerskapets arbete.

Andra nationella nätverk med regionala representanter

Utöver ovan nämnda samverkansorgan och nätverk finns ytterligare några relaterade nätverk för samverkan, stöd och lärande mellan regionerna, kommunerna och den nationella nivån, där SKR är sammankallande. Nätverken utgör forum för information- och erfarenhetsutbyte inom specifika områden och är därigenom ett stöd i arbetet med kunskapsutveckling och förbättringsarbete. De nationella nätverken finns för områdena barn och unga, digitalisering inom socialtjänst, funktionshinder, kvinnofrid, missbruk och beroende, systematisk uppföljning och analys samt äldre.

8.4 Stödet från regional och nationell nivå omsätts i praktisk verksamhet i varje enskild kommun

Som konstateras i inledningen av detta kapitel vilar det formella ansvaret för att tillförsäkra hälso- och sjukvård av god kvalitet, i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och att bedriva ett löpande kvalitetsarbete på varje enskild kommun. De samarbeten på nationell och regional nivå som beskrivs ovan är ett stöd för kommunen i att bedriva en verksamhet som lever upp till kraven. Hur den enskilda kommunen väljer att använda sig av det stödet, dvs. stöd för att omsätta exempelvis kunskapsstöd och

erfarenhetsutbyten i verksamheten, skiljer sig åt från kommun till kommun. Kommuner kan också ha samarbeten med näraliggande kommuner eller med aktuell region. I kapitel 10 beskrivs och exemplifieras hur ett antal kommuner arbetar med kunskapsstyrning på lokal nivå.

Tablå 8.1. Förkortningsordlista för kapitlet

NPO – Nationellt programområde
NSG – Nationell samverkansgrupp
NSK-S – Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten
Partnerskapet – Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten
RSS – Regionala samverkans- och stödstrukturer
SKR – Sveriges Kommuner och Regioner
Stora AU – Stora Arbetsutskottet. Sedan 2019 namngiven Stora AU – interimistisk styrgrupp för kommunernas samverkan för kunskapsstyrning inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. 2020 har gruppen bytt namn till Styrgrupp för nationell kunskapsstyrning socialtjänst.

9 Nationell uppföljning och analys

- Kapitlet handlar om nationell uppföljning och analys samt statens roll i denna.
- Med nationell uppföljning avser vi uppföljning av hälso- och sjukvård, där såväl regionerna som kommunerna är huvudmän, avseende hela Sverige.
- Som underlag för uppföljning och analys finns information i en rad olika datakällor, nationella undersökningar, plattformar och rapporter. Mycket data genereras i hälso- och sjukvårdsverksamheten.
- Det görs mycket uppföljning och analys av hälso- och sjukvård, såväl nationellt som internationellt. Det är många olika aktörer som har en uppföljande roll.
- Flera statliga myndigheter har i uppdrag att göra uppföljningar av hälso- och sjukvården, utifrån sina respektive verksamheters perspektiv. Arbete med uppföljning och analys engagerar många medarbetare vid dessa myndigheter.

Utredningen har bl.a. i uppdrag att fokusera på hur staten kan agera på ett mer sammanhållet sätt genom att bättre förutsättningar skapas för nationell och sammanhållen uppföljning av hälso- och sjukvården. I detta kapitel ges en bild av den nationella uppföljningen. I kapitlet ges en överblick över olika informationskällor i form av data, rapporter etc. som kan ligga till grund för en samlad bild av läget och utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Därefter går vi in på myndigheterna på hälso- och sjukvårdsarenan som arbetar med uppföljning och analys, vad de gör och bidrar med. Slutligen konstaterar vi att regeringen ser frågan om utveckling av den nationella

uppföljningen som en prioriterad fråga och vi gör en tillbakablick över tidigare rapporter som på olika sätt har lyft eller föreslagit utveckling av den nationella uppföljningen.

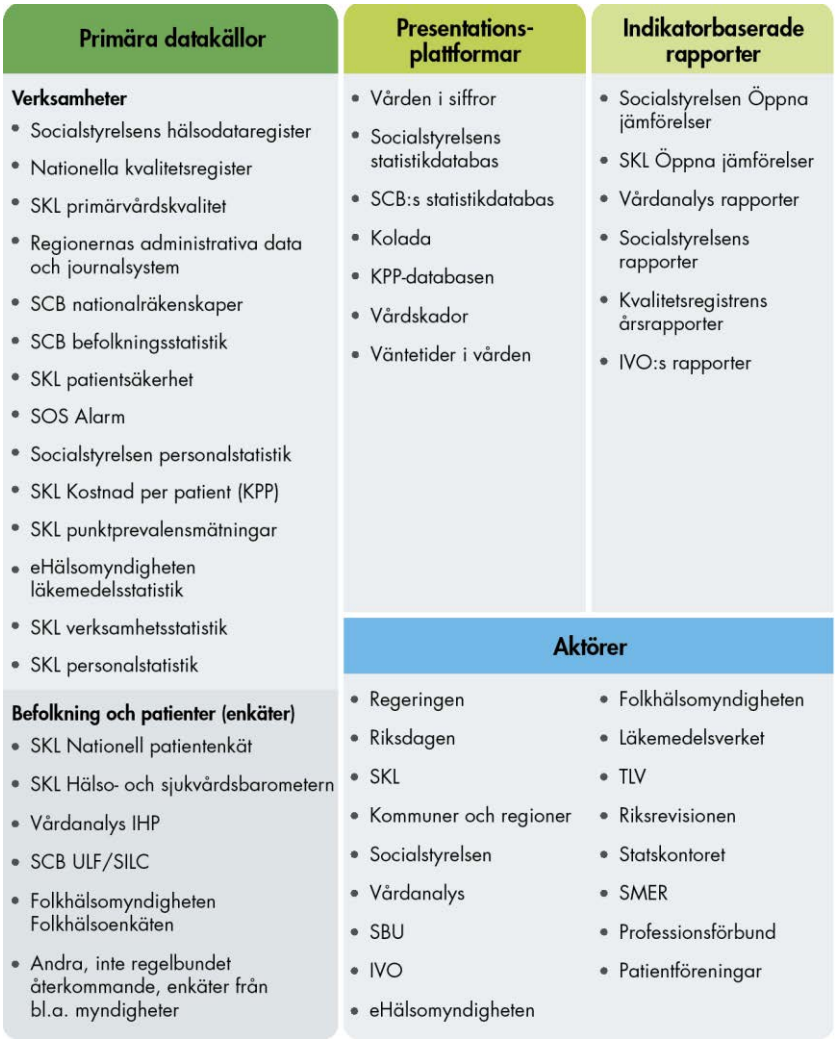
9.1 Vad är nationell uppföljning och analys?

I kapitel 2 definieras uppföljning som en beskrivning av verkligheten, ”hur gick det?”. Det innebär att följa utveckling och mäta vad som faktiskt har hänt. Analys handlar om att närmare granska och förstå det man har följt upp, inte bara konstatera. Uppföljning innebär att faktiska skeenden i hälsosystemet kartläggs och dokumenteras lokalt, regionalt och nationellt. En uppföljning ger en översiktlig bild, så värderingsfritt som möjligt. Med nationell uppföljning avser vi uppföljning av hälso- och sjukvården i olika avseenden, t.ex. uppdelat på ålder, kön, diagnos, etc. i hela Sverige. Det omfattar hälso- och sjukvård som såväl regioner som kommuner är huvudman för.

Den nationella uppföljningen kan ha ett värde för flera olika aktörer, men mot bakgrund av statens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården ser utredningen att den har ett särskilt värde för staten och regeringen genom att den ger en samlad bild av tillståndet i hela landet. Nationell uppföljning kan t.ex. också ha ett värde för medborgarens rätt till insyn och information, men självklart också för huvudmännen själva.

För att få den nationella bilden handlar det ofta om tillgång till lokala och regionala data som sammanfogas och aggregeras. Inhämtning av data sker oftast vårdnära för att användas för uppföljning, verksamhetsutveckling, ledning, styrning och lärande. Det krävs arbete med att strukturera data, gemensam indikatorutveckling, nationell infrastruktur, ändamålsenlig lagstiftning etc. för att kunna få till dataflöden och tillgång till data på olika nivåer utifrån olika behov. Insamling sker oftast inte direkt till staten utan det är sjukvårdshuvudmännen som fångar data och för den vidare.

Figur 9.1. Illustration från Vårdanalys rapport Med örat mot marken



9.2 Många bidrar till en nationell bild av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården följs i dag upp på nationell nivå av flera olika aktörer. Det innebär att det samlas in en stor mängd data som tillgängliggörs på olika sätt, bl.a. i analyser, rapporter, presentationsplattformar och databaser. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

(Vårdanalys) illustrerar denna mångfald av källor, aktörer m.m. kopplat till den nationella uppföljningen i en exempelbild i rapporten Örat mot marken (figur 9.1). Bilden ska inte ses som heltäckande, utan illustrerar aktörer, källor m.m. av betydelse.[1]

9.2.1 Datakällor – verktyg för uppföljning

Som underlag för uppföljning finns information i en rad olika datakällor. I Sverige finns det både nationellt övergripande data och lokala data. Till de nationella datakällorna hör hälsodataregister och nationella kvalitetsregister. Inom hälso- och sjukvården samlas det in data av olika slag. Det är främst professionerna som för in information i journaler och olika register. Det finns också initiativ som samlar in data om patienters och medborgares uppfattning om vården. Trots detta är bristande tillgång till data ibland ett problem, både på nationell och lokal nivå. Uppföljningsdata om primärvården är ett sådant exempel. Dock pågår det utvecklingsarbeten på primärvårdsområdet, t.ex. SKR:s Primärvårdskvalitet och utvecklingsarbete på Socialstyrelsen, se vidare under Hälsodataregister. Frågan handlar också om att rätt aktör ska ha rätt information i rätt tid, vilket bl.a. ställer krav på strukturerade data, interoperabilitet samt juridiska och tekniska förutsättningar. Nedan beskrivs några centrala datakällor i korthet.

Hälsodataregister

De svenska hälsodataregistren rymmer ett stort antal individer och de har funnits i många år, vissa så långt tillbaka som 1950-talet. Att tillhandahålla uppgifter till hälsodataregister är en lagstadgad skyldighet för vården. Uppgiftsskyldigheten gäller alla verksamheter inom hälso- och sjukvården utom primärvården.[2] Personuppgifter i hälsodataregistren får användas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Med hjälp av hälsodataregistren kan man följa, analysera och rapportera om hälsa och sociala förhållanden. Den lagstadgade uppgiftsskyldigheten och det faktum att registren bygger på personnummer gör att registren

[1] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Med örat mot marken*. Rapport 2019:2. 2019.
[2] Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

har hög täckningsgrad och utgör en bra grund för både forskning, beslutsfattande och löpande arbete med att förbättra hälso- och sjukvården. Med hjälp av registrens information går det till exempel att jämföra skillnader i vård mellan olika sjukvårdshuvudmän eller jämföra skillnader mellan olika befolkningsgrupper. De nationella hälsodataregister som Socialstyrelsen ansvarar för är cancerregistret, registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, läkemedelsregistret, medicinska födelseregistret, patientregistret och tandhälsoregistret. När det gäller uppföljning av primärvårdsdata fick Socialstyrelsen i juli 2019 i uppdrag att se över möjligheter för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Uppdraget ska slutredovisas senast i september 2020.[3]

Nationella kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister är register som systematiskt samlar data om olika patientgrupper. En del register gäller patienter med en viss diagnos, andra fokuserar på vissa behandlingar. En viktig grundläggande skillnad mellan hälsodataregister och kvalitetsregister är att de nationella kvalitetsregistren bygger på frivillighet för hälso- och sjukvården. Det finns i dag ett drygt hundratal nationella kvalitetsregister inom överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om stöd till nationella kvalitetsregister. Majoriteten av dem finns inom hälso- och sjukvården, främst inom den specialiserade vården, men det finns även register inom tandvård och socialtjänst. Det saknas dock heltäckande kvalitetsregister för den vård som sker i primärvården.

Det primära syftet med kvalitetsregistren är att de ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Personalen på en vårdenhet kan t.ex. jämföra sina resultat med andra enheters. De kan följa resultaten över tid och se om de åtgärder som vidtas för att höja kvaliteten ger önskad effekt. Med hjälp av registren kan man ofta avgöra vilka interventioner, läkemedel och medicintekniska produkter som ger bra resultat och vilka som bör

[3] Socialdepartementet. *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen mot en mer nära vård*. Dnr S2019/03056/FS; Lag (1998:543) om hälsodataregister; www.socialstyrelsen.se (hämtad 19.10.23); SOU 2017:48 *Kunskapsbaserad och jämlik vård*.

fasas ut. Det går också att avgöra om vården är jämlik, till exempel i olika delar av landet.

Det första svenska nationella kvalitetsregistret startades på initiativ av en ortoped på 1970-talet och registren kom inledningsvis att utvecklas inom ortopedin. Utvecklingen har därefter skett successivt. I början av 1990-talet ökade intresset för evidensbaserad medicin och kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården, och med det intresset för kvalitetsregister som ett verktyg för uppföljning. Mot bakgrund av att registren startats på initiativ av professionen skiljer sig registren i uppbyggnad och omfattning från varandra. Detta tillsammans med att de kan vara olika väl förankrade i hälso- och sjukvården bidrar till att täckningsgraden kan variera. År 2010 publicerades rapporten Guldgruvan i hälso- och sjukvården, som var en översyn av de nationella kvalitetsregistren. Rapporten togs fram i samarbete mellan regeringen och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Översynen lade fram ett förslag om en gemensam femårig satsning på de nationella kvalitetsregistren i syfte att utveckla de nationella kvalitetsregistren och deras potential. Mot denna bakgrund slöts en femårig överenskommelse mellan staten och SKL om en satsning på kvalitetsregister för 2012–2016. Därefter har parterna slutit årliga överenskommelser.

Den femåriga satsningen har utvärderats.[4] En central del av den pågående förändringen är att kvalitetsregistren tydligare ska vara en integrerad del i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och uppföljning av svensk hälso- och sjukvård och användas mer än i dag för förbättringsarbete.[5] I överenskommelsen om nationella kvalitetsregister m.m. för 2020 är inriktningen att fortsätta det arbete som sedan tidigare slagits fast i en flerårsplan som togs fram 2018 där bl.a. ökade förutsättningar för registerbaserat förbättringsarbete är en del.

[4] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Lapptäcke med otillräcklig täckning*. Rapport 2017:4, 2017.
[5] registercentrum.se/om-oss/om-nationella-kvalitetsregister/p/rk21maUUf (hämtad 19.10.01); www.kvalitetsregister.se (hämtad 19.10.01).

9.2.2 Nationella undersökningar

Hälso- och sjukvårdsbarometern

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en årlig nationell undersökning med syftet att fånga befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om svensk hälso- och sjukvård. Den vänder sig till individer i Sverige som är 18 år eller äldre. Målet är att, såväl lokalt som nationellt, följa upp befolkningens förtroende, upplevelse av tillgång till sjukvård och inställningar i olika frågor som underlag för att föra demokratisk dialog och identifiera förbättringsområden. Befolkningens syn på hälso- och sjukvården är ett viktigt perspektiv att ha med i arbetet med att planera, leda, styra och förbättra regionernas verksamhet. Hur invånarnas uppfattning utvecklar sig över tid är intressant i relation till förändringar som görs i form av olika beslut, reformer och insatser som syftar till att förbättra för befolkningen. Undersökningen genomförs på uppdrag av samtliga regioner. Arbetet samordnas av SKR.[6]

Nationell Patientenkät

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården där regionerna är huvudman. Genom att delta i Nationell Patientenkät får patienter möjlighet att berätta om och svara på frågor rörande sina erfarenheter och upplevelser av hälso- och sjukvården. Resultaten används för att förbättra och utveckla hälso- och sjukvården utifrån ett patientperspektiv, samt som ett underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning. Även denna undersökning samordnas av SKR.[7] Nationell Patientenkät kommer att utgöra en del av en nationell plattform för patientrapporterade mått som är under utveckling.[8]

[6] www.skr.se (hämtad 19.12.16).
[7] www.skr.se (hämtad 19.12.16).
[8] Samtal med SKR januari 2020.

Enkäter som har fokus på kommunal hälso- och sjukvård

Enkät Öppna jämförelser kommunal hälso- och sjukvård

År 2019 var första året som den kommunala hälso- och sjukvården hade en egen separat enkät Öppna jämförelser. Se vidare om Öppna jämförelser under avsnitt 9.2.3. Frågorna har tidigare varit inbakade i enkäten för äldreomsorg. Enkäten ÖJ kommunal hälso- och sjukvård innehåller frågor bl.a. om kommunen erbjuder multiprofessionella demensteam och enkel fotundersökning för personer med diabetes (patienter som har hemsjukvård eller bor i särskild boendeform enligt socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

Brukarundersökning

Inom brukarundersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? som riktar sig till alla över 65 år som har hemtjänst eller bor i särskilt boende, finns det några frågor som handlar om mer vårdande insatser.

Inom enkäten för särskilt boende finns frågorna:

- F21 Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?
- F22 Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?

Inom enkäten för hemtjänst finns frågor om hjälpmedel, dessa frågor ställdes första gången 2018.

- F21 Använder du något/några hjälpmedel som du fått föreskrivit från kommunen eller landstinget?
- F22 Om du använder något/några hjälpmedel: Underlättar ditt/dina hjälpmedel din vardag?

9.2.3 Plattformar och rapporter

Det finns i dag många olika presentationsplattformar för att tillgängliggöra och presentera data, såväl nationella som regionala och lokala. Plattformarna återfinns både hos staten och sjukvårdshuvudmännen, då främst hos SKR. Två plattformar med en bred ansats är

Vården i siffror respektive Kolada, som beskrivs närmare nedan. Vidare finns en stor mängd rapporter som använder sig av eller tar sin utgångpunkt i datakällor, som utgör ett underlag i den nationella uppföljningen. Många av rapporterna publiceras av de statliga myndigheterna. En av de mer omfattande är Öppna jämförelser, som beskrivs närmare nedan. Några myndigheter har enligt sina instruktioner i uppdrag att årligen publicera breda rapporter inom sina ansvarsområden, se vidare avsnitt 9.3.

Vården i siffror

Vården i siffror är en plattform i form av en webbapplikation som har funnits sedan 2016 där aktuella nationella indikatorer om hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet samlas. Den bygger på data från en mängd olika källor, såväl från nationella kvalitetsregister som statliga register och undersökningar. Vården i siffror finansieras gemensamt av regionerna, men utvecklas och drivs av SKR.

Vården i siffror uppdateras löpande och på så låg enhetsnivå som möjligt. Tanken är att den öppna publiceringen ska ge faktaunderlag för analys och dialog om vårdens kvalitet. Den främsta målgruppen är personer som arbetar med hälso- och sjukvårdens ledning, styrning och planering. Vården i siffror riktar sig också till andra som är intresserade av hälso- och sjukvårdens kvalitet och utveckling, t.ex. politiker, tjänstemän, patientföreträdare och analytiker.[9]

Kolada

Kolada är en statistikdatabas för kommuner och regioner som har funnits sedan 2006. Kolada innehåller cirka 5 000 nyckeltal som kan användas som underlag för analyser och jämförelser, t.ex. kan det handla om resurser, volymer och kvalitet i kommuners och regioners alla verksamheter. Nyckeltalen bygger ofta på nationell statistik från de statistikansvariga myndigheterna, men också på uppgifter från andra källor. Kolada ägs av den ideella föreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Staten och SKR är föreningens

[9] www.skr.se (hämtad 19.12.16).

medlemmar. RKA:s uppdrag är att underlätta uppföljning och analys av olika verksamheter i kommuner och regioner.[10]

Öppna jämförelser

En viktig satsning för att öka tillgängligheten av data gjordes 2006 när SKR och Socialstyrelsen gav ut den gemensamma rapporten Öppna jämförelser om hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Genom Öppna jämförelser utvecklades en ny typ av öppenhet om sjukvårdens resultat i Sverige. Öppna jämförelser har publicerats både som en årlig rapport och som rapporter på ett antal specifika teman. Öppna jämförelser finns även för socialtjänstens område. Öppna jämförelser är systematiska och fortlöpande jämförelser baserade på resultatindikatorer.

Syftet med Öppna jämförelser är att utgöra ett faktabaserat underlag i den offentliga debatten om hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens kvalitet och effektivitet samt att stimulera arbetet med förbättringar i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Öppna jämförelser bygger på data utifrån ett stort antal indikatorer. Informationen finns öppet tillgänglig för alla, dels via de rapporter som publiceras, dels via ett webbaserat jämförelseverktyg på Socialstyrelsens webbplats. I verktyget kan den som är intresserad söka statistik och jämföra denna mellan till exempel regioner eller sjukhus.

Vårdanalys publicerade 2012 en utvärdering av den årliga rapporten Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet och effekterna av denna rapport.[11] En slutsats som drogs i utvärderingen var att Öppna jämförelser hade stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården. Myndigheten pekade på att hälso- och sjukvårdens resultat genom Öppna jämförelser hade blivit mer tillgängliga, särskilt för landstingsledningar. Genom Öppna jämförelser fick landstingsledningarna tillgång till information om vårdens medicinska resultat. Tidigare hade de framför allt varit hänvisade till kostnadsdata och strukturella mått, t.ex. antal vårdplatser. Myndigheten menade att förändringen innebar att politiker och tjänstemän nu kunde föra en bättre dialog med professionerna om vårdens innehåll och det underlättade för besluts-

[10] www.kolada.se (hämtad 19.12.16).
[11] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Grönt ljus för öppna jämförelser?* 2012:4. 2012.

fattare att ställa krav på förbättrade resultat. De konstaterade också att Öppna jämförelser ger ett underlag för att ta strategiska beslut om vilka förbättringsområden som bör prioriteras. En annan slutsats som drogs i utvärderingen var att Öppna jämförelser hade medfört en ökad transparens avseende vårdens kvalitet. Samtidigt menade myndigheten att presentationsformen inte var lämplig för allmänhet och media. Informationen var för svårtolkad för att skapa full transparens. Myndigheten konstaterade vidare i sin rapport att organisationen för Öppna jämförelser behövde utvecklas. De noterade att SKR:s och Socialstyrelsens olika roller och intressen ledde till olika huvudfokus i arbetet vilket i sin tur resulterade i bland annat upplevd otydlighet om roller och ansvar inom projektorganisationen.

Samarbetet mellan SKR och Socialstyrelsen med de tryckta rapporterna på hälso- och sjukvårdsområdet avslutades i och med rapporteringen 2014. Därefter har arbetet fortsatt under andra former.[12]

Hälso- och sjukvårdsrapporten – öppna jämförelser

Sedan 2018 publicerar SKR en rapport som heter Hälso- och sjukvårdsrapporten – öppna jämförelser. Rapporten har ett par olika syften. Ett är att på några centrala områden ge en komprimerad bild av utvecklingen i svensk sjukvård, med stöd av så aktuella data som möjligt, normalt till och med föregående år. Ett annat syfte är att presentera tematiska resultatöversikter, där regioner jämförs med varandra. Dessa återkommande öppna kvalitetsjämförelser avser vara ett stöd för regionernas arbete med kvalitetsförbättringar i hälso- och sjukvården.[13]

Vård- och omsorg om äldre – öppna jämförelser

Ett exempel på en rapport som speglar det kommunala perspektivet är Öppna jämförelser Vård och omsorg om äldre. SKR publicerade denna rapport första gången 2007 och den redovisade bl.a. indikatorer om stroke och fallskador. Mellan åren 2010–2017 tog SKR och Socialstyrelsen fram en gemensam rapport på området med cirka

[12] www.vardenisiffror.se (hämtad 19.10.02); www.socialstyrelsen.se (hämtad 19.10.02).
[13] Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) *Hälso- och sjukvårdsrapporten* 2018 respektive 2019.

30 indikatorer och 15 bakgrundsmått som speglade både vårdens och socialtjänstens/omsorgens kvalitet eller upplevda kvalitet. Sedan 2018 ges rapporten, med viss förändring i innehållet, ut av Socialstyrelsen.

9.2.4 Svensk hälso- och sjukvård i en internationell kontext

Uppföljning av svensk hälso- och sjukvård görs också i jämförelse med andra länder. Det finns flera organisationer som regelbundet ger ut rapporter och gör sammanställningar där olika aspekter av hälso- och sjukvården jämförs mellan länder. Nedan presenteras några av dessa rapporter och organisationer.

International Health Policy Survey – IHP

Studien International Health Policy Survey (IHP) genomförs årligen. Studien genomförs i samarbete med den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund. Sverige har deltagit i undersökningen sedan 2009. Stiftelsen The Commonwealth Fund genomför tillsammans med 11 länder årligen jämförande undersökningar för att ge underlag till förbättrat beslutsfattande inom hälso- och sjukvårdsområdet. Övriga deltagande länder är Australien, Kanada, Frankrike, Tyskland, Nederländerna, Nya Zeeland, Norge, Schweiz, Storbritannien och USA. Fokusgrupperna i undersökningarna varierar med ett treårsintervall. Dessa är befolkningen, patienter 65 år och äldre samt läkare i primärvården. År 2019 undersökte IHP-studien genom en enkät till primärvårdsläkare hur läkarna i de olika länderna ser på hälso- och sjukvården.

OECD

Health at a Glance

OECD:s hälsokommitté har i uppdrag att främja förbättringar i medlemsländernas hälso- och sjukvårdssystem. Inom ramen för uppdraget tas flera rapporter fram, varav Health at a Glance är den kanske mest uppmärksammade. Rapporten tas fram vartannat år av OECD och ska ge beslutsfattare, intressegrupper och vårdpersonal jämförbara faktauppgifter och insikter i hälso- och sjukvården i med-

lemsländerna. Rapporten ges också ut i en version som enbart omfattar länder i Europa, men som även inkluderar europeiska länder som inte är OECD-medlemmar. Denna benämns Health at a Glance: Europe och tas fram i samarbete med EU-kommissionen. Rapporterna baseras på statistik från respektive lands statistikmyndigheter. Sammanlagt baseras rapporterna på cirka 80 olika indikatorer.

EU

Inom EU pågår flera parallella processer som involverar jämförelser mellan medlemsstaterna. Nedan några exempel.

State of health in the EU

Initiativet State of health in the EU eller Hälsotillståndet i EU som det heter på svenska, består av tvååriga cykler i fyra delar. Den första delen utgörs av rapporten Health at a Glance: Europe som tas fram i samarbete mellan EU-kommissionen och OECD (se ovan). Denna rapport inleder varje cykel med en övergripande utvärdering av EU-ländernas hälso- och sjukvårdssystem. Den andra delen utgörs av landspecifika hälsoprofiler som analyserar problem och fördelar med EU-ländernas hälso- och sjukvård. Den tredje delen utgörs av en kompletterande rapport som publiceras tillsammans med landsprofilerna och tar upp några av de viktigaste förändringarna i vården. Den fjärde och slutliga delen utgörs av att EU-ländernas hälsomyndigheter i slutet av tvåårsperioden kan be om utbyten med experterna bakom rapporterna för att diskutera resultat och eventuella åtgärder. Initiativet ger medlemsstaterna bättre faktaunderlag. EU-kommissionen får i sin tur data och politiska analyser som kan bidra till EU-samarbetet, t.ex. underlag till landrapporterna inom den europeiska planeringsterminen, se nedan.[14]

[14] ec.europa.eu/health/state/summary_sv (hämtad 20.01.08).

Den europeiska planeringsterminen – årliga jämförelser och rekommendationer

Den europeiska planeringsterminen är en årscykel som utgör ramen för samordningen av den ekonomisk politiken mellan EU-länderna. Inom ramen för denna årscykel publiceras bl.a. landrapporter, en för varje medlemsstat. På basis av landrapporterna samt övrig analys och dialog med medlemsstaterna presenterar EU-kommissionen varje år förslag till landspecifika rekommendationer, dvs. rekommendationer riktade till respektive medlemsstat om vilka reformåtgärder som bör vidtas. Kommissionens förslag diskuteras medlemsstaterna emellan och beslutas formellt av Ministerrådet. Medlemsstaterna granskar också årligen varandras reformer i så kallade peer reviews innan beslut om nya rekommendationer fattas. Rekommendationerna omfattar huvudsakligen områdena ekonomi, sysselsättning, utbildning, socialpolitik och hälso- och sjukvård. Rekommendationerna på hälso- och sjukvårdsområdet läggs främst i ljuset av att medlemsstaternas hälso- och sjukvårdssystem väsentligt påverkar den finansiella stabiliteten i medlemsstaternas offentliga finanser. Processen är i praktiken en kombination av styrande beslut och rent ömsesidigt lärande.

Health System Performance Assessment (HSPA)

Expertgruppen för Health System Performance Assessment är ett frivilligt samarbete mellan EU-medlemsstater och EU-kommissionen där deltagande länderna gemensamt beslutar om områden att studera närmare. Även Norge, OECD, WHO:s europakontor och European Observatory deltar i arbetet. Expertgruppen etablerades 2014. Fokus för arbetet är hur olika aspekter av hälsosystemen i länderna kan följas upp och utvärderas. Länderna beskriver i gemensamma rapporter sina ansatser och utvecklingsarbeten för uppföljning på systemnivå. Områden som har beskrivits på detta sätt är bland annat kvalitet, integrerad vård och omsorg, primärvård samt effektivitet. En viktig aspekt av gruppens arbete är fokus på att utveckla lärande mellan medlemsländerna, till skillnad från olika typer av indikatorbaserade jämförelser och rankingar.[15]

[15] www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019300272 (hämtad 20.01.08).

The European Observatory

The European Observatory on Health Systems and Policies är en organisation som stödjer och främjar evidensbaserat beslutsfattande inom hälso- och sjukvården, bl.a. genom omfattande analyser och jämförelser av hälso- och sjukvårdssystemens utveckling i Europa. Organisationen är ett samarbete mellan bl.a. WHO, EU-kommissionen, Världsbanken, Sverige, Finland, Norge, Belgien, Österrike och Storbritannien. Den har givits en organisatorisk hemvist på WHO. The Health Systems and Policy Monitor Network (HSPM) är organisationens webbaserade plattform som ger en detaljerad beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemen i snart alla europeiska länder. Plattformen ska uppdateras kontinuerligt och ge aktuell information om reformer och politiska initiativ som pågår eller är under utveckling i de olika länderna. Syftet är att beslutsfattare, praktiker och forskare ska kunna följa, förstå och dra nytta av de olika förändringar och innovationer som sker i de nationella hälso- och sjukvårdssystemen i Europa.[16]

Nordiska ministerrådet

De nordiska länderna samarbetar bl.a. inom ramen för Nordiska ministerrådet. Inom den ministerkonstellation som kallas Ministerrådet för social- och hälsopolitik har flera samarbeten etablerats mellan länderna. Mest relevant som bas för jämförelser länderna emellan inom hälso- och sjukvårdsområdet är det nordiska samarbetsorganet Nordiska medicinalstatistisk kommitté (Nomesko) som etablerades redan 1966. Nomesko tillhandahåller dels en databas med jämförbar nordisk statistik, dels har de under lång tid publicerat årsrapporter. Statistiken omfattar jämförelser både vad gäller hälsoutfall och hälso- och sjukvårdens organisation och verksamhet. Syftet med samarbetet är att underlätta jämförelser mellan de nordiska länderna som ett underlag för politiska beslut. Jämförelserna ska bidra till att erfarenheter från ett eller flera nordiska länder kan tas tillvara i övriga delar av norden. Statistiken används främst av statliga myndigheter i de nordiska länderna men i viss utsträckning även av regioner och kommuner.

[16] www.vardanalys.se (hämtad 19.12.16).

9.3 Närmare om myndigheterna och deras arbete med uppföljning och analys

Flera statliga myndigheter med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor har en uppföljande roll. Att det är flera olika myndigheter som arbetar med uppföljning följer av hur regeringen har valt att organisera och styra sina myndigheter. Regeringen kan, som framgår i kapitel 5, styra sina myndigheter främst genom förordning om instruktion, regleringsbrev och särskilda regeringsbeslut. Regeringen kan efterfråga uppföljningsrapporter genom dessa styrinstrument.

Det vanligaste sättet som regeringen efterfrågar uppföljningsrapporter på är genom regeringsuppdrag till berörd myndighet, antingen i regleringsbrevet eller i ett särskilt regeringsbeslut.

I instruktionen återspeglas myndighetens grundläggande, långsiktiga uppdrag. Det förekommer att mer specifika uppgifter är reglerade, såsom viss rapportering. Några myndigheter har enligt sina instruktioner i uppdrag att göra årliga lägesrapporteringar. När det t.ex. gäller Inspektionen för vård och omsorg (IVO) står det i instruktionen att myndigheten senast den 1 mars varje år ska lämna en särskild rapport till regeringen med en sammanfattande analys av arbetet med tillsyn, klagomål m.m. som bl.a. ska innehålla de viktigaste iakttagelserna, de åtgärder som myndigheten vidtagit med anledning av uppmärksammade brister och slutsatser av tillsynen. Socialstyrelsen ska årligen senast den 31 mars till regeringen (Socialdepartementet) lämna in lägesrapporter om individ- och familjeomsorg, vård och omsorg om äldre, insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning samt om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Folkhälsomyndigheten ska enligt sin instruktion regelbundet förse regeringen med en folkhälsopolitisk rapport samt årligen en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. I instruktionen för Vårdanalys står det att myndigheten löpande ska redovisa till regeringen resultatet av sådana analyser, granskningar, uppföljningar och utvärderingar som avses i 1–3 §§ i myndighetens instruktion.

Utredningen har försökt att skapa sig en tydligare bild av omfattningen av den uppföljning av hälso- och sjukvården som görs av de statliga myndigheterna med ansvar för frågor inom området. I juni 2019 skickade utredningen en enkät till de nio myndigheterna i Rådet för styrning med kunskap (se avsnitt 5.2) samt till Vårdanalys.

Enkäten handlade om uppföljningsrapporter som hade publicerats 2017 och 2018. Av dessa myndigheter angav sju att de hade publicerat sådana rapporter – E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, IVO, Läkemedelsverket, Vårdanalys, Socialstyrelsen samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). I december 2019 ställde utredningen fördjupade frågor om uppföljning och analys till dessa sju myndigheter.

Vi inleder nästa avsnitt med en övergripande beskrivning av uppföljningen av hälso- och sjukvården baserat på svaren på enkäten till myndigheterna. Därefter beskriver vi hur respektive myndighet arbetar med uppföljning och analys baserat på enkäten samt de fördjupande frågorna.

9.3.1 Övergripande kartläggning av hälso- och sjukvårdsmyndigheternas uppföljning

Som nämnts ovan har utredningen kartlagt myndigheternas arbete med uppföljning av hälso- och sjukvård genom frågor via en enkät. Syftet var att genom kartläggningen skapa sig en tydligare bild av omfattningen av uppföljningen som görs inom staten av den svenska hälso- och sjukvården. I detta inkluderas även uppföljningar av hälsa och folkhälsa.

Enkäten avgränsades till rapporter som myndigheterna har publicerat under 2017 och 2018. Enkäten avsåg rapporter där uppföljning var huvudfokus, inte sådana rapporter där uppföljning utgör en underordnad del. Myndigheterna skulle för varje uppföljningsrapport redovisa om den var egeninitierad eller utgick från ett regeringsuppdrag, om uppföljningen hade fokus på hälso- och sjukvård i regioner och/eller kommun, dvs. om det var regioner och/eller kommuner som följdes upp, samt vad det huvudsakliga syftet med rapporten var. Vidare skulle myndigheterna redovisa målgrupp, dvs. vem som var den primära mottagaren av rapporten. Det fanns också möjlighet att lämna en kommentar i fritext.

Myndigheterna Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) och Myndigheten för delaktighet uppgav att de inte arbetar med den typ av uppföljning som utredningen frågade efter. De tre myndigheterna ingår därför inte i kartläggningen. De övriga myndigheterna uppger att de sammanlagt har publicerat 156 uppföljnings-

rapporter under 2017 och 2018. Enkätsammanställningen visar att alla rapporter inte har kunnat kategoriseras exakt utifrån de frågor som utredningen har ställt. Till exempel kan en rapport ha flera likvärdiga målgrupper eller ha ett fokus som inte har efterfrågats i enkäten. Det betyder att den följande sammanställningen inte helt och hållet följer frågorna i enkäten. I sammanställningen har vi valt att särskilt fokusera på regeringen.

Av tabell 9.1 framgår bl.a. att en tredjedel (52 rapporter) av de 156 publicerade uppföljningarna är initierade av regeringsuppdrag och antas därmed ha regeringen som primär målgrupp. Utöver det riktas cirka elva procent (17 rapporter) av uppföljningarna som inte utgick från specifika regeringsuppdrag, till regeringen. Drygt hälften av rapporterna (87 stycken) har alltså inte regeringen som målgrupp. Detta förhållande skiljer sig lite mellan myndigheterna.

Drygt fyra av tio uppföljningar (62 rapporter) riktar sig till beslutsfattare inom region och kommun. En lika stor andel riktar sig till kliniskt verksamma inom hälso- och sjukvården. Sammanställningen visar att en och samma rapport kan ha flera aktörer som målgrupp.

Tabell 9.1 Uppföljningar redovisade av myndigheterna i enkäten, fördelning efter regeringsuppdrag, målgrupp och totalt, antal

Totalt antal rapporter 2017 och 2018		**156**		
		Ja		**Nej**
Regeringsuppdrag?		52		104
	Ja	Nej	Ja	Nej
Regeringen målgrupp?	52	–*	17	87

*Utredningen har gjort antagandet att en uppföljning som specifikt görs på uppdrag av regeringen också har regeringen som målgrupp.

Avseende fokus i rapporterna visar sammanställningen att 66 rapporter har fokus på regionernas verksamhet, 37 rapporter har fokus på både regioner och kommuner och 10 rapporter fokuserar på kommunerna. 43 rapporter har ett annat fokus. Se tabell 9.2. Med annat fokus avses t.ex. tandvård, nationellt fokus när det gäller en viss målgrupp såsom äldre, barn och unga eller ett nationellt fokus avseende ett specifikt område, tex. vaccinationer. Myndigheterna publicerar också uppföljningsrapporter som har internationella mottagare. Exempelvis publicerade Folkhälsomyndigheten 2017 och 2018 rapporten Influenza in Sweden: 2016–2017 season vars mål-

grupp var Världshälsoorganisationen (WHO). Läkemedelsverket publicerade 2018 rapporten National Medicines and Vaccine shortages questionnaire där de uppger att WHO var ”frågeställare”. Samma år publicerade de Questionnaire on pediatric shortages där de uppger att EU-kommissionen var frågeställare.

Tabell 9.2 Uppföljningar redovisade av myndigheterna i enkäten, fördelning efter uppföljningarnas fokus, antal

Totalt antal uppföljningar 2017 och 2018	156			
	Bara region fokus	Region och kommun fokus	Bara kommun fokus	Varken kommun eller regioner fokus
	66*	37	10**	43

*Inräknat de 12 uppföljningar från Folkhälsomyndigheten som har visst fokus på regioner.
**Inräknat den uppföljning från TLV som har vissa analyser på kommunnivå.

Vilken typ av underlag får regeringen genom myndigheternas uppföljningar?

Bland de uppföljningsrapporter som riktar sig till regeringen finns det två typer som dominerar. Den ena är årligt återkommande övergripande lägesrapportering inom myndighetens ansvarsområde, eller områden. Som exempel kan nämnas Socialstyrelsens rapport Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Folkhälsomyndighetens rapport Folkhälsans utveckling och IVO:s rapport Vad har IVO sett 2017?. Generellt sett är dessa framtagna på uppdrag av regeringen.

Den andra typen av uppföljningsrapporter som riktar sig till regeringen rör utvärdering eller beskrivning av en specifik reform, överenskommelse eller satsning. Dessa är uppföljningar av statlig styrning såsom genomslag av en ny lag, en överenskommelse med SKR eller annan typ av satsning från regeringens sida. Exempel på sådana rapporter är Vårdanalys Att komma överens – En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården och Socialstyrelsens Uppdrag att följa och analysera överenskommelser om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018 (delrapport 2017).

Som tidigare beskrivits är en liten andel av rapporterna riktade till regeringen inte gjorda utifrån specifika uppdrag från regeringen,

utan kan snarare antas utgå från myndighetens grunduppdrag, vilket regleras i myndighetens instruktion. Bland dessa finns exempelvis fördjupningar från något område myndigheten arbetar med. Exempel på detta är Socialstyrelsens Öppna jämförelser med fokus på ett mer specifikt område eller grupp, eller uppföljningar som baseras på Folkhälsomyndighetens undersökning Skolbarns hälsovanor 2017/2018. Läkemedelsverket har publicerat två uppföljningar kallade Marknadskontrollrapport som gjorts efter förfrågan från Marknadskontrollrådet. Socialstyrelsen har också publicerat en rapport om utomlänsvård 2018, vilket kan antas vara på grund av att det skett en stor expansion av området under senaste åren.

Några myndigheter upplever bristande datatillgång för uppföljning

Som avslutning i enkäten gavs myndigheterna möjlighet att utveckla om det var något särskilt de ville belysa kopplat till uppföljning.

Läkemedelsverket och Vårdanalys lyfte bristande tillgång till nationella data och statistik. I Läkemedelsverkets fall rör det sig om bristande tillgång till befintliga data. Läkemedelsverket behöver data som finns hos andra myndigheter, men har av olika skäl inte fått tillgång till den informationen som myndigheten behöver.

Vårdanalys kommentar belyser problem med avsaknad av data på vissa områden. I kommentaren skriver myndigheten att det inom vissa områden finns goda möjligheter för uppföljning men att ”inom stora viktiga områden är tillgången till data för att kunna följa upp till exempel vårdkonsumtion, tillgänglighet, vårdkvalitet samt patienternas erfarenheter av vården avsevärt sämre.” Myndigheten nämner som exempel nationella data om vårdkonsumtion och kvalitet inom primärvården, vissa delar av den kommunala hälso- och sjukvården (de nämner särskilt barn- och ungdomsvården och missbruksvården), insatser som utförs av annan profession än läkare inom den specialiserade öppenvården samt sammantagna vårdkedjor för patientgrupper som har kontakt med kommunala insatser, primärvård och specialiserad vård. Därutöver lyfter myndigheten att väntetider varken går att koppla till medicinska utfall eller analyseras ur ett jämlikhetsperspektiv.

9.3.2 De enskilda myndigheternas arbete med uppföljning och analys

I det följande avsnittet redovisas myndigheternas arbete med uppföljning och analys, baserat på de svar som respektive myndighet lämnade på enkäterna samt de fördjupade frågorna. De fördjupande frågorna var:

1. Ge en samlad bild av myndighetens arbete med uppföljning.
2. Gör en samlad beskrivning av vad myndigheten gör med utgångpunkt från myndighetens instruktionsenliga uppdrag. Finns det annat som görs utöver det som står i instruktionen? Pågår det något utvecklingsarbete av uppföljningsverksamheten? Finns det något samarbete med någon annan statlig myndighet eller annan aktör i uppföljningsarbetet?
3. Hur är denna verksamhet organiserad vid myndigheten?
4. Uppskatta hur många årsarbetskrafter som arbetar med uppföljning respektive analys.
5. Vilka kompetenser har de medarbetare som arbetar med uppföljning och analys?

Myndigheterna inkom med svar i slutet av januari 2020. Mot bakgrund av att uppföljning och analys är vida begrepp, speglar svaren den tolkning som respektive myndighet har gjort av vad dessa begrepp står för. Myndigheternas verksamheter är ofta inte heller organiserade utifrån dessa uppgifter, även om det är viktiga arbetsuppgifter i verksamheten, vilket kan försvåra beskrivningarna. Flera myndigheter har tydliggjort hur de har tolkat eller definierat uppföljning och analys. Vi återger den tolkning som myndigheterna har angett.

Den samlade bilden är att det är mycket uppföljnings- och analysarbete som görs vid myndigheterna. Ofta sker det på många olika ställen inom en myndighets organisation. Vid flera myndigheter pågår olika utvecklingsarbeten eller projekt för att bl.a. bättre fånga och tillgängliggöra data/information i fråga om tid, funktion och kvalitet.

När det gäller frågan om uppskattning av antalet årsarbetskrafter vid respektive myndighet anger så gott som samtliga myndigheter att det har varit svårt eller mycket svårt att uppskatta, eftersom per-

sonalen vanligtvis inte kategoriseras utifrån dessa begrepp. Antalet årsarbetskrafter måste därför ses mot bakgrund av att det är en blandning av tolkning och uppskattning som respektive myndighet har gjort.

När det gäller vilka kompetenser som arbetar med uppföljning och analys återspeglas en bild av många olika kompetenser och yrkeskategorier. Det handlar både om olika sak- och metodkompetenser.

E-hälsomyndigheten

Enligt myndighetens instruktion ska myndigheten kvalitetssäkra, förvalta, framställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik samt tillhandahålla ett system för analys av läkemedelsstatistik.

Myndigheten bedriver tre olika statistiska insamlingar för att svara upp mot sin instruktion. Myndigheten har också en uppdragsverksamhet för särskilda statistikbeställningar där man producerar och levererar skräddarsydda tabeller. Myndigheten ansvarar vidare för att framställa Sveriges läkemedelsprisindex och publicerar årligen Läkemedelsstatistisk årsrapport.

Den nationella läkemedelsstatistiken används av flera olika aktörer för att främja en optimerad läkemedelsmarknad, tillgång till läkemedel, bättre prissättning, kostnadseffektivitet och en god och jämlik vård och hälsa. Det sker samarbete med TLV, Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån (SCB) för att kvalitetssäkra tillförlitligheten i statistiken.

Inom uppdraget att samordna regeringens satsningar på e-hälsa gör myndigheten fokusrapporter som belyser olika frågeställningar som är aktuella inom området. Inom samarbetet i vision e-hälsa 2025 har E-hälsomyndigheten ansvar för den gruppering som följer upp arbetet med visionen.

Uppföljningsrapporter 2017 och 2018

E-hälsomyndigheten har publicerat fyra uppföljningar under 2017 och 2018. Två av dessa rör detaljhandel av läkemedel under 2016 respektive 2017 och riktar sig till allmänheten. Det är egeninitierade rapporter. (Socialstyrelsen är statistikansvarig myndighet för området hälso- och sjukvård inom Sveriges officiella statistik i vilken

läkemedelsstatistiken ingår). E-hälsomyndigheten utvecklar, samlar in, förvaltar och tillhandahåller statistik över läkemedelsförsäljning, och publicerar en kort översiktlig årsrapport där denna redovisas. Därutöver har myndigheten, på uppdrag av regeringen, publicerat en rapport om digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt utvecklat en uppföljningsmodell för e-hälsa. Den sistnämnda har varit en del i myndighetens arbete med Vision e-hälsa 2025.

Verksamhetens organisering och medarbetare

Ansvar för statistikverksamheten ligger inom avdelningen e-hälsotjänster. De regeringsuppdrag som myndigheten arbetar med bedrivs inom ordinarie linjeverksamhet i olika delar av myndigheten. Inom statistikverksamheten arbetar cirka åtta årsarbetskrafter bestående av statistiker, systemvetare, apotekare och utredare m.fl. För de rapporter som beskriver digitalisering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst arbetar mellan 2–5 årsarbetare beroende på år och rapport. Dessa kan utgöras av olika kompetenser beroende på vilken typ av frågeställning som lyfts. Exempel på kompetenser är läkare, socionomer, sjuksköterskor, samhällsvetare, farmaceuter och tekniker/ingenjörer.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten har ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor. Myndighetens instruktion anger bl.a. att myndigheten ska

> ansvara för uppföljning av befolkningens hälsa och för sektorsövergripande uppföljning av utvecklingen av folkhälsans bestämningsfaktorer med utgångspunkt i folkhälsopolitikens målområden samt utvärdera insatser och metoder inom folkhälsoarbetet.

Flera av de särskilda uppgifter som instruktionen specificerar rör direkt uppföljning och analys i olika former och rör också en ämnesmässig bredd. Exempelvis har myndigheten i uppgift att analysera utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer samt följa och analysera utvecklingen av smittsamma sjukdomar och skyddet mot dessa nationellt och internationellt och analysera konsekvenserna av denna utveckling för samhället och den enskilde.

Myndigheten gör i sin verksamhet ingen skarp distinktion mellan uppföljning och analys. Det finns även viss överlappning mellan analys/uppföljning och verksamhet som är att beteckna som utvärdering.

Folkhälsomyndigheten bedriver en omfattande uppföljnings- och analysverksamhet inriktad mot befolkningens hälsa och de faktorer som påverkar hälsan. Det handlar både om befolkningen som helhet och om situationen för särskilda grupper i befolkningen baserat på kön, ålder, utbildningsnivå, inkomst, funktionsnedsättning, etnisk eller kulturell bakgrund samt sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, genomgående med betoning på den jämlika hälsan.

Uppföljning sker av den bredd av faktorer som något förenklat kan indelas i livsvillkor och levnadsvanor. Inom flera ansvarsområden följer och analyserar myndigheten därutöver det hälsofrämjande och sjukdoms- och skadeförebyggande arbetet. Det gäller exempelvis inom områdena alkohol, narkotika, dopning, tobak, spel om pengar, fysisk aktivitet, psykisk hälsa och suicidprevention.

En central kunskapskälla och en grundpelare i myndighetens uppföljnings- och analysverksamhet utgörs av den egna datainsamling som sker via regelbundet förekommande enkäter till olika grupper i befolkningen. Några exempel är den nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor? och Skolbarns hälsovanor.

Folkhälsomyndigheten bedriver för närvarande flera utvecklingsarbeten relaterade till olika aspekter av uppföljningsverksamheten. Ett exempel är ett regeringsuppdrag om att etablera ett uppföljningssystem för folkhälsopolitikens arbete med att uppnå det övergripande nationella målet. Ett annat exempel är utveckling av tillgängliggörandet av data för andra aktörer, t.ex. till Regeringskansliet, regioner, kommuner, länsstyrelser, ideella organisationer m.fl. En betydande del av myndighetens data och statistik tillgängliggörs via öppna, webbaserade statistikverktyg såsom de generella databaserna Folkhälsodata och FolkhälsoStudio samt Indikatorlabbet. Den senare är inriktad mot uppföljning av regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020.

Folkhälsomyndigheten har i sitt uppföljningsarbete ett väl utvecklat samarbete med såväl andra statliga myndigheter som andra aktörer och organisationer. Många datainsamlingar genomförs i samarbete med SCB. Exempel på andra statliga myndigheter som Folkhälsomyndigheten samarbetar med är Socialstyrelsen, Naturvårds-

verket, Läkemedelsverket, Statens veterinärmedicinska anstalt och länsstyrelserna. Därutöver samarbetar myndigheten med landets kommuner och regioner, ofta genom SKR.

Uppföljningsrapporter 2017 och 2018

Av Folkhälsomyndighetens 39 uppföljningar från 2017–2018 var 6 riktade till regeringen. Tre av dessa sex har tagits fram till följd av regeringsuppdrag. Ett av regeringsuppdragen är en uppföljning av en del av regeringens samlade strategi inom ANDT-politiken. De två andra är en årlig publikation som ger en bred bild av folkhälsans utveckling i Sverige. De andra uppföljningarna, som inte har regeringen som målgrupp, handlar exempelvis om spelproblem hos unga samt HIV och andra infektioner. Utredningen antar här att även om de enskilda rapporterna har en annan målgrupp, bidrar de även med underlag till den övergripande rapport om folkhälsan i Sverige som Folkhälsomyndigheten publicerar varje år.

Verksamhetens organisering och medarbetare

Uppföljnings- och analysarbetet är fördelat över stora delar av myndigheten. Myndigheten består organisatoriskt av fem avdelningar med fem till sju enheter vardera och ett Generaldirektörskansli. Kärnverksamheten ryms inom fyra av avdelningarna medan den femte innehåller olika stödfunktioner. Enheterna är i huvudsak uppbyggda kring de sak- och ämnesområden som myndigheten ansvarar för. Enheternas uppdrag varierar betydligt, men de flesta av de enheter som tillhör kärnverksamheten har någon form av uppföljningsuppdrag. Det kan då handla om såväl ren uppföljning och analys som utvärdering och vara mer eller mindre omfattande. Den gemensamma nämnaren är dock att uppföljningen i regel är avgränsad till enhetens specifika sak- eller ämnesområde. Några enheter har däremot en i uppföljningshänseende mer renodlad, myndighetsövergripande roll genom att vara specialiserade mot en särskild funktion inom uppföljningen. Exempelvis finns det en enhet för analys och en enhet för data och register.

Myndigheten uppskattar att cirka 350–400 årsarbetskrafter arbetar med någon form av uppföljning, analys eller utvärdering i vid mening.

Medarbetarnas utbildningsbakgrund är i huvudsak naturvetenskaplig, samhällsvetenskaplig eller medicinsk. Många är epidemiologer, mikrobiologer, biomedicinska analytiker, folkhälsovetare, statistiker eller sociologer medan andra är hälsoekonomer, läkare, psykologer, civilingenjörer eller statsvetare. En relativt hög andel av medarbetarna, dock betydligt mindre än hälften, är disputerade.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Myndigheten ansvarar också för viss tillståndsprövning. Inom tillsynen har IVO sju prioriterade riskområden för perioden 2018–2020, varav flera rör hälso- och sjukvården.

IVO har tydliggjort vissa avgränsningar i sitt svar. Det betyder att det som utredningen benämner uppföljning, avgränsas till att handla om tillsyn av hälso- och sjukvården. Analys avgränsas till att handla om myndighetens ordinarie analysverksamhet.

IVO ser uppföljning, analys och lärande som helt bärande delar för att kunna fullgöra sitt uppdrag. IVO avser att förstärka myndighetens analysförmåga och analyskompetens (med fokus på bl.a. datadrivna riskanalyser), förstärka myndighetens uppföljning av tillsyn och tillståndsprövning samt förstärka myndighetens arbete med återkoppling, dialog och lärande i vården och omsorgen, bl.a. genom förstärkningar inom förbättringskunskap och kunskap om lärande organisationer. Detta är bärande delar av myndighetens strategiska inriktning.

IVO har påbörjat en utveckling för att använda data som en strategisk resurs för att skaffa en överblick över risker och brister såvitt avser kvalitet och säkerhet i vård och omsorg. Datadrivna analyser ger enligt myndigheten, förutom en mer fullständig bild, även möjlighet till riskbedömningar som är enhetliga över hela landet och personcentrerade. Dessa analyser är oberoende av administrativa och geografiska gränser. IVO har också påbörjat ett arbete som syftar till ett ökat lärande och ett ökat genomslag för IVO:s verksamhet. Syftet är att nå större effekter genom kunskapsåter-

föringen från tillsynens iakttagelser samt de iakttagelser som IVO gör inom ramen för tillståndsprövningen.

IVO hade 2019 ett regeringsuppdrag att föreslå hur myndigheten kan bidra till den pågående omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. IVO ser bl.a. att en förstärkt analysförmåga är angelägen för att myndigheten ska kunna bidra på ett adekvat sätt.

Uppföljningsrapporter 2017 och 2018

Fyra av IVO:s 15 uppföljningar från 2017-2018 utgick från regeringsuppdrag och har regeringen som målgrupp. De fyra rapporterna handlar om sammanställningar av analyser av tillsyn och enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen. Resterande rapporter är tillsyn som riktar sig främst till verksamheter inom hälso- och sjukvården och fokuserar på en typ av vårdenhet (t.ex. akutmottagning eller primärvård) eller en viss sjukdom (t.ex. strokevård).

Verksamhetens organisering och medarbetare

IVO har en linje- och stabsorganisation som ansvarar för genomförandet av arbetet i verksamheten och som är indelad i avdelningar och enheter. IVO har också en processorganisation som ansvarar för att beskriva och utveckla arbetssätten i IVO:s processer.

Arbetet med tillsyn bedrivs vid IVO i sex regionala avdelningar. Vanligt är att tillsynen av hälso- och sjukvård är organiserad i olika enheter vid avdelningarna. Det finns också några verksamheter som är centralt placerade på en regional tillsynsavdelning, t.ex. tillsyn av verksamheter som hanterar blod och vävnader samt samordning av myndighetens blod- och vävnadsverksamhet som är placerad på region Öst.

Tillsynen hör till myndighetens kärnprocesser. Alla IVO:s processer går in i varandra på ett eller annat sätt. Processutvecklarna träffas regelbundet och samverkar i utvecklings- och uppföljningsfrågor.

Tillsynen av hälso- och sjukvården kan också ske i en projektorganisation, t.ex. när myndigheten gör nationella tillsyner. Exempel på det är tillsyn av digitala vårdtjänster.

IVO har två myndighetsövergripande avdelningar, varav en är avdelningen för verksamhetsstöd och -styrning. Vid denna avdelning finns en analysenhet. Där arbetar utredare med bl.a. olika analysuppdrag.

De sex regionala tillsynsavdelningarna har samtliga en eller flera regionala utredare, med särskilda analysuppdrag. Utredarna vid analysenheten och de regionala utredarna utgör IVO:s så kallade analysfunktion.

IVO uppskattar att cirka 258 personer arbetar med uppföljning vid IVO:s hälso- och sjukvårdsenheter vid de regionala tillsynsavdelningarna samt vid så kallade blandenheter, som ansvarar för tillsyn av både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Inspektörer som arbetar med tillsyn av hälso- och sjukvården har vanligtvis kompetens och erfarenheter av Sveriges legitimationsyrken, såsom sjuksköterskor, läkare, psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Vid sidan om kompetens inom legitimationsyrkena, är jurister den näst vanligast förekommande kompetensen.

Det arbetar cirka 22 personer vid IVO:s analysfunktion. Vanligast är att medarbetarna har utbildning inom nationalekonomi/medicinsk ekonomi/hälsoekonomi och sociologi. Kompetens finns inom både kvantitativ och kvalitativ metod och av projektledning. Myndigheten avser att stärka den kvantitativa kompetensen.

Läkemedelsverket

Läkemedelsverkets instruktion samt tillämplig lagstiftning anger myndighetens ansvar för uppföljning av läkemedelssäkerhet. Uppföljning sker inom flera av myndighetens verksamhetsområden. Myndigheten bedriver kvalitetsgranskning och inspektioner av produkter och system inkluderande utveckling (kliniska prövningar), tillverkning, distribution, försäljning och kvalitetsuppföljning av läkemedel, tillverkning och försäljning av medicinteknik, kosmetika och tatueringsfärger samt arbete mot olaga läkemedelshandel och läkemedelshantering. Tillsynsuppgiften i sig är en uppföljningsuppgift som riktar sig främst mot apotek, detaljhandel, sjukhusens läkemedelsförsörjning samt läkemedels-, medicinteknik- och kosmetikaföretag. Uppdraget har stor betydelse för hälso- och sjukvård och patienter.

Myndigheten meddelar tillstånd för marknadsföring av läkemedel nationellt. Inför godkännandet utförs utredning av ett läkemedel

med avseende på effekt och säkerhet. Myndigheten samverkar med European Medicines Agency (EMA) och nationella läkemedelsmyndigheter i EU beträffande centralt godkända läkemedel såväl beträffande godkännandet som vid uppföljning därefter. När ett läkemedels möjliga biverkningar inte står i missförhållande till dess förmodade effekter kan det godkännas. Vid godkännandet ställs även krav på uppföljning av säkerhet efter att ett läkemedel börjat marknadsföras. Uppföljningskrav med avseende på effekt kan också meddelas. Myndigheten kan sålunda ålägga marknadsföringstillståndsinnehavaren särskilda uppföljningsåtgärder. Sådan uppföljning kan bedrivas i form av uppföljningsstudier, registerstudier, kliniska prövningar och litteraturgenomgångar. Marknadsföringstillståndsinnehavaren är skyldig att regelbundet inkomma med periodvisa uppdaterade säkerhetsrapporter som myndigheten bedömer som del i uppföljningen av läkemedlets säkerhet och biverkningsprofil.

Myndigheten bedömer inskickade rapporter om biverkningar och matar in informationen i databaser. Signalspaning i biverkningsdatabaser är rutinmässig uppföljning. Sådana databaser finns på nationell, men också på internationell nivå där de nationella är inkorporerade. De nationella myndigheterna samverkar inom EU-samarbetet inom EMA. Läkemedelsverket publicerar en årlig biverkningsrapport. Myndigheten ansvarar också för Giftinformationscentralen (GIC) som följer nationellt läge avseende förgiftningar med läkemedel och andra substanser/toxiner i landet. GIC gör uppföljningsarbete och publicerar vetenskapliga artiklar inom området samt sammanställer en årlig rapport inkluderande detta. Myndigheten gör även riktade uppföljningar av läkemedelsanvändning där vissa specificerade områden som identifierats med avseende på möjliga risker analyseras. Detta kan innebära att myndigheten använder sig av tillgängliga registerdata och/eller begär in data från hälso- och sjukvården. Analyser genomförs med vetenskaplig metodik och rapporter sammanställs. Sådana rapporter kommuniceras och diskuteras inom EMA-nätverket och kan leda till ändringar i produktinformationen eller ändringar i marknadsföringstillståndet. Resultaten av sådana riktade uppföljningar publiceras i vetenskapliga tidskrifter i syfte att sprida informationen internationellt.

Myndigheten arbetar med nationella behandlingsrekommendationer i samverkan med representanter för hälso- och sjukvården efter att uppföljning av produktutvecklingen på olika terapiområden

identifierat behov av rekommendationer. Målgrupp är de regionala läkemedelskommittéerna och förskrivarna.

Myndigheten bedriver kontinuerligt uppföljning av det nationella läget avseende restnoteringar och bristsituationer för läkemedel i Sverige samt har kontinuerlig kontakt med berörda aktörer inom tillverkning och distribution samt vården och apoteksväsendet.

Allmänt pågår kontinuerligt metodutveckling inom läkemedelsområdet gällande uppföljning. Så kallade Big Data och AI-genererade data är något som blir alltmer aktuellt att hantera, och drivs av omvärldsförändringar som myndigheten måste kunna möta. Det pågår internt arbete för att samordna och utveckla uppföljningsaktiviteter inom hela myndigheten, vad gäller användningen av produkter inom myndighetens ansvarsområde.

Myndigheten har en etablerad upplysningsverksamhet inom sitt informationsansvar. Läkemedelsupplysningen vid Läkemedelsverket svarar på cirka 110 000 frågor per år, och etablerar under 2020 en rutin som nu kommer att möjliggöra uppföljning av vilken typ av frågor patienter ställer om läkemedel direkt till myndigheten. Detta i syfte att utveckla upplysningsverksamheten.

Uppföljningsrapporter 2017 och 2018

Drygt en tredjedel (13 av 38) av Läkemedelsverkets uppföljningar från 2017–2018 var publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Dessa var inte baserade på regeringsuppdrag och har inte heller regeringen som målgrupp. Som framgår ovan kan de ha EMA-nätverket av myndigheter eller det internationella vetenskapssamhället som målgrupper. Flera rapporter rör uppföljning av effekter av olika typer av specifika substanser i form av läkemedel eller narkotika. Läkemedelsverket publicerade fem tillsynsrapporter med regeringen som målgrupp, men som enligt enkätsvaren inte initierades av uppdrag från regeringen. Tio av myndighetens uppdrag har regeringen som målgrupp och fyra av dem gjordes på uppdrag av regeringen. Utredningen gör bedömningen av flera av rapporterna har tagits fram till följd av myndighetens instruktionsenliga uppdrag. Uppdragen från regeringen fokuserar på bl.a. biverkningar av substanser, barns läkemedelsanvändning och utvecklad läkemedelsuppföljning i samverkan med andra aktörer.

Verksamhetens organisering och medarbetare

Myndigheten är organiserad kring sina kärnverksamheter. Hela myndigheten arbetar med uppföljningsfrågor av olika natur. Vetenskapligt sakkunniga finns etablerade inom enheten Vetenskapligt stöd. Operativt vetenskapliga ämnesexperter finns i stor utsträckning inom myndighetens olika verksamhetsområden; tillstånd, tillsyn och användning. För att arbetet ska präglas av hög kvalitet och angelägenhet sker kvalitetssäkring i flera steg och på olika nivåer i myndighetens organisation.

Myndighetens personal kombinerar djup sak- och metodkunskap samt erfarenhet av nationellt och internationellt arbete. Uppskattningsvis berör uppföljningsverksamhet ur olika aspekter 275 medarbetare som på olika sätt arbetar med uppföljningsaktiviteter av olika slag. Kompetenser som samverkar vid uppföljning är statistiker, farmaceuter, veterinärer, läkare, sjuksköterskor, toxikologer eller annan naturvetenskaplig kompetens. Drygt en femtedel av myndighetens samtliga medarbetare är disputerade.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)

Enligt myndighetsinstruktionen är Vårdanalys övergripande uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Myndigheten har förtydligat instruktionen i sin strategiska plattform, där det anges att kärnan i myndighetens bidrag är att ta fram kunskapsunderlag om vårdens och omsorgens funktionssätt, det vill säga dess strukturer, processer och resultat. Själva arbetet bygger sedan på tre kompletterande delar: utvärderingar av reformer och satsningar, problembaserad analys och granskning samt strukturerade jämförelser. Myndigheten benämner sig som oberoende, renodlade och fristående i den meningen att de inte har beslutande, reglerande eller implementerade roller i vård- och omsorgssystemet.

Sammantaget arbetar myndigheten med att skapa en bred bild av både nuläget och utvecklingen i hälso- och sjukvården samt omsorgen. Myndigheten följer dels upp och analyserar redan sjösatta reformer, satsningar och initiativ, dels underliggande utvecklingsbehov och trender som kan ligga till grund för nya policyinitiativ.

Utifrån Vårdanalys egeninitierade verksamhet bedriver myndigheten ständig omvärldsbevakning. På detta område bidrar myndigheten även till externa aktörer, t.ex. som experter eller med underlag till statliga utredningar, stöd till Regeringskansliet med kortare expertfrågor eller expertstöd, eller medverkan i internationella samarbeten.

En central del i myndighetens uppdrag och i uppföljning generellt är att öka kunskapen om patientupplevd kvalitet och erfarenheter. I detta syfte arbetar Vårdanalys med att bygga upp en egen samtyckesbaserad webbpanel med patienter och brukare, vilket gör det möjligt att fånga dessa aspekter på ett både snabbt och kostnadseffektivt sätt. En sådan skulle enligt myndigheten också kunna vara av värde för sektorerna i stort. Myndigheten bedömer att webbpanelen därmed är en viktig investering framåt.

Utifrån Vårdanalys tidigare regeringsuppdrag[17], i vilket myndigheten fick i uppdrag att lämna förslag på hur den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården kan utvecklas för att bättre kunna följa vårdens kvalitet och jämlikhet (se avsnitt 9.4.2), kommer myndigheten att under 2020 via ett egeninitierat projekt genomföra uppföljningen på nytt samt också försöka utveckla den. De centrala delarna i den tidigare uppföljningen handlade om att identifiera omotiverade skillnader i vårdens strukturer, processer och resultat, och analysera vad dessa beror på. Det var också viktigt att uppföljningen innehöll både kliniska och patientrapporterade utfalls- och upplevelsemått (så kallade PROMs och PREMs). Myndigheten kommer även att arbeta vidare utifrån sitt tidigare framtagna uppföljningsramverk med fokus på ett patientperspektiv och välja ut 5–10 indikatorer som är av särskild vikt för jämlik vård ur ett patientperspektiv. Ambitionen är att svara mot regeringens efterfrågan på en förstärkt och fördjupad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.

Myndigheten har inarbetade samarbeten och rutiner med såväl andra statliga aktörer som SKR och regioner vad gäller både analysmaterial och kvalitetssäkring av myndighetens arbete.

[17] Socialdepartementet. *Uppdrag om förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. Dnr S2018/03916/FS.

Uppföljningsrapporter 2017 och 2018

Vårdanalys riktar sig till regeringen i tio av sina elva publicerade uppföljningsrapporter från 2017 och 2018. Nio av rapporterna gjordes på uppdrag av regeringen. Vårdanalys uppföljningar rör generellt sett statlig styrning och hur den påverkar eller bidrar, det kan exempelvisen handla om att följa en överenskommelse mellan regeringen och SKL eller en ny lag. Vårdanalys skriver i en kommentar att myndigheten under 2017 och 2018 har publicerat flera rapporter som skulle passa in under en vid definition av uppföljning. Myndigheten fortsätter med att skriva att de i sina svar i denna enkät har

> avgränsat [sig] till uppföljning av någon form av insats/satsning/ reform eller funktion samt undersökning om patienters erfarenhet av vården samt något ytterligare underlag som [de] tror kan vara värdefullt för utredningen att känna till.

Verksamhetens organisering och medarbetare

Myndigheten är organiserad kring sin kärnverksamhet – analysverksamheten. För att denna ska präglas av hög kvalitet och angelägenhet är kvalitetssäkring i flera steg ledande i myndighetens organisation. Därtill är styrelsen ytterst ansvarig för att myndigheten upprätthåller kvalitet och angelägenhet i sina projekt genom att de beslutar om publicering.

Cirka 30–35 av myndighetens medarbetare arbetar direkt och på heltid med analysverksamheten. Myndighetens medarbetare kombinerar djup sak- och metodkunskap utifrån en samhällsvetenskaplig kärna, dvs. såväl national- och hälsoekonomer, statsvetare, sociologer/socialt arbete som statistiker m.fl. Cirka en femtedel av medarbetare på analysavdelningen är disputerade.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen konstaterar i sitt enkätsvar att uppföljning och analys är tätt sammankopplade med begreppen kartläggning och utvärdering. Myndigheten har valt att besvara frågorna utifrån alla dessa perspektiv/metoder.

Myndigheten har enligt sin instruktion i uppdrag att följa, analysera och rapportera om hälsa, hälso- och sjukvård, socialtjänst samt

stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier. Exempel är uppdrag inom öppna jämförelser och indikatorbaserade utvärderingar av följsamheten till nationella riktlinjer. Myndigheten ansvarar också för officiell statistik enligt förordningen om den officiella statistiken och hälsodataregister.[18]

Utöver de instruktionsenliga uppgifterna genomför Socialstyrelsen också ett stort antal regeringsuppdrag med uppföljnings- och analystema inom såväl hälso- och sjukvård och tandvård som socialtjänst. Exempel är uppdrag att följa upp regionernas och kommunernas arbete med förflyttningen mot en god och nära vård, uppföljning av tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal (nationella planeringsstödet), uppdrag att följa upp och analysera överenskommelser mellan staten och SKR och uppdrag att följa utveckling av e-Hälsa och välfärdsteknik i kommunerna. Även andra typer av uppföljningar görs, t.ex. uppföljning och utvärdering av de statsbidrag som myndigheten administrerar.

Utveckling av uppföljningsverksamheten sker ständigt. Ett pågående projekt avser automatisering av statistikframställning i hälsodataregister med grund i indikatorer för att kunna publicera efterfrågade indikatorer mer frekvent och med ännu högre kvalitet. Ett annat projekt syftar till att få i drift ett visualiseringsverktyg för uppföljningsdata med större möjligheter för regioner, kommuner och andra användare att hämta ut skräddarsydd statistik på olika vis.

Samarbete sker med andra statliga aktörer i olika sammanhang. Samarbete sker även med bl.a. SKR och regionerna. Socialstyrelsen levererar exempelvis indikatorbaserade uppgifter till SKR för publicering i verktyget Vården i siffror och SKR har uppgifter i sina databaser som behövs för genomförandet av uppdrag på Socialstyrelsen.

Uppföljningsrapporter 2017 och 2018

Av Socialstyrelsens 39 uppföljningsrapporter publicerade 2017–2018 var 26 riktade till regeringen varav 22 utgick från regeringsuppdrag. Socialstyrelsen har, i likhet med Vårdanalys, bl.a. fått regeringsuppdrag att följa upp överenskommelser mellan regeringen och SKR. Bland uppföljningarna från Socialstyrelsen där regeringen är målgrupp

[18] Förordning (2001:100) om den officiella statistiken.

finns också mer övergripande analyser såsom de årliga rapporterna om tillståndet i hälso- och sjukvården och Öppna jämförelser. De uppföljningar som inte riktas till regeringen rör exempelvis diagnosrelaterad grupp (DRG), utvärdering av ett specifikt område för rikssjukvård och utvärdering av ett område i förhållande till nationella riktlinjer.

Socialstyrelsen skriver i en övrig kommentar att myndigheten arbetar med att få till en högre grad av regelbundenhet i utvärderingarna av nationella riktlinjer, att de arbetar med ett utvecklingsprojekt som bl.a. innebär en större inriktning mot kommunal och nära vård samt att myndigheten också avser att arbeta med nya typer av uppföljningar i och med det uppdrag myndigheten har som värdmyndighet för systemet med nationell högspecialiserad vård.

Verksamhetens organisering och medarbetare

Vid Socialstyrelsen finns sedan den 1 juli 2019 avdelningen Analys med åtta olika enheter. Fyra enheter arbetar specifikt med hälso- och sjukvårds- och tandvårdsfrågor. Avdelningen har en rad olika uppdrag där uppföljning utgör en del. Andra delar av verksamheten utgörs bl.a. av hälso- och samhällsekonomiska analyser, konsekvensanalyser, prognoser, utvärderingar, systemanalyser, enkätundersökningar, epidemiologiska analyser och statistikframställning till en rad olika uppdrag.

Vid myndigheten finns också en avdelning för register och statistik. Den ansvarar bl.a. för att utveckla och förvalta hälsodata- och socialtjänstregister samt den officiella statistiken om socialtjänst och hälso- och sjukvård. Vidare utvecklar och underhåller den enhetliga begrepp, termer och klassifikationer.

Myndigheten har svårt att uppskatta antalet årsarbetskrafter som arbetar med uppföljning och analys. Avdelningen för analys består av över 100 personer, men då är även stabspersonal, administratörer och chefer inräknade. Därutöver arbetar cirka 100 personer med uppgifter rörande statistik, register m.m. vid avdelningen för register och statistik. På ett vis arbetar de flesta medarbetare på Socialstyrelsen med analysverksamhet då alla uppdrag innehåller analysmoment, riktlinjer såväl som föreskriftsarbeten.

Socialstyrelsen har en bred profil på medarbetarna som arbetar med uppföljning och analys. Både statistik-, epidemiologi- och en mängd olika samhällsvetenskapliga utbildningar finns representerade, liksom sakkunniga med olika vårdutbildningar. Det finns en bred kunskap om kvantitativ och kvalitativ metod och ett antal medarbetare är disputerade. Ett flertal av medarbetarna arbetar som projektledare i olika projekt. I några av analyserna används även projektanställd medicinsk eller annan expertis.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Enligt TLV:s instruktion har myndigheten ansvar för att följa och/eller göra analyser inom flera olika områden. TLV har i uppdrag att följa utvecklingen och analysera läkemedels-, apoteks- och tandvårdsmarknaden. Myndigheten följer löpande upp läkemedelskostnaderna (kostnadsutvecklingen för förmånsberättigade läkemedel i öppenvården) och redovisar de kostnadseffekter som genereras genom myndighetens arbete med att utveckla prissättningen. Myndigheten följer även prisutvecklingen ur ett internationellt perspektiv. I myndighetens internationella prisjämförelserapport analyserar myndigheten svenska läkemedelspriser i förhållande till europeiska läkemedelspriser. TLV följer även utvecklingen på apoteksmarknaden i en årlig uppföljningsrapport.

Uppföljning av tandvårdsmarkanden genomförs via kartläggning och analys av tandvårdens fem dimensioner (tandvårdskonsumtion, statligt tandvårdsstöd, patienter, priser och tandvårdsföretag) i egeninitierade rapporter. Dessutom genomför TLV andra egeninitierade analysprojekt för att utvärdera utvecklingen på tandvårdsmarknaden.

Av instruktionen framgår även att TLV ska följa upp och utvärdera myndighetens beslut samt ha tillsyn över efterlevnaden av lagen om läkemedelsförmåner m.m. TLV har också regeringsuppdrag om uppföljning av cancerläkemedel och andra läkemedel via alternativa datakällor och utvecklad datauppföljning med hjälp av nationella tjänsteplattformen.[19]

[19] Nationella tjänsteplattformen är en teknisk plattform som förenklar, säkrar och effektiviserar informationsutbytet mellan olika it-system inom vård och omsorg. www.inera.se (hämtad 20.05.10).

Uppföljningsrapporter 2017 och 2018

TLV publicerade tio rapporter under 2017–2018, där de flesta var regeringsuppdrag. Rapporterna om läkemedelskostnader eller läkemedelsanvändning hade fokus på den offentliga användningen. Myndigheten publicerade också rapporter om apoteksmarknadens utveckling, vilka hade ett bredare fokus.

Verksamhetens organisering och medarbetare

Arbete med uppföljning och analys sker organisatoriskt på många ställen vid myndigheten. När det gäller läkemedels- och apoteksfrågor sker analys och uppföljning framför allt på enheten för analys och samordning samt på enheten för marknadsanalys (som tillhör avdelningen för analys, marknad och tandvård). Cirka 13 årsarbetskrafter arbetar med uppföljning och analys på dessa enheter. Därutöver arbetar ytterligare ett antal personer på avdelningen för värdebaserad prissättning och avdelningen för prisreglering och tillsyn med analys, uppföljning och utvärdering. När det gäller att följa och analysera utvecklingen på tandvårdsområdet sker det arbetet på tandvårdsenheten (som även den tillhör avdelningen för analys, marknad och tandvård).

När det gäller analys och uppföljning inom tandvårdsområdet är det cirka fyra årsarbetskrafter. Medarbetarna är nationalekonomer, medicinska och odontologiska utredare, hälsoekonomer, statistiker m.m.

9.4 Utveckling av nationell uppföljning

9.4.1 Regeringen vill utveckla den nationella uppföljningen

I budgetpropositionen för 2020[20] skriver regeringen i avsnittet om politikens inriktning för hälso- och sjukvården att uppföljning är en förutsättning för utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Regeringen ser behov av att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården för att det ska vara möjligt att bl.a. följa de stora strukturreformer som pågår t.ex. gällande omställningen av den nära vården och den högspecialiserade vården. Uppföljningen

[20] Prop. 2019/20:1 *Budgetproposition för 2020*, utgiftsområde 9. Hälso- och sjukvårdspolitik.

behöver kunna identifiera var behoven är som störst i vårdens strukturer, processer och resultat, för att stödja en jämlik, jämställd och resurseffektiv hälso- och sjukvård.

Utveckling av mer ändamålsenlig uppföljning i överenskommelser mellan regeringen och SKR

I de överenskommelser för 2019 som regeringen slöt med SKR inom hälso- och sjukvårdsområdet skriver regeringen att i det fortsatta arbetet inför 2020 ser regeringen behov av att analysera hur de olika reformerna på hälso- och sjukvårdsområdet bör utformas, där bl.a. en del är en analys av hur en ändamålsenlig uppföljning och utvärdering av den svenska hälso- och sjukvårdens resultat kan utvecklas och hur relevant data kan samlas in och bidra till att öka kvaliteten och effektiviteten i hälso- och vården. Vidare framgår det av överenskommelserna att analysen behöver göras i dialog med berörda parter och bygga på en samlad bild av de största utmaningarna är för hälso- och sjukvården framöver. Det ingår också att analysera hur de riktade statsbidragen bör utformas på ett sätt som underlättar uppföljning och effektutvärdering samtidigt som den administrativa bördan för mottagarna begränsas.

I överenskommelserna för 2020 betonas bl.a. att för att följa utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården och de satsningar som görs genom bl.a. överenskommelserna behöver relevant data kunna samlas in och analyseras för att ge stöd till ökad kvalitet och effektivitet. Regeringen avser att utveckla arbetssättet för att uppnå ökad samordning när det gäller de styrsignaler som ges till kommuner och regioner. Uppföljningen ska i högre grad fokusera på resultat och måluppfyllelse, mindre på process.

9.4.2 Rapporter för utveckling av nationell uppföljning

Baserat på Kunskapsstödsutredningens förslag om en utvecklad nationell uppföljning gav regeringen den 28 juni 2018 Socialstyrelsen respektive Vårdanalys i uppdrag att var och en av myndigheterna skulle lämna förslag på hur nationell uppföljning av hälso- och sjukvården skulle kunna utvecklas för att ge regeringen bättre möjlighet att löpande följa vårdens kvalitet och jämlikhet. Uppdragen moti-

verades av att den nationella uppföljningen behöver förbättras så att den tydligare kan visa på omotiverade skillnader i vårdens strukturer, processer och resultat, samt ge förutsättningar för att analysera vad dessa beror på.[21] Båda myndigheterna fick likartade uppdrag, men Vårdanalys skulle ha fokus på patientperspektivet. I mars 2019 redovisade myndigheterna sina förslag, vilka sammanfattas nedan.

Rapport från Socialstyrelsen om utveckling av nationell uppföljning

Socialstyrelsen lämnade i slutet av mars 2019 sitt svar på uppdraget i form av rapporten Utvecklad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.[22] Socialstyrelsen tar i sina förslag och bedömningar utgångspunkt i att myndigheten har ett brett uppdrag som kan bidra till utvecklingen av kunskapsstyrningen och den nationella uppföljningen på flera sätt och långsiktigt.

Socialstyrelsens skriver att deras förslag består av delområden som anknyter till myndighetens befintliga uppdrag, med pågående utvecklingsarbete eller utvecklingsbehov i varierande grad. Inom flera områden bedöms utvecklingen ske successivt. Socialstyrelsen lämnade följande förslag för att möta den nya inriktningen med att utveckla den nationella uppföljningen:

- Anpassa och vidareutveckla rapporteringen av den nationella uppföljningen för olika mottagares behov ifråga om innehåll och periodicitet. Rapporteringen ska spegla olika delar av hälso- och sjukvårdsystemet.
- Samlad och samordnad rapportering till regeringen från myndigheter. Uppföljning av den svenska hälso- och sjukvården ska även relateras till det internationella perspektivet.
- Bidra till strukturerad dialog med huvudmännen på flera nivåer.
- Vidareutveckla och stärka samarbetet med andra myndigheter samt med nationella aktörer inom ramen för regionernas kunskapsstyrningsstruktur och det etablerade partnerskapen.

[21] Socialdepartementet. *Uppdrag om förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. Dnr S2018/03916/FS.
[22] Socialstyrelsen. *Utvecklad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. 2019.

- Utveckla befintliga samarbeten med syfte att långsiktigt förbättra förutsättningarna för nationell uppföljning genom enhetlig begreppsanvändning och struktur m.m.
- Ta fram eller vidareutveckla arbetssätt och modeller som beskriver befolkningens behov av hälso- och sjukvård.
- Vidareutveckla användning av metoder som kan beskriva och belägga variation ifråga om hälso- och sjukvårdens resultat för befolkningen och olika grupper i befolkningen.
- Utveckla metoder, instrument eller konsensusmodeller för att analysera och bestämma vilka skillnader som är omotiverade/motiverade.
- Utveckla uppföljningen av kostnads- och effektivitetsaspekter på hälso- och sjukvården.
- Utveckla beskrivning och uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård.
- Utveckla den digitala tillgången till data och visualisering av data och statistik.
- Utveckla en modell för förvaltning av nationella indikatorer och värden.
- Utveckla nationella register och andra datakällor.

Socialstyrelsen tog, i enlighet med uppdraget, även fram förslag på indikatorer som de bedömer kan vara av särskild vikt för att följa jämlik vård på en nationell nivå, utifrån befintliga datakällor och tillgängliga analyser.

Rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys om utveckling av nationell uppföljning

Vårdanalys lämnade i slutet av mars 2019 sitt svar på uppdraget i form av rapporten Med örat mot marken.[23] Myndigheten skriver att målet med det förslag de lämnar är att det på sikt ska ge regeringen en överskådlig, systematisk och regelbundet återkommande uppfölj-

[23] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Med örat mot marken*. Rapport 2019:2. 2019.

ning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och jämlikhet. Myndigheten ger förslag på ett uppföljningsramverk och ett urval indikatorer, samt tolkning och analys av dessa. Förslaget är en datadriven och indikatorbaserad uppföljning och analys, som lägger särskild vikt vid uppföljning av kvalitetsområden som är viktiga ur patienternas perspektiv och som främst tar sikte på regeringens behov av uppföljning.

Myndigheten skriver vidare att uppdraget är ett viktigt första steg i utvecklandet av en ändamålsenlig och förbättrad nationell uppföljning. Förslaget ska inte ses som en slutlig modell, utan det behöver diskuteras, förankras och eventuellt omprövas.

Myndigheten bedömer att regeringens uppföljning bör vara av övergripande karaktär, snarare än att ta fasta på uppföljning av enskilda diagnos- och patientgrupper. Detta i linje med tankesättet att regeringen bör undvika att detaljstyra hälso- och sjukvården och i stället utveckla en mer strategisk styrning som präglas av tillit och förtroende. Kvalitetsområden som är viktiga ur patienters och befolkningens perspektiv har vidare en framträdande roll i myndighetens förslag. Myndigheten har identifierat tre huvudsakliga kvalitetsområden som de ser bör ingå i en nationell uppföljning av vården utifrån ett patient- och befolkningsperspektiv. Dessa har också stark förankring i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. De tre är gott hälsoutfall av vården, personcentrerad hälso- och sjukvård – att man blir sedd, respekterad och inkluderad – samt tillgänglig hälso- och sjukvård. Utöver kvalitetsområden som patienter och befolkning särskilt värdesätter, finns det enligt myndigheten andra områden som behöver ingå för att regeringen ska få en mer balanserad och heltäckande bild av hälso- och sjukvården.

9.5 En tillbakablick på tidigare rapporter om nationell uppföljning

Vårdanalys presenterade 2014 i rapporten Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft, ett förslag på ett uppföljningsverktyg som kunde ligga till grund för en konstruktiv dialog mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen.[24] I rapporten konstaterades att styrningen av

[24] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft Förslag om en utvecklad hälso- och sjukvårdsdialog mellan Socialdepartementet och landstingen*. Rapport 2014:10. 2014.

hälso- och sjukvården blivit mer komplex i takt med att staten exempelvis ingår överenskommelser om vården med dåvarande SKL, till skillnad från förut när staten framför allt styrde med lagar och förordningar. Myndigheten konstaterade att det saknades ett forum för den mer övergripande och strategiska prioriteringen bland en bredd av angelägna frågor och utvecklingsområden. En sådan samverkan på strategisk nivå menade Vårdanalys skulle bygga på förtroende och dialog mellan parter och ge alla involverade en gemensam nulägesbild. Detta skulle kunna ske bl.a. genom användning av kvalitetsregister, hälsodataregister och Öppna jämförelser som skulle kunna vara en del i en analysstruktur för att analysera hälso- och sjukvårdens resultat för att skapa en lägesbild av hälso- och sjukvårdens resultat och utveckling. Genom denna struktur skulle regeringen också kunna få återkoppling från landstingen vad gäller hur väl statens insatser möter vårdens behov.

Analys- och utvärderingsutredningen skriver i sitt betänkande Analyser och utvärderingar för effektiv styrning om analysmyndigheternas roll.[25] Utredningens arbete hade alltså inte enbart fokus på hälso- och sjukvården, utan presenterar analyser kring frågor som rör stöd för regeringens policyarbete och myndigheters roll, varav en är Vårdanalys. Utredningen betonade att analysmyndigheters roll bör vara att analysera och utvärdera effekter och ta fram underlag för policyutveckling men att de inte ska arbeta med verksamhetsutveckling eftersom den bör göras närmre verksamheterna. Myndigheterna ska kunna bidra med underlag som kan ifrågasätta och pröva pågående policy och vara en länk mellan forskning och policyutveckling. De bör fokusera mer på genomförande av statliga insatser och vad verksamheter kostar. De ska inte forska och de ska inte ha statistikansvar.

Analys- och utvärderingsutredningen konstaterade att det är värdefullt för regeringen att ha analys- och utvärderingsmyndigheter som stöd i policyarbetet. De kan bidra till att styrningen blir mer kunskapsbaserad. Regeringen får enligt utredningen i för liten utsträckning underlag för att kunna bedöma effekter av olika insatser, kostnadseffektivitet eller hur den samlade måluppfyllelsen ser ut inom ett område. Analys- och utvärderingsmyndigheterna har en viktig roll vad gäller kopplingen mellan forskning och politik och skulle i högre grad kunna tillgodose regeringens behov genom att lämna rekom-

[25] SOU 2018:79 *Analyser och utvärderingar för effektiv styrning*.

mendationer till regeringen, baserade på utvärderingar och forskningsresultat.

Analys- och utvärderingsutredningen menade att

> Regeringen väljer själv om den vill använda de förslag och slutsatser som en myndighet för fram, eller hitta en annan lösning. Detta är regeringens uppgift och ansvar. Vidare kan rekommendationer utformas i syfte att ge vägledning om för- och nackdelar med olika alternativ, eller tydligt utgå från ett antagande om vad regeringen skulle vilja prioritera och vilka handlingsalternativ som då skulle kunna vara lämpliga. Analys- och utvärderingsmyndigheters uppgift bör vara att ta fram underlag för omprövning och underlag för policyutveckling.

De skriver vidare att

> Vår slutsats är att det bör ingå i analys- och utvärderingsmyndigheternas uppdrag att beskriva ett problem, förklara orsakssambanden bakom problemet och komma med rekommendationer om hur regeringen bör göra för att komma till rätta med problemet. Att stanna vid att beskriva ett problem, som bristande måluppfyllelse eller uteblivna effekter, är inte alltid tillräckligt för att tillgodose regeringens behov.

En annan brist som Analys- och utvärderingsutredningen belyste med dagens system är att myndigheterna sällan gör kostnads-effektivitetsanalyser av statlig verksamhet. De menade också att regeringen generellt sett inte efterfrågar detta. En ytterligare brist de pekade på är att det skiljer sig åt i vilken utsträckning myndigheternas instruktioner anger att myndigheterna ska ha de övergripande målen för en sektor som utgångspunkt i sina analyser och utvärderingar. Vidare menade man här att det är problematiskt att Vårdanalys ska ha ett patient- och brukarperspektiv eftersom denna norm exempelvis inte fullt ut motsvarar de mål som riksdagen beslutat för hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen. Utredningens förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet.

10 Stöd till kunskapsbaserat arbete i regioner och kommuner

- Att stärka vårdens förbättringsarbete handlar om att stärka förutsättningarna att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå. Det handlar om tillämpning och förutsättningar för tillämpning av bästa möjliga kunskap.
- Det centrala i Kunskapsstödsutredningens förslag om vårdkommittéer är, enligt vår tolkning, att skapa en stödfunktion på lokal nivå för implementering och förbättringsarbete. Därutöver tolkar vi att förslaget att reglera vårdkommittéerna är ett uttryck för att staten vill försäkra sig om att bästa möjliga kunskap verkligen implementeras och tillämpas i hälso- och sjukvården samt att kunskapsstöd som bl.a. staten bidrar med blir verkningsfulla.
- Både regioner och kommuner har ett formellt ansvar att bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.
- Det finns i regioner och kommuner ett antal olika funktioner för stöd till implementering och förbättringsarbete. Stödet till verksamheterna utgörs i regel av en kombination av funktioner som samarbetar med varandra och den operativa verksamheten.
- Läkemedelskommittéerna utgör en typ av stödfunktion för detta i regionerna. Visst samarbete mellan läkemedelskommittéer och kommuner förekommer.

I detta kapitel beskriver vi utredningens uppdrag att vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas. Vår tolkning av direktivet är att begreppets användning avser fånga en bred ansats avseende

förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå. Det handlar om tillämpning och förutsättningar för tillämpning av bästa möjliga kunskap (se vidare beskrivning av det sammanhållna systemet i avsnitt 2.6).

Vi beskriver därefter kortfattat hur det formella ansvaret för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete är reglerat och ger även en sammanfattning av vad den vetenskapliga forskningen visat avseende aspekter som kan bidra till att underlätta eller försvåra att etablera ett sådant arbete. En stor del av kapitlet utgörs vidare av en sammanfattning av en enkät som utredningen riktade till regioner och kommuner avseende förekomsten av lokalt stöd till implementering och förbättringsarbete. Slutligen redogörs för läkemedelskommittéernas roll i sammanhanget.

10.1 Vidareanalysera förslaget om vårdkommittéer

Direktivet

Utredningen har i sitt direktiv fått uppdraget att vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas. Uppdraget innebär i praktiken att vidareanalysera det förslag som Kunskapsstödsutredningen[1] presenterade om att upphäva lagen om läkemedelskommittéer[2] och ersätta den med en ny lag om vårdkommittéer. Utredningen ska i ljuset av analysen lämna förslag till hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas, särskilt på lokal nivå.

Kunskapsstödsutredningens förslag om vårdkommittéer

Kunskapsstödsutredningen föreslog att så kallade vårdkommittéer skulle inrättas. Förslaget har flera dimensioner. Lagtekniskt innebär förslaget att lagen om läkemedelskommittéer skulle upphävas och ersättas av en ny lag om vårdkommittéer. Särbehandlingen av läkemedelsområdet skulle därmed upphöra och läkemedelskommittéernas uppdrag vidgas till att omfatta all vård. Läkemedelskommittéerna skulle byta namn till vårdkommittéer. Vårdkommittéernas övergripande uppdrag skulle enligt förslaget vara att verka för en nationell

[1] SOU 2017:48 *Kunskapsbaserad och jämlik vård.*
[2] Lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer.

kunskapsstyrning i regionen och i de kommuner som är belägna i regionen. En huvudsaklig del av kunskapsstödet till kommunerna skulle enligt förslaget ske via vårdkommittéerna. Målet med vårdkommittéernas arbete skulle vara att skapa nationell enhetlighet beträffande kunskapsstyrningen.

Vårdkommittéernas operativa uppdrag skulle enligt förslaget vara att verka för att nationella kunskapsstöd används, att vårdens resultat följs upp samt att på annat sätt stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att nå en kunskapsbaserad och jämlik vård.

I betänkandet exemplifierades att vårdkommittén skulle kunna arbeta med frågor såsom återkoppling av förskrivningsmönster samt att stötta verksamheterna i förbättringsarbete och i användning av nationellt framtagna kunskapsstöd. Vårdkommittéerna skulle enligt förslaget inte utfärda egna rekommendationer om det fanns nationella rekommendationer eller ställningstaganden.

I förslaget utvecklades även vilken roll vårdkommittéerna skulle ha i kunskapsstyrningssystemet. Det noterades i förslaget att även om huvudmännen ska samverka nationellt och regionalt är det ytterst varje huvudman som ska se till att bästa tillgängliga kunskap används i vården. För att nationella kunskapsstöd ska få bästa förutsättningar för användning och genomslag krävs ett lokalt genomförande i hälso- och sjukvården. Vårdkommittéerna skulle enligt förslaget vara ett stöd i detta arbete. De skulle vidare vara ett lokalt organ som utgjorde en viktig länk i arbetet med nationell kunskapsstyrning.

Behov av en stödfunktion för implementering och förbättringsarbete

Kunskapsstödsutredningen konstaterade att trots en många gånger omfattande flora av kunskapsstöd har forskning visat att genomslaget för många kunskapsstöd är blygsamt. Utredningen menade att det i Sverige är för stort fokus på att producera olika kunskapsstöd och för lite fokus på implementering. Ett kunskapsstöd behöver omsättas i praktik så att det kommer till nytta i patientmötet. För att förbättra resultaten och utveckla vården är det också viktigt att ha en uppföljning av de medicinska resultaten och att vårdpersonalen blir delaktiga i ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Kunskapsstödsutredningen konstaterade att det finns ett problem med dels otillräcklig implementering av kunskapsstöd, dels

otillräckligt arbete med kontinuerligt förbättringsarbete. Det i sin tur, menade man, bidrar till att oönskade variationer i de medicinska resultaten inte har minskat i den utsträckning som krävs mot bakgrund av målsättningen i hälso- och sjukvårdslagen om kunskapsbaserad och jämlik vård. Utifrån denna problembild identifierades i betänkandet ett behov av att förbättra situationen genom ett ökat stöd till hälso- och sjukvården i dessa två aspekter. Kärnan i vårdkommittéernas uppdrag är, som vi tolkar det, att möta det behovet, dvs. att

– utgöra ett stöd till att nationella kunskapsstöd implementeras[3], och
– utgöra ett stöd till vården i att skapa en lärande organisation[4], och därmed bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete.

Det centrala i förslaget är med andra ord att skapa en stödfunktion på lokal nivå för implementering och förbättringsarbete. Därutöver tolkar vi att förslaget att reglera vårdkommittéerna är ett uttryck för att staten vill försäkra sig om att bästa möjliga kunskap verkligen implementeras och tillämpas i hälso- och sjukvården samt att kunskapsstöd som bl.a. staten bidrar med blir verkningsfulla.

Remissinstansernas synpunkter

Remissinstanserna var i sina synpunkter övervägande positiva till intentionerna med förslaget om vårdkommittéer. Positiva aspekter som lyftes fram av flera remissinstanser var intentionen att i kunskapsstyrningen nå en ökad integration av läkemedel och andra behandlingsformer, i vid bemärkelse, och därmed upphöra med särbehandlingen av läkemedel. Det lyftes vidare fram att en spridning av läkemedelskommittéernas arbetssätt, med bl.a. uppsökande arbete och uppföljning på lokal nivå, vore positivt för övrig kunskapsstyrning. Flera remissinstanser betonade även vikten av att det finns en kunskapsnod i regionerna som fungerar som länk mellan den nationella nivån och den lokala operativa verksamheten.

[3] Med implementering menar vi här att aktivt sprida kunskapsunderlagen och skapa förutsättningar för tillämpning.
[4] Med lärande organisationer menar vi här en organisation där man ständigt strävar efter att utvecklas och förbättras och där strukturerad uppföljning och analys bidrar till ett kontinuerligt lärande.

De tveksamma eller negativa synpunkter som uttrycktes av remissinstanserna var bland annat att uppdraget skulle bli komplext, omfattande och resurskrävande samt att konsekvenserna av förslaget inte var tillräckligt analyserade. Det är mot bakgrund av de sistnämnda som vår utredning har fått i uppgift att vidareanalysera frågan. Några remissinstanser lyfte farhågor om att delar av läkemedelskommittéernas nuvarande arbete skulle urholkas i ett bredare uppdrag och att det skulle leda till negativa konsekvenser.

Ytterligare en dimension som kommenterades på olika sätt var kommunernas roll. En farhåga var att en kommitté på regionnivå som ska ge stöd till kommunerna inom länet riskerar att missgynna relationerna mellan region och kommuner. De pekade på att kommunen har eget ansvar för kunskapsstyrning i sin roll som huvudman och att fokus bör ligga på att stärka kommunen i den rollen.

Medskick i det vidare arbetet var även vikten av att läkemedelskommittéernas arbete inte läggs ner utan inlemmas i ett större sammanhang där kunskapsstyrningen av all vård hanteras. Vikten av att bibehålla lokal förankring och av att insatser utformas utifrån lokala förhållanden underströks liksom vikten av att det nya organet kopplas ihop med, eller bli en integrerad del av, regionernas kunskapsstyrningssystem.

Några remissinstanser presenterade även alternativa förslag i samma anda som vårdkommittéerna. Ett sådant var att formulera ett mer allmänt lagkrav om att varje landsting ska ha en kunskapsorganisation för vård och läkemedel[5]. Ett annat att bibehålla läkemedelskommittéerna och samtidigt ställa 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[6].

[5] Remissvar från Region Stockholm. 2017.10.25.
[6] Remissvar från Svenska Läkaresällskapet. 2017.10.20.

10.2 Formellt ansvar att bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete

Både regioner och kommuner ska bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete

Regioner och kommuner har samma skyldighet att tillförsäkra att den vård de tillhandahåller, inom sina respektive ansvarsområden, är av god kvalitet och att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras[7]. All vård ska ges i överenstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet[8]. Regioner och kommuner har, liksom alla andra vårdgivare, också ett ansvar för att det finns ett ledningssystem som används för att fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I ansvaret ingår att bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten[9]. Hos varje vårdgivare ska det vidare finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten[10]. Verksamhetschefen är en central ledningsfunktion inom hälso- och sjukvården och den befattningshavare som har det operativa ansvaret i sin verksamhet.

Att implementera ny kunskap i verksamheten, och att utrangera ineffektiva behandlingsmetoder, är en integrerad del i ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

I kommuner har medicinskt ansvarig sjuksköterska en kvalitetssäkrande funktion

En regel som enbart gäller kommunerna som hälso- och sjukvårdshuvudman är skyldigheten att det inom verksamhetsområdet ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en MAS.[11] De två funktionerna kallas MAS respektive MAR – Medicinskt ansvarig för rehabilitering.

[7] 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[8] 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[9] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
[10] 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[11] 11 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

MAS har en kvalitetssäkrande funktion. Denne ansvarar bland annat för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde, att beslut om att delegera ansvar till vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten och att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för bland annat läkemedelshantering.[12]

10.3 Vetenskapliga utgångspunkter

Som beskrivits ovan är det centrala i förslaget om vårdkommittéer att skapa en stödfunktion på lokal nivå för implementering och förbättringsarbete. I utredningens beskrivning av ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård handlar detta om tillämpning och förutsättningar för tillämpning av bästa möjliga kunskap. Att tillämpa kunskap handlar både om att börja omsätta denna kunskap i praktiken (implementering) och om att arbeta löpande med ett systematiskt kvalitetsarbete (förbättringsarbete).

Implementering och förbättringsarbete är begrepp som delvis överlappar varandra. Forskningen kring implementering beskrivs vidare i bilaga 4, avsnitt om tillämpning och stöd till tillämpning. Den vetenskapliga utgångspunkten för förbättringsarbete beskrivs nedan.

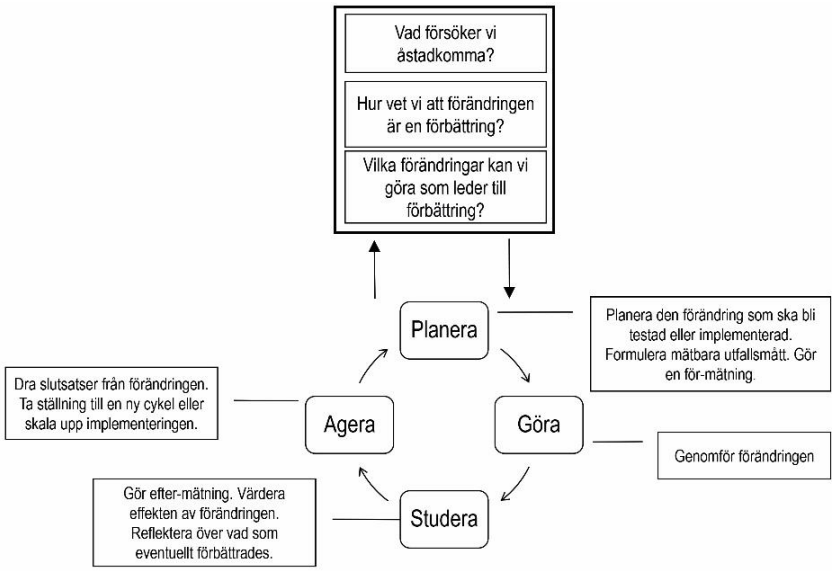
Systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete

Systematiskt förbättringsarbete är ett begrepp som utvecklats och beforskats inom de besläktade kunskapsfälten kvalitetsutveckling (quality improvement, QI) och förbättringsvetenskap (improvement science). Kvalitetsutveckling har en längre historia än förbättringsvetenskap och en vidare tillämpning, utanför hälso- och sjukvården. Kunskapsfältet kvalitetsutveckling växte sig starkt under 1920-talets USA där man inom industriell produktion använde statistiska metoder för att mäta en rad kvalitetsaspekter av produktionen. Mätningarna utgjorde grund för förändringar och kvalitetsförbättringar i processen. Walther Shewhart och William Deming som var två av grundarna av kvalitetsutvecklingområdet, utvecklade den än i dag

[12] 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

mycket använda Plan-Do-Study-Act-cykeln (Planera-Göra-Studera-Agera), se figur 10.1.[13] Under 1990-talet blev kvalitetsfrågorna i hälso-sjukvården aktuella och man började anpassa och tillämpa teorier och metoder för kvalitetsutveckling inom industrin till hälso- och sjukvården.[14]

Figur 10.1 Planera-Göra-Studera-Agera (PDSA-cykeln)



Baserat på modell från National Health Service, 2018.[15]

Förbättringsvetenskap kan ses som en avknoppning eller vidareutveckling av kvalitetsutvecklingsområdet. Förbättringsvetenskap är ett mer avgränsat och tillämpat område och har ett huvudsakligt fokus på *lokala och kontinuerliga* förbättringar. Man tänker sig här att lokal och praktiknära kunskap utgör en av de viktigaste källorna för att

[13] Perla RJ., Provost LP., Parry GJ. Seven propositions of the science of improvement: exploring foundations. Q Manage Health Care, 2013, 22(3):170–186.
[14] Batalden, PB. & Stoltz, PK. A Framework for the Continual Improvement of Health Care: Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 1993, 19 (10), 424–447.
[15] National Health Service (NHS), 2018, Improvement. Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement. https://improvement.nhs.uk/documents/2142/plan-do-study-act.pdf (hämtad 19.12.20).

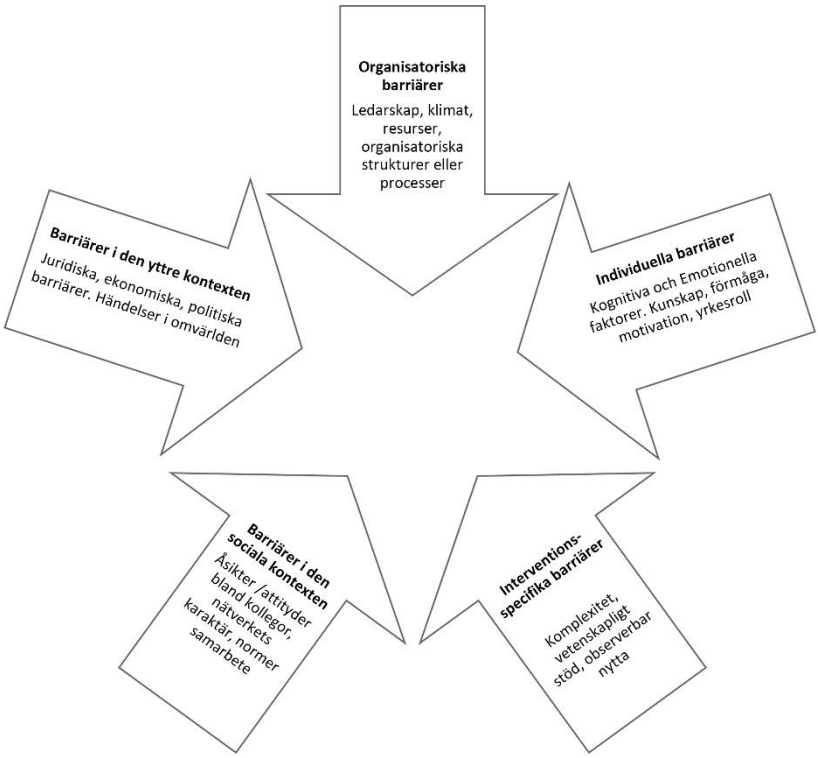
identifiera och förstå problem i kvalitet.[16] Kvalitet definieras i förbättringsvetenskapen utifrån verksamhetens mål inklusive dess önskan att tillgodose patienters behov samt krav på effektivitet. Förbättringsvetenskap bygger på och syftar till att bidra till, tydliga teorier om hur förändring sker[17]. Förbättringsvetenskap handlar om att hitta metoder och arbetssätt för att förbättra och göra förändringar på det mest effektiva sättet – att systematiskt granska de metoder och faktorer som bäst fungerar för att underlätta kvalitetsutveckling.[18]

I arvet från kvalitetsutveckling, har mätning och uppföljning en viktig funktion inom förbättringsvetenskap. Man talar i detta sammanhang om att skapa feed-back loopar där systemet lär sig av sina egna utfall och därigenom kan korrigera och förbättra sig. Kontinuerlig uppföljning ses således som ett centralt medel för att vägleda förbättringsarbetet och för att uppnå målen inom såväl kvalitetsutveckling som förbättringsvetenskap.[19]

Det finns flera modeller och ramverk som summerar de faktorer som påverkar etablerandet av förbättringsarbete och/eller kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Några av dessa fokuserar på hälsosystemet som helhet, och visar på hindrande och underlättande faktorer på individuell, grupp, organisatorisk och strukturell nivå. Utfallet av förbättringsarbete är också avhängigt de metoder som används för att implementera och hållbart arbeta med förbättring samt även karaktären på förbättringsområdet eller interventionen. Några modeller är utvecklade på basis av systematiska översikter. I dessa är det ett antal faktorer som är återkommande och som har visat sig ha potential att såväl stödja men också hindra kvalitets- och förbättringsarbete, se figur 10.2. De faktorer som verkar stödjande eller faciliterar förbättringsarbete utgörs i många fall av motsatsen till de hindrande faktorerna.[20]

[16] Batalden PB. & Davidoff F. What is ”quality improvement” and how can it transform healthcare? Qual Saf Health Care, 2007, 16:2–3.
[17] Marshall M., Pronovost P., Dixon-Woods M. Promotion of improvement as a science. Lancet, 2013, 381(9864):419–421.
[18] The Health Foundation. 2011. Improvement science – evidence scan. www.health.org.uk/publications/improvement-science (hämtad 20-01-04).
[19] Grol, R., Bosch, M., Hulscher, M., Eccles, M., & Wensing, M. Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives. Milbank Quarterly, 2007, 85(1), 93–138.
[20] Flottorp, S., Oxman, A., Krause, J., Musila, N., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Eccles, M et al. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. Implementation Science, 2013, 8(1), 35.

Figur 10.2 Barriärer för förbättringsarbete i hälso- och sjukvård



Anpassad och utvecklad från modeller av Flottorp et al. 2013[21], Greenhalgh et al., 2004[22] och Batalden & Davidoff, 2007[23].

Organisatoriska barriärer utgörs av lärandeklimat, beredskap för förändring, samt hur verksamheter och processer är organiserade. Även brister på personella, ekonomiska eller tidsmässiga resurser kan verka hindrande. Ledarskap lyfts fram som en faktor som verkar på ett övergripande plan, för att förbättringsarbete ska kunna etableras och

[21] Flottorp, S., Oxman, A., Krause, J., Musila, N., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M. et al. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. (Report). Implementation Science, 2013, 8(1), 35.
[22] Greenhalgh,T., Robert,G., Macfarlane,F., Bate, P., & Kyriakidou,O.. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. Milbank Quarterly, 2004, 82(4), 581–629.
[23] Batalden PB. & Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? Qual Saf Health Care, 2007, 16:2-3.

vidmakthållas.[24] Ett väl fungerande ledarskap, en organisationskultur som bejakar/premierar lärande och tillräckliga personella, ekonomiska och tidsmässiga resurser är faktorer som stödjer ett väl fungerande förbättringsarbete.

> Making improvement happen also requires leadership that enables connections between the aims of changes and the design and testing of those changes; that pays serious attention to the policies and practices of reward and accountability; and unshakeable belief in the idea that everyone in healthcare really has two jobs when they come to work every day: to do their work and to improve it.[25]

Individuella barriärer. De individer som verkar inom hälso- och sjukvården, exempelvis vårdens chefer och professionella, spelar en viktig roll för möjligheterna att etablera och bedriva lokalt förbättringsarbete. Individuella faktorer såsom brist på kunskap, motivation, självförtroende eller svårigheter att observera och värdera eget beteende (s.k. critical appraisal skills) kan utgöra barriärer för förbättringsarbete. Låg tillit till auktoriteter och låg tilltro till positiva utfall av förändring är nära förbundet till låg motivation till förändrings- och förbättringsarbete.[26] Framgångsfaktorer för förbättringsarbete är den omvända situationen, dvs. förekomst av kunskap, motivation och självförtroende samt möjlighet att observera och värdera eget beteende.

Interventionsspecifika barriärer kan vara förbättringsansatser som har en hög komplexitet, vars nytta är svår att observera eller som har

[24] Flottorp, S., Oxman, A., Krause, J., Musila, N., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Eccles, M. et al. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. Implementation Science, 2013, 8(1), 35.

[25] Batalden PB. & Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? Qual Saf Health Care 2007;16:2–3.

[26] Cabana MD., Rand CS., Powe NR., Wu AW., Wilson MH., Abboud PA: Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA. 1999, 282: 1458–1465.
Michie S., Johnston M., Abraham C., Lawton R., Parker D., Walker A: Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. Qual Saf Health Care. 2005, 14: 26–3
Elwyn G., Hocking P. Learning to plan? A critical fiction about the facilitation of professional and practice development plans in primary care. J Interprof Care. 2002;16(4):349–358. 64, samt Foy R., Walker A. Theory-based identification of barriers to quality improvement: Induced abortion care. Int J Qual Health Care. 2005, 17(2):147–155.

en oklar evidensgrund.[27] Framgångsfaktor är ansatser som har en klar evidensgrund och som är observerbara.

Barriärer i den sociala kontexten, dvs. faktorer kopplade till arbetsgruppers fungerande samt samspelet mellan professionella på arbetsplatser eller i nätverk har visat sig kunnat verka hindrande för förbättringsarbete.[28] Motsvarande framgångsfaktor är väl fungerande arbetsgrupper med interprofessionella team med ett klimat som stimulerar kvalitetsutveckling.

Barriärer i den yttre kontexten kan utgöras av finansiella arrangemang, politiska ageranden, lagar eller policys som bromsar eller hindrar förbättringsarbetet.[29]

Följaktligen faciliteras förbättringsarbete när finansiella, politiska och juridiska processer stimulerar och stödjer detsamma.

10.4 Stöd till implementering och förbättringsarbete i regioner och kommuner

Betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård[30] innehåller en beskrivning av regionernas strukturer för kunskapsstyrning på lokal och sjukvårdsregional nivå. Sedan betänkandet publicerades i juni 2017 har en utveckling skett av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning och utvecklingen fortgår (se kapitel 7). Vi har i detta avsnitt valt att fokusera på aktuella beskrivningar av hur stödet till implementering och förbättringsarbete ser ut i regionerna och kommunerna. Beskrivningarna syftar till att fånga förändringar som påverkar utredningens bedömning av nu aktuellt behov och lämplig utformning av en stödfunktion för implementering och förbättringsarbete. Vi baserar huvudsakligen lägesbeskrivningen på enkäter som utredningen riktat till regionerna respektive kommunerna.

[27] Tappen, R. M., Wolf, D. G., Rahemi, Z., Engstrom, G., Rojido, C., Shutes, J. M., & Ouslander, J. G. Barriers and Facilitators to Implementing a Change Initiative in Long-Term Care Using the INTERACT® Quality Improvement Program. The health care manager, 2017, 36(3), 219–230.
[28] Cochrane LJ., Olson CA., Murray S., Dupuis M., Tooman T., Hayes S: Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. J Contin Educ Health Prof, 2007, 27, 94–107.
[29] Tappen, R. M., Wolf, D. G., Rahemi, Z., Engstrom, G., Rojido, C., Shutes, J. M., & Ouslander, J. G. Barriers and Facilitators to Implementing a Change Initiative in Long-Term Care Using the INTERACT® Quality Improvement Program. The healthcare manager, 2017, 36(3), 219–230.
[30] SOU 2017:48 *Kunskapsbaserad och jämlik vård.*

Svaren speglar en lägesbild i augusti/september 2019. Svaren på enkäterna sammanfattas nedan.

Enkät från utredningen om stödet i regionerna

Kärnan i Kunskapsstödsutredningens förslag om att inrätta vårdkommittéer var, som vi beskrev i avsnitt 10.1, att skapa en stödfunktion på lokal nivå för implementering och förbättringsarbete. I syfte att få en bild av i vilken utsträckning en sådan funktion finns i dag och hur den i så fall är utformad har utredningen ställt ett antal skriftliga frågor till samtliga regioner.[31] I enkäten tydliggjordes att utredningen önskade ett samlat svar per region. Samtliga 21 regioner besvarade frågorna, vilket innebär en svarsfrekvens på 100 procent.

Frågorna i enkäten fokuserade huvudsakligen på behovet av att förstärka hälso- och sjukvårdens förmåga att implementera bästa tillgängliga kunskap och att skapa lärande organisationer. I enkäten tydliggjordes att utredningen med begreppet implementera avsåg att få ut och skapa förutsättningar för att tillämpa bästa tillgängliga kunskap i patientmötet. Motsvarande förtydligades att utredningen med begreppet lärande organisation avsåg en organisation där man ständigt strävar efter att utvecklas och förbättras och där strukturerad uppföljning och analys bidrar till ett kontinuerligt lärande. En lärande organisation är med andra ord en organisation där ett systematiskt förbättringsarbete pågår. Regionerna fick lämna fritextsvar.

Utredningen kan inte av enkätsvaren utläsa i vilken grad svaren på frågorna är förankrade i regionen. Inte heller kan utredningen med säkerhet veta i vilken grad svaren återspeglar hela bilden av regionens arbete. Detta innebär att svaren ger en bild av arbetet i regionerna men vi har valt att tolka den med viss försiktighet.

Generellt utvecklade strukturer för stöd till implementering och lärande organisationer

Utredningen ställde frågan om det i dag finns något organ eller funktion som ger stöd till hälso- och sjukvården i att implementera bästa tillgängliga kunskap. Samtliga regioner har i enkäten svarat jakande på frågan. Av de beskrivningar regionerna har lämnat av dessa organ

[31] Frågorna skickades till respektive regions centrala funktionsbrevlåda.

kan utläsas att det vanligtvis finns flera funktioner i regionerna som tillsammans bistår med ett sådant stöd. Namn på och utformning av dessa funktioner skiljer sig i hög grad åt. Det är ofta en kombination av organ med styrande och samordnande uppdrag och funktioner som ger mer operativt stöd i form av kunskap om förbättringsarbete, metoder och specialistkunskap inom olika områden. Flera regioner nämner också sina läkemedelskommittéer som ett av flera organ som har en stödjande roll.

Utredningen ställde även frågan om regionen i dag har något organ som ger stöd till varje vårdenhet att skapa en lärande organisation. Nästan alla regioner besvarande frågan jakande. De funktioner som beskrivs i svaren är väldigt olika till karaktär och omfattning. Flera regioner beskriver att stöd finns i form av verksamhetsutvecklare, kunskapsstödjare, förbättringscoacher eller liknande. Gemensamt för dessa torde vara att det är personer med metodkunskap som vid behov ska kunna arbeta nära verksamheterna. Flera regioner uppger också att de har särskilda utvecklingsenheter som verkar för ett kontinuerligt förbättringsarbete i vården. Några regioner har väl utvecklade organ som tillhandahåller metod- och processtöd. Ett exempel på detta är Memeologen i Region Västerbotten som skräddarsyr metod- och processtöd till verksamheter i såväl regioner som kommuner, samt till privata vårdgivare och internationella organ. Andra exempel är Kvalitetsregistercentrum (QRC) i Region Stockholm som bland annat regelbundet arrangerar kurser i förbättringsmetodik, samt Qulturum i Region Jönköping som bland annat bistår med metodstöd och arbete med kontinuerlig ledarutveckling avseende systemförståelse och förbättringskunskap.

Den övergripande bild som träder fram är att flertalet regioner har utvecklade strukturer för stöd till hälso- och sjukvården avseende implementering och i att skapa en lärande organisation. Ändamålsenligheten i de olika strukturerna kan utredningen inte bedöma utifrån enkätsvaren. Att döma utifrån regionernas svar och kommunernas svar på motsvarande fråga (se nedan) har regionerna generellt en betydligt mer utvecklad struktur för stöd till hälso- och sjukvården än vad kommunerna har.

Många regioner samarbetar med och stödjer kommunerna inom länet

I enkäten ställdes en fråga till regionerna om de ger något stöd till kommunerna inom länet avseende att implementera bästa tillgängliga kunskap och stöd avseende att hos varje vårdenhet skapa en lärande organisation. Frågan ställdes mot bakgrund av att Kunskapsstödsutredningens förslag om vårdkommittéer inkluderar tanken om att dessa skulle vara ett centralt stöd även till kommunernas verksamhet inom hälso- och sjukvård.

Nästan samtliga regioner uppger i sina svar att de tillhandahåller sådant stöd till kommunerna. I flera fall ger beskrivningarna intryck av ett väl etablerat samarbete. Det bör dock noteras att kommunerna i något lägre grad svarade ja på motsvarande fråga (se nedan). I några av svaren framgår också att regionen har anpassat sin lokala organisation och samarbetet med kommunerna som ett led i den pågående etableringen av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. Nedan följer ett par exempel.

> Det pågår ett omfattande samarbete mellan Regionen och kommunerna inom flera kunskapsområden, särskilt inom psykisk hälsa, äldre, funktionsproblem och barn- och ungdomar, men även inom andra verksamheter t.ex. utveckling av gemensamma vårdprogram för hjärtsvikt. Sedan flera år tillbaka har regionala utvecklingsgrupper (RUG-grupper) etablerats, med personal från både hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst. RUG-grupperna har haft stort fokus på kunskapsutveckling, fortbildning och samarbete inom ovannämnda kunskapsområden. Aktuellt är nu arbetet med kunskapsstyrning, inrättande av lokala programområden, där personal från både kommunerna och Regionen samordnar implementering av ny kunskap. – *Region Dalarna*

> Inom ramen för det nya kunskapsstyrningssystemet har Uppsala län, det vill säga Region Uppsala och länets åtta kommuner, valt att skapa en gemensam organisering för det lokala kunskapsstyrningsarbetet vilket omfattar implementering av bästa tillgängliga kunskap såväl som långsiktigt lärande, se figur nedan. Vårt lokala system för kunskapsstyrning är en del av en större samverkansmodell på både politisk och tjänstepersonsnivå där en gemensam närvårdsstrategi är framtagen för att underlätta vård i samverkan i lokalsamhället för patienten. – *Region Uppsala*

Regionerna beskriver stöd till kommunerna i form av utbildning, metodstöd och samarbeten både inom olika sakområden och på ett strukturellt plan. De sakområden som nämns mest frekvent är samarbeten inom områdena barn och unga, äldre, psykisk hälsa samt missbruk och beroende. Ett exempel är från Region Stockholm där

särskilda äldrecentrum finns i samverkan mellan regionen och kommunerna. Regionen skriver att dessa bidrar med generell kunskap, forskarkompetens och bred metodkunskap till lokala utvecklingsprojekt, praktiknära forskning och kompetensutveckling både i kommuner och landsting. Exempel på samarbeten på ett strukturellt plan är bland annat den gemensamma organisation som Region Uppsala beskriver i citatet ovan. Några regioner nämner också att representanter från den kommunala hälso- och sjukvården ingår i regionens läkemedelskommitté. (Se vidare om läkemedelskommittéernas roll i regionernas lokala kunskapsstyrning nedan.) Inte alla regioner uppger dock att det finns ett väl utvecklat samarbete. I flera fall beskrivs samarbeten men att dessa inte är heltäckande utan främst sker inom ramen för specifika satsningar. Den bild som framträder är att samarbeten generellt finns men att dessa skiljer sig väsentligt åt i utformning och ambitionsnivå.

Ledningens engagemang och sund förbättringskultur är exempel på avgörande faktorer för att bästa kunskap tillämpas i varje patientmöte

Utredningen frågade regionerna vilka faktorer de menar är mest avgörande för att regionen ska kunna tillförsäkra att bästa tillgängliga kunskap används i varje patientmöte. Svaren speglar både behoven i vårdens dagliga arbete med förbättringsarbete och behov som relaterar till att få regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning att fungera väl.

En röd tråd som löper genom regionernas svar är behovet av ledningens engagemang och kunskap. Det gäller chefer och ledare på alla nivåer. Det understryks att det är avgörande att ansvaret för kvaliteten i verksamheten följer linjeorganisationen. Chefer och ledare på alla nivåer behöver förstå och prioritera kunskapsstyrningsfrågor och förbättringsarbete. Det betonas att det är helt centralt att de inser sin roll i att skapa en sund förbättringskultur. En sund förbättringskultur innefattar bland annat att alla medarbetare oavsett profession känner sig trygga att signalera när de ser behov av förändringar och att den uppföljning som görs hanteras på ett sakligt sätt. En sund förbättringskultur ger också en grund för att få engagerade medarbetare.

Chefer behöver också skapa förutsättningar på andra sätt. En förutsättning som lyfts av flera är att skapa tid och utrymme för

reflektion och lärande bland personalen. Kunskapsstöd som är relevanta (svarar upp mot ett reellt behov i verksamheten), tillförlitliga och lättillgängliga beskrivs vidare som viktiga faktorer. Vikten av väl fungerande system och rutiner för uppföljning betonas också. Flera olika aktörer i systemet behöver följa upp verksamhet och resultat för olika syften varför innehåll och utformning behöver anpassas efter varje aktörs specifika behov. Chefer och ledare behöver ställa krav på ett systematiskt förbättringsarbete samt efterfråga resultat, inte bara ekonomiska utan också medicinska. Chefers kompetens inom förändringsledning lyfts som en nyckel i sammanhanget.

En typ av förutsättningar av strukturell karaktär som lyfts fram av regionerna är att både politiker, tjänstemän och hälso- och sjukvårdsprofessioner samverkar. Samverkan behövs även mellan regionerna och med staten. Ett effektivt resursutnyttjande, vilket både handlar om att ha rätt person och kompetens på rätt plats i organisationen, och att avsätta tillräcklig med resurser till bland annat regionernas gemensamma kunskapsstyrningsorganisation framhålls också. Ytterligare aspekter som lyfts fram är att forskning och utveckling bör vara integrerat i vården. Sist men inte minst tar en region upp vikten av tillit. Tillit till patientens egen förmåga, tillit mellan professioner, tillit mellan vårdenheter.

I nedan två citat återspeglas många av dessa aspekter.

> Det är absolut avgörande att ansvar för kvalitet följer linjeorganisationen. Organisering där detta på något sätt separeras är kontraproduktiv. Vad som behövs är att stödjande (stabsfunktioner) verksamheter arbetar optimalt för att stödja detta. I det arbetet ingår delar kopplade till tillgängliggörande av bästa kunskap, uppföljning av kvalitet/resultat, stöd till förbättringsarbete och ledarskap. Betydelsen av organisationskultur på området kan inte överskattas. Det är likaså avgörande att regionen har stöd i utvecklad samverkan med andra regioner, företrädesvis med sjukvårdsregionerna som bas, samt i nationell samverkan. Därutöver har staten en mycket viktig roll i att samverka med regionernas gemensamma system så att både kunskapsstöd och uppföljning blir ändamålsenlig och kvalitetsstödjande. Frågor om standardisering, utbyte av vårdinformation och regelverk för nationell uppföljning är exempel på infrastruktur för kunskapsstyrning där staten till stor del ansvarar. – *Region Kalmar län*

> Absolut avgörande för verkställighet är att det finns kontextuella förutsättningar, vilket innebär att ledningen är insatt, visar vägen och ger förutsättningar men också ställer krav på chefer och medarbetare på alla nivåer. Samverkan mellan olika stödjande funktioner måste koordineras för att få till ett bra resursutnyttjande. Det som ska implementeras

> behöver överensstämma med de värderingar och behov som kliniker har i sitt arbete. Det är i mikrosystemet som skillnaden görs och det måste därför finnas utrymme för förbättringsarbete och det måste också vara prioriterat. Det är väl känt att efterfrågande av (medicinska) resultat positivt stärker utveckling och förbättring. Standardiserade vårdförlopp som stödjs av vårdinformationssystemen kommer att underlätta best practice och förhoppningsvis minska den administrativa bördan. Det måste också vara enkelt att snabbt få data visualiserat på relevant sätt så att resultatet av det man gör är känt av alla medarbetare. En bra uppföljning är här central och goda förutsättningar för denna skapas genom framarbetandet av bra medicinska indikatorer. Det är också viktigt att jobba nära verksamheterna för att skapa goda förutsättningar för att kunna implementera nya arbetssätt. – *Region Örebro län*

Regionernas syn på vad staten bör göra

Statens kan stödja genom bland annat samordning, uppföljning och mer fokus på kunskapsspridning om förbättringskunskap

Behovet av att staten iklär sig en samordnande roll lyfts genomgående i regionernas svar på frågan om hur staten bör stödja kunskapsgenerering, implementering och kontinuerligt lärande. Det betonas i svaren att samordning på statlig och nationell nivå gynnar samordning och samarbete på regional och kommunal nivå medan parallella spår eller annan avsaknad av samordning försvårar samarbetsprocesser i regioner och kommuner. Det framgår också av svaret att samordningen både behöver ske mellan berörda statliga myndigheter och mellan dessa myndigheter och sjukvårdshuvudmännen. En tätare och mer prestigelös samverkan mellan aktörerna efterfrågas. Flera regioner tar explicit upp vikten av att staten samverkar med regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning, dels genom det partnerskap som har bildats mellan dess styrgrupp och några statliga myndigheter, dels genom stöd och samarbete med de nationella programområden och arbetsgrupper som skapats inom ramen för systemet. Regionerna lyfter även statens roll i att löpande följa upp i vilken utsträckning verkligheten återspeglar lagreglerade krav på huvudmännen.

> Avgörande är samverkan mellan kunskapsstyrande myndigheter (sinsemellan) och med huvudmännen. /…/ Huvudmännen bär ansvar för implementering/införande, men staten har en självklar roll i att följa upp att medborgarnas behov av hälso- och sjukvård samt socialtjänst med god kvalitet tillgodoses. – *Region Kalmar län*

Utöver samverkan och samarbete efterlyser vissa regioner även flera andra typer av stöd från staten till regionerna i deras arbete med att bygga upp ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Regionerna talar om vikten av tilltro, bejakande och uthållighet. Ett exempel som nämns på hur staten kan bejaka systemet är att den kompetens och de resurser som finns inom statliga myndigheter används så att de tydligt stöder arbetet i nationella programområden och andra arbetsgrupper som skapats inom systemet. Vad gäller uthållighet uttryckte sig en region enligt nedan.

> Att rita kartan och ge uppdrag är toppen av ett isberg, att resurssätta och nå verkställighet är den stora uppgiften och det måste finnas en grundläggande förståelse för det. – *Region Örebro län*

Det lyfts även fram att staten bör vara varsam med att överutnyttja regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning innan detta system är fullt uppbyggt. De varnande signalerna om överutnyttjande läggs fram i ljuset av 2019 års överenskommelse om standardiserade vårdförlopp, där regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning används för att utveckla dessa. Flera regioner påtalar att antalet nya standardiserade vårdförlopp per år bör begränsas. Detta menar man är nödvändigt både för att säkerställa kvaliteten i dessa vårdförlopp och för att undvika negativa undanträngningseffekter i övrig hälso- och sjukvård. Det noteras att realistiska tidsscheman är ett måste. Några regioner lyfter också fram finansiellt stöd på olika sätt. Framför allt tydliggörs att det gemensamma system som regionerna håller på att etablera är resurskrävande. Återkommande kommentarer är att medel för uppbyggnad och stöd till nya strukturer måste fördelas mer jämnt mellan regionerna. Det anförs att befolkningsmässigt små och befolkningsmässigt stora regioner har samma uppdrag när det ska byggas upp system för exempelvis standardiserade vårdförlopp och att medel då inte bör fördelas efter befolkningsstorlek. Det förekommer även önskemål om att staten ska kompensera det produktionsbortfall som uppstår när personal behöver avsätta tid från ordinarie verksamhet till att delta arbetet i olika arbetsgrupper. Några regioner framför även önskemål om att staten ska fortsätta driva på satsningar såsom fortsatt utveckling av de nationella kvalitetsregistren, en nationell informationsstruktur samt projektet nationellt kliniskt kunskapsstöd.

En synpunkt av annat slag rör Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Ett önskemål som framförs är att dessa ska utformas så att prioriteringsnivåerna går att jämföra, att en prioriteringsnivå 1 i en riktlinje motsvarar en prioriteringsnivå 1 i en annan. Det handlar med andra ord om ökat stöd till horisontella prioriteringar. Ett annat önskemål avseende Socialstyrelsens nationella riktlinjer rör målgruppsanpassning och stöd till implementering.

> Riktlinjer måste skapas så att det passar där vården ska bedrivas och det är viktigt att fundera över vilken målgrupp som berörs av riktlinjerna. Riktlinjer som har kommit från nationell nivå har behövt omformuleras. Arbetet är inte klart för att riktlinjen är fastställd, då börjar arbetet. Vi behöver stöd i den fasen, i dag lämnas riktlinjerna ut till regionerna utan att det reflekteras över vart den ska implementeras. – *Region Kronoberg*

Stöd till såväl implementering som till kontinuerligt lärande, dvs. förbättringsarbete, kan utformas på olika sätt. Ett återkommande exempel är att staten skulle kunna utveckla kunskapsunderlag om implementering och förbättringsarbete. Kunskapsunderlagen ska gärna inkludera konkreta verktyg som kan användas i arbetet. Det kan handla om verktyg för dialog med professionen eller verktyg för chefer att använda i arbetet med att leda processer för implementerings- och förbättringsarbete. Vikten av att det i verksamheterna finns ett ledarskap och en kultur som stödjer förbättringsarbete betonas. Att staten stödjer forskning och utbildning om förändringsledning, implementering och förbättringskunskap tas upp av flera regioner. Flera regioner uppmanar också staten att involvera lärosätena i arbetet och stimulera större utrymme för förbättringskunskap i vårdutbildningarna.

> Kärnan i det kontinuerliga lärandet på enheterna är att man har vardagliga rutiner för att följa sina prestationer och resultat för sina egna patienter. Dessutom ska man kunna jämföra sina prestationer med andra enheter och kunna koppla det till bästa tillgängliga kunskap. För att få till det krävs en grundläggande kultur för förbättring som bygger på medarbetarnas drivkrafter och patienters delaktighet. Utbildning i transformativt ledarskap för att skapa en kultur för ständiga förbättringar är därför centralt och skulle gynnas av statligt stöd. Dels som fortbildningsinsatser till befintlig personal, men även som en del av befintliga professionella utbildningar och fortbildningar inom hälso- och sjukvårdens område. – *Region Uppsala*

Regionerna framför också i sina svar att staten behöver arbeta med uppföljning. Några tar sin utgångspunkt i statens behov av information för att följa läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården,

andra tar sin utgångspunkt i statens möjlighet att stödja förbättrade förutsättningar för huvudmän, vårdgivare och profession att arbeta med uppföljning inom ramen för det lokala förbättringsarbetet. I flera svar pekas också på att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) löpande och mer systematiskt kunde återföra sammanställningar av avvikelser till verksamheterna för att använda vid uppföljning och förbättringsarbete. Slutligen efterfrågas arenor för dialoger mellan politiker, tjänstemän och hälso- och sjukvårdsprofessioner. Utredningen tolkar detta som ett uttryck för ett upplevt behov av att aktörer på olika nivåer och med olika uppdrag i hälso- och sjukvårdssystemet samtalar mer med varandra om läget och utvecklingen i detta.

Enkät från utredningen om stödet i kommunerna

Kärnan i Kunskapsstödsutredningens förslag om att inrätta vårdkommittéer var, som vi beskrev i avsnitt 10.1, att skapa en stödfunktion på lokal nivå för implementering och förbättringsarbete. Kommittéerna skulle inrättas i regionerna och ge stöd både till verksamheter inom den egna regionen och till de kommuner som är belägna inom denna.

I syfte att få en bild av i vilken utsträckning denna funktion finns i dag och hur den i så fall är utformad har utredningen ställt ett antal skriftliga frågor även till kommuner om implementering av bästa tillgängliga kunskap samt kontinuerligt lärande i kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen valde, i dialog med SKR, att rikta enkätfrågorna till ledamöter och ersättare i Socialchefsnätverket och i NSK-S[32] Kommungrupp. Enkäten gick därmed till både stora och små kommuner i samtliga delar av landet. I utskicket tydliggjordes att utredningen önskade ett samlat svar per kommun. Av de 70 kommuner som mottog enkäten har 33 besvarat den, vilket innebär en svarsfrekvens på 47 procent.

Frågorna i enkäten fokuserade huvudsakligen på behovet av att förstärka hälso- och sjukvårdens förmåga att implementera bästa tillgängliga kunskap och att skapa en lärande organisation. I enkäten tydliggjordes att utredningen med begreppet implementera avsåg att få ut och skapa förutsättningar för att tillämpa bästa tillgängliga kun-

[32] Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten.

skap i patientmötet. Motsvarande förtydligades att utredningen med begreppet lärande organisation avsåg en organisation där man ständigt strävar efter att utvecklas och förbättras och där strukturerad uppföljning och analys bidrar till ett kontinuerligt lärande. En lärande organisation är med andra ord en organisation där ett systematiskt förbättringsarbete pågår. Kommunerna fick lämna fritextsvar.

Utredningen kan inte av enkätsvaren utläsa i vilken grad svaren på frågorna är förankrade i respektive kommun. Inte heller kan utredningen med säkerhet veta i vilken grad svaren återspeglar hela bilden av kommunens arbete. Detta innebär att svaren ger en bild av arbetet i kommunerna, men att utredningen valt att tolka den med viss försiktighet. Det finns också en risk att svaren ger en snedvriden bild på grund av urvalet av kommuner som tillfrågats. Frågan har dock ställts till ledamöter i SKR:s kommungrupperingar i form av socialchefsnätverk och ledamöter av NSK-S kommungrupp. De kommuner och personer som engagerar sig i detta arbete kan tänkas ha ett intresse för kunskapsstyrning och samverkan om detta som är större än genomsnittet för samtliga kommuner.

Den sammanfattande bild som framträder i enkätsvaren presenterades och bekräftades vid ett möte med RSS-nätverket och NSK-S i november 2019.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska central roll i stöd att implementera bästa tillgängliga kunskap

Utredningen har till kommunerna ställt frågan om det finns något organ eller funktion i kommunen som ger de verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård stöd i dess förmåga att implementera bästa tillgängliga kunskap. Fyra femtedelar av de kommuner som besvarade enkäten uppgav att de finns en sådan funktion. En femtedel svarade nej på samma fråga. Tillförlitligheten i den bilden är dock tveksam. Omkring åttio procent av de som svarade ja på frågan har som beskrivning av den stödjande funktionen uppgivit att kommunen har medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och ofta även medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Mot bakgrund av att det är ett lagstadgat krav att denna funktion ska finnas i kommunerna torde denna funktion finnas i samtliga kommuner.

Kommunerna har generellt gett kortfattade beskrivningar av de stödjande funktionerna. Generella beskrivningar är till exempel att

den kommunala hälso- och sjukvården ger stöd till omvårdnadspersonalen när de är hälso- och sjukvårdspersonal, dvs. när de utför hälso- och sjukvårdsuppgifter. Detta återspeglar den nära kopplingen mellan social omsorg och det kommunala ansvaret för hälso- och sjukvård. Några kommuner skriver också om att ansvariga chefer, specialistsjuksköterskor, verksamhetsutvecklare och MAS utformar riktlinjer, rutiner och arbetssätt baserat på bl.a. nationella vårdprogram och riktlinjer. Detta förmedlas sedan till medarbetare på olika sätt. Några kommuner nämner förekomst av utvecklingsenheter och kvalitets- eller verksamhetsutvecklare. Linjeansvaret, det formella på verksamhetschefen och det delegerade på enhetschefen, lyfts också fram som centrala utgångspunkter. Sammantaget ger beskrivningarna en bild av att det åtminstone genom MAS och MAR finns en funktion i kommunerna som ger implementeringsstöd till de verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård men graden av tillräcklighet i det stödet går inte att utläsa ur svaren.

Kvalitetsledningssystemen och multiprofessionella team viktiga för att skapa en lärande organisation

Som komplement till föregående fråga ställde utredningen även frågan om det finns något organ eller funktion i kommunen som ger de verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård stöd i dess förmåga att hos varje vårdenhet skapa en lärande organisation. Fyra femtedelar av de kommuner som har besvarat enkäten har uppgivit att det finns en sådan funktion i kommunen. Beskrivningar av hur stödet är utformat varierar mycket. Flera kommuner lyfter upp kvalitetsledningssystemen och att arbetet med att skapa lärande organisationer som arbetar löpande med förbättring av verksamheten är inbyggt i dessa. De beskriver att de gör och följer upp egenkontroller och att de utifrån resultat och analys av dessa reviderar befintliga rutiner och arbetssätt. Flera kommuner tar upp arbetet med avvikelser som dokumenteras och följs upp inom ramen för patientsäkerhetsarbetet. Utredningar om avvikelser, större händelser som medfört utredning avseende vårdskada eller Lex Mariaanmälan tas också upp som exempel på kunskap som används i syfte att skapa en lärande organisation. Flera kommuner nämner att de har lokala kvalitetsråd som tillsammans med ledningsgrupper arbetar löpande med att följa upp och förbättra verksamheten. Samarbeten i multiprofessionella team,

enhetschefernas roll samt samarbetet med MAS och MAR lyfts fram som centrala i arbetet. Även exempel på utvecklingsenheter och mobila vårdteam som på olika sätt stödjer verksamheterna beskrivs. Vi efterfrågade inte kommentarer från de kommuner som svarade nej på frågan. Någon har dock kommenterat att det ingår i linjeansvaret. I ljuset av ovan kommentarer kan det noteras att gränsen mellan vilken funktion som ger stöd och vilket arbete som utförs i linjen kan vara svår att dra. Det är många olika aktörer som samverkar utifrån olika perspektiv och ansvarsområden. Ett intressant exempel om bred samverkan är Enköpingsmodellen, vars utgångspunkt är att ”vi lär varandra och lär av varandra”. I konceptet ingår metoder för att ta tillvara på den interna kompetensen.

Sammantaget ger beskrivningarna en bild av att förekomst, utformning och omfattning av stöd till att skapa en lärande organisation varierar mycket. I vissa kommuner synes det finnas väl utvecklade stöd och arbetsformer. Den övergripande bilden är dock att stödet är mindre väl utvecklat i kommunerna än i regionerna (jämför ovan).

Regionala samverkans och stödstrukturer exempel på organ i samverkan mellan kommunerna som stödjer verksamheterna

Över 80 procent av de kommuner som svarade på enkäten uppgav att det finns organ där kommunerna samverkar med varandra eller regionen som ger de verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård stöd i dess förmåga att implementera bästa tillgängliga kunskap. Då antalet kommuner som svarat nej på frågan bara är en handfull är underlaget för litet för att kunna dra någon slutsats avseende eventuella mönster i vilken typ av kommuner som inte har någon sådan samverkan.

Kommunerna har redovisat en mängd olika typer av samarbeten och flertalet kommuner beskriver en kombination av samverkansformer som tillsammans bidrar till implementering av bästa tillgängliga kunskap. Återkommande typer av funktioner som lyfts fram som centrala för samverkan mellan kommunerna är nätverk för MAS och MAR, de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) liksom länsgemensamma arbetsgrupper inriktade på specifika områden såsom demens, diabetes eller egenvård. Utöver detta varierar de lokala lösningarna. I vilken grad nämnda arbetsgrupper ingår i RSS-

strukturerna framgår inte på ett konsekvent sätt. Nedan följer några exempel.

> I länet finns en ledningsgrupp som består av ansvariga social- och omsorgschefer från kommunerna samt ansvariga chefer på motsvarande nivå i region Kronoberg. Gruppen träffas månadsvis. Kommunalt forum fyra gånger per år där politikerna träffar ”länets ledningsgrupp”. Tvärgrupper för barn, vuxna och äldre träffas månadsvis och utvecklar vård och omsorg för Kronobergarna. Tvärprofessionella team från kommun och region. Nätverk finns tex MAS-nätverk och nätverk för chefer med ansvar för kommuners hemsjukvård. Läkemedelskommitté ger läkemedelsrekommendationer. – *Växjö kommun*

> Det finns en omfattande samverkan mellan samtliga kommuner och regionen ”Närvård sörmland” en del i denna samverkan är den regionala FOU enheten och RSS. Det finns även en gemensam politisk nämnd som ansvarar för samverkansfrågor där t.ex. implementering av nya riktlinjer etc. ingår. – *Vingåkers kommun*

Förekomsten av strukturer för att knyta ihop kommunens eller kommunernas ledning på tjänstemannanivå med den på politisk nivå återkommer i några fall. Utöver Vingåker kommer även Uppsala kommun i sitt svar in på hur de knyter ihop de olika strukturerna.

> Vi har en länsgemensam samverkansstruktur där Region Uppsala och länets alla kommuner ingår. Vi har en gemensam närvårdsstrategi som är beslutad av vår högsta politik, som stödjer oss i arbetet. Till denna länsstruktur har vi lokala strukturer med politik som högsta styrgrupp. Nu under hösten kommer vi att knyta vår gemensamma kunskapsstyrning till denna struktur, så att vi får ihop kunskapsstyrning med verksamhetsstyrningen. – *Uppsala kommun*

I något fall har även samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola tagits upp. Hallstahammars kommun uppger exempelvis att de har en grupp bestående av regionens utvecklare på område social välfärd och skola samt socialchefer där de bland annat arbetar med prioriteringar och informationsspridning relaterat till implementering av bästa tillgängliga kunskap.

Samspel mellan regioner och kommuner för stöd till implementering och lärande organisationer

Utredningen ställde även frågor om huruvida den region som verkar i det län kommunen ligger i ger något stöd till kommunen i dess förmåga att implementera bästa tillgängliga kunskap och att hos

varje vårdenhet skapa en lärande organisation. Medan den förra frågan försöker fånga en mer ömsesidig samverkan mellan kommunerna och regionerna tar denna fråga sikte på eventuell förekomst av mer enkelriktat stöd från regioner till kommuner. Bakgrunden till att frågan ställdes var Kunskapsstödsutredningens förslag om inrättande av vårdkommittéer, vilka även var tänkta att ge stöd till kommunerna. Med vår fråga till kommunerna ville vi få en bild av i vilken utsträckning och på vilket sätt ett sådant stöd ges i dag.

Vi noterar att kommunerna i stor utsträckning inte kunnat särskilja svaren på frågan om samverkan mellan kommunerna och regionerna respektive frågan om stöd från regionen till kommunerna. Detta torde återspegla att denna skiljelinje är svår att dra och att det ofta är ett samspel snarare än ett enkelriktat stöd. Vi noterar dock att läkemedelskommittéerna endast nämns i något enstaka fall. Vi tolkar detta som att andra typer av samarbeten är mer framträdande i arbetet än kommunens samverkan med regionens läkemedelskommitté.

Kommunerna brottas med flera aspekter av kompetensförsörjning parallellt vilket försvårar förutsättningarna

Kommunerna fick i enkäten frågan om vilka faktorer de anser är mest avgörande för att kommunen ska kunna tillförsäkra att bästa tillgängliga kunskap används och ett kontinuerligt lärande skapas i verksamheterna.

Flera svar på den frågan återspeglar de utmaningar kommunerna har avseende kompetensförsörjning generellt. Kommuner pekar på att det mest centrala är att de överhuvudtaget har personal med tillräcklig kompetens. Det framförs att kraven på baskompetens måste höjas då delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser sker i stor omfattning och att det är svårt att ta till sig kunskap när man saknar grundläggande kompetens. Utredningen tolkar det som att delegeringen sker till personal som saknar kvalificerad medicinsk kompetens. Det poängteras vidare att den höga personalomsättningen omöjliggör en kompetensuppbyggnad på sikt.

Kontinuitet och långsiktighet i arbetet, liksom en tydlighet och struktur i styrningen lyfts av flera kommuner som avgörande faktorer. Till detta hör vikten av ett engagerat ledarskap, inklusive politisk ledning, samt att det skapas delaktighet och förståelse i alla

led i organisationen. En organisationskultur som prioriterar kunskap och lärande.

Utöver ledningens roll uppmärksammas även den enskilde yrkesutövaren. Behovet av tid för att ta till sig kunskap samt för reflektion och dialog är faktorer som flera anser är avgörande. Det hänger också ihop med ett ökat samarbete över verksamhets- och professionsgränser. Vikten av enkel tillgång till uppdaterad lättläst information tas också upp som en central faktor.

Slutligen är medvetenhet och samverkan faktorer som understryks. Det påtalas att både staten och regionerna måste beakta att kommunerna bedriver en alltmer avancerad vård i hemmen. När ekonomiska stimulansbidrag fördelas måste även den kommunala hälso- och sjukvården få del av dessa.

Kommunernas syn på vad staten bör göra

En av de frågor som ställdes till kommunerna var vad de anser att staten bör göra för att bättre stödja och samverka med regioner och kommuner när det gäller kunskapsgenerering, implementering och kontinuerligt lärande.

Staten bör stödja med kunskapsstöd anpassade till kommunernas behov

Vad gäller kunskapsgenerering ger kommunernas svar en relativt samstämmig bild. Det framträder en generellt positiv bild avseende stöd från staten i att ta fram kunskapsstöd. Flera uttrycker sig positivt om nationella riktlinjer. Ett återkommande budskap är att staten i framtagandet av kunskapsstöd bör inkludera representanter från den kommunala hälso- och sjukvården i hela processen, från tidigt stadium, och att staten ska vara genuint lyssnande till de behov och synpunkter kommunsektorns representanter ger uttryck för. Staten behöver förbättra sin kunskap om den kommunala hälso- och sjukvården och dess förutsättningar.

Ett annat budskap som framträder tydligt är vikten av att anpassa kunskapsstöd – till exempel riktlinjer och standardiserade vårdförlopp – till kommunernas behov. De understryker att från det kommunala perspektivet går omsorgsperspektivet och vårdperspektivet

hand i hand i mötet med personen som tar emot insatsen, dvs. patienten/brukaren. I vissa fall finns anledning att inte bara anpassa, utan helt ta sin utgångspunkt i, kommunens behov. Ett exempel som nämns är riktlinjer som tar sin utgångspunkt i den kommunala hemsjukvården. Det poängteras att kommunens utgångspunkt ofta är behov som är målgruppsbaserade, inte diagnosrelaterade.

Ytterligare områden där kommunerna anser att staten bör vara behjälplig är i att undanröja juridiska hinder för effektiv kommunikation och informationsöverföring mellan vårdgivare, samt att staten verkar för större incitament för samverkan mellan kommuner och regionen.

Behovet av bättre samverkan mellan statliga myndigheter, inklusive Regeringskansliet, lyftes också upp av flera. I ett samtal mellan utredningen och Socialchefsnätverket[33] gav flera socialchefer uttryck för upplevelsen att staten agerar i stuprör vilket försvårar kommunernas uppdrag.

Slutligen kommenterade flera kommuner vikten av att eventuella stimulansbidrag avseende hälso- och sjukvård tilldelas både kommuner och regioner. Huvudbudskapet är här att de som fördelar medel (regeringen) måste beakta kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag och spegla det i tilldelning av resurser.

Staten bör stödja med kunskap och lärotillfällen om implementering och förbättringsarbete

I svaren om implementering och kontinuerligt lärande uppmärksammas det lokala ansvaret men även att staten kan ha en stödjande roll. De mest frekventa svaren om vad staten bör göra för att stödja implementering rör kommunikation och lärotillfällen. Webbaserade utbildningar och digital information lyfts fram liksom enkla hjälpmedel för implementering, såsom checklistor och handböcker. Kunskapsguiden[34] nämns som ett bra exempel på webbaserad information. Förslagen som lämnades i enkäterna inkluderar även konferenser och att staten kommer ut till kommunerna och erbjuder lärotillfällen och kunskap om implementering. För att förstärka det kontinuerliga lärandet föreslås att staten kan arrangera uppföljningskonferenser, där deltagarna kan delge varandra goda exempel. Utbildningsmate-

[33] Möte med Socialchefsnätverket på SKR den 6 september 2019.
[34] kunskapsguiden.se.

rial och lärotillfällen kan rikta sig till flera målgrupper, inklusive chefer och ledare. Förslag finns även om att utveckla arbetet med nationella kvalitetsindikatorer som stöd i den löpande uppföljningen. Gemensamt för dessa förslag är önskemål om att staten ska tillhandahålla någon typ av metodstöd för implementering och kontinuerligt lärande. En synpunkt av annan karaktär är att ställa krav på att en fastställd tid avsätts till att ta del av nya riktlinjer, genomgå webbkurser etc.

Övriga medskick från kommunerna

I sina svar har kommunerna vidare lämnat synpunkter av mer generell karaktär. Ett återkommande medskick i dessa är att staten behöver visa tålamod och långsiktighet. Implementering och förbättringsarbete tar tid att utveckla.

I svaren har även reflektioner om kommunernas egna situation lyfts. En av respondenterna uttryckte det som att kommunerna som vårdgivare behöver inse att hälso- och sjukvård i kommunen är ett stort och viktigt ansvarsområde. Kommunledningar i dag bör inneha hälso- och sjukvårdskompetens på högsta ledningsnivå. För att klara kompetensförsörjning måste kommunerna erbjuda kontinuerlig kompetensutveckling och möjlighet till forskning, viktiga faktorer för att bli en attraktiv arbetsgivare.

10.5 Läkemedelskommittéerna

Kunskapsstödsutredningens förslag om att inrätta vårdkommittéer innebar i korthet att läkemedelskommittéernas uppdrag skulle vidgas till att omfatta all vård. I detta avsnitt beskriver vi läkemedelskommittéernas nuvarande uppdrag – en lagstadgad rådgivande roll – och bakgrunden till detta. I avsnittet beskrivs vidare översiktligt hur läkemedelskommittéerna arbetar, deras roll i regionernas gemensamma kunskapsstyrningssystem samt deras koppling till kommunal hälso- och sjukvård. Slutligen ges även en kortfattad sammanfattning av två förslag från tidigare utredningar som rör läkemedelskommittéerna.

Lagen om läkemedelskommittéer och dess bakgrund

Lagen om läkemedelskommittéer

Genom lagen om läkemedelskommittéer[35] infördes 1997 ett obligatoriskt krav på en eller flera läkemedelskommittéer i varje region med uppgift att, genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt, verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget. Rekommendationerna ska vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Om kommittén finner att det förekommer brister i läkemedelsanvändningen inom verksamhetsområdet ska kommittén göra de påpekanden som behövs och vid behov erbjuda hälso- och sjukvårdspersonalen utbildning för att avhjälpa bristerna. Avslutningsvis anger lagen att varje läkemedelskommitté i den omfattning som behövs, ska samverka med andra läkemedelskommittéer samt med berörda myndigheter, universitet och högskolor. Av lagstiftningen följer att det är upp till varje region att bestämma hur många kommittéer som ska finnas och vilket organ inom landstinget som ska tillsätta en kommitté. Regionen bestämmer också antalet ledamöter i varje kommitté och mandattiden för ledamöterna.

Bakgrund till lagen om läkemedelskommittéer

Lagen om läkemedelskommittéer tillkom samtidigt som kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen överfördes från staten till landstingen. Läkemedelskommittéverksamheten var tidigare frivillig för landstingen. Kommittéer har i olika former funnits sedan 1960-talet och har varit det organ som fångat upp erfarenheter och kunskap om läkemedel och läkemedelsanvändning från myndigheter och institutioner för att föra ut denna kunskap bland förskrivarna. I förarbetena framhölls att det är ett omfattande arbete för förskrivarna att hålla sig informerade om forskning och utveckling inom läkemedelsområdet, också inom ett begränsat specialistområde.[36] Regeringen ansåg därför att det var av största vikt att kommittéernas råd och rekommendationer når ut till kliniker, specialistmottagningar och primärvårdsenheter. Eftersom kostnaderna för läkemedelsförmånen, som

[35] Lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer.
[36] Prop. 1996/97:27 *Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m.m.*

nämnts ovan, överfördes till regionerna ansågs detta bl.a. vara ett skäl till att förstärka läkemedelskommittéerna. Enligt regeringen var det också ett uttalat intresse från regionernas sida att denna markering av kommittéernas vikt kom till stånd. Förstärkningen av betydelsen av kommittéerna gjordes genom att regionerna genom lagstiftningen om läkemedelskommittéer tog det fulla ansvaret för finansiering av kommittéernas verksamhet samt för administrativa frågor om antal kommittéer, vilket organ inom regionen som skulle tillsätta kommittéerna, antal ledamöter och mandattid m.m. I propositionen angavs vidare att den allmänna uppfattningen bland remissinstanserna var att förskrivningsrekommendationerna inte skulle få samma möjlighet till genomslag om de inte innehöll ett betydande mått av lokal förankring. Skälet till att reglera kommittéerna genom lag var att det enligt regeringen inte skulle råda någon tveksamhet om att kommittéarbetet skulle engagera såväl kommunalt anställda och regionanställda som privatpraktiserande läkemedelsförskrivare. En annan viktig utgångspunkt enligt regeringen var att läkemedelskommittéernas rekommendationer skulle vara just rådgivande och inte binda den enskilde förskrivaren i mötet med patienten.[37]

Läkemedelskommittéernas arbete och roll i regionernas gemensamma kunskapsstyrningssystem

Tjugoen kommittéer med stora likheter och lokal förankring

Som framkommit ovan ger lagen om läkemedelskommittéer stort utrymme för regionerna att anpassa bemanning och arbetsformer i kommittéerna. Lagen föreskriver också att varje region ska utfärda ett reglemente med de föreskrifter om en läkemedelskommittés verksamhet och arbetsformer som behövs. Var och en av Sveriges 21 regioner har fastställt sådana reglementen.

I reglementena preciseras respektive läkemedelskommittés uppdrag. Några gemensamma nämnare i dessa kan noteras. En genomgående likhet är att grunduppdraget, dvs. att vara ett rådgivande expertorgan i läkemedelsfrågor som ska verka för en säker, rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning inom regionen, framgår av reglementet även om de exakta formuleringarna skiljer sig åt. Hur ledamöterna ska utses och kompetensprofilen på dessa regleras också.

[37] SOU 2017:48 *Kunskapsbaserad och jämlik vård.*

Av den information (reglementen eller information om ledamöter) som respektive region publicerat på sina hemsidor kan utläsas att ungefär hälften av läkemedelskommittéerna inkluderar en representant från den kommunala hälso- och sjukvården, vanligtvis en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Kommittéernas uppdrag inriktas på att vara ett stöd särskilt till förskrivare men även till regionen som sådan i egenskap av expertorgan i läkemedelsfrågor. De följer bland annat upp förskrivningsmönster, ger information och utbildar om läkemedelsanvändning. Arbetet sker i nära samarbete med den kliniska verksamheten. Varje kommitté inrättar vanligtvis ett större antal, i många fall omkring tjugo, terapigrupper inom olika specialistområden. Genom ledamöterna i dessa terapigrupper och arbetssättet att samarbeta nära den kliniska verksamheten, når kommittén en lokal förankring på många vårdenheter. Den lokala förankringen är något som ofta lyfts fram som en styrka i läkemedelskommittéernas arbetssätt.

Läkemedelskommittéernas roll i regionernas kunskapsstyrning på lokal nivå

Läkemedelskommittéerna har ett kunskapsstyrande uppdrag både genom de rekommendationer de utfärdar och genom den uppföljning och dialog de arbetar med i verksamheterna.

Varje läkemedelskommitté har därmed någon typ av roll i varje enskild regions kunskapsstyrningsorganisation, dvs. på lokal nivå. Hur kunskapsstyrningsorganisationen ser ut i respektive region skiljer sig åt. I den enkät som utredningen skickade till regionerna (se ovan) ställde utredningen även en fråga om huruvida regionens läkemedelskommitté är sammankopplad med regionernas gemensamma kunskapsstyrningsorganisation.

I enkätsvaren uppger samtliga regioner att regionens läkemedelskommitté antingen är eller är på väg att bli sammankopplad med regionernas gemensamma kunskapsstyrningssystem. Några regioner är mycket kortfattade i sina svar varför utredningen inte kan bedöma den faktiska graden av sammankoppling. Andra regioner svarar med mer uttömmande beskrivningar. Beskrivningarna speglar en lägesbild i augusti/september 2019. Nedan citeras några svar som utredningen bedömer visar på konstruktiva lokala lösningar.

Regionen har ett Råd för Kunskapsstyrning där verksamhetsansvariga och specialister möts. Läkemedelskommitténs ordförande och Läkemedelsenhets chef sitter med i Rådet för kunskapsstyrning. När lokala programområden och andra råd bildas så ingår personer från läkemedelskommitténs expertgrupper i berört råd. – *Region Västmanland*

Region Uppsalas läkemedelskommitté kommer att utgöra en *lokal samverkansgrupp* för läkemedel och kommer därmed integreras i regionernas kunskapsstyrningsorganisering. På sjukvårdsregional nivå (Uppsala-Örebro) har det funnits ett långvarigt samarbete mellan de sju regionernas läkemedelskommittéer vilket fortsättningsvis blir den *regionala samverkansgruppen* för läkemedel som i sin tur har kontakter med den *nationella samverkansgruppen* för läkemedel. Med andra ord bygger vi ihop nuvarande organisering med läkemedelskommittéer med den nya organiseringen för kunskapsstyrning. – *Region Uppsala*

Den lokala kunskapsstyrningsorganisationen byggs upp kring de expertgrupper inom Läkemedelskommittén som redan existerar. Organisationen med Läkemedelskommitté och dess delgrupper är alltså mycket central i denna aktuella uppbyggnad. /…/ Basen för fortsatt organisering av LPO, lokala programområden, baseras då bl.a. på den organisation som vi har byggt upp med hjälp av Läkemedelskommittén. – *Region Jämtland Härjedalen*

Läkemedelskommitténs ordförande ingår som ledamot i regionens kunskapsstyrningsråd och är tillika ledamot av sjukvårdsregional samverkansgruppen för läkemedel. – *Region Gävleborg*

Kopplingen har historiskt sett varit begränsad, även om läkemedelskommittén och övriga kunskapsstyrningen har delat vissa stödstrukturer inom centrala förvaltningar. Hösten 2019 träder dock en ny struktur i kraft där läkemedelskommittén utgör samverkansgruppen för läkemedel och medicinteknik (på samma sätt som läkemedel är integrerat som en samverkansgrupp i den nationella strukturen med NPO). Vidare kommer läkemedelskommitténs expertgrupper tydligare att knytas till respektive regionalt programområde och ordföranden i respektive expertgrupp att vara en ordinarie ledamot i RPO. – *Region Stockholm*

Läkemedelskommittéernas roll på nationell nivå i regionernas gemensamma kunskapsstyrningssystem

Det pågår etablering av ett strukturerat samarbete mellan läkemedelskommittéerna och de olika funktionerna inom regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. (För en beskrivning av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning se kapitel 7.)

I regionernas gemensamma kunskapsstyrningssystem finns det på nationell nivå den nationella samverkansgruppen för läkemedel och medicinteknik (NSG läkemedel och medicinteknik) som har ett samordnande uppdrag inom kunskapsstyrningssystemet för läkemedels- och medicintekniska frågor. Den nationella samverkansgruppen för dialog, inom ramen för sitt uppdrag, med bland annat Nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer (LOK). LOK har ett arbetsutskott som består av en representant från varje sjukvårdsregion, varav en är ordförande i LOK. LOK företräder läkemedelskommittéerna i frågor av gemensamt intresse. Den nationella samverkansgruppen har uppdragit åt LOK att vara kontaktpunkt mellan nationella programområden och nationella arbetsgrupper och läkemedelskommittéerna så att läkemedelskommittéerna kan medverka och ge stöd till dessa i frågor gällande läkemedel, horisontella prioriteringar, lokal implementering av nationella rekommendationer samt hantering av t.ex. jävsfrågor. Detta görs genom att de nationella programområden och nationella arbetsgrupper som behöver denna typ av kompetens i sitt arbete ber läkemedelskommittéerna utse en representant som kan bistå i ett specifikt uppdrag. Rent praktiskt sker samordning inom den sjukvårdsregion som är värd för ett nationellt programområde och/eller en nationell arbetsgrupp och den sjukvårdsregionala representanten i LOK:s arbetsutskott för att därigenom få hjälp att identifiera lämpliga personer som kan ingå i olika arbetsgrupper. Samarbetsstrukturen är under etablering.

En annan typ av samarbete med läkemedelskommittéerna finns även via viss personunion mellan läkemedelskommittéer och NT-rådet, där NT står för Nya Terapier (för beskrivning av NT-rådet se kapitel 7).

Läkemedelskommittéerna har ingen formell roll i processen för ordnat införande (se mer om ordnat införande i kapitel 7). Många ledamöter av läkemedelskommittéer sitter dock med i SKR:s nätverk för kontaktpersoner i läkemedelsfrågor som inkluderar representanter från alla regioner. Nätverket utgör en länk mellan den nationella nivån i processen för ordnat införande och de lokala strukturerna i regionen. Genom detta medverkar läkemedelskommittéerna i praktiken till att förmedla och implementera t.ex. NT-rådets rekommendationer i regionerna.

Tidigare utredningars förslag om läkemedelskommittéerna

Kunskapsstödsutredningens förslag om att omvandla läkemedelskommittéerna till vårdkommittéer är ett av flera förslag från tidigare utredningar som berör läkemedelskommittéerna. I detta avsnitt beskrivs två tidigare förslag med direkt beröring till det förslag som vår utredning har i uppdrag att vidareanalysera. Dels beskrivs det förslag från Statens vård- och omsorgsutredning som vägdes in i Kunskapsstödsutredningens förslag, dels beskrivs ett förslag från Läkemedelsutredningen som har lämnats efter det att Kunskapsstödsutredningens förslag hade presenterats.

Statens vård- och omsorgsutredning

I statens vård- och omsorgsutrednings slutbetänkande Gör det enklare![38] föreslogs att lagen om läkemedelskommittéer skulle upphävas. Utredningen anförde bl.a. att det fanns ett behov av att i framtiden samordna kunskapsunderlagen gentemot mottagarna inom vården och omsorgen i fråga om innehåll och form. Bland annat framhölls behovet av att integrera råden om läkemedelsanvändning med andra behandlingsråd för samma sjukdom. Den i lag reglerade läkemedelskommittéverksamheten ansågs vara ett hinder för integrering med andra viktiga delar i vården och omsorgens kunskapsutveckling genom att den är begränsad till läkemedelsanvändning. Skälen för att behålla en särreglering som enbart avser läkemedelsrekommendationer, mot bakgrund av behoven av att samordna råd om läkemedelsanvändning med råd om andra behandlingsformer för samma sjukdom, ansågs inte var tillräckligt starka. Genom ett avskaffande av obligatoriet ansågs bl.a. en möjlighet öppnas för landstingen att integrera arbetet med läkemedelsrekommendationer i arbetet med övriga analyser och rekommendationer om behandling, t.ex. genom s.k. HTA-centrum. HTA står för Health Technology Assessment och innebär en systematisk granskning av den vetenskapliga dokumentationen för en metod eller teknologi inom hälso- och sjukvården (se även kapitel 7).

[38] SOU 2012:33 *Gör det enklare!*

Läkemedelsutredningen

I Läkemedelsutredningens slutbetänkande Tydligare ansvar och regler för läkemedel[39] presenterar utredningen förslag avseende landstingsgemensamma rekommendationer om läkemedel. Förslaget härrör från en problematik som utredningen ser avseende NT-rådet. NT-rådet är en funktion inom regionernas samverkansmodell för läkemedel som beslutar vilka läkemedel som ska omfattas av den process som kallas nationellt ordnat införande och som även har regionernas mandat att avge rekommendationer om användningen av dessa läkemedel. Rekommendationerna är inte bindande men i praktiken starkt styrande. Se mer om NT-rådet i kapitel 7. Läkemedelsutredningen konstaterar bland annat att det finns oklarheter kring NT-rådets rättsliga ställning, vilka krav som kan ställas på dess arbetsprocesser och huruvida dess rekommendationer kan överklagas. Läkemedelsutredningen föreslår att de två huvuduppgifter NT-rådet i dag har ska utföras av ett landstingsdrivet offentligrättsligt organ. Läkemedelsutredningen föreslår att ett nytt landstingsgemensamt organ, Läkemedelsrådet, inrättas. Utredningen föreslår att nuvarande lag om läkemedelskommittéer upphävs och att en ny lag om läkemedelsråd och läkemedelskommittéer införs. De redan gällande reglerna om läkemedelskommittéerna skulle överföras i sak oförändrade till den nya lagen. Utöver det skulle det införas ett krav på att det också skulle finnas ett nationellt läkemedelsråd. Rådet skulle drivas av regionerna gemensamt och verka för en tillförlitlig, rationell och jämlik läkemedelsanvändning över hela landet. Läkemedelsrådet skulle ha möjlighet att utfärda rekommendationer till regionerna om användningen av läkemedel och alltså delvis överta de uppgifter det så kallade NT-rådet i dag utför. Utredningens förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet.

[39] SOU 2018:89 *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*.

ANALYS

11 Inledning till analysen

Vi har så här långt presenterat bakgrundsbeskrivningar till det uppdrag som utredningen har att hantera. Vi har beskrivit hälso- och sjukvårdens organisering för att därefter närmare beskriva de tre aktörer som denna utredning fokuserar på – staten, regionerna och kommunerna – och deras arbete med kunskapsstyrning. Mot bakgrund av utredningens mest centrala uppdrag – att lämna förslag på en statlig funktion för nationell uppföljning och att vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas – har vi också gjort fördjupade beskrivningar om samordning och samverkan i staten, nationell uppföljning samt förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå.

Vi kommer nu att gå vidare med utredningens analys. Vår utgångpunkt i denna har varit att se uppdraget och dess delar i en större helhet. Denna helhet benämner vi, i enlighet med vårt direktiv, ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård handlar kortfattat om hur hälso- och sjukvårdssystemets olika delar gemensamt verkar för att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård på alla nivåer. En beskrivning av det sammanhållna systemet återfinns i avsnitt 2.6.

Vi ser en styrka i att se uppdraget ur detta perspektiv. Perspektivet innebär att se det hela som ett system som hänger ihop där de olika delarna synkroniseras med varandra. Det handlar således om att inte enbart optimera varje enskild del utan om att optimera en helhet. Vi bedömer att det kan bidra till att skapa ett större värde. Staten, regionerna och kommunerna är alla en del av ett sammanhållet system. Del i systemet är också alla de individer som verkar i det, såsom patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och privata aktörer.

Vi har tre analyskapitel – 12, 13 och 14. I analyskapitel 12 fördjupar vi oss i nationell uppföljning och analys i staten, vilka utma-

ningar som finns med nationell uppföljning och vilka av dessa en statlig funktion kan bistå regeringen med att hantera. Utmaningarna och utvecklingsområdena inom nationell uppföljning är flera. Vårt fokus i kapitel 12 är hur en statlig funktion kan möta de behov som vi tolkar ligger bakom utredningens uppdrag. I analyskapitel 13 vidareanalyserar vi förslaget från Kunskapsstödsutredningen om hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas. Vi vidgar också analysen till ett bredare perspektiv på förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat i regioner och kommuner. Slutligen går vi i analyskapitel 14 in på några grundläggande faktorer som vi från utredningens sida anser behöver adresseras för att systemet ska bli sammanhållet. Analysen om det sammanhållna systemet är central för att utredningens förslag – om en statlig funktion för nationell uppföljning och om att stärka vårdens förbättringsarbete – ska få bästa möjliga effekt, dvs. ta oss närmare målen i hälso- och sjukvårdslagen om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Innan vi går vidare till de olika analyskapitlen vill vi uppmärksamma på det vi ser som den centrala utgångspunkten för alla delar i ett sammanhållet system – vikten av en gemensam målbild. Att alla strävar åt samma håll, dvs. har samma målbild, ser vi som en grundläggande förutsättning för att ett sammanhållet system ska fungera på ett ändamålsenligt sätt. Det betyder att det behöver finnas en gemensam syn hos aktörerna i hela systemet. Staten, regionerna och kommunerna behöver vara överens om vad målen är, vad de innebär samt vad som krävs för att kunna arbeta mot dem. Alla aktörer behöver forma sitt agerande både utifrån den gemensamma målbilden och utifrån sina respektive roller i systemet. Även inom staten finns det ett värde i att myndigheterna har olika uppdrag och verktyg som alla kan verka mot samma övergripande målbild.

Vi anser, som nämnt ovan, att utgångpunkten bör vara målen enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det är dessutom centralt att alltid ha med sig för vem vi agerar, dvs. vad det yttersta syftet är. Målen med hälso- och sjukvården har sin utgångspunkt i värdet för patienten. För att säkerställa att arbetet de facto leder mot målen behöver även patienter ha en aktiv roll i systemet. En gemensam målbild kan låta självklart, men i praktiken finns det flera utmaningar. Vi återkommer till behovet av en gemensam målbild i analyskapitel 14.

12 Nationell uppföljning och analys som grund för statens agerande

- Ett av utredningens huvuduppdrag handlar om att analysera och lämna förslag på en statlig funktion för en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården. Syftet ska vara att följa regeringens reformer och satsningar på området samt analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård.
- Utredningen tolkar ordet funktion som en funktionalitet, det vill säga att det är något som ska göras inom befintlig myndighetsstruktur som ska åstadkomma det som preciseras i utredningens uppdrag. Utredningen har därför försökt att se hur man kan dra nytta av och använda befintliga myndigheter, strukturer m.m. för att uppnå syftet.
- Värdet av uppföljning och analys skapas i det agerande det leder till. Utredningen har identifierat en rad utmaningar och utvecklingsbehov för att den nationella uppföljningen ska bli ett bättre verktyg för staten att bidra till hälso- och sjukvårdens mål.
- En statlig funktion har potential att lösa flera, men inte alla, av de identifierade utmaningarna med den nationella uppföljningen. Med utgångspunkt i utredningens uppdrag och de identifierade utmaningarna ser vi att funktionen skulle kunna bistå regeringen med att
  1. genomföra och utveckla uppföljning och analys av statliga initiativ, såsom reformer och satsningar,
  2. sammanställa en bild av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården,

3. belysa områden där det är ändamålsenligt att staten agerar för att säkerställa en god vård samt belysa möjliga statliga insatser,
4. bidra till erfarenhetsutbyte och lärande avseende utformning och utveckling av fortsatta insatser.

- I utredningens analys av en statlig funktion för nationell uppföljning utgår vi både från de förhållanden som råder i dag och den utveckling som behövs på sikt. I ett utvecklingsperspektiv behövs en strategi för att nyttja den data som finns på ett smartare sätt.
- Centrala utgångspunkter avseende val av organisationsform för funktionen har varit att organisationsformen dels ska skapa förutsättningar för ett effektivt och processorienterat arbetssätt, dels att den ska använda och dra nytta av befintliga strukturer för samverkan och dialog.

Ett av utredningens huvuduppdrag handlar om att analysera och lämna förslag på en reglerad funktion för en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen för den befintliga myndighetsstrukturen. Syftet ska vara att följa regeringens reformer och satsningar på området samt att analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård. I uppdraget ingår också att analysera hur en sådan funktion kan samverka med hälso- och sjukvårdens huvudmän.

Nationell uppföljning avser uppföljning av hälso- och sjukvård, där såväl regionerna som kommunerna är huvudmän, avseende hela Sverige. Uppföljning definieras här som att faktiska skeenden i hälsosystemet kartläggs och dokumenteras. En uppföljning ger en översiktlig bild, så värderingsfritt som möjligt. Data är den information som ligger till grund för uppföljningen. Nationell uppföljning är viktig för alla aktörer i ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Syftet är att få ett underlag att dra lärdom av för fortsatt agerande, ett agerande för att nå de gemensamma målen med hälso- och sjukvården. Oftast sker datainsamlingen vårdnära och det handlar om att lokala och regionala data ska sammanfogas och aggregeras för att skapa en nationell bild. Insamling sker oftast inte direkt till staten utan det är sjukvårdshuvudmännen som för dem vidare.

Det är således centralt att staten, regionerna och kommunerna samverkar kring utvecklingen av den nationella uppföljningen.

I detta kapitel är statens roll i fokus, med utgångspunkt i utredningens huvuduppdrag om en statlig funktion. Vårt angreppssätt är att utifrån en identifierad bild av utmaningar och utvecklingsbehov analysera vilken roll och utformning en funktion bör ha för att bäst bidra i den önskade utvecklingen. Utredningen noterar att syftet med funktionen, enligt direktivet, består av två delvis olika delar. Den ena är att följa regeringens reformer och satsningar på området, den andra att analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård. Detta kommer vi att beakta i vår analys av hur funktionen bör fungera och organiseras. Ett annat viktigt ingångsvärde är hur staten kan agera mer sammanhållet i frågor om uppföljning. När det gäller funktionen tittar vi på i vilken mån det går att dra nytta av redan befintliga strukturer och i vilken mån det snarare handlar om att skapa något nytt. Vi utgår också från att nationell uppföljning och analys är en del av ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård där olika delar hänger ihop. Finns det behov av att vidta åtgärder i andra delar av systemet, för att den nationella uppföljningen och funktionens arbete ska bli ändamålsenligt, kommer vi att uppmärksamma det.

Analysen görs med utgångpunkt från utredningens enkät om uppföljning till berörda myndigheter, en genomgång av ett urval av de uppföljningsrapporter som myndigheterna har publicerat, resultat av genomförda workshopar om uppföljning, publicerade rapporter och utredningar samt möten med berörda aktörer. Kapitlen om Nationell uppföljning och analys (kapitel 9) och Samverkan i staten (kapitel 6) är särskilt relevanta bakgrundskapitel till analysen.

12.1 Uppföljning och analys som verktyg för staten att bidra till att nå målen med hälso- och sjukvården

Nationell uppföljning fyller flera syften för regioner, kommuner och stat. Här fokuserar vi på uppföljning som ett verktyg för staten. Staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården som bl.a. handlar om att säkerställa att den är jämlik över landet och mellan befolkningsgrupper. För att staten ska kunna ta det över-

gripande ansvaret har den ett antal verktyg till sitt förfogande. Det statliga ansvaret utövas främst genom lagar och förordningar och genom regeringens styrning av de statliga myndigheterna på området. Bland statens främsta verktyg gentemot hälso- och sjukvårdens huvudmän kan nämnas utjämningssystemet, som syftar till att alla regioner och kommuner ges likvärdiga ekonomiska möjligheter och förutsättningar.

Av den kommunala självstyrelsen följer att regeringen inte kan styra regioner och kommuner såsom den kan styra statliga myndigheter. Staten kan däremot bidra till att ge huvudmännen stöd och förutsättningar att bedriva en jämlik och effektiv vård av god kvalitet. Ett relativt vanligt förekommande bidrag från statens sida är riktade statsbidrag. Inom hälso- och sjukvårdsområdet kombineras dessa ofta med en satsning som tar sig uttryck i form av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), vilket i praktiken blir horisontella prioriteringar från statens sida.

Staten har också en roll när det gäller uppföljning, även om den inte är helt tydlig. Andra utredningar före oss, exempelvis Ansvarskommittén, lyfte upp statens roll avseende uppföljning. Kommittén föreslog att staten skulle ges ett tydligare mandat för nationell uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat. Kunskapsstödsutredningen lyfte behovet av en utvecklad nationell uppföljning.

En utveckling av en funktion kan ses som att sätt för staten att skaffa sig ett verktyg för att bättre kunna hantera och använda sig av den nationella uppföljningen. I ljuset av detta bör en för staten ändamålsenlig nationell uppföljning syfta till att bistå regeringen med övergripande kunskap om utvecklingen och läget i svensk hälso- och sjukvård vad gäller att identifiera viktiga utvecklingsområden och kunskapsgap samt centrala aspekter i hälso- och sjukvården som exempelvis kvalitet, jämlikhet, effektiv resursanvändning och tillgänglighet. Uppföljningen bör vara bred och fånga utvecklingen i riket som helhet, vilket innebär sammanfogade och aggregerade data, men bör även vid behov kunna presenteras utifrån exempelvis regioner/huvudman, olika delar av landet eller olika behovsgrupper.

Den nationella uppföljningen ska ge ett faktabaserat underlag som kan bidra till att på nationell nivå skapa en bild av tillståndet och utvecklingen i hela hälso- och sjukvården (oavsett huvudman).

Denna bild kan sedan ligga till grund för vidare analys av t.ex. behov och möjliga statliga insatser.

Riksdag och regering tar en rad övergripande beslut om hälso- och sjukvårdens mål, inriktning och förutsättningar, där uppföljningsunderlag kan vara viktiga. Underlag från uppföljning kan också användas i dialoger och samråd mellan staten och sjukvårdshuvudmännen, där de gemensamt följer utvecklingen av hälso- och sjukvården och diskuterar prioriterade utvecklingsbehov. Regeringen behöver i genomförandet av sin politik både kunna ha tillgång till underlag för att kunna hantera såväl aktuella frågor som de långa utvecklingslinjerna.

Värdet av uppföljning och analys skapas i det agerande det leder till. Det kan både innefatta vad man agerar på och hur man gör det. Uppföljning och analys av de insatser som görs kan även, om den görs bra, leda till ett kontinuerligt lärande. Vilken typ av insats som krävs beror på vilken typ av problematik som uppmärksammats. Om den nationella uppföljningen exempelvis skulle visa på stora skillnader i medicinska resultat avseende en viss diagnos mellan olika delar av landet kan en fördjupad analys både visa på vari skillnaderna består, vilken typ av problem som orsakar skillnaderna och vilken typ av insats som krävs för att komma tillrätta med detta. Det är centralt att verkligen förstå behovet av insats och se vilken aktör som behöver agera. Bör staten agera på området och i så fall hur?

12.2 Utmaningar och utvecklingsbehov

I detta avsnitt analyserar vi utmaningar och utvecklingsbehov som finns för nationell uppföljning och analys. Mot bakgrund av uppdraget har vi valt att fokusera på hur nationell uppföljning och analys kan utgöra ett underlag för ändamålsenliga insatser från regeringen för att bidra till att öka kvaliteten, jämlikheten och effektiviteten i hälso- och sjukvården.

Vi har utifrån dialoger med olika aktörer och vår expertgrupp identifierat en rad olika utmaningar med och en del utvecklingsbehov av den nationella uppföljningen och analysen. Dessa listas i korthet nedan och integreras sedan i den mer utförliga analys som vi gör med avstamp i vårt direktiv. Utmaningarna handlar om att:

- det är oklart vilken uppföljning och analys som regeringen behöver som underlag för sitt agerande samt hur beställarkompetens och mottagarkapacitet ser ut på Regeringskansliet,
- myndigheterna efterfrågar en tydligare dialog med Regeringskansliet i syfte att bättre kunna förstå det faktiska behovet och därmed med större träffsäkerhet kunna leverera det som svarar mot detta behov,
- det är önskvärt att kunna se effekter av ett specifikt initiativ, men möjligheten att påvisa effekter är ofta begränsad,
- staten behöver en faktabaserad samlad bild över tillståndet i hälso- och sjukvården för att bättre kunna bedöma var staten kan göra ändamålsenliga insatser,
- det görs mycket uppföljning av hälso- och sjukvården av olika aktörer, men det är svårt att få en överblick och samlad bild över den. Dessutom är det sannolikt så att trots att mycket görs finns det luckor som hindrar möjligheten att skapa en helhetsbild,
- uppföljningsunderlag för agerande kan behöva tas fram med olika hastighet, beroende på behov. Det betyder att det både kan finnas behov av att snabbt få en bild av läget här och nu samt behov av uppföljning och analys av det som har skett över tid. Den uppföljning som görs av myndigheterna i dag speglar oftast händelser som ligger längre tillbaka i tiden,
- analysen av uppföljningen stannar för ofta vid konstateranden. Mer ändamålsenliga analyser kan behöva utvecklas, bl.a. för att regeringen ska kunna omvandla den uppföljning som finns till agerande på policynivå,
- det finns behov av dialog mellan staten, regionerna och kommunerna bland annat för att förstå analysen av uppföljningen.

Utvecklingsbehoven hanteras till viss del redan i en rad olika utvecklingsprojekt (se t.ex. kapitel 9 och avsnitt 7.4). Det handlar bl.a. om att

- det behövs ett större fokus på patientupplevelser, samt självupplevd och självskattad hälsa. En utveckling behöver ske vad gäller patientrapporterade mått på effektivitet och kvalitet i vården,
- tillgång till data saknas för vissa områden. Samtidigt är det viktigt att på ett effektivt sätt kunna använda den data som finns. Här kan det finns bakomliggande faktorer som handlar om förutsättningar för uppföljning såsom lagstiftning, termer och begrepp, dataflöden samt tekniska förutsättningar,
- vi noterar att det finns behov av ökad samordning och ökat samarbete såväl inom staten som mellan staten och andra aktörer när det gäller utvecklingen av den nationella uppföljningen. Vi kommer inte att fördjupa oss i detta behov nedan utan återkommer till det längre fram i betänkandet.

Den funktion som utredningen enligt direktivet ska föreslå ska syfta till att följa upp regeringens reformer och satsningar på hälso- och sjukvårdsområdet samt analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård. Funktionen blir således ett verktyg för att hantera några av de utmaningar med nationell uppföljning som vi har identifierat, men den kommer inte att kunna svara upp mot alla. Om regeringen vill hantera fler utmaningar än de en funktion kan möta så måste även andra åtgärder vidtas.

Vi fördjupar oss nu i utmaningar med den nationella uppföljningen som kopplar till vårt direktiv. Det gäller de utmaningar som finns avseende uppföljning och analys av statliga initiativ samt utmaningarna för att få en samlad bild av tillståndet och utvecklingen i hela hälso- och sjukvården som grund för regeringens agerande. Vi gör också en kort beskrivning av de utvecklingsbehov som finns i dag avseende förutsättningar för uppföljning i form av tillgång till data m.m.

Utmaningar vid uppföljning och analys av statens initiativ

En del av den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården som görs inom staten handlar om uppföljning av statens initiativ i form av satsningar och reformer. Eftersom ett av syftena med den funktion som utredningen har i uppdrag att förslå är att följa upp regeringens initiativ, analyserar vi här de utmaningar som finns på området. Statliga initiativ definierar vi som ett samlingsnamn för större initiativ från statens sida såsom satsningar och reformer. Statliga insatser ser vi som en mer begränsad insats från statens sida, t.ex. ett kunskapsstöd. Utifrån de myndighetsrapporter som vi har tagit del av ser vi att de statliga initiativ som främst följs upp i dag är överenskommelser, men även specifika reformer samt lagar och riktlinjer. Statliga initiativ är på ett sätt ett uttryck för regeringens prioriteringar, inom ramen för de möjligheter som regeringen har att styra hälso- och sjukvården.

I dag följer myndigheter, oftast Socialstyrelsen eller Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), som regel upp större satsningar och reformer, vanligtvis till följd av uppdrag från regeringen. Utredningen uppfattar att det inte alltid är tydligt varför den ena eller den andra myndigheten får i uppdrag att göra en viss uppföljning. Exempelvis har Socialstyrelsen följt upp satsningen på de standardiserade vårdförloppen inom cancervården[1] och reformen om kostnadsfria läkemedel till barn[2]. Vårdanalys har också följt upp och utvärderat flera statliga satsningar, bland annat kronikersatsningen[3], PRIO[4] och satsningen på kvinnors hälsa[5].

Även Riksrevisionen och Statskontoret gör uppföljningar av statliga initiativ och insatser rörande hälso- och sjukvården. Riksrevisionen är en del av riksdagens kontrollmakt och arbetar bl.a. med effektivitetsrevision, dvs. granskning av förhållanden som rör statens budget, genomförande och den statliga verksamhetens åtaganden och resultat. Granskningen ska bidra till en utveckling som gör att staten, för allmänhetens bästa, får ett effektivt utbyte av sina insatser.[6] Granskning av hälso- och sjukvården sker alltså utifrån sta-

[1] Socialstyrelsen. *Väntetider, patientperspektiv och strävan mot en jämlik cancervård*. 2019.
[2] Socialstyrelsen. *Uppföljning av reformen om kostnadsfria läkemedel till barn*. 2019.
[3] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Stöd på vägen*. Rapport 2018:3. 2018.
[4] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar. Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*. Rapport 2015:10. 2015.
[5] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *I väntans tider*. Rapport 2018:2. 2018.
[6] www.riksrevisionen.se (hämtad 20.03.15).

tens agerande. Statskontoret ska på regeringens uppdrag bl.a. genomföra utredningar, utvärderingar och uppföljningar av statlig och statligt finansierad verksamhet. I detta ingår att analysera verksamheter och myndigheter ur ett effektivitetsperspektiv. Myndigheten ska också redogöra för utvecklingen av statens styrning av kommuner och regioner.[7]

Utredningen gör utifrån underlag vi har tagit del av, samtal som vi har fört m.m. bedömningen att uppföljning och analys av statens initiativ har en potential att utvecklas för att bättre bidra till en mer ändamålsenlig styrning och ett nationellt lärande, som i sin tur bidrar till högre måluppfyllelse. En utmaning i sådana uppföljningar är att det ofta är mycket svårt att uttala sig om vilka effekter en viss satsning faktiskt har haft. Orsaken är ofta satsningens innehåll och utformning tillsammans med bristen på data. Exempelvis är det mycket svårt att befästa vilken effekt kömiljarden egentligen haft på väntetiderna i den specialiserade vården. Även om förändringar ses över tid går det inte att med tillräcklig säkerhet befästa om förändringen beror på kömiljarden eller andra samtida förändringar. I andra fall kan det också finnas problem med hur målen för satsningen är formulerade. Det finns exempel där målen är både otydliga, omfattande och svårmätbara, vilket gör det svårt att finna sätt att spåra satsningens effekter på flera målområden. Exempelvis är det övergripande målet med satsningen på kvinnors hälsa att förlossningsvården, primärvården och annan hälso- och sjukvård ska bli mer tillgänglig, säker, kunskapsbaserad, patientfokuserad och jämlik när det gäller att främja kvinnors hälsa.[8] Med ett sådant brett mål är det svårt att hitta sätt att undersöka om så har skett. Väljer man att exempelvis undersöka om antalet bristningar har minskat är det mycket svårt att fastställa om detta var en direkt effekt av satsningen eller resultat av en allmän utveckling, exempelvis till följd av ökad kunskap och utbildning.

Vidare kan det vara svårt att bedöma vad en specifik satsning gör för skillnad gentemot det övergripande målet för hälso- och sjukvården. Frågan är utifrån vilka av lagstiftarens mål som reformen slutligen ska utvärderas. Om man vill bedöma olika satsningars relevans för hela hälso- och sjukvården, det vill säga om det var rätt att

[7] Förordning (2007:827) med instruktion för Statskontoret.
[8] Se t.ex. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *I väntans tider*. 2018:2. 2018.

satsa en viss summa på ett visst område eller om pengarna skulle ha gjort större nytta om de satsades på ett annat område (yttre effektivitet), kräver det att satsningen är utformad så att det är möjligt.

Uppföljningar av regeringens reformer och satsningar landar därför ofta i att belysa vad som gjorts inom satsningen och försök till en samlad bedömning och diskussion om vilken effekt den har haft. Däremot är det sällan möjligt att landa i en konkret slutsats om satsningens direkta effekt.

En del av den här problematiken är troligtvis svår att undvika, men en del av den kan troligtvis åtgärdas genom satsningens eller reformens design (förutsatt att det är en reell, märkbar och synlig effekt som satsningen avser att uppnå) och behovsanalyser före en satsning eller reform beslutas. En annan faktor är att det kan ta tid innan man ser effekter av en satsning. När i tiden en uppföljning görs i förhållande till när en satsning genomförs kan också spela in vad gäller möjligheten att se effekter.

Om man vill att uppföljning bättre ska kunna tala om vad initiativet har lett till bedömer vi att man behöver utforma initiativen så att de är möjligt att följa upp och effektutvärdera. En del är att säkerställa att det finns data och att den som utvärderar har tillgång till den. Men frågan har många fler dimensioner, till exempel saknas ofta en så kallad baslinjemätning, vilket begränsar möjligheterna att studera utvecklingen över tid. Som beskrivs ovan är det dessutom ofta inte tillräckligt att enbart mäta tillståndet före och efter en insats för att utvärdera effekten. En del andra länder, såsom Storbritannien, ligger före Sverige i kunskapsbaserad policy där bland annat randomiserade studier eller kvasi-experiment är viktiga delar.[9] I dessa ansatser skapas en kontrollgrupp genom att insatser införs i slumpvis utvalda grupper, vilket gör att man med mycket större säkerhet kan säga att en observerad förändring faktiskt beror på insatsen och inte på andra, dolda (eller kända) påverkande faktorer.

Genom tätare dialog och samarbete mellan policyutformningen och uppföljningen inför en satsning skulle det vara möjligt att designa insatser som bättre kan följas. Att stärka möjligheterna att följa upp effekter av statliga satsningar och reformer är därför också en viktig utvecklingskomponent i den nationella uppföljningen.

[9] Se t.ex. ippsr.msu.edu/public-policy/michigan-wonk-blog/randomized-controlled-trials-public-policy; The What Works Network. *Five Years On*. 2018 samt Bärnighausen T. et al. *Quasi-experimental study designs series-paper 1: introduction: two historical lineages*. J Clin Epidemiol 2017;89:4e11.

Hur väl får regeringen en samlad bild av hälso- och sjukvården?

Utredningen erfar att det är svårt för regeringen att skaffa sig en samlad bild av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården baserat på alla de uppföljningar som görs av myndigheterna, av skäl som tidsbrist och egen analyskapacitet. Det finns således ett behov inom staten av en ökad samordning och strategisk styrning av hela den nationella uppföljningen. Detta har även uppmärksammats från myndighetshåll, bland annat har Vårdanalys i sin rapport Örat mot marken rekommenderat regeringen att skapa en samlad plan för den nationella uppföljningen, där det tydliggörs vem som ska göra vad och när.

Som beskrivs i kapitel 9 arbetar åtminstone sju av tio tillfrågade myndigheter med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor, med nationell uppföljning.[10] Av kapitel 9 framgår att flera av myndigheterna uppskattar att en stor andel av medarbetarna ägnar sig åt arbete med uppföljning och analys. Vid vissa myndigheter finns det enheter eller avdelningar som har det som sin primära uppgift, medan andra myndigheter har angett att det är en uppgift som åligger flertalet medarbetare. Vi kan konstatera att det är en uppgift som många medarbetare vid de statliga myndigheterna ägnar sig åt. De anställda som arbetar med uppföljning och analys i någon form företräder olika kompetensområden såsom statistik, kvantitativ och kvalitativ metod, nationalekonomi, hälsoekonomi, statsvetenskap och vårdutbildningar. Den enkät som utredningen har gjort visar att under åren 2017–2018 publicerade dessa sju myndigheter totalt 156 uppföljningsrapporter, varav 52 rapporter med regeringen som huvudsakliga målgrupp. Det innebär att regeringen under denna tidsperiod i genomsnitt fick en uppföljningsrapport varannan vecka.

Bara inom staten är det alltså flera myndigheter som bidrar med flera olika uppföljningar och analyser av hälso- och sjukvården. Därutöver görs en hel del uppföljning av andra aktörer, såsom sjukvårdshuvudmännen själva och SKR.

Några myndigheter har enligt sina instruktioner i uppdrag att ta fram årliga breda, övergripande lägesrapporter inom sina ansvarsområden. Socialstyrelsen ska t.ex. lämna en årlig rapport om tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och tandvården.

[10] De tillfrågade myndigheterna var de nio myndigheterna i Rådet för styrning med kunskap samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Rapportens innehåll baseras framför allt på rapporter och sammanställningar som Socialstyrelsen och andra myndigheter har publicerat och riktar sig främst till beslutsfattare på nationell nivå. Såsom uppdraget till Socialstyrelsen från regeringen är formulerat i förordningen förväntas inte myndigheten särskilt presentera slutsatser eller rekommendationer, uppdraget handlar om att ge en lägesrapport över tillståndet. Rapporten bygger på ett urval av områden, som myndigheten har gjort, men det framgår inte varför myndigheten har valt just dessa områden. För 2018 och 2019 fokuserade rapporten på både lika och olika områden. Båda åren belystes aktuell utveckling, vårdens organisation och styrning, patientsäkerhet, psykiatrisk vård samt tandvård. Därutöver fanns det områden som förekom endast ett av åren. I rapporten görs en genomgång av vad som är aktuellt på ett övergripande plan men det ges inget stöd i exempelvis prioriteringar mellan olika områden eller förslag på åtgärder på ett övergripande plan, dvs. sådant som inte är relaterat till en diagnos eller en nivå inom sjukvården.

Ett annat exempel är Inspektionen för vård- och omsorgs (IVO:s) instruktionsenliga årliga rapport. Det är en sammanfattande analys av arbetet med tillsyn, tillståndsprövning och klagomål enligt patientsäkerhetslagen under det gångna verksamhetsåret. Rapporten är bredare än Socialstyrelsens ovan nämnda rapport genom att den fokuserar både på hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den beskriver de viktigaste iakttagelser, de åtgärder myndigheten har genomfört med anledning av de brister som myndigheten har sett och slutsatser.

Rapporten Vad har IVO sett 2019? ger en nationell översikt av läget i både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Rapporten bygger på egen och andras data. Rapporten ger både övergripande beskrivningar och går in på 13 specifika verksamhetsområden. Några av de mest omfattande områdena är primärvård, somatisk specialistsjukvård, barn och familj samt äldreomsorg. Sammanfattningsvis konstaterar IVO att läget i vården och omsorgen är alltmer komplext. IVO ser att många verksamheter påverkas av omvärldsfaktorer som exempelvis demografiska förändringar. I rapporten finns fem övergripande slutsatser på sådant som behöver förbättras som IVO menar hänger ihop.

Folkhälsomyndigheten har enligt sin instruktion regeringens uppdrag att årligen lämna en rapport om utvecklingen av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Rapporten spänner över ett vidare fält än

bara hälso- och sjukvård, men är betydelsefull för en samlad bild av hälso- och sjukvården. Rapporten ger en övergripande nulägesbeskrivning och där så är möjligt redovisas även utvecklingen över tid. Rapporten Folkhälsans utveckling – årsrapport 2019 är enligt myndigheten tänkt att utgöra ett kunskapsunderlag för i första hand regeringen. Rapporten synliggör olika aspekter av den ojämlika hälsan och hur den förändras över tid.

Vårdanalys har ingen reglerad uppgift att lämna en årlig rapport motsvarande de andra nämnda myndigheterna, men ska enligt sin instruktion löpande redovisa till regeringen resultatet av sådana analyser, granskningar, uppföljningar och utvärderingar som avses i 1–3 §§ i myndighetens instruktion, dvs. ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg.

Utredningen kan inte bedöma om den uppföljning som görs sammantaget ger en heltäckande bild av tillståndet i hälso- och sjukvården, eller om förändrad mängd eller fokus skulle behövas. Däremot kan vi konstatera att det är mycket som görs och att det även finns flera exempel där utgångpunkten är att ta en bred ansats om hälso- och sjukvården. Vi tolkar att det behov som finns hos regeringen delvis handlar om att det är många bilder som tas fram och att det finns behov av att foga samman dessa för att därmed bättre förstå hur man ska agera.

Uppföljning och analys som grund för regeringens vidare agerande

Ytterligare en utmaning för att få till en ändamålsenlig nationell uppföljning för regeringens behov är att myndigheternas uppföljningar inte alltid är utformade för att kunna vara underlag för vidare agerande. Vi bedömer att behovet både kan handla om att snabbt kunna bilda sig en uppfattning av läget här och nu samt att få ett mer bearbetat underlag.

Regeringen tog 2018 initiativ till två regeringsuppdrag om en utveckling av den nationella uppföljningen, vilket också uppmärksammas i utredningens direktiv. Som framgår i kapitel 9 beslutades dessa till följd av Kunskapsstödsutredningens förslag om en utvecklad nationell uppföljning. Uppdragen gavs till Socialstyrelsen och Vårdanalys. Uppdragen motiverades med att den nationella uppfölj-

ningen behöver förbättras så att den tydligare kan visa på omotiverade skillnader i vårdens strukturer, processer och resultat, samt ge förutsättningar för att analysera vad dessa beror på. Myndigheterna redovisade sina förslag i mars 2019. Vårdanalys avser att på av eget initiativ gå vidare med de förslag som myndigheten redovisade.

Det pågår en rad utvecklingsarbeten vad gäller nationell uppföljning, både vid myndigheterna och hos huvudmännen. Vid myndigheterna sker det både som regeringsuppdrag och som egeninitierade initiativ (se kapitel 9). Flera av myndigheterna arbetar med att utveckla tjänster eller verktyg som innebär att man ska kunna ge snabbare och mer utvecklade underlag. I utredningens workshopar och dialoger har myndigheterna framfört att man önskar en tätare dialog med Regeringskansliet avseende frågeställning i uppdrag och förväntningar från regeringen. Det upplevs otydligt vilken typ av uppföljning och analys som regeringen behöver som underlag för sitt agerande.

Med utgångpunkt från att de uppföljningar som regeringen får av sina myndigheter har potential att utgöra viktiga underlag för regeringen att fatta beslut om åtgärder och för att identifiera och formulera policyer, har vi studerat några slumpvis utvalda uppföljningsrapporter som myndigheter har gjort för att se vilket stöd de kan utgöra för regeringen. Vi har även tittat på de uppdrag som regeringen har formulerat till myndigheterna för att förstå om regeringen ber myndigheterna om underlag för agerande och beslut. Vi kan konstatera att de uppföljningsrapporter som vi har studerat inte var utformade för att ge konkreta förslag på potentiella lösningar till problem och utmaningar. Regeringen hade dock inte uttryckligen bett om rekommendationer för agerande. Slutsatserna i dessa rapporter ställer höga krav på mottagarens förförståelse och möjlighet att sätta sig in i dessa. Utredningen bedömer att det här är ett utvecklingsområde för att åstadkomma en mer ändamålsenlig nationell uppföljning och analys.

Förutsättningar för uppföljning och analys

I inledningen av detta avsnitt pekade vi på utmaningar och utvecklingsbehov när det gäller den nationella uppföljningen som utredningen har identifierat. Utvecklingsbehoven handlar bl.a. om förut-

sättningar för uppföljningen. Även i kapitel 9 uppmärksammar vi några centrala aspekter kring uppföljningens innehåll och förutsättningar (se avsnitt 9.4). Detta är aspekter som har lyfts återkommande i olika sammanhang. Här krävs ofta samverkan mellan staten och hälso- och sjukvårdshuvudmännen. Flera utvecklingsinitiativ är redan igång (se kapitel 9 och avsnitt 7.4). Två områden där det finns behov av utveckling är indikatorer och andra uppföljningsinstrument för vissa områden samt tillgång till data. Dessa berör vi nedan. Vi kommer dock inte inom ramen för denna utredning ha möjlighet att fördjupa oss i dessa.

Indikatorer och andra uppföljningsinstrument

Det finns ett behov av utveckling av indikatorer inom vissa områden för att bättre kunna följa det som görs. Möjligheten att bättre kunna följa hälso- och sjukvården utifrån patientens perspektiv är ett område som flera, bl.a. utredningens patientreferensgrupp, har lyft som angeläget och nödvändigt att utveckla. Att skapa värde för patienten är kärnan i hela hälso- och sjukvården, varför utredningen instämmer i behovet att bättre kunna följa detta perspektiv. Det rimmar väl med inriktningen att hälso- och sjukvården ska vara patientcentrerad. En utveckling behöver ske t.ex. vad gäller patientrapporterade mått (PROM och PREM) avseende effektivitet och kvalitet i vården samt självskattad hälsa. Det är även centralt att de mått som man har kan användas för ledning och styrning. Vårdanalys skriver i rapporten Örat mot marken att regeringens uppföljning bör avspegla kvaliteten i vården för en så stor del av patienterna som möjligt. Myndigheten pekar på flera utvecklingsområden för den nationella uppföljningen, bl.a. att det är angeläget att utveckla indikatorer som kan belysa hur vården fungerar för skilda patienttyper samt att stärka insamlingen av patienternas och befolkningens syn på hälso- och sjukvården.

Ett annat område som vi har blivit uppmärksammade på är att det finns behov av att utveckla uppföljningen av den kommunala hälso- och sjukvården. Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag att stärka stödet för den kommunalt finansierad hälso- och sjukvård pågår ett arbete med att ta fram förslag på mål och nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård. Ett mindre antal nyckeltal som kan ge

information om kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården skulle kunna vara ett stöd för prioritering av hälso- och sjukvård i förhållande till andra insatser. I arbetet ingår även att utveckla mått och mätning av patientdelaktighet och nytta/nöjdhet.

Tillgång till data

Data är grunden för uppföljningen. Som vi har redogjort för i kapitel 9 kommer mycket data från kommuner och regioner. Viss data samlas in i register som staten ansvarar för, såsom Socialstyrelsens hälsodataregister. Sedan finns det en stor mängd ytterligare data som samlas och hanteras på olika nivåer i systemet, såsom i nationella kvalitetsregister (se kapitel 9). Även om det finns mycket data så saknas det fortfarande inom vissa områden. Detta kan röra både täckningsgrad av vissa register men också att det helt saknas data, inom vissa hälsoområden och för många insatser som görs i hälso- och sjukvården, exempelvis inom specialiserad öppenvård och inom primärvård. Det kan även handla om att data finns, men att tillgången till den hindras av bakomliggande faktorer såsom lagstiftning, eller att viktiga faktorer för överföring av data inte finns på plats. Hinder i dataflöden kan också orsaka eftersläpning i statistiken och uppföljningar som inte ger en dagsaktuell bild.

Flera som vi har träffat under utredningens arbete pekar på att det behövs en strategi för att nyttja den data som finns på ett smartare sätt. Staten och sjukvårdshuvudmännen bör inte bygga upp parallella strukturer utan behöver skapa en strategi för hur data ska kunna användas av alla parter. Vårdanalys skriver i sin rapport Örat mot marken att det är särskilt viktigt att inte ålägga verksamheter att samla in och rapportera mer data. Det handlar snarare om att bearbeta och förädla data som redan samlas in.

En rad utvecklingsprojekt pågår för att öka förutsättningar för utbyte av information mellan olika parter – en utveckling som kan komma att underlätta den nationell uppföljningen. Frågan om tillgång till data är mycket omfattande och har många olika aspekter, såväl legala som tekniska som andra. De legala förutsättningarna handlar bl.a. om personliga samtycken vid bearbetning av data, integritet, sekretess och publiceringsetik. I utredningens analys av en funktion för nationell uppföljning utgår vi från den kontext som råder i dag,

men försöker förhålla oss till en utveckling med bl.a. fler digitala möjligheter som man kan se framför sig på sikt.

12.3 Hur skulle en funktion kunna bidra till en ändamålsenlig uppföljning och analys?

I syfte att följa regeringens reformer och satsningar på området samt analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård ska utredningen föreslå en funktion med detta ansvar. Funktionen blir således ett instrument för att hantera några av de utmaningar med nationell uppföljning som vi har identifierat. Om regeringen vill hantera fler utmaningar än de en funktion kan möta så måste även andra åtgärder vidtas.

Som tidigare konstaterats, finns det ingen definition av begreppet funktion. Det står därför utredningen fritt att tolka vad detta kan innebära, så länge funktionen är del av den befintliga myndighetsstrukturen. Utredningen tolkar ordet funktion som en funktionalitet, det vill säga att det är något som ska göras inom befintlig myndighetsstruktur som ska åstadkomma det som preciseras i utredningens uppdrag. Utredningen har därför försökt att se hur man kan dra nytta av och använda befintliga myndigheter, strukturer m.m. för att uppnå syftet.

Mot bakgrund av att det finns en stor kapacitet på befintliga myndigheter att arbeta med uppföljning (se kapitel 9) anser utredningen att funktionen inte i första hand ska producera uppföljning. En utgångpunkt är snarare att ta tillvara de underlag som tas fram på myndigheterna. Detta utesluter inte att det kan behövas förändringar i vad som följs upp och hur uppföljningarna görs vid de olika myndigheterna.

Med utgångpunkt från uppdraget och resonemanget i föregående avsnitt skulle funktionens uppgifter kunna innefatta att bistå regeringen med att

1. genomföra och utveckla uppföljning och analys av statliga initiativ, såsom reformer och satsningar,
2. sammanställa en bild av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården,

3. belysa områden där det är ändamålsenligt att staten agerar för att säkerställa en god vård samt belysa möjliga statliga insatser,
4. bidra till erfarenhetsutbyte och lärande avseende utformning och utveckling av fortsatta insatser.

I funktionens roll ligger också att främja ökad samordning och samarbete i staten när det handlar om nationell uppföljning. En del av arbetet består av dialog såväl inom staten som med andra aktörer, t.ex. med hälso- och sjukvårdens huvudmän. Mer om hur den samverkan bör se ut återkommer vi till.

I kommande avsnitt tittar vi närmare på vad respektive arbetsuppgift skulle kunna innebära. Vi avslutar sedan med ett resonemang avseende organisering.

Uppgift 1. Genomföra och utveckla uppföljning och analys av statliga initiativ, såsom reformer och satsningar

Funktionens första delsyfte är att följa regeringens reformer och satsningar på området, vilket utredningen ser utgör huvuddelen av statliga initiativ.

Den uppföljning av statliga initiativ inom hälso- och sjukvårdsområdet som sker mest frekvent är uppföljning av överenskommelser, även om andra typer av initiativ förekommer. Den görs i dag av främst två myndigheter, Socialstyrelsen och Vårdanalys. Båda myndigheterna har enligt sina instruktioner uppdrag som gör att de kan följa överenskommelser, men det är uttryckt på olika sätt. Socialstyrelsen har enligt sin instruktion ett brett uppdrag att bl.a. följa, analysera och rapportera om hälsa, hälso- och sjukvård m.m. genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier. Vårdanalys har enligt sin instruktion ett mer specifikt uppdrag som handlar om att på regeringens uppdrag bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ.

En överenskommelse handlar om ett utpekat område, t.ex. ett sjukdomsområde som cancer, eller ett övergripande område i hälso- och sjukvården såsom tillgänglighet, som regeringen tillsammans med huvudmännen valt att ta ett särskilt initiativ på, ofta parat med stimulansmedel i form av ett riktat statsbidrag. Som vi redovisade

tidigare ser vi att en utmaning i sådana uppföljningar ofta är att det är svårt att uttala sig om vilka effekter en viss satsning faktiskt har haft. Orsaken kan vara satsningens innehåll och utformning i kombination med bristen på data.

Den övergripande målbilden är att den nationella uppföljningen ska bli mer sammanhållen och därigenom öka möjligheten till en mer strategisk, kunskapsbaserad och långsiktigt hållbar styrning av hälso- och sjukvården på nationell nivå för att i högre grad nå målen med hälso- och sjukvården. För att uppnå det ser vi att det krävs mer än att uppföljningen ska vara sammanhållen, den nationella uppföljningen behöver också utvecklas. Vi bedömer att det finns några faktorer som är centrala för en sådan utveckling.

Utveckla utformningen av uppföljningar av statliga initiativ

Vår genomgång av några slumpvis utvalda uppföljningsrapporter av statliga initiativ visar att uppföljningarna inte är utformade för att ge konkreta förslag på potentiella lösningar till problem och utmaningar. Flera aktörer som utredningen har pratat med delar bilden av att dessa uppföljningar ofta inte ger så mycket i termer av att förstå initiativets effekter. Skälet till det är, enligt vår bedömning, bl.a. att såväl utformningen av en satsning som utformningen av uppföljningen av denna inte har gjorts samlat och strukturerat. Det betyder t.ex. att man inte redan från början har tänkt efter vad det är man vill följa upp och om det finns förutsättningar för det. Det kan därmed uppstå ett glapp mellan vad man vill och vad som är möjligt att följa upp. En annan faktor är att det kan ta tid innan ett initiativ ger resultat och man därmed kan säga om initiativet var lyckosamt eller inte. I den politiska världen vill man ofta se snabba resultat, helst under innevarande mandatperiod, vilket ibland kan vara svårt att uppnå. En uppföljning som sker nära inpå ett genomfört initiativ visar kanske inte på något nämnvärt resultat just för att det har gått för kort tid. En annan försvårande faktor är att initiativen som regel inte sker isolerat från annat som görs, varför det kan vara svårt att följa upp vad ett specifikt initiativ har gjort för skillnad. Sammantaget bedömer vi att en utveckling av den nationella uppföljningen av statliga initiativ också förutsätter en utveckling av hur uppföljningarna utformas. Detta kräver specifik erfarenhet och metod-

kunskap avseende denna typ av uppföljningar och analyser. Satsningarna måste vara utformade så att de är möjliga att följa i bemärkelsen att det finns förutsättningar att kunna dra slutsatser om vad som bidrar till en ändamålsenlig utveckling av hälso- och sjukvården. Åtgärder som vi bedömer kan behöva vidtas är att utveckla och förstärka Regeringskansliets beställarkompetens, för att efterfråga den kunskap som behövs vid utformningen av insatser och/eller att skapa strukturer där regeringen genom dialog med sina myndigheter kan få stöd i utformningen av dessa.

Utveckla och bygg upp kompetens kring uppföljning av statliga initiativ

Det är som vi redan konstaterat främst Socialstyrelsen och Vårdanalys som har i uppdrag att följa upp statliga initiativ inom hälso- och sjukvårdsområdet. Ibland har även Statskontoret sådana uppdrag. Statskontoret är dock en myndighet som har i uppgift att arbeta med all statlig och statligt finansierad verksamhet, varför vi inte beaktar den myndigheten i våra fortsatta resonemang. Även Riksrevisionen granskar statens agerande på hälso- och sjukvårdsområdet, men det betraktar vi som en aktör utanför befintlig myndighetsstruktur, eftersom det är en myndighet som lyder under riksdagen och inte under regeringen.

Vår bedömning är, bl.a. mot bakgrund av vad vi anför ovan, att det krävs en kompetens i sig att arbeta med uppföljning och analys av statliga initiativ. Det är dessutom ett område som behöver utvecklas. Det kan bl.a. handla om att utveckla metodiken för att analysera olika satsningars relevans för helheten, eller nya indikatorsett för uppföljning och analys över tid. Statliga initiativ är strategiskt viktiga för regeringens styrning på hälso- och sjukvårdsområdet. Att dessa särskilt har lyfts fram i vårt uppdrag tolkar vi som att regeringen är särskilt angelägen om att en utveckling sker på det området. För att främja en utveckling bedömer vi att det kan vara en fördel att samla sådan uppföljning hos en myndighet och bygga upp och utveckla kompetensen på området, i stället för att splittra den på flera. Genom att samla uppgiften hos en aktör kan denna förhoppningsvis få en bättre förståelse för och kunskap om vad som krävs för att uppföljningarna ska bli användbara. En sådan kunskap skulle kunna vara ett värdefullt stöd för regeringen vid utformning av satsningar.

Inte vara involverad i initiativen som följs upp

Statliga initiativ syftar ofta till att stimulera att utveckling sker på ett visst område där regionerna är den primära utföraren av hälso- och sjukvården. Initiativen på hälso- och sjukvårdsområdet har hittills stimulerat kommunerna som huvudman i ringa omfattning. Staten kan bidra med olika delar i ett initiativ t.ex. genom att ta fram ett kunskapsstöd eller en reglering på området.

Den som ansvarar för uppföljningen bedömer vi med fördel bör ha en oberoende relation till den eller de som är föremål för uppföljningen, dvs. de verksamheter och aktörer som analyseras. Vi menar att det bl.a. är en fråga om trovärdighet och förtroende. Genom att en oberoende myndighet, både gentemot sjukvårdshuvudmännen och andra myndigheter, ansvarar för uppföljningen möjliggörs en bredare ansats i uppföljningen. Det kan bidra till ett ökat lärande även för staten. Å andra sidan kan man resonera att en myndighet som t.ex. också arbetar med att ta fram stöd inom området, har en djupare kunskap om området och därför bättre förstår vad som är viktigt att följa upp. Denna kunskap och förståelse bör dock gå att ta tillvara i arbetet med uppföljning och analys av insatserna. Som nämnts ovan anser utredningen att det behövs strukturer där regeringen genom dialog med sina myndigheter kan få stöd i utformningen av nya insatser och planeringen av den kommande uppföljningen.

Följa upp det som har faktisk betydelse för patienter

För att kunna följa upp initiativ på ett meningsfullt sätt är det centralt att målen är tydliga och mätbara. Utgångspunkten måste vara utfall som har reell betydelse för patienter. Det innebär att initiativens utformning och uppföljning behöver bygga på vad berörda patientgrupper värdesätter. Om ett initiativ exempelvis är tänkt att öka tillgängligheten till vården behöver man förstå vilken aspekt av tillgänglighet som är viktig för patientgruppen – är det att korta väntetiden till effektiv vård, eller handlar det om en trygghet att kunna nå vården snabbt vid behov? Processer och erfarenhet av att ta reda på detta och arbeta utifrån ett patientperspektiv behöver finnas på plats.

Sammantaget

Vår samlade slutsats är att uppföljningar av statliga initiativ bör koncentreras till en myndighet för att den ska bygga upp kunskap om sådan uppföljning och kunna bidra till att utveckla denna. Myndigheten bör

- ha specifik erfarenhet och metodkompetens för denna typ av uppföljningar och analys som rör statliga initiativ,
- vara ett stöd vid utformningen av nya initiativ,
- med fördel inte vara involverad i initiativen som följs upp samt
- ha förutsättningar att följa upp det som har faktisk betydelse för aktuella patientgrupper.

Uppgift 2. Sammanställa en bild av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården

Funktionens andra delsyfte är att analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård. Som grund för att kunna göra det behöver man ha en bild av tillståndet och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Som vi har redogjort för i våra bakgrundskapitel görs mycket uppföljning av hälso- och sjukvården av såväl staten som andra aktörer. Det är ett omfattande arbete. Den enkät som vi har gjort om myndigheters publicerade uppföljningsrapporter under 2017 och 2018 visar att regeringen får i genomsnitt en uppföljningsrapport från myndigheterna varannan vecka året runt. Av dessa är några årliga rapporter från myndigheter som har i uppdrag att varje år lämna en bred bild av läget i bl.a. hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen, IVO och Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att lämna rapporter inom sina ansvarsområden.

Vårt uppdrag handlar också om hur staten kan agera mer sammanhållet. När det gäller bilden av hälso- och sjukvården tolkar vi uppdraget som att regeringen eftersträvar något annat än alla de bilder som i dag ges av myndigheterna. Vi uppfattar att regeringen vill att staten bättre skapar en samordnad bild av hur det ser ut. Frågan är om det handlar om att addera något till det som görs, göra annorlunda eller att bättre samla ihop det man har? Vår bedömning är att det ena inte behöver utesluta det andra utan att man kan se en ut-

veckling i flera steg. Uppgiften bör ses som något som kan utvecklas över tiden, både vad gäller underlag och arbetssätt.

Utgå från det man har och fortsätt utveckla

Vår uppfattning är att det inte råder brist på uppföljningar, även om vi inte kan utesluta att det både kan finnas luckor och behov av att utveckla uppföljningen. Uppföljning definierar vi som att faktiska skeenden i hälsosystemet kartläggs och dokumenteras och data som den information som ligger till grund för uppföljningen. Uppföljningar är inte detsamma som rapporter, men det är i rapportformen som myndigheterna ofta har publicerat, och i den formen som regeringen ofta får dem presenterade. Som ett första steg i en mer samordnad och utvecklad nationell uppföljning i staten gör vi bedömningen att man skulle kunna börja med att se över och sammanställa de underlag som myndigheterna tar fram i dag. Det handlar alltså inte om att göra en mängd ny uppföljning utan om att ta ett samlat grepp i staten som kan bygga på rapporter, data m.m. som finns. Vår bedömning är att ett sådant första steg skulle ha ett stort värde för regeringen. Det är också en ambitionsnivå som bör vara möjlig att genomföra relativt omgående. Socialstyrelsen har redan i dag i uppdrag att ta fram en årlig samlad lägesbild av hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av vårt uppdrag uppfattar vi dock att regeringen inte anser att underlaget svarar upp mot det behov som regeringen har. En möjlig utveckling skulle kunna vara att bygga vidare på Socialstyrelsens uppdrag så att det som presenteras är ett uttryck för statens samlade bild snararare än Socialstyrelsens.

Att skapa denna samlade bild ser vi som en uppgift som funktionen ska bidra med. För att åstadkomma detta behövs ett arbetssätt som gör att den samlade kompetensen och kunskapen i staten tas tillvara på bästa sätt. Det kräver samlad dialog med huvudmännen och ett närmare samarbete mellan myndigheterna. Det som bör eftersträvas är att skapa en bild som delas i staten snarare än en bild som färgas av vilken myndighet den kommer ifrån. Utöver värdet för regeringen med en sammanställd bild bedömer vi att det finns behov av en övergripande analys av denna bild, som i sin tur kan ge vägledning inför kommande insatser (se nedan). Utredningens bedömning är att den analyskapacitet som krävs för detta redan finns inom

staten och att det även här handlar om att ta tillvara på kompetensen genom ett myndighetsövergripande samarbete. Om man sedan vill utveckla analyserna kan det finnas behov av att förstärka analyskapacitet och kompetens. Detta är något som skulle kunna utvecklas över tid.

Vi ser också att funktionen kan ha en mer praktiskt sammanhållande roll, t.ex. att ha en överblick över den uppföljning som görs och eventuella luckor som hindrar möjligheten att skapa en helhetsbild. I detta sammanhang behöver funktionen även skapa sig en övergripande bild av de utvecklingsprojekt som pågår på myndigheterna. Vårt intryck efter samtal med olika företrädare för myndigheterna är att man saknar en överblick över den uppföljning som görs av andra myndigheter än sin egen. Funktionen behöver även ha en överblick över och förhålla sig till den utveckling som sker hos huvudmännen.

Socialstyrelsen och Vårdanalys lämnade förslag på hur den nationella uppföljningen skulle kunna se ut i sina rapporter från 2019, men pekade också på behov en utveckling av den nationella uppföljningen. Vårdanalys pekade på att en utveckling inte handlade om att utveckla mer data utan snarare om att bearbeta och förädla. Socialstyrelsen pekade på en successiv utveckling som både handlar om arbetssätt, exempelvis ökad samordning och samarbete mellan myndigheter, och vidareutveckling och vidareförädling av det som följs upp. Utredningen delar bilden av behovet av en utveckling för att bättre svara upp mot regeringens behov och anser att både Socialstyrelsen och Vårdanalys har presenterat förslag som bör beaktas i utvecklingen av en funktions arbete.

Uppgift 3. Belysa områden där det är ändamålsenligt att staten agerar för att säkerställa en god vård samt belysa möjliga statliga insatser

När man har en bild av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården är nästa steg att belysa var det är ändamålsenligt att staten gör insatser. Det kan t.ex. vara så att bilden visar ett antal områden där det finns behov av insatser och åtgärder. Men för att förstå var och hur det är ändamålsenligt att staten agerar kan relevanta delar av bilden behöva kompletteras med fördjupade analyser. Statliga insatser kan innebära större reformer och satsningar men också andra typer av mer begränsade insatser, såsom arbete med nya riktlinjer

eller stöd för tillämpningen av kunskap ute i verksamheterna. Insatser kan även vara utvecklingsprojekt eller kunskapsunderlag som funktionen behöver för kommande analyser. Även andra typer av kunskapsunderlag till exempel baserade på policyforskning eller effektutvärderingar kan behövas för att belysa möjliga insatser.

Behov eller frågor som identifieras vid en uppföljning och analys kan hanteras i olika delar av ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (se avsnitt 2.6, figur 12.1). I vissa fall behöver man stärka förutsättningarna för att vården ska kunna tillämpa tillgänglig kunskap och arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Förutsättningar kan innefatta allt ifrån vilken personal som finns, vad den har för kompetens och möjligheter till kompetensutveckling till vad det finns för resurser och stöd för implementering och förbättringsarbete (utvecklas i kapitel 13). I andra fall är det ny kunskap som behövs, t.ex. genom medel för riktad forskning, sammanställning av forskning eller vägledningar. Forskningsbaserad kunskap kan belysa en rad olika frågor såsom behandlingseffekter, upplevelser av ett tillstånd, hälsoekonomiska aspekter etc. Detta kan vara särskilt relevant för staten vid nationella interventioner såsom vaccinationsprogram eller vid ny teknik, såsom genteknik där man även kan behöva se över lagstiftning.

Möjliga statliga insatser behöver således ses på utifrån hela systemet för en kunskapsbaserad vård och med utgångspunkt i målen med hälso- och sjukvården. I arbetet med att identifiera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård blir det centralt att föra dialog såväl inom staten som mellan staten och hälso- och sjukvårdshuvudmännen, vilket vi utvecklar i kapitel 15.

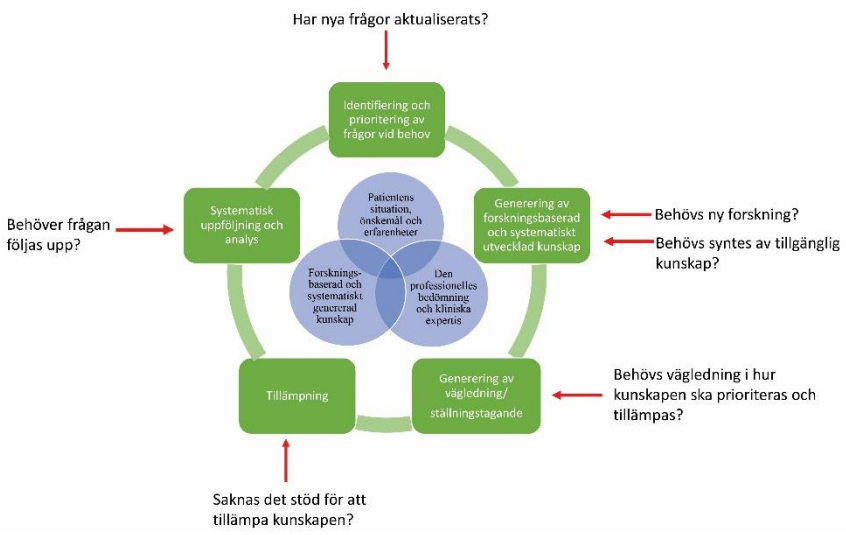
Uppgift 4. Bidra till erfarenhetsutbyte och lärande när det gäller utformning och utveckling av fortsatta insatser

Samtliga beskrivna arbetsuppgifter – att utföra och utveckla uppföljningen av statliga initiativ samt att sammanställa en bild av tillståndet i hälso- och sjukvården och belysa områden och insatser där staten kan agera – kommer att innebära en metodutveckling och ett lärande som blir centralt att ta tillvara.

Den kunskap som myndigheterna successivt bygger upp avseende uppföljning av effekter av statliga initiativ kan användas vid planering av nya initiativ som i sin tur ska följas upp. Uppföljningen

kan på så sätt göras mer ändamålsenlig. Ju mer denna typ av uppföljningar och analyser kan förfinas – så att det går att dra slutsatser kring effekter av enskilda och samverkande initiativ – desto mer kan lärandet inför kommande initiativ öka. Det erfarenhetsutbyte som kommer att krävas mellan en rad olika aktörer för att sammanställa bilden av tillståndet i hälso- och sjukvården och belysa områden och insatser, har potential att öka lärandet vad gäller innehållet och utformningen av kommande insatser. Dialogen med Regeringskansliet blir viktig för att åstadkomma detta.

Figur 12.1 De huvudsakliga komponenterna i ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (se vidare avsnitt 2.6). Pilarna illustrerar att det är det är viktigt att ta ställning till var i systemet en identifierad fråga bäst hanteras



Organisering av funktionen

Enligt direktivet ska utredningen föreslå en funktion inom ramen för den befintliga myndighetsstrukturen. Utredningen ska också föreslå hur funktionen ska vara reglerad. Utredningen tolkar, som vi tidigare anfört, ordet funktion som en funktionalitet, det vill säga att det är något som ska göras inom befintlig myndighetsstruktur som ska åstadkomma det som preciseras i utredningens uppdrag.

Genom att förslaget ska förhålla sig till befintlig myndighetsstruktur innebär det att funktionen inte kan vara en ny myndighet. Det finns myndigheter av olika slag såsom förvaltningsmyndighet, nämndmyndighet och statlig kommitté. När det gäller det sistnämnda innebär det att det inte heller är ett alternativ att organisera funktionen som en samordnare med ansvar för en kommitté, eftersom en sådan rent formellt är en egen myndighet.

En samordnare i form av en funktion inom Regeringskansliet skulle teoretiskt sett kunna vara en möjlighet, men mot bakgrund av att uppdraget primärt rör samordning inom staten, ser vi inte heller det som ett reellt alternativ. När regeringen väljer att tillsätta en nationell samordnare brukar dess uppdrag vända sig till en bredare krets av aktörer än bara statliga. I sammanhanget vill vi också uppmärksamma på att Kunskapsstödsutredningen föreslog att regeringen skulle inrätta en funktion i form av ett kansli i Regeringskansliet för kunskapsbaserad och jämlik vård med uppgift att bistå regeringen i det av utredningen föreslagna samrådet, dvs. ett forum för strategisk dialog mellan regeringen och regionerna. Regeringen valde att inte gå vidare med detta förslag.

Vi har i vårt arbete också försökt att se hur man kan använda befintliga organisationer, organ och strukturer i så stor utsträckning som möjligt för att uppnå uppdragets syfte, där det bedöms som ändamålsenligt. En central utgångspunkt har varit att organiseringen ska skapa förutsättning för ett effektivt och processorienterat arbetssätt. Vi har också beaktat att funktionens syfte har två delvis olika delar och hur det kan tillgodoses på bästa sätt.

Vi har både tittat på möjligheterna att förstärka befintliga organisationer eller strukturer och att bilda något nytt i form av organ, t.ex. ett råd.

Utredningen har undersökt vad det finns för organ eller motsvarande i staten i dag, inom befintlig myndighetsstruktur. I kapitel 6, Samverkan i staten, konstaterades att det finns många olika typer av råd m.m. med ansvar för nationell eller lokal samordning. En del av dessa är reglerade och beslutade av regeringen, andra bygger på frivillighet.

Utifrån genomgången av olika organ är det framför allt två alternativa organiseringar som vi bedömer som mest relevanta för vårt uppdrag. Den ena alternativet är att inrätta en funktion vid, och som del av, en myndighet. Det andra alternativet är att inrätta ett kansli

vid en myndighet till vilken man kopplar ett råd eller liknande med en rådgivande roll som består av företrädare för olika organisationer.

Det finns flera exempel på dessa organisatoriska alternativ. Vid Socialstyrelsen finns flera organ, till exempel ST-rådet och Nationellt Donationscentrum. Därutöver finns det flera myndigheter som har ett utpekat samordnande ansvar som närmast är att likna vid en funktion, t.ex. Länsstyrelser och Folkhälsomyndigheten.

Det nyligen inrättade Nationella vårdkompetensrådet vid Socialstyrelsen är ett exempel på en funktion som består av ett kansli med ett råd. Digitaliseringsrådet och förslaget om att inrätta ett råd för korrekta utbetalning, som lämnades av Delegationen för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen i december 2019, är andra exempel där man har valt konstruktionen att inrätta ett kansli med ett råd. Digitaliseringsrådet, som tillkom som ett tidsbegränsat råd, är ett råd som är knutet till Regeringskansliet och som leds av digitaliseringsministern samt består i övrigt av personligt förordnade medlemmar.[11] Rådsmedlemmarna kommer från myndigheter, universitet, fackförbund, privata företag och SKR. I Digitaliseringsrådet ingår också ett kansli inhyst hos Post- och Telestyrelsen, som har det operativa ansvaret för att ta fram underlag etc. Syftet med att skapa rådet var att regeringen skulle ha tillgång till analyser av digitaliseringens möjligheter, att en aktör skulle kunna arbeta för bättre samordning av digitaliseringspolitiken och för att ha en funktion som kan uppmärksamma viktiga frågor inom digitaliseringsområdet.[12]

Förslaget om ett Råd för korrekta utbetalningar från välfärdssystemet innebär att rådet består av representanter från berörda myndigheter och Finansdepartementet samt att ett kansli med uppgift att samordna myndigheternas arbete med att uppskatta de felaktiga utbetalningarna och förse regeringen med aktuella lägesbeskrivningar knyts till rådet. Kansliet bör enligt förslaget placeras vid Ekonomistyrningsverket, ESV, men vara självständigt på så sätt att verksamheten inte ska kunna prioriteras bort mot annan verksamhet vid myndigheten.

Ett råd i form av en rådgivande konstellation med utsedda företrädare kan innebära både för- och nackdelar. Ett råd skulle kunna

[11] digitaliseringsradet.se/vi-aer-digitaliseringsraadet/ledamoeter-i-raadet (hämtad 20.02.27).
[12] Statskontoret. *Fortsatta former för digitaliseringspolitiken – Utvärdering av Digitaliseringsrådet och kartläggning av regeringens styrning*. Rapport 2020:3. 2020.

bidra till legitimitet och förankring, samtidigt som det riskerar att göra arbetet mindre effektivt och tungrott.

Efter genomgången av organ i staten noterar vi att organ sällan utformas på så sätt att en part får en särställning. I några utvärderingar av sådana organ har detta pekats ut som en svaghet. Även i de fall en aktör får en särställning (den som ska samordna) verkar den tycka att det är ett problem att den inte får några ”muskler”, t.ex. att kunna styra över andra. Samtidigt noterar vi i Statskontorets rapport om nationella samordnare att det verkar som om syftet med att tillsätta samordnare i stället för att reglera, var just att man tror att frivillig samverkan är mer effektiv (och/eller att man redan provat reglering). I två av Statskontorets utvärderingar återkommer frågan om att den aktör som får ett samordningsansvar inte ska ha en för specialiserad roll i frågan så att det snedvrider fokuset.

Sammantaget är vår bedömning att det inte finns en ideal modell för hur man bör utforma en funktion som har en samordnande eller samverkande roll. I alla de exempel och utvärderingar av olika funktioner som vi har tagit del av finns det både för- och nackdelar med de olika alternativen. Vi uppfattar att samspelet mellan myndigheterna och samspelet mellan regeringen och myndigheterna är viktigt för att lyckas. I det senare fallet handlar det bl.a. om tydlig styrning. Samverkan mellan myndigheterna är en utmaning men också en möjlighet som kan bidra till ett stort mervärde jämfört med om bara en aktör hade haft ansvar. Med utgångpunkt från rådande myndighetsstruktur där flera myndigheter har ett ansvar för nationell uppföljning bedömer vi att det finns en risk att gå miste om viktiga värden i uppföljning för att få en samlad bild, om man skulle välja att peka ut endast en aktör. Statskontoret har i sin antologi om samverkan konstaterat att det tar tid att utveckla framgångsrik samverkan och att det därmed krävs uthållighet och tålamod, förutom stark vilja och engagemang och tillåtande ledarskap för att lyckas. Just det senare, ledarskapet och ledningens engagemang bedömer vi som särskilt viktigt för en framgångsrik samverkan.

13 Förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat i regioner och kommuner

- I kapitlet vidareanalyseras Kunskapsstödsutredningens förslag om att upphäva lagen om läkemedelskommittéer och ersätta den med en ny lag om vårdkommittéer.
- Förslaget om inrättande av vårdkommittéer innebar i korthet att läkemedelskommittéernas uppdrag skulle vidgas från att fokusera på läkemedel till att omfatta all vård. Därigenom skulle särbehandlingen av läkemedel upphöra. Kärnan i vårdkommittéernas uppdrag skulle, som vi tolkar förslaget, vara att utgöra en stödfunktion på lokal nivå för implementering och förbättringsarbete.
- Utredningen bedömer att det lokala implementerings- och förbättringsarbetet behöver stärkas i både regioner och kommuner. Kommunerna har särskilda utmaningar avseende grundläggande förutsättningar för kompetensförsörjning.
- Arbete med att tillämpa eller skapa förutsättningar för tillämpning av bästa möjliga kunskap är centrala aspekter av kunskapsstyrning. Vi ser i dag en högre grad av integrering vad gäller hur regionerna arbetar med kunskapsstyrning avseende läkemedel och andra behandlingsformer jämfört med sommaren 2017 när förslaget om vårdkommittéer presenterades.
- Mycket arbete kvarstår dock och det är angeläget att regionerna fortsätter att utveckla sin lokala kunskapsstyrning i en mer integrerad riktning. Nuvarande lag om läkemedelskommittéer ger regionerna det utrymme de behöver för att kunna

tillförsäkra att läkemedelskommittén arbetar integrerat med regionens övriga kunskapsstyrningsarbete.

- Efter analysen av förslaget om vårdkommittéer breddar vi perspektiven och tittar på grundläggande förutsättningar att kunna arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå. Särskilt centralt är den grundläggande kompetensförsörjningen och personalens praktiska förutsättningar, vilket också är en central patientsäkerhetsfråga.
- Samverkan mellan regioner och kommuner är centralt ur flera perspektiv, inte minst i ljuset av kommunernas ökande ansvar för hälso- och sjukvård i omställningen mot en nära vård.
- En mängd statliga insatser pågår för att stärka förutsättningarna att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå, både i regioner och kommuner. Insatserna går dock under många namn och har sällan etiketten stöd till implementering, förbättringsarbete eller kunskapsstyrning.

I det här kapitlet tar vi bakgrundsbeskrivningarna i kapitel 10 vidare till en analys. Kapitlet är indelat i två delar. I den första analyseras utredningens specifika uppdrag att vidareanalysera Kunskapsstödsutredningens förslag om att upphäva lagen om läkemedelskommittéer och ersätta den men en ny lag om vårdkommittéer.

I den andra delen tar vi ett bredare perspektiv på vårdens förbättringsarbete. Detta perspektiv speglar vår tolkning att begreppets användning i direktivet avser fånga en bred ansats avseende förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå. Det handlar om tillämpning och förutsättningar för tillämpning av bästa möjliga kunskap (se vidare beskrivning av det sammanhållna systemet i avsnitt 2.6). Arbete med att tillämpa eller skapa förutsättningar för tillämpning av bästa möjliga kunskap är centrala aspekter av kunskapsstyrning. Vi använder därför också detta begrepp i kapitlet när vi syftar på hela kunskapsstyrningen (se definition i avsnitt 2.4).

Sist i kapitlet kommenterar vi pågående arbete i staten som i praktiken handlar om stöd till lokal implementering, förbättringsarbete och kunskapsstyrning men som ofta går under en annan etikett.

13.1 Att stärka vårdens förbättringsarbete genom vårdkommittéer

Utredningen har i uppdrag att vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas. Vi ska göra detta genom att vidareanalysera det förslag som Kunskapsstödsutredningen presenterade sommaren 2017 om att upphäva lagen om läkemedelskommittéer och ersätta den men en ny lag om vårdkommittéer. I uppdraget ingår även att analysera konsekvenserna av att avveckla lagkravet om läkemedelskommittéer. Utifrån analyserna ska utredningen lämna förslag på hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas, särskilt på lokal nivå.

Förslaget om inrättande av vårdkommittéer innebar i korthet att läkemedelskommittéernas uppdrag skulle vidgas från att fokusera på läkemedel till att omfatta all vård. Därigenom skulle särbehandlingen av läkemedel upphöra.

Kärnan i vårdkommittéernas uppdrag skulle, som vi tolkar förslaget, vara att utgöra en stödfunktion på lokal nivå för implementering och förbättringsarbete. Förslaget syftade med andra ord till att öka förutsättningarna att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå i regionerna och kommunerna. Därutöver tolkar vi att förslaget att reglera vårdkommittéerna är ett uttryck för att staten vill försäkra sig om att bästa möjliga kunskap verkligen implementeras och tillämpas i hälso- och sjukvården samt att kunskapsstöd som bl.a. staten bidrar med blir verkningsfulla. I sammanhanget vill vi uppmärksamma på att i ett väl fungerande nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård är det lokala förbättringsarbetet även en källa till ny kunskap som tillförs hela systemet. I ett väl fungerande nationellt sammanhållet system utgör det lokala implementerings- och förbättringsarbetet med andra ord en integrerad del av hela hälso- och sjukvårdens arbete att nå en god vård. Se vidare kapitel 10.

Befintligt lokalt stöd till implementerings- och förbättringsarbete i regioner och kommuner

Utredningen har i en enkät ställt frågor till regioner och kommuner om hur de arbetar med att implementera bästa tillgängliga kunskap och att skapa lärande organisationer. Svaren på dessa enkäter ger en översiktlig bild av vilket stöd som finns i dag till lokalt implementerings- och förbättringsarbete (se kapitel 10).

Vi har av svaren uttolkat att det finns utvecklade stödfunktioner för detta i flertalet regioner. Utformningen av dessa skiljer sig åt men det är enligt beskrivningarna ofta en kombination av organ med styrande och samordnande uppdrag och funktioner som ger mer operativt stöd i form av kunskap om förbättringsarbete och metoder samt specialistkunskap på olika områden. Enkätsvaren ger också bilden av att regionerna ger visst stöd till kommunerna i form av utbildning, metodstöd och samarbeten både inom olika sakområden och på ett strukturellt plan. Utformning och ambitionsnivå skiljer sig dock väsentligt åt regionerna emellan.

Flera regioner nämner i enkätsvaren sina läkemedelskommittéer som ett av flera organ som har en stödjande roll. Läkemedelskommittéernas huvudsakliga uppgift är att verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning i respektive region (se kapitel 10). Hur det praktiska arbetet organiseras och genomförs skiljer sig kommittéerna emellan men gemensamt för kommittéerna är att de arbetar med läkemedelsrekommendationer anpassade för regionen, uppföljning av förskrivningsmönster i relation till rekommendationerna samt rådgivning och utbildning. De arbetar i regel både nära den operativa hälso- och sjukvårdsverksamheten och som expertstöd till ledningsfunktioner, myndigheter etc.

Även kommunerna lyfter i sina svar fram flera olika typer av funktioner som arbetar med det lokala förbättringsarbetet. De lyfter särskilt fram utgångspunkten i linjeansvaret, men även det stöd som finns till linjecheferna i att ta det ansvaret. Som stöd till linjecheferna nämns särskilt funktionerna MAS och MAR[1] samt de kvalitetsledningssystem i vilket det löpande kvalitets- och förbättringsarbetet finns inbyggt. Det framgår även av svaren att det finns en mängd olika typer av samarbeten mellan kommuner och mellan kommuner och regioner. De regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS)[2] har några kommuner i enkäterna nämnt som viktiga organ för samverkan och kunskapsuppbyggnad. Även i andra sammanhang har aktörer lyft fram betydelsen av RSS för kommunernas lokala kunskapsstyrning. I de dialoger vi fört under utredningens gång har den kommunala hälso- och sjukvårdens förutsättningar lyfts upprepade gånger som särskilt problematiska.

[1] Funktionerna MAS och MAR beskrivs bl.a. i avsnitt 10.2.
[2] De regionala samverkans och stödstrukturerna beskrivs i avsnitt 8.3.

Vår samlade bild i ljuset av enkäterna och de dialoger utredningen fört är att det lokala implementerings- och förbättringsarbetet behöver stärkas i både regioner och kommuner. Kommunerna har särskilda utmaningar avseende de grundläggande förutsättningarna för kompetensförsörjning. Vi återkommer till det kommunala perspektivet i avsnitt 13.2 nedan.

Läkemedelsfrågorna på väg att integreras i regionernas kunskapsstyrning

Läkemedelskommittéerna på väg att integreras i den lokala kunskapsstyrningsorganisationen

Eftersom arbete med att tillämpa eller skapa förutsättningar för tillämpning av bästa kunskap är centrala aspekter av kunskapsstyrning är samarbetet mellan läkemedelskommittén och regionens övriga kunskapsstyrningsorganisation av intresse. Utredningen frågade därför också regionerna om regionens läkemedelskommitté är sammankopplad med regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. Se kapitel 7 för en beskrivning av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. I enkätsvaren uppgav samtliga regioner att regionens läkemedelskommitté är eller är på väg att bli sammankopplad med strukturen på lokal nivå. Vi tolkar regionernas beskrivningar som att läkemedelskommittéerna har en närmare koppling till det övriga lokala kunskapsstyrningsarbetet i dag än det hade sommaren 2017 när förslaget om vårdkommittéer presenterades. Vår tolkning utifrån beskrivningarna är att förflyttningen mot en mer integrerad roll har kommit längre i vissa regioner än i andra men att det sker en rörelse i samtliga regioner. Enkäten genomfördes sommaren 2019 varför ytterligare rörelse i organisationerna sannolikt har skett sedan dess.

Ett exempel på en mer integrerad roll är läkemedelskommittén i Region Uppsala som i sitt reglemente har fastställt att två av kommitténs ledamöter ska vara ”representanter från kunskapsstyrningsområdet/programråd/lokala programråd”.[3] Region Uppsala skriver vidare i sitt enkätsvar att

[3] Reglemente för regionens läkemedelskommitté i Uppsala län, Region Uppsala, beslutad 18.11.27.

> Region Uppsalas läkemedelskommitté kommer att utgöra en lokal samverkansgrupp för läkemedel och kommer därmed integreras i regionernas kunskapsstyrningsorganisering. På sjukvårdsregional nivå (Uppsala-Örebro) har det funnits ett långvarigt samarbete mellan de sju regionernas läkemedelskommittéer vilket fortsättningsvis blir den regionala samverkansgruppen för läkemedel som i sin tur har kontakter med den nationella samverkansgruppen för läkemedel. Med andra ord bygger vi ihop nuvarande organisering med läkemedelskommittéer med den nya organiseringen för kunskapsstyrning.

Det finns ytterligare exempel på att läkemedelskommittén görs till lokal samverkansgrupp för läkemedel och medicinteknik, speglande den nationella nivån i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning, bl.a. Region Stockholm. Regionerna Sörmland, Gävleborg och Västmanland är exempel på regioner som har knutit ihop organisationen genom att ordföranden i läkemedelskommittén ingår som ledamot i ett lokalt kunskapsstyrningsråd. Ytterligare ett exempel är Region Kronoberg i vilken läkemedelskommittén ingår i regionens medicinska kommitté. Den medicinska kommittén är en rådgivande instans med huvudsaklig uppgift att stödja en evidensbaserad vård.[4] Region Kronoberg framhåller i sitt svar att de sedan 2008 har haft denna sammanhållna kunskapsstyrningsorganisation som i stor utsträckning liknar den organisation som nu införs nationellt.

Det sätt som flera regioner har flätat samman läkemedelskommitténs arbete med andra delar av sin lokala kunskapsstyrningsorganisation menar vi har flera likheter med grundtanken med vårdkommittéer.

Även om konstruktionerna i ovan exempel från regionerna skiljer sig åt sinsemellan fångar de en grundläggande ambition att väva samman lokalt stöd till kunskapsstyrning avseende läkemedel och andra behandlingsformer. Denna ambition fick också starkt principiellt stöd av många remissinstanser på Kunskapsstödsutredningens förslag. Med detta noterar vi från utredningens sida att regionerna kan, där vilja finns, skapa lösningar som uppnår ett grundläggande syfte med vårdkommittéer även med dagens regelverk, dvs. lagen om läkemedelskommittéer. Strukturen har potential att bli en typ av stöd till lokalt implementerings- och förbättringsarbete. Vi har i utredningen inte fördjupat oss närmare i de lokala organens arbetssätt och kompetensstruktur. Kunskapsstödsutredningens förslag om vårdkom-

[4] www.regionkronoberg.se/vardgivare/kompetens-utveckling/kommitteer-och-grupper/medicinska-kommitten/ (hämtad 20.02.13).

mittéer var inte heller explicit i detta avseende utan formulerades på ett sätt som skulle möjliggöra lokalt anpassade lösningar avseende detta.

På nationell nivå integreras arbetet med läkemedel i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning

På nationell nivå har regionernas tidigare etablerade samverkansmodell för läkemedel integrerats i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning genom inkorporering i den nationella samverkansgruppen för läkemedel och medicinteknik. Den inkorporerade samverkansmodellen inkluderar NT-rådet, där NT står för nya terapier. Arbetsformerna utvecklas löpande, inklusive samarbetet med de statliga myndigheter som arbetar med läkemedelsfrågor. Principer har också slagits fast, och arbetsformerna är på väg att etableras, avseende hur regionernas läkemedelskommittéer ska kunna bidra med kompetens i olika nationella arbetsgrupper som de nationella programområdena skapar. Se vidare avsnitt 7.4 och 10.5. Även på nationell nivå ser vi med andra ord att kunskapsstyrning avseende läkemedel respektive andra behandlingsformer håller på att integreras i regionernas ömsesidiga samarbete. Förändringen har skett efter det att förslaget om vårdkommittéer presenterades sommaren 2017.

Högre grad av integrering av läkemedel och andra behandlingsformer

I ljuset av ovan beskrivning ser vi i dag en högre grad av integrering vad gäller hur regionerna arbetar med kunskapsstyrning avseende läkemedel och andra behandlingsformer jämfört med sommaren 2017 när förslaget om vårdkommittéer presenterades. Vi konstaterar dock samtidigt att mycket arbete kvarstår och att det är angeläget att regionerna fortsätter att utveckla sin lokala kunskapsstyrning i denna riktning.

Lag om vårdkommittéer versus lagen om läkemedelskommittéer

Syftet bejakas men tveksamhet till ny lag som instrument

Lagtekniskt innebar förslaget om vårdkommittéer att lagen om läkemedelskommittéer skulle upphävas och ersättas av en ny lag om vårdkommittéer. Vårdkommittéernas uppdrag skulle vara att verka för en nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården i landstinget[5] och i de kommuner som är belägna inom landstinget. Kommittén skulle enligt förslaget verka för att nationella kunskapsstöd används, att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp samt på annat lämpligt sätt stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att nå en vård som är kunskapsbaserad och på lika villkor för hela befolkningen.

Formellt, juridiskt, var förslaget med andra ord, enligt vår tolkning, att lagstifta om ett lokalt stöd för nationell kunskapsstyrning.

De positiva aspekterna av förslaget bedömer vi framför allt vore att tydliggöra att både regioner och kommuner måste arbeta strukturerat med kunskapsstyrning samt att det arbete som i dag görs inom läkemedelskommittéerna ska integreras med övriga behandlingsformer[6]. Flera aktörer, både remissinstanser och andra, har uttryckt sig principiellt positiva till att bryta särregleringen av läkemedel i kunskapsstyrningsarbetet. Vi ser också att lagstiftning som instrument ger en tydlig signal om vad regeringen förväntar sig av sjukvårdshuvudmännen vilket också torde ge hälso- och sjukvårdsverksamheten stöd i att avsätta tillräckliga resurser för arbetet. Förslaget avsåg vidare att skapa ett närmare samarbete mellan regioner och kommuner i kunskapsstyrningsarbetet. Även detta ser vi från utredningens sida som en viktig aspekt, särskilt i ljuset av att regioner och kommuner kommer att behöva utveckla sitt samarbete inom hälso- och sjukvården än mer i takt med omställningen mot en mer nära vård.

Medan vi ställer oss positiva till de effekter förslaget om vårdkommittéer syftar till att åstadkomma ställer vi oss tveksamma till den föreslagna nya lagen som instrument för att uppnå detta.

Ett skäl till vår bedömning är att det redan i dag finns författning som täcker in de grundläggande skyldigheterna att tillämpa vetenskap och beprövad erfarenhet och att bedriva ett löpande kvalitets-

[5] Ursprunglig formulering i lagförslaget.
[6] Notera att vi här använder begreppet behandlingsformer i vid bemärkelse, dvs. inkluderande även exempelvis förebyggande och rehabiliterande insatser.

och förbättringsarbete. Det finns också i lagen om läkemedelskommittéer ett krav på att arbeta för en rationell läkemedelsanvändning. En rationell läkemedelsanvändning kan i praktiken bara uppnås om rekommendationer om läkemedelsbehandling utformas med ett helhetsperspektiv där både läkemedel och andra behandlingsformer beaktas. Vi kan inte se att det finns någon uttrycklig lucka i de formella kraven på att upprätthålla kvalitet i den vård som ska erbjudas. Att inrätta en lag om vårdkommittéer skulle i praktiken omfatta åtminstone delvis samma skyldigheter som redan finns reglerade.

Ytterligare en komplexitet rör tydligheten i vad lagen skulle omfatta, dvs. möjligheten att tydligt förstå vad i den nya lagen som inte redan är reglerat i annan lag. Lagförslaget som presenterades i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård innehåller flera begrepp som inte har en entydig allmänt erkänd definition. Exempel på sådana begrepp är ”nationell kunskapsstyrning”, ”kunskapsstöd” och ”kunskapsbaserad” vård. Vi kan konstatera att det inte synes finnas en enhetlig allmän förståelse för begreppen. I ljuset av att dessa begrepp torde kunna ge upphov till tolkningssvårigheter ställer vi oss tveksamma till lagförslaget såsom det är formulerat.

Vid en lagreglering skulle diskussion även uppstå om huruvida lagstiftningen inkräktar på den kommunala självstyrelsen och därmed utlöser den kommunala finansieringsprincipen. Mervärdet av en eventuell ny lagstiftning behöver ställas i relation till vilken faktisk effekt på vårdens kvalitet, jämlikhet och effektivitet som kan förväntas. Kunskapsstödsutredningen menade i sin konsekvensanalys av förslaget att de föreslagna författningsändringarna inte medför några nya åtaganden för regionerna som innebär ett utökat ansvar i relation till staten. Argumentationen utgick ifrån att de grundläggande skyldigheterna redan finns reglerade och att lagen om vårdkommittéer endast inriktade sig på att ändra regionerna arbetssätt, inte införa ett merarbete.

En risk som vi menar också bör beaktas i valet av att införa ny lagstiftning eller ej är påverkan på det arbete som i dag bedrivs av läkemedelskommittéerna. Ett flertal aktörer som utredningen har fört dialog med lyfter fram ett i stora delar väl fungerande och viktigt arbete. Det framhålls att läkemedelskommittéerna fyller en viktig funktion i sitt verksamhetsnära arbetssätt och med sin lokala anknytning. Rekommendationer formuleras utifrån lokala förutsättningar, utbildningsinsatser görs ute i verksamheterna, förskrivnings-

mönster följs upp osv. En ny lag om vårdkommittéer skulle, precis som varje omorganisation, riskera att vissa arbetssätt går förlorade eller tar tid att återskapa.

Avgörande att sjukvårdshuvudmännen tar sitt ansvar och tillförsäkrar en integrerad kunskapsstyrning

Oaktat utredningens tveksamhet till föreslagen lag om vårdkommittéer är det avgörande att sjukvårdshuvudmännen, både regioner och kommuner, inser vikten av en kunskapsstyrning som beaktar och integrerar alla relaterade ansvarsområden. Ur regionernas perspektiv handlar det bl.a. om att integrera läkemedel och andra behandlingsformer i behandlingsrekommendationer och liknande. Ur kommunernas perspektiv är det särskilt centralt att integrera perspektivet hälso- och sjukvård och social omsorg. Avseende läkemedelskommittéerna specifikt är det av central vikt att dessa inte agerar som stuprör till andra organ i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning eller som en parallell organisation till denna. De behöver integreras i strukturen och ingå i regionens lokala kunskapsstyrningsorganisation. I detta faller även ett ansvar på läkemedelskommittéerna att lyhört anamma ett samverkande arbetssätt som bidrar till en samordnad kunskapsstyrning på både lokal, sjukvårdsregional och nationell nivå. I ljuset av detta behov behöver vi se närmare på om nuvarande lag om läkemedelskommittéer utgör något hinder för en ändamålsenlig kunskapsstyrning i regionerna.

Befintlig lag ger regionerna utrymme att tillförsäkra att läkemedelskommittén arbetar integrerat med regionens övriga kunskapsstyrningsarbete

Som vi tidigare har konstaterat har regionerna sedan några år tillbaka fattat beslut om att etablera ett gemensamt system för kunskapsstyrning (se kapitel 7). I detta system integreras kunskapsstyrning om läkemedel och andra behandlingsformer. Systemet bygger också på att kunskapsstyrningen på den lokala nivån, dvs. i regionen, kan spegla organisationsstrukturen på nationell och sjukvårdsregional nivå samtidigt som den anpassas till lokala förutsättningar. Vilket utrymme ger den befintliga lagen regionerna att utforma läkemedels-

kommittéernas arbete? Finns det någon bestämmelse i lagen om läkemedelskommittéer som hindrar regionerna att integrera kommittéerna i sin övriga kunskapsstyrningsorganisation? Vi tittar i detta avsnitt närmare på denna fråga, med särskilt fokus på eventuella hinder att integrera kunskapsstyrning avseende läkemedel och andra behandlingsformer.

Lagen om läkemedelskommittéer trädde i kraft den 1 januari 1997. Lagen tillkom i samband med att kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen överfördes från staten till de dåvarande landstingen.[7] Lagstiftaren lämnar i lagen utrymme för regionerna att besluta om bl.a. antal kommittéer, antal ledamöter samt kommitténs verksamhet och arbetsformer. Detta ska fastställas i ett reglemente. De ramar lagen fastställer är relativt vida. Lagen fastställer att det ska finnas en kommitté, att den genom rekommendationer ska verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget/regionen, att rekommendationerna ska vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet samt att kommittén, om den finner att det förekommer brister i läkemedelsanvändningen, ska göra de påpekanden som behövs och vid behov erbjuda hälso- och sjukvårdspersonalen utbildning för att avhjälpa bristerna. Kommittéerna har också ett lagstadgat krav på sig att i den omfattning som behövs samverka med andra läkemedelskommittéer samt med berörda myndigheter, universitet och högskolor. Avseende kompetens i kommittén fastställer lagen att varje kommitté ska erbjuda företrädare för farmaceutisk och medicinsk expertis att på lämpligt sätt delta i kommitténs arbete.

En första fråga man kan ställa sig är vilket utrymme lagen ger regionen att utforma kommitténs uppdrag, dvs. hur stort utrymme regionen har att i reglementet utforma dess verksamhet och arbetsformer. Finns det någon formulering i lagen som hindrar regionen att formulera och besluta om ett uppdrag som integrerar rekommendationer om läkemedelsanvändning med rekommendationer avseende andra behandlingsformer? Vi noterar att lagen endast fastställer att kommittén ska verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning. Vår bedömning är att detta kan göras på många olika sätt. Vi menar vidare att rekommendationer syftande till tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning måste beakta olika typer av behandlingsformer för ett visst tillstånd/diagnos. Frånvaro av ett

[7] Prop. 1996/97:27 *Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m.m.*

sådant integrerat perspektiv skulle underminera graden av rationalitet och därmed kvaliteten i rekommendationerna. Vi menar att en rationell läkemedelsanvändning inte kan uppnås utan ett integrerat perspektiv avseende när och på vilket sätt ett läkemedel bör användas samt val av specifikt läkemedel. Rationaliteten handlar om att väga samman patientens och det offentligas intressen. Såväl överanvändning som underanvändning av läkemedel behöver undvikas.

Den andra delen av uppdragsformuleringen i lagen är att kommittén, om den finner att det förekommer brister i läkemedelsanvändningen, ”ska göra de påpekanden som behövs och vid behov erbjuda hälso- och sjukvårdspersonalen utbildning för att avhjälpa bristerna”. Inte heller i denna del ser vi något i lagstiftningen som hindrar att kommittén arbetar på ett sätt som integrerar perspektivet läkemedel och andra behandlingsformer. Vår slutsats är därför att uppdragsformuleringen i lagen inte i sig hindrar regionen från att fastställa kommitténs uppdrag så att dess verksamhet och arbetsformer kräver ett integrerat förhållningssätt mellan läkemedel och andra behandlingsformer.

Ytterligare en fråga man kan ställa sig är vilket utrymme lagen ger regionen att välja vilken typ av kompetens som ledamöterna i kommittén ska ha. Formuleringen i lagen om att ”varje kommitté ska erbjuda företrädare för farmaceutisk och medicinsk expertis att på lämpligt sätt delta i kommitténs arbete” skulle kunna tolkas som att det i kommittén bör finnas ledamöter med farmaceutisk och medicinsk expertis. Vår tolkning är dock att bestämmelsen också ger utrymme för regionen att i stället välja att fastställa arbetsformer genom vilka personer med farmaceutisk och medicinsk expertis på annat sätt kan delta i kommitténs arbete. Formuleringen utesluter inte heller att regionen väljer att utse ledamöter i kommittén med annan typ av kompetens, exempelvis statistiker, analytiker, olika hälso- och sjukvårdsprofessioner etc. Vi drar därför slutsatsen att lagen ger regionen betydande utrymme att själv välja inriktning och sammansättning avseende kompetensprofil på kommitténs ledamöter.

Lagen om läkemedelskommittéer reglerar även samverkan. Kommittéerna har i denna ett lagstadgat krav på sig att ”i den omfattning som behövs samverka med andra läkemedelskommittéer samt med berörda myndigheter, universitet och högskolor”.

Vi noterar att formuleringen inte utesluter samverkan med ytterligare aktörer. Dock ser vi en risk i att formuleringen i praktiken kan

bli styrande för vilka aktörer läkemedelskommittéerna samverkar med. Det saknas i lagen referenser till exempelvis andra funktioner inom regionen liksom till kommuner eller strukturer inrättade i samverkan regionerna emellan. Den något vaga formuleringen i lagen kan tolkas som en signal om att läkemedelskommittén inte är skyldig att samordna sig med övriga funktioner inom regionens kunskapsstyrningsorganisation eller med motsvarande funktioner i de kommuner som ligger inom regionens geografiska område. Utredningens bedömning är att detta är olyckligt och potentiellt problematiskt. Det bör inte sändas kontraproduktiva styrsignaler om hur läkemedelskommittéerna bör förhålla sig till sin omvärld. I förarbetena till lagen[8] finns dock en kommentar om att samverkan även med läkemedelsindustrin ibland kan vara ändamålsenlig. Bedömningen i förarbetena är att sådan samverkan bör kunna komma till stånd utan att det behövs något stadgande därom i lag. Vår bedömning är att det finns skäl att dra samma slutsats när det gäller läkemedelskommittéernas samverkan med övriga delar av regionens kunskapsstyrningsorganisation.

Sammanfattningsvis är utredningens bedömning att utrymme finns i nuvarande lag om läkemedelskommittéer att i formulering av uppdrag, samverkansformer samt i sammansättning av kommitténs ledamöter tillförsäkra att läkemedelskommittén arbetar integrerat med regionens övriga kunskapsstyrningsarbete. Slutsatsen stärks också av de beskrivningar regionerna har givit utredningen i sina enkätsvar om att och hur de arbetar med att knyta läkemedelskommittéerna till övriga delar av regionernas kunskapsstyrningsorganisation (se ovan).

Bibehålla eller upphäva lagen om läkemedelskommittéer

Vi har ovan analyserat förslaget avseende ny lag om vårdkommittéer i relation till befintlig lag om läkemedelskommittéer. I utredningens uppdrag ingår även att analysera konsekvenserna av att avveckla lagkravet om läkemedelskommittéer. Detta bör ses i ljuset av att Kunskapsstödsutredningen inte är ensam om att ha påpekat vikten av att råd om läkemedelsanvändning integreras med rekommendationer om andra behandlingsformer. Frågan lyftes även av Statens

[8] Prop. 1996/97:27 *Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m.m.*

vård- och omsorgsutredning i sitt slutbetänkandet Gör det enklare![9]. Principiellt instämmer vi helt i den bedömningen.

En första notering är att det fanns läkemedelskommittéer redan innan lagen om läkemedelskommittéer trädde i kraft den 1 januari 1997. Dessa läkemedelskommittéer var inrättade på regionernas egna initiativ. Om lagen avvecklas innebär det inte nödvändigtvis att läkemedelskommittéerna skulle avvecklas. Det är bara lagkravet på deras existens som avvecklas. Det skulle stå varje region fritt att avgöra om den vill behålla eller avveckla läkemedelskommittén, vilket också innebär att besluten skulle kunna skilja sig åt regionerna emellan. Vi kan inte sia om sannolikheten att regionerna skulle välja att ha dem kvar eller inte.

Som lokalt verksamhetsnära stöd till en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning bidrar läkemedelskommittéerna till patientsäkerhetsarbetet. Hela läkemedelslagstiftningen är en säkerhetslagstiftning och därmed även en patientsäkerhetsfråga. I dag utgör också lagen i praktiken ett krav på regionerna att organisera åtminstone en viss typ av stöd för lokal kunskapsstyrning. På så sätt stödjer lagstiftningen det gemensamma system för kunskapsstyrning som regionerna håller på att etablera.

Om staten skulle välja att avveckla lagkravet behöver vi beakta att läkemedelskommittéerna kan komma av avvecklas i vissa eller samtliga regioner. En risk vi ser i detta är att det i många aspekter väl fungerande arbete kommittéerna gör i dag skulle gå förlorat. Särskilt den nära anknytningen till verksamheten skulle riskera att upphöra. Det skulle också kunna innebära en risk för större ojämlikheter i läkemedelsanvändningen över landet. Hur stora dessa risker är har vi svårt att bedöma, men vi kan konstatera att de finns. Läkemedelskommittéerna samordnar sig i dag nationellt via Nätverket för Sveriges läkemedelskommittéer (LOK). Om läkemedelskommittéerna inte skulle finnas i alla regioner skulle regionerna få finna andra former att samordna sig på, för att uppnå samma grad av dialog på området som i dag.

En avsaknad av läkemedelskommittéer i en eller flera regioner skulle även kunna ha en påverkan på kostnadsutvecklingen avseende läkemedel såvida motsvarande arbete inte genomförs på annat sätt i regionen. Lagkravet på kommittéerna om att verka för en rationell läkemedelsanvändning tillkom, som vi har noterat, i samband med

[9] SOU 2012:33 *Gör det enklare!*

att kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen överfördes från staten till regionerna. Utan läkemedelskommittéer finns en viss risk att regionerna skulle arbeta mindre systematiskt med att verka för en rationell läkemedelsanvändning. Dock kan noteras att både staten och regionerna har intresse av att tillförsäkra en rationell användning och kostnadskontroll. Staten står i dag för omkring tre fjärdedelar av de offentligt finansierade läkemedelskostnaderna genom finansieringen av de receptförskrivna förmånsläkemedlen. Regionerna ansvarar för finansieringen av rekvisitionsläkemedlen vilket utgör omkring en fjärdedel av de offentligt finansierade läkemedelskostnaderna. Läkemedelsutredningen har föreslagit en förändrad finansieringsprincip där finansieringsansvaret i större utsträckning skulle överföras på regionerna.[10] Om regeringen väljer att gå vidare med detta förslag innebär det att regionerna får större incitament att kontrollera kostnadsutvecklingen jämfört med i dag. Både i nuläget och vid en eventuell förändring kommer dock både staten och regionerna att påverkas av kostnadsutvecklingen och därmed också ha intresse att bevaka densamma.

Sammantaget talar ovan för att lagen om läkemedelskommittéer inte bör avvecklas utan bibehållas.

Signalvärde i relation till innehållsmässig betydelse och kommunal självstyrelse

Namnet läkemedelskommitté signalerar ett smalare perspektiv än det breda och integrerade sätt vi menar att läkemedelskommittéerna behöver arbeta. Detta ser vi som en svaghet då det finns en risk att berörda parter kan tolka in en frånvaro av krav på integrering dels mellan läkemedel och andra behandlingsformer dels mellan läkemedelskommittén och övriga delar av regionens kunskapsstyrningsorganisation. Vår bedömning är dock att namnet i sig inte är ett tillräckligt starkt vägande skäl för att motivera en ny lagstiftning som går in på den kommunala självstyrelsens område utan att innebära någon skillnad avseende sjukvårdshuvudmännens grundläggande skyldigheter. Lagstiftning kan som instrument ge en tydlig signal om vad regeringen förväntar sig av sjukvårdshuvudmännen. Vi menar dock att denna signal kan, och i detta fall bör, förmedlas på annat sätt.

[10] SOU 2018:89 *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*.

13.2 Ett bredare perspektiv på förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå

Vi har så här långt i detta kapitel analyserat förslaget om att ersätta lagen om läkemedelskommittéer med en ny lag om vårdkommittéer. Sammantaget ser vi inte tillräckliga skäl för att skapa en ny lag och vi ser skäl att bibehålla lagen om läkemedelskommittéer.

Vid sidan av själva lagstiftningsförslaget bör fokus dock åter riktas mot kärnan i det behov som förslaget avsåg möta. Som konstaterat i inledningen av detta kapitel var kärnan i förslaget, som utredningen tolkat det, att på lokal nivå skapa en stödfunktion för implementering och förbättringsarbete. Därutöver tolkar vi att förslaget att reglera vårdkommittéerna är ett uttryck för att staten vill försäkra sig om att bästa möjliga kunskap verkligen implementeras och tillämpas i hälso- och sjukvården samt att kunskapsstöd som bl.a. staten bidrar med blir verkningsfulla. Det ska ses mot bakgrund av statens övergripande ansvar för bl.a. en jämlik vård. Det bakomliggande syftet med detta är att verka för ett förstärkt förbättringsarbete, och därmed kvalitetsutveckling, i såväl regioner som kommuner. Vi ser ett alltjämt eftersatt behov av detta.

Vi menar, som tidigare nämnts, att staten utifrån sitt övergripande ansvar för hälso- och sjukvården har ett legitimt intresse av att verka för ett förstärkt förbättringsarbete i regioner och kommuner. Samtidigt behöver ett väl fungerande lokalt implementerings- och förbättringsarbete ses i ett bredare perspektiv än förekomst av lokala stödfunktioner till detta. I det här avsnittet belyser vi därför frågan i ett bredare perspektiv genom ett urval av aspekter som vi menar behöver beaktas inför bedömning av lämpliga statliga insatser på området.

Kompetensförsörjning och omställning mot en nära vård

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. Regioner och kommuner behöver även successivt kunna förändra kompetensstrukturen i ljuset av att nya arbetsuppgifter tillkommer eller utgår. Både regioner och kommuner har utmaningar med kompetensförsörjningen på olika sätt. I utredningens enkäter till regioner och kommuner (se kapitel 10) är det dock kommunerna som särskilt har lyft upp kompetensförsörjningen som en utmanande grundförutsättning för det lokala förbättringsarbetet. Kommunutredningen konstaterar att kommunerna har en generell utmaning med kompetensförsörjning och att denna fråga framstår som den mest svårlösta i ett framtidsperspektiv på grund av arbetskraftsbrist inom så gott som all offentlig verksamhet.[11] Äldreomsorgen är ett av de områden inom vilken kommunutredningen menar att rekryteringsbehoven ser ut att bli störst. Utredningen särskiljer inte vilka kompetenser som kommer behöva rekryteras avseende sociala omsorgsinsatser respektive hälso- och sjukvårdsinsatser för de äldre. Vi vill dock uppmärksamma på att problematiken avseende rekrytering av personal till vård och omsorg om de äldre inkluderar personal som ska utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Kompetensförsörjningen behöver också – särskilt i kommunerna – ses i ljuset av den strukturreform som pågår för att primärvården ska bli den tydliga basen i den svenska hälso- och sjukvården. Målbilden är att en förflyttning ska ske från dagens sjukhuscentrerade system till en hälso- och sjukvård där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Från statens sida har utvecklingen drivits framåt bland annat genom utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, uppdrag till olika myndigheter och genom överenskommelser mellan regeringen och SKR. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har bl.a. föreslagit en ändrad definition av primärvården som tydligt inkluderar den kommunala hälso- och sjukvården. En lagrådsremiss i vilken regeringen bl.a. föreslår en ändrad definition av primärvård överlämnades till Lagrådet den 16 april 2020.[12] I sitt slutbetänkande skriver nämnda utredning också om utbildningsrelaterade utmaningar för god kom-

[11] SOU 2020:8 *Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget.*
[12] Lagrådsremiss. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*. Den 16 april 2020.

petensförsörjning och lägger vissa förslag relaterat till detta, bl.a. att det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården.[13] Huvuddelen av arbetet med omställning måste dock göras i kommuner och regioner för att förändringen ska ske. Flera aktörer som vår egen utredning har talat med vittnar om att utvecklingen under senare år har inneburit ett växande ansvar för kommunerna särskilt i ljuset av att allt mer avancerad sjukvård utförs i patienters hem. Vi ser från utredningens sida att kommunernas förmåga att tillhandahålla kvalitativ, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård kommer att vara en förutsättning för att omställningen mot en mer nära vård ska fungera väl. Det är också helt centralt att regionerna och kommunerna förmår utveckla sin samverkan. Vården måste ges med utgångspunkt i patientens behov vilket inkluderar en hög grad av sömnlöshet i samarbetet mellan de vårdgivare som patienten möter. I 2020 års överenskommelse God och nära vård mellan regeringen och SKR framhålls att omställningen mot en god och nära vård syftar till en hälso- och sjukvård som tillhandahålls sömlöst med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar så att individens hela livssituation kan beaktas.

Hälso- och sjukvårdspersonalens praktiska förutsättningar på arbetsplatsen

Regioner och kommuner har, som vi har konstaterat, ett ansvar för kunskapsstyrning och lokalt förbättringsarbete i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården. Samtidigt har hälso- och sjukvårdspersonalen ett personligt ansvar för att de utför sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Som en ytterlighet riskerar legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal också att få legitimationen återkallad av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) om de skulle missköta sig i sin yrkesroll. Personen förlorar då sin rätt att utöva yrket. Det finns med andra ord både ett arbetsgivar- och ett arbetstagaransvar relaterat till att aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet tillämpas.

Oavsett om det finns någon kommitté som kan ge stöd till lokalt förbättringsarbete eller inte – och oaktat namn på denna – så är det

[13] SOU 2020:19 *God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*.

till syvende och sist i den operativa verksamheten som kunskapen implementeras och förbättringsarbetet sker. 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.

Merparten av de aspekter som enligt forskningen leder till en framgångsrik etablering av förbättringsarbete måste skapas på varje enskild arbetsplats/vårdenhet (se avsnitt 10.3). Den praktiska verkligheten kan problematiseras ur flera perspektiv. Ett perspektiv är sjukvårdshuvudmännens förutsättningar att leva upp till sitt ansvar. Denna typ av förutsättningar kan till exempel röra arbetsmarknadens utbud av legitimerad personal, arbetsgivarens attraktivitet, tillgängliga ekonomiska resurser, behovet av prioriteringar i relation till andra offentliga åtaganden etc. Ett annat perspektiv är hälso- och sjukvårdspersonalens (hädanefter professionernas) förutsättningar att leva upp till sitt lagstadgade ansvar att tillämpa vetenskap och beprövad erfarenhet. Har professionerna praktiska förutsättningar att ta sitt ansvar? Flera personer som vi under utredningens gång har talat med vittnar om att så inte alltid är fallet. Bristande praktiska förutsättningar kan ta sig uttryck på flera olika sätt. Nedan följer några exempel.

Tillgång till kvalitetssäkrade och relevanta kunskapsunderlag

Mot bakgrund av utredningens uppdrag i vårt första direktiv om en nationell digital kunskapstjänst så höll vi i september 2019 en workshop samt enskilda möten med professionsföreträdare från Fysioterapeuterna, Sveriges läkarförbund, Sveriges psykologförbund, Sveriges arbetsterapeuter, Vårdförbundet, Riksföreningen för MAS/MAR samt representanter för kommuner.

Syftet var att diskutera behovet av de funktioner som beskrivits i tidigare förslag om en nationell kunskapstjänst: i) tillgång till kunskapsunderlag ii) möjligheter att hitta kvalitetssäkrade och relevanta kunskapsunderlag, samt iii) tydlighet i vad det är för typ av kunskapsunderlag man hittat. Diskussionerna utgick från olika hälso- och sjukvårdskontext, t.ex. olika professioner, kommunal och regional hälso- och sjukvård samt olika beslutsnivåer. Målet var att ringa

in de eventuella behov som är viktiga att beakta i det fortsatta arbetet med uppdraget.

Den generella bild som beskrevs var att hälso- och sjukvårdspersonal vid större sjukhus i regel har bra tillgång till etablerade databaser, prenumerationer etc. Det kan dock finnas lokala skillnader i prenumerationer, som upplevs otillfredsställande. Det finns inte heller en jämlik tillgång till vårdprogram, kunskapsunderlag från specialistföreningar och dylikt. I motsats till de större sjukhusen, lyfte man generella brister i tillgång för primärvården, mindre sjukhus och privata utförare.

Bristen på tillgång i kommuner lyftes särskilt – där menar man att tillgången till kunskapsunderlag är obefintlig eller åtminstone starkt begränsad. Det man hänvisar till är sidor som 1177 och Vårdhandboken. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) och de medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) som har i uppgift att rekommendera vilka metoder som ska användas, har inte tillgång till kunskapsunderlag att basera dessa rekommendationer på, menar man. För att hitta kunskapsunderlag använder man i regel Google. Detta kräver att den som söker vet vad den letar efter och har den sökkompetens och vetenskapliga förförståelse som krävs för att kunna hitta rätt. En del har detta, andra inte. Ofta söker man sig till några välkända källor.

Det lyftes att oavsett var man arbetar eller vilken kompetens man har är det en tidskrävande uppgift att leta rätt på de kunskapsunderlag man behöver. För att hitta myndigheters kunskapsunderlag måste man leta på de enskilda myndigheternas webbplatser. Det upplevs irrationellt att alla ska lägga tid på att leta upp dokument i stället för att de finns samlade på ett ställe. Även om man har tillgång till kunskapsunderlag kan det vara ett problem om man inte vet vad det är för typ av dokument och hur det ska användas. Som exempel lyftes nationella riktlinjer som man menade ofta användes felaktigt, då man inte förstått att de är ämnade för övergripande prioriteringar och inte för beslut för enskilda patienter.

Det betonades att tillgång till kunskapsunderlag även är viktigt för beslutsfattare på olika nivåer – för att kunna ta beslut om vilka metoder som ska prioriteras och därmed vilken kompetens som ska rekryteras eller vilken kompetensutveckling som behövs.

Tid att hålla sig uppdaterad på aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet

Tid har på olika sätt identifierats som en nyckelfaktor för professionerna för att de ska kunna hålla sig uppdaterade på aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet. Samtidigt råder samsyn om att tid är en i praktiken knapphändig resurs. I utredningens ovan återgivna dialog om tillgång till kvalitetssäkrade och relevanta kunskapsunderlag lyftes bland annat att det är en tidskrävande uppgift att leta rätt på de kunskapsunderlag man behöver. 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. Andra professionsföreningar som 2015 ställde sig bakom en skrivelse i frågan till dåvarande ansvarigt statsråd var Vårdförbundet, Sveriges tandläkarförbund, Sveriges farmaceuter, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska barnmorskeförbundet.[14] Frågan aktualiserades i samband med att yrkeskvalifikationsdirektivet (YKD)[15] reviderades 2013. I detta står bl.a. att det genom fortbildning, enligt varje medlemsstats specifika förfaranden, ska säkerställas att de som har avslutat sina studier kan hålla sig à jour med utvecklingen inom yrket i den mån som är nödvändig för att yrkesinsatserna skall bibehållas på säker och effektiv nivå.[16] Den utredning som 2014 i sitt betänkande Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande[17] lämnade förslag på hur den moderniserade versionen av YKD skulle implementeras i svensk lagstiftning föreslog att Socialstyrelsen skulle ges bemyndigande att reglera fortbildningen, bl.a. för specialistläkare, i föreskrift. Regeringen valde att inte gå på utredningens linje.

[14] Socialdepartementet. Dnr S2015/01433/FS.
[15] Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer (YKD).
[16] Artikel 22 b YKD.
[17] SOU 2014:19 *Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande.*

I propositionen om genomförande av direktivet gjorde regeringen bedömningen att det, med hänvisning till bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete[18] inte var nödvändigt eller lämpligt med ytterligare och mer detaljerad reglering av krav på fortbildning.[19] Regeringen gjorde även bedömningen att hälso- och sjukvårdspersonal redan i dag har möjlighet till fortbildning i den omfattning som krävs för att de ska hålla sig à jour med utvecklingen inom sitt yrke. Bedömningen har ifrågasatts, bl.a. av Sveriges läkarförbund som menar att bedömningen saknar verklighetsförankring. Läkarförbundet framför bl.a. att deras Fortbildningsenkät 2018[20] visar att antalet dagar för läkares fortbildning har minskat med trettio procent under en 10-årsperiod och nu närmar sig nivåer då man inte längre kan garantera att patienter får träffa läkare som är uppdaterade på de senaste behandlingsmetoderna. Deras slutsats är att dagens reglering i hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens ledningsförskrift är otillräcklig för att tillse att arbetsgivarna tar sitt ansvar för läkares fortbildning. Flera professionsföreningar, bl.a. Vårdförbundet och Fysioterapeuterna, delar problembilden och påtalar att den gäller flera professioner inom hälso- och sjukvården.

Vi vill från utredningens sida 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.

Organisatoriskt stöd och ledningens betydelse

Organisatoriska aspekter kan ha en avgörande betydelse för om och hur ett lokalt förbättringsarbete kan etableras och vidmakthållas över tid (se avsnitt 10.3). Bland dessa aspekter kan nämnas betydelsen av att förbättringsarbetet organiseras som en integrerad del av arbetsprocesserna. Det handlar också om att etablera en organi-

[18] SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.
[19] Prop. 2015/16:44 *Genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet*.
[20] Svenska läkarförbundet *Fortbildningsenkät 2018*. 2019.

sationskultur som stödjer ett kontinuerligt och systematiskt förbättringsarbete samt att det finns explicita målsättningar och resurser som möjliggör ett uthålligt fokus på frågor som rör kontinuerlig uppföljning och förbättring i det dagliga arbetet. En generellt viktig förutsättning för ett väl fungerande förbättringsarbete är ledningens engagemang, kompetens, förståelse för arbetet och stöd i detta. Det gäller ledningsstrukturer i både operativa verksamheter och administrativa strukturer relaterade till denna.

I ledningsstrukturen för hälso- och sjukvård i regionerna respektive kommunerna finns en viktig skillnad att notera. I varje region finns en hälso- och sjukvårdsförvaltning som leds av en hälso- och sjukvårdsdirektör. Detta är också en återspegling av omfattningen av hälso- och sjukvårdsuppdraget i regionerna. Omkring 90 procent av regionernas kostnader avser hälso- och sjukvård (se avsnitt 4.5). Hälso- och sjukvårdsdirektörerna har ett väl utvecklat samarbete på nationell nivå samordnat av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Den kommunala hälso- och sjukvården är i regel organisatoriskt inrättad som del av kommunens socialförvaltning med socialchef eller liknade som högsta tjänsteman. Utredningen kan se att detta förefaller naturligt från kommunens perspektiv i ljuset av den nära verksamhetsmässiga kopplingen till den sociala omsorgen samt omfattningen på kommunens ansvar för social omsorg. Dock innebär det också att den kommunala hälso- och sjukvården i praktiken i flera fall och i flera forum företräds av socialchefer som inte har hälso- och sjukvårdskompetens som sin primära kompetens. Det förekommer dock olika organisatoriska varianter. En notering från vår sida är att det saknas en tung chefsposition i den kommunala tjänstemannaorganisationen – motsvarande regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer – som ansvarar för de kommunala hälso- och sjukvårdsfrågorna. Även företrädare för kommunerna har lyft denna fråga till utredningen.[21] En kommun uttryckte det som att kommunerna som vårdgivare behöver inse att hälso- och sjukvård i kommunen är ett stort och viktigt ansvarsområde och att kommunledningar därför i dag bör inneha hälso- och sjukvårdskompetens på högsta ledningsnivå. Med detta sagt kan kommunerna självklart finna andra sätt att organisera sina ledningsgrupper så att denna kompetens inkluderas i dessa. En potentiell risk vi ser i de fall hälso-

[21] Se kapitel 10 för mer information om de enkäter utredningen ställt till ett antal kommuner.

och sjukvårdskompetensen i ledningen är otillräcklig är att komplexa frågor i den kommunala hälso- och sjukvården inte får det utrymme, den analys och den förståelse som skulle behövas för att kommunen ska kunna arbeta strategiskt med sitt hälso- och sjukvårdsansvar. I de fall företrädare med otillräcklig hälso- och sjukvårdskompetens företräder den kommunala hälso- och sjukvården i olika ledningsforum etc. finns också risk att beslutsunderlag i hälso- och sjukvårdsrelaterade frågor inte blir optimala.

Flera aktörer som utredningen har fört dialog med framför att funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) är en av de viktigaste funktionerna inom kommunerna för ett starkt lokalt förbättringsarbete. Samtidigt vittnar flera av de personer utredningen talat med om att de personer som i dag har MAS-funktionen ofta upplever ett bristfälligt stöd inom sin organisation. Uppdraget blir i dessa fall svårt att utföra på ett optimalt sätt. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en MAS. Denna funktion, medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), finns våren 2020 enligt uppgift från Fysioterapeuterna i omkring 80 av landets kommuner. Utredningen erfar att MAR-funktionen ofta upplever samma typ av utmaning med bristfälligt stöd inom sin organisation. Vanliga yrkesgrupper inom den kommunala hälso- och sjukvården är som tidigare nämnt sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, undersköterskor och vårdbiträden. I praktiken har företrädare för den kommunala hälso- och sjukvården sällan en stark ställning i relation till andra yrkesgrupper inom kommunen.

Utredningens sammanfattande kommentar

Vi kan från utredningens sida konstatera att ett väl fungerande lokalt förbättringsarbete förutsätter att både sjukvårdshuvudmännen och professionerna har praktiska förutsättningar att utföra det. 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. Det innebär också risk att patienten får en mindre effektiv behandling än vad denna kunde ha fått. Mindre effektiva behandlande eller preventiva insatser kan både innebära onödigt lidande eller ett förkortat liv för patienten och onödiga kostnader för samhället i form av t.ex. fler vårdmöten, längre sjukskrivningar och ett minskat förtroende för grundläggande samhällsfunktioner. 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. Sannolikt krävs insatser från flera håll. Både individen, staten och vårdgivarna/sjukvårdshuvudmännen behöver samverka för att åstadkomma resultat.

Särskilt om förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå i kommunerna

Lagen om läkemedelskommittéer riktar sig till regionerna. Den ställer inte några krav på kommunerna och den ställer inte heller några uttryckliga krav på regionerna att samverka med kommunerna inom kommittéernas ansvarsområde. I de reglementen som regionerna fastställer för sina läkemedelskommittéer kan utläsas att några regioner har valt att inkludera representanter från den kommunala hälso-

och sjukvården i läkemedelskommittén. Representanten är i flera fall en MAS. I andra reglementen finns inte någon sådan representation återspeglad.

I Kunskapsstödsutredningens förslag om att inrätta vårdkommittéer gjorde utredningen bedömningen att en huvudsaklig del av kunskapsstödet till kommunerna bör ske via vårdkommittérna. Kommunernas roll var en dimension som kommenterades på olika sätt av remissinstanserna. Det lyftes särskilt att kommunen har eget ansvar för sin kunskapsstyrning i sin roll som huvudman och att fokus bör ligga på att stärka kommunen i den rollen.

Särskilda förutsättningar i kommunal hälso- och sjukvård

Den kommunala hälso- och sjukvården präglas av andra förutsättningar än den hälso- och sjukvård som regionerna är huvudman för. En skillnad är kommunernas olika storlek och befolkningssammansättning, en annan att det kommunala ansvaret för hälso- och sjukvård inte är identiskt över landet då avtalen regioner och kommuner emellan uppvisar vissa variationer. Särpräglande för den kommunala hälso- och sjukvården är också att den främst tillhandahålls i individers hem (privat hem eller boende). En stor andel av de individer som får insatser från den kommunala hälso- och sjukvården får också insatser från den sociala omsorgen. Av Socialstyrelsens rapport Öppna jämförelser 2018 – Vård och omsorg om äldre framgår det t.ex. att 71 procent av de äldre personer som fick kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser också hade socialtjänstinsatser i ordinärt boende.[22] Det gör att den personal som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter ofta arbetar ensam hemma hos patienten och som regel utför både sociala omsorgsinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser. En stor andel av de personer som får insatser från den kommunala hälso- och sjukvården är personer med flera diagnoser eller komplex problematik, såsom multisjuka äldre. Karaktären på hälso- och sjukvårdsinsatserna gör också att kompetensprofilen på kommunal vårdpersonal delvis skiljer sig från den i regionerna. Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård upp till läkarnivå och anställer därför personalkategorier som sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, fysioterapeuter, arbetsterapeuter etc. Organisatoriskt är den

[22] Socialstyrelsen *Öppna jämförelser 2018 – Vård och omsorg om äldre*. 2019.

kommunala hälso- och sjukvården i regel del av kommunens socialförvaltning med en socialchef eller liknade som högsta tjänsteman. Som noterats ovan har kommunerna också en särskild utmaning i att klara den grundläggande kompetensförsörjningen.

Hela kunskapsstyrningen i den kommunala hälso- och sjukvården, inklusive det lokala förbättringsarbetet, präglas av denna kontext.

Kommunernas kunskapsstyrning utvecklas successivt

Varje kommun och region har ett ansvar att bedriva kunskapsstyrning, i och med skyldigheten att tillförsäkra tillämpning av vetenskap och beprövad erfarenhet, systematiskt kvalitetsarbete etc. i hälso- och sjukvården. (Se vidare kapitel 7 och 8 om regionernas respektive kommunernas arbete med kunskapsstyrning.) I ljuset av detta instämmer vi med de remissinstanser på Kunskapsstödsutredningens betänkande som har givit uttryck för att kommunen har ett eget ansvar för sin kunskapsstyrning och att fokus bör ligga på att stärka kommunen i den rollen. Vi menar vidare att stödet till det lokala förbättringsarbetet är, och måste vara, en integrerad del av den lokala kunskapsstyrningen, både i regioner och kommuner. Samarbetet mellan regioner och kommuner i detta är också helt centralt.

Trots komplexiteten i förutsättningarna för kunskapsstyrning i kommunerna kan en tydlig utveckling noteras under de senaste åren. Kommunal hälso- och sjukvård har successivt kommit högre upp på dagordningen i de nationella forum där dialog förs om kunskapsstyrning. Kommunernas samarbete med varandra, med regionerna och med staten har också utvecklats. De regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) är *ett* exempel på lokal kunskapsstyrning i kommunerna, inklusive stöd till lokalt förbättringsarbete, som har byggts upp i ett samarbete mellan flera aktörer. RSS byggdes upp på basis av överenskommelser mellan regeringen och SKR, inkluderande statlig finansiering, under perioden 2010–2016. Efter uppbyggnadsfasen ansvarar kommunerna själva för finansieringen. Det kommunala ansvaret och den lokala anpassningen gör också att RSS uppbyggnad och funktion i dag varierar över landet. Enligt regeringens och SKR:s överenskommelse för 2016 skulle SKR, Socialstyrelsen och RSS i samverkan med andra centrala aktörer ta fram en modell för att säkerställa långsiktig samverkan mellan olika aktörer

på olika samhällsnivåer. Gemensamt föreslog parterna ett arbete i form av ett Partnerskap – Partnerskapet för samverkan mellan nationell nivå och de regionala samverkans- och stödstrukturerna till stöd för kunskapsstyrning i socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård. I dag samverkar staten aktivt med RSS genom Socialstyrelsens roll i partnerskapet. Se vidare kapitel 8. Ur perspektivet kunskapsstyrning i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård torde RSS i dag vara den mest utvecklade samverkansstrukturen mellan kommuner samt mellan kommuner och regioner på länsnivå. RSS samverkar även i ett nationellt nätverk. Enligt de personer utredningen talat med utgör samverkansstrukturen en väsentlig del av kommunernas lokala kunskapsstyrning. Samtidigt framförs att RSS behöver fortsätta förvaltas och utvecklas. I dialogen har bl.a. framförts att förstärkt hälso- och sjukvårdskompetens kunde stärka samverkansstrukturen ytterligare.

Som framgår av kapitel 7 och 8 medverkar kommunerna också i allt större omfattning i arbetet inom regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning. Kommunerna deltar där i nationella programområden för psykisk hälsa, barn och ungas hälsa, äldres hälsa, levnadsvanor, rehabilitering och habilitering samt i primärvårdsrådet. Eftersom regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning arbetar både nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt i bemärkelsen på regionnivå, innebär kommunernas involvering att det också finns eller utvecklas ett samarbete mellan regioner och kommuner lokalt. Svaren på utredningens enkät återspeglar också detta, om än i andra ordalag. I svaren beskrivs ett antal samarbeten, dessa företrädelsevis inom ovan nämnda områden.

Kommunernas delaktighet i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning fortsätter att utvecklas successivt. Det utvecklas också parallellt med att kommunerna fortsätter utveckla sitt eget kunskapsstyrningsarbete. För att bästa möjliga kunskap ska kunna användas i varje patientmöte måste samarbetet mellan kommunens verksamheter – särskilt hälso- och sjukvård och socialtjänst – likväl som samarbetet mellan kommuner och regioner fungera. Det kräver också ett väl fungerande samarbete med de statliga myndigheterna på området.

Hälso- och sjukvårdskompetenser som behövs i alla kommuner

Lagstiftningen föreskriver att funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska finnas i alla kommuner medan funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) är frivillig. Det har framförts till vår utredning att det borde läggas ett förslag på rättslig reglering som innebär en obligatorisk skyldighet för kommunerna att ha en MAR på motsvarande sätt som kommunernas skyldighet att ha en MAS. Vi har i utredningen tittat på frågan utifrån frågeställningen om detta vore ett effektivt sätt att stärka det lokala förbättringsarbetet. Som argument för en rättslig reglering har professionsföreningen Fysioterapeuterna bl.a. pekat på att tillgången till rehabilitering inom den kommunala äldreomsorgen varierar stort över landet trots att alla har lika rätt till vård och behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen och att det är angeläget att lagstifta om MAR inom kommunal verksamhet för att öka tillgången till evidensbaserad rehabilitering.[23] MAR-nätverket har i dialog med utredningen även framfört att det finns större möjligheter att säkerställa de hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande insatserna i en verksamhet om också MAR, inte enbart MAS, finns i verksamheten. I dialogen framhölls även bl.a. sambandet mellan tidiga förebyggande och rehabiliterande insatser till sköra personer, exempelvis äldre, och behovet av sociala omsorgsinsatser. Det framfördes att det finns stora vinster i detta både från individens perspektiv då denne längre eller i större utsträckning klarar att leva ett självständigt liv och från ett samhällsekonomiskt perspektiv då kostnaderna för social omsorg kan minska.

Från utredningens perspektiv uppfattar vi att kärnan i det som framförs i dialogen är behovet av att rehabiliterande kompetens finns i alla kommuner och att personal med den kompetensen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Vi delar den bedömningen. Som vi ser det kan detta åstadkommas på olika sätt och frågan har flera olika dimensioner. Vissa åtgärder kan krävas för att tillförsäkra att personal med rätt kompetens finns i organisationen. Andra åtgärder krävs för att tillförsäkra att denna personal har goda förutsätt-

[23] *Ättestupa eller folkhälsomål – Ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering*, framtaget av Sektionen för Äldres hälsa inom Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR), samt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) och deras Äldreutskott. www.fysioterapeuterna.se/globalassets/_distrikt/sormland/attestupa_eller_folkhalsomal_111018.pdf.(hämtad 20.03.20).

ningar att utföra sitt arbete. Frågan om hälso- och sjukvårdspersonalens praktiska förutsättningar att utöva sitt arbete omfattar, som vi belyst i ovan, en komplex problematik.

Från utredningens sida har vi, med utgångspunkt i vårt direktiv, i första hand fokus på strukturella åtgärder för att stärka vårdens förbättringsarbete. Vi bedömer det som möjligt att en obligatorisk MAR-funktion skulle kunna bidra till ett stärkt implementerings- och förbättringsarbete i kommunerna. Samtidigt menar vi att frågan om en sådan eventuell reglering bör belysas ur ett bredare perspektiv. Den behöver också analyseras på djupet. Vi menar vidare att det finns fler sätt att verka för en förstärkt rehabiliterande kompetens i det lokala implementerings- och förbättringsarbetet. I ljuset av vårt direktiv väljer vi att i vår utredning inte analysera en eventuell MAR-reglering på djupet. Detta gör vi utifrån två skäl. Den första är att en sådan eventuell reglering berör många fler aspekter av hälso- och sjukvården än det lokala implementerings- och förbättringsarbetet. Den andra är att vi bedömer att det finns andra åtgärder som skulle ha större strukturell effekt på just ett sådant arbete. Bland annat pågår ett arbete på Socialstyrelsen som relaterat till detta. I Socialstyrelsens åtgärdsplan för kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, utarbetad i samarbete med RSS och SKR, pågår ett insatsområde som heter Stöd för kunskapsbaserad omvårdnad, prevention, rehabilitering och habilitering m.m. Arbetet inkluderar flera delar. Bland annat kommer ett kunskapsstöd om rehabilitering tas fram under 2020 och Socialstyrelsen avser pröva förutsättningarna för att genomföra en hälsoekonomisk analys avseende den samhällsekonomiska nyttan av att satsa på rehabilitering.[24]

Vi ser också att det finns ytterligare kompetenser som kan behöva stärkas inom det lokala implementerings- och förbättringsarbetet i kommunerna, såsom medicinsk kompetens samt kunskap om förbättringsarbete. De strukturer som vi bedömer allra mest centrala som stöd till lokalt implementerings- och förbättringsarbete är väl fungerande kunskapsstyrning i kommunerna och en väl utvecklad samverkan mellan kommuner och regioner i dessa frågor. I detta arbete kan och bör samtliga hälso- och sjukvårdskompetenser mötas. Som noterat ovan torde RSS i dag vara den mest utvecklade samverkansstrukturen, avseende kunskapsstyrning i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, mellan kommuner samt mellan kommuner och

[24] Socialstyrelsen. *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – delredovisning*. 2020.

regioner på länsnivå. Vi uppfattar att RSS-strukturen är olika uppbyggd och fungerar olika väl i olika delar av landet. Generellt är fokuset i RSS på kunskapsstyrning inom socialtjänsten snarare än på kommunal hälso- och sjukvård. Med detta fokus följer också att hälso- och sjukvårdskompetensen inom RSS-stukturen generellt sett inte är lika väl utbyggd som kompetensen avseende social omsorg. Vi menar att det är angeläget att hälso- och sjukvårdsfokus och hälso- och sjukvårdskompetens stärks inom RSS-strukturen. Den förstärkningen kan behöva omfatta flera olika professionsgrupper, anpassat till situationen i olika kommuner och län. Det är samtidigt viktigt att ett förstärkt fokus utgår från en syn som integrerar insatser från den kommunala hälso- och sjukvården med insatser från socialtjänsten. Detta innebär också att man behöver se och beakta behovet av ett väl utvecklat samarbete med regionerna. Detta samarbete är inte minst viktigt för att tillförsäkra att även medicinsk kompetens finns tillgänglig för den kommunala hälso- och sjukvården. För att tillförsäkra tillräcklig medicinsk kompetens i alla kommuner behövs både adekvata förutsättningar för MAS-funktionen och ett väl utvecklat samarbete med läkare i regionen. Vi menar att tillgång till bred hälso- och sjukvårdskompetens – inkluderande medicinsk, rehabiliterande och omvårdande – behövs i alla kommuner. Genom en förstärkning av RSS-strukturen som sådan och en förstärkning av hälso- och sjukvårdskompetensen i denna kan det lokala implementerings- och förbättringsarbetet stärkas på ett både strukturellt och innehållsmässigt plan.

Samverkan mellan regioner och kommuner centralt – särskilt i ljuset av omställningen mot en nära vård

En väl fungerande samverkan mellan regioner och kommuner som sjukvårdshuvudmän är angeläget av flera skäl, inte minst för att kunna åstadkomma en personcentrerad vård av god kvalitet. Frågan har lyfts i flera olika sammanhang och vi vill understryka vikten av denna samverkan även från vår utrednings perspektiv. Vi vill i sammanhanget särskilt betona att samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen måste inkludera en gemensam kunskapsuppbyggnad, adekvat kunskapsöverföring samt gemensamma lärmiljöer. Regioner och kommuner måste samverka för en ändamålsenlig kunskapsstyrning som utgår från en personcentrerad vård och omsorg av god kvalitet.

Samverkan måste bygga på tillit, ömsesidigt ansvar och lärande över huvudmanna- och professionsgränser. Vi vill understryka att fokus i denna samverkan måste läggas på det gemensamma, inte på gränsdragningen mellan huvudmännen. Samverkan relaterat till kunskap är särskilt central i ljuset av omställningen mot en mer nära vård.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har våren 2020 lämnat förslag på området i betänkandet God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem[25]. Nämnda utredning har bland annat haft i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas, hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut samt att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras. Utredningen påtalar att hälso- och sjukvården är ett delat ansvar mellan regioner och kommuner och att detta innebär att det också är ett delat ansvar att beskriva och bygga ihop hälso- och sjukvårdssystemet på ett tydligt sätt för både patienter och medarbetare. De lyfter att det är ett viktigt arbete där nära samverkan krävs för att skapa förutsättningar för goda arbetsmiljöer för hälso- och sjukvårdens medarbetare och ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem för invånare, liksom för patienter och närstående. Utredningen lämnar bland annat förslag om att stärka samverkan mellan huvudmännen, detta utifrån kommunernas ökade åtagande som huvudman för hälso- och sjukvård sedan gällande rätt utformades. För att tydliggöra kraven på samverkan föreslår utredningen att regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården förtydligas i lagstiftningen. En annan relaterad slutsats de drar är att det behövs en stärkt samverkan på primärvårdsnivå, detta för att säkerställa att patienten får en sammanhängande hälso- och sjukvård oavsett huvudman. Därför föreslår utredningen en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som ålägger kommuner och regioner att upprätta en gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet. Nära relaterat till ovanstående är också ett förslag om att det ska lagregleras att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att en god vård ska kunna ges. Syftet med

[25]SOU 2020:19 *God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*.

det sistnämnda är enligt utredningen att tydliggöra kraven på ett hälso- och sjukvårdssystem som hänger ihop, även på utförarnivå. Detta genom att i hälso- och sjukvårdslagen förtydliga att god vård kräver förutsättningar för samverkan, på samma sätt som att den kräver den personal, de lokaler och den utrustning som behövs. Ovanstående är ett urval av utredningens förslag och bedömningar.[26]

13.3 Statliga insatser för att stärka lokala förutsättningar

I det ovanstående har vi dels belyst förslaget om vårdkommittéer som ett potentiellt instrument att stärka det lokala implementerings- och förbättringsarbetet, dels belyst ett bredare perspektiv, och en bredare problembild, avseende förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå. Vi menar att staten behöver se på förslaget om vårdkommittéer med beaktande av den bredare problembilden. Staten bör fråga sig vilka statliga insatser som skulle kunna ge märkbara positiva effekter på de lokala förutsättningarna för att arbeta kunskapsbaserat, i relation till vilka insatser som skulle kunna ha en mer begränsad effekt. Den potentiella effekten bör vidare ställas i relation till statens ansvar för hälso- och sjukvården och insatsens eventuella påverkan på den kommunala självstyrelsen.

Som vi har konstaterat är vår konklusion att vi sammantaget inte ser tillräckliga skäl för att skapa en ny lag om vårdkommittéer, men att staten alltjämt har ett legitimt intresse av att verka för det bakomliggande syftet med förslaget om vårdkommittéer. Syftet är att stärka förutsättningarna att arbeta kunskapsbaserat i såväl regioner som kommuner, så att bästa möjliga kunskap verkligen implementeras och tillämpas i hälso- och sjukvården.

Staten vidtar redan i dag flera åtgärder relaterade till den bredare problembilden. Etiketten på arbetet är sällan stöd till implementering, förbättringsarbete eller kunskapsstyrning. Syftet med arbetet är dock detsamma, dvs. att bidra till kompetens och kvalitet i verksamheterna. Bland annat har Socialstyrelsen helt nyligen, på uppdrag av regeringen, inrättat ett nationellt vårdkompetensråd. Rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och vården. Uppdraget

[26] SOU 2020:19 *God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*.

inriktas i dag på de professioner eller kompetenser som kräver högskoleutbildning. Socialstyrelsen har dock också i uppdrag att till 2021 analysera och föreslå hur rådet på sikt ska kunna omfatta fler professioner och kompetenser som t.ex. undersköterska och specialistundersköterska.[27] Regeringen har också nyligen tillsatt en Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre[28]. Vidare har regeringen ingått flera överenskommelser med SKR som i praktiken syftar till att upprätthålla och utveckla kvalitet i verksamheterna. En sådan överenskommelse är God och nära vård 2020. I denna ingår bland annat utvecklingsområdet Goda förutsättningar för vårdens medarbetare, inom vilket också avsätts särskilda medel till kommunerna som fördelas via RSS. I överenskommelsen utvecklas bland annat att en central förutsättning för omställningen till en nära vård är en ändamålsenlig kompetensförsörjning. Medarbetarnas kompetens är viktig för att bedriva och utveckla en vård av hög kvalitet. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedriver tillsyn av hälso- och sjukvårdens verksamheter utifrån gällande regelverk, bl.a. avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Flera myndigheter arbetar också löpande med kunskapsstyrning i samarbete med regioner och kommuner. Dessa är bara några exempel på statligt agerande.

Vi inkluderade i utredningens enkät till regioner och kommuner en fråga om hur de anser att staten bör stödja kunskapsgenerering, implementering och kontinuerligt lärande. Svaren återges i kapitel 10. Regionernas svar handlar bl.a. om att staten bör iklä sig en samordnande roll, att staten kan utveckla och tillgängliggöra kunskapsunderlag om implementering och förbättringsarbete samt att staten behöver arbeta med uppföljning. Några av de regioner som lyfter vikten av uppföljning tar sin utgångspunkt i statens behov av information för att följa läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården, andra tar sin utgångspunkt i statens möjlighet att stödja förbättrade förutsättningar för huvudmän, vårdgivare och profession att arbeta med uppföljning inom ramen för det lokala förbättringsarbetet. Vidare efterfrågas arenor för dialoger mellan politik, beslutsfattare och professioner. Utredningen tolkar detta som ett uttryck för ett upplevt behov av att aktörer på olika nivåer och med olika uppdrag i hälso-

[27] Socialdepartementet. *Inrättande av ett nationellt vårdkompetensråd.* Dnr S2019/03995/FS (delvis).
[28] S2019:04 *Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre*.

och sjukvårdssystemet samtalar mer med varandra om läget och utvecklingen i detta. Kommunerna uttrycker sig i sina svar generellt sett positivt till stöd från staten i att ta fram kunskapsstöd, bl.a. nationella riktlinjer. Det finns dock en uttryckt önskan om att staten i högre utsträckning ska utforma kunskapsstöd med utgångspunkt i, eller särskilt anpassade till, kommunernas behov. Kommunerna uttrycker sig även positivt om att staten skulle ta en mer aktivt stödjande roll i relation till det lokala förbättringsarbetet. Förslag på hur detta kan göras handlar i mångt och mycket om att tillhandahålla någon typ av metodstöd för implementering och förbättringsarbete. I frågor avseende mer strukturella förutsättningar lyfte kommunerna bl.a. vikten av att eventuella stimulansbidrag avseende hälso- och sjukvård tilldelas både kommuner och regioner, så att kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag speglas i tilldelningen av statliga resurser. Bättre samverkan mellan statliga myndigheter liksom starkare incitament för samverkan mellan kommuner och regioner var ytterligare utvecklingsområden som nämndes.

Mycket av de stöd som regioner och kommuner efterfrågat i enkätsvaren är uppgifter som staten i någon utsträckning redan arbetar med. Statens roll i tillämpning/förbättringsarbete handlar i mångt och mycket om att bidra till så goda förutsättningar som möjligt. Samtidigt är arbetet en stegvis process och kräver kontinuerliga prioriteringar avseende vilken statlig insats som gör mest nytta.

14 Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

- Utredningen ser den nationella uppföljningen och vårdens förbättringsarbete (som innebär tillämpning och förutsättningar för tillämpning) som viktiga delar av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (se avsnitt 2.6).
- För att systemet som helhet ska arbeta mot målen i hälso- och sjukvården på ett effektivt sätt är det viktigt att
  1. aktörerna i systemet ser sig som delar av ett gemensamt system och har förståelse för vad målen innebär för ansvar, roller och verksamheter,
  2. det finns strukturer för hur frågor och behov ska prioriteras gemensamt i systemet för att nå målen,
  3. resurser och kompetens användas på ett klokt sätt i systemet.
- Ledarskapet på alla nivåer är centralt för att få aktörerna att arbeta mot samma mål på ett effektivt sätt med de prioriteringar och arbetssätt som krävs. Ledarskapet och ledarens roll som kulturbärare är viktig för det man vill uppnå. Utredningen har ett särskilt fokus på staten och ser där ett behov av att myndighetsstyrningen stödjer ett nationellt sammanhållet system.

Som tidigare konstaterats ser utredningen den nationella uppföljningen och vårdens förbättringsarbete (som innebär tillämpning och förutsättningar för tillämpning) som viktiga delar av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (se avsnitt 2.6). För

att de insatser som initieras baserat på den nationella uppföljningen ska få bästa möjliga effekt och vårdens förbättringsarbete ska kunna utvecklas – utredningens båda huvuduppdrag – behöver systemet som helhet fungera. Med ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård avser utredningen att hälso- och sjukvårdssystemets olika delar gemensamt verkar för att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård på alla nivåer. Systemet är ett verktyg för att i högre grad nå målen med hälso- och sjukvården och därigenom öka värdet för patienter. Utredningens bedömning är att om man i större utsträckning skulle driva en utveckling att verka mer tillsammans som ett system skulle värdet för patienter öka och resurser frigöras. Om alla aktörer väljer att se sig som delar av ett nationellt system för kunskapsbaserad vård kan man säga att ett sådant redan finns. I nästa steg handlar det om hur aktörerna ska utveckla sina verksamheter så att systemet blir sammanhållet.

Som beskrivs i avsnitt 12.3 är det centralt att beakta att lösningen på ett identifierat problem kan ligga i olika delar av systemet. Om man t.ex. ska analysera vilka statliga insatser som bör vidtas i ljuset av den nationella uppföljningen och analysen av denna, så bör de möjliga alternativen identifieras och värderas utifrån hela det sammanhållna systemet för kunskapsbaserad vård. Exempelvis kan man i ett fall behöva stärka förutsättningarna för att vården ska kunna tillämpa tillgänglig kunskap och professionerna arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet och i ett annat fall kan det vara ny kunskap som behöver tas fram (se figur 14.1).

I detta kapitel belyser vi några grundläggande faktorer som utredningen anser behövs för att systemet ska bli sammanhållet och därmed också stärka de förslag som utredningen lägger avseende nationell uppföljning och vårdens förbättringsarbete.

14.1 Att arbeta tillsammans mot en gemensam målbild

I kapitel 5, 7 och 8 presenteras statens, regionernas och kommunernas arbete med kunskapsstyrning. Det sker ett visst samarbete mellan aktörerna i dag, men vi ser att det arbete som görs kan förstärkas ytterligare om det på ett tydligt sätt blir en integrerad del i ett för alla aktörer gemensamt system för kunskapsbaserad vård. I ett optimalt fungerande system planeras och genomförs arbetet

med beaktande av och i samverkan med de andra aktörerna. I detta avsnitt vill vi kort belysa vad det kan innebära avseende målbild, prioriteringar av frågor samt användning av resurser och kompetens.

14.1.1 Målbild

Centralt med gemensam syn på vad målbilden är, vad den innebär samt vad som krävs för att kunna arbeta mot den

De lagstadgade målen med hälso- och sjukvården (se kapitel 2) har i olika sammanhang utvecklats i en rad mål och visioner (se box 14.1). Exemplen visar att man lägger lite olika fokus, men i stort adresserar de olika aspekter av vårdens kvalitet, jämlikhet och effektivitet. Grunden i målbilden bör vara det som patienter värdesätter, dvs. vad som är viktigt avseende varje patients hälsa och vård. Även för de mer övergripande bedömningarna av jämlikhet och effektivitet i vården bör värdet för patienter vara utgångspunkten. Dessa värderingar kan skilja sig mellan grupper av patienter med exempelvis olika diagnoser, olika åldrar eller socioekonomi.

Kunskapen om olika patientgruppers värderingar är således grundläggande, exempelvis vid beslut om vad som bör följas upp, eller vilken ny kunskap som behöver utvecklas. Men det handlar om att tillämpa relevant kunskap om patientvärderingar avseende den specifika frågan man arbetar med. Denna kunskap kan man t.ex. få genom forskning kring patientvärderingar eller patientmedverkan. Att lyssna på patientgrupper är därmed viktigt, men behöver inte betyda att de med starkast röst är dem som är mest relevanta att lyssna till eller att man kan bortse från patientgrupper som inte kan göra sig hörda på egen hand.

Förutom tydlighet och kunskap om vad målbilden är, och kanske mer centralt än de enskilda målbeskrivningarna, är att ha en gemensam syn på vad man lägger in i olika begrepp. Exempelvis kan nämnas begreppet jämlik vård som ofta lyfts och betonas, men som sällan ges en närmare beskrivning. Beroende på om man lägger tyngdvikten på geografisk jämlikhet (jämlikt över landet), jämlikhet mellan befolkningsgrupper (jämlikt mellan kön, ålder, socioekonomi etc.) eller behovsbaserad jämlikhet (de med störst behov ska prioriteras), påverkas vilka frågor och behov som man lyfter i systemet samt hur man arbetar med dem.

Box 14.1 De lagstadgade målen i HSL och exempel på visioner

- 3 kap. 1 § HSL: Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.
- Regionernas vision: Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa – tillsammans gör vi varandra framgångsrika.
- Vision för nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024: God och säker vård – överallt och alltid.
- Vision eHälsa: År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet.
- Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken i budgetpropositionen 2020: Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig.

14.1.2 Prioriteringar av frågor

Helhetsgrepp behövs avseende prioriteringar av frågor utifrån målen

Det finns inte möjlighet att hantera alla frågor eller behov som identifieras genom den nationella uppföljningen eller av olika aktörer såsom patienter och brukare, professioner, kommuner, regioner eller myndigheter. Därför sker av nödvändighet en prioritering av dessa och således en nedprioritering av andra. För att systemet ska bli ändamålsenligt är det centralt att de prioriteringsprocesser som används är transparenta, systematiska och utformade utifrån de gemensamma målen. Prioriteringsprocesser utarbetas i dag på flera olika håll bl.a. inom regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning, på enskilda myndigheter och i samverkansforum såsom Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjuk-

vård. Varje prioritering i sig kan vara ändamålsenlig i det smala perspektivet (t.ex. en myndighets prioritering av vilken fråga som ska adresseras i en viss typ av rapport), men det är centralt att systemet som helhet adresserar det som är viktigast för att nå målen och att viktiga frågor inte faller mellan stolarna. Exempelvis kan sägas att regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning fångar många specifika diagnosområden, vilket kan vara ändamålsenligt ur vissa avseenden, men samtidigt finns det risk att viktiga frågor som rör andra patientgrupper eller hälsorelaterade behov missas. Att se ett nationellt sammanhållet system som en helhet kan också vara ett sätt att se hur olika prioriteringsprocesser kan komplettera varandra. Exempelvis skulle staten kunna säkerställa att de frågor som inte tas omhand inom ramen för regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning fångas upp. Det kan t.ex. vara vissa frågor som inte är diagnosspecifika. Ett helhetsgrepp om prioriteringar av frågor är således enligt utredningen centralt.

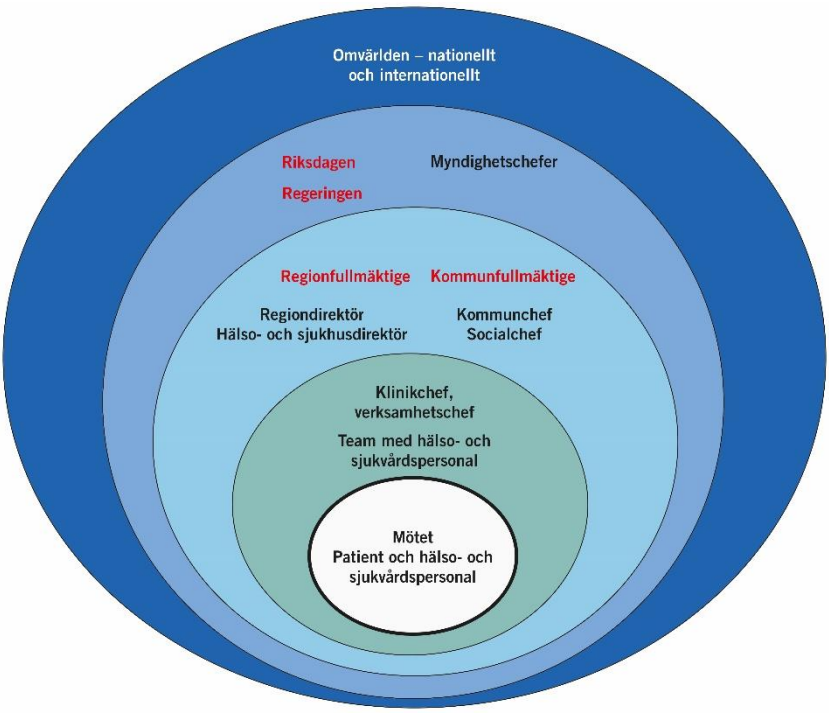
Utredningen vill kommentera några områden som kan behöva uppmärksammas särskilt i fråga om prioriteringar i ett nationellt sammanhållet system:

- *Kommunal hälso- och sjukvård och dess kontext*. 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. Mycket av det som görs i systemet i dag rör vård för specifika diagnosgrupper med relevans för den regionala hälso- och sjukvården. I dag bedrivs det t.ex. inte uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården i samma utsträckning som för den vård som bedrivs av regionerna. Detta kan innebära att brister i kvalitet och patientsäkerhet inte blir uppmärksammade, till exempel avseende en säker och effektiv läkemedelsanvändning. Dessutom bedrivs det betydligt mindre praktiknära forskning inom den kommunala hälso- och sjukvården och den kommunala kontexten adresseras inte i samma grad i systematiska översikter och vägledningar. Det betyder bl.a. att inte alla kunskapsstöd är utformade efter den kommunala hälso- och sjukvårdens behov och förutsättningar. Vårdens kontext, ofta med ensamma behandlare som utför vården i patientens hem, påverkar hur åtgärder utförs samt potentiellt även deras effekter och risker.

- *Interprofessionellt perspektiv*. Det är centralt att ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård inkluderar den varierande typ av kunskap som är relevant i vården – alla professioner inom hälso- och sjukvården bör ha förutsättningar för att arbeta evidensbaserat och ha tillgång till bästa möjliga kunskap inom sitt område. Expertkompetens inom samtliga kunskapsområden i vårdprocessen – omhändertagande, omvårdnad, diagnostik, medicin, rehabilitering m.m. – behövs i samtliga delar av systemet. Förutsättningarna ökar då också för en gemensam förståelse och samsyn utifrån ett personcentrerat och interprofessionellt perspektiv. En grundförutsättning för att arbeta kunskapsbaserat är att det finns förutsättningar för alla olika professionsgrupper att agera utifrån sin profession. Det handlar bl.a. om att ha adekvat utbildning, att ha möjlighet till vidareutbildning och fortbildning, men även om kontinuitet och andra faktorer (se kapitel 13).
- *Hälsofrämjande, förebyggande, rehabiliterande insatser samt egenvård*. I workshopar, samtal med patientreferensgruppen och i andra dialoger har ett flertal personer lyft att hälsofrämjande och förebyggande arbete liksom rehabilitering ofta kommer på en underordnad plats när kunskap genereras, tillämpas och följs upp. Detta trots att det finns potentiellt stora vinster inom dessa fält både ur individens och det samhällsekonomiska perspektivet. Ett annat område som lyfts i detta sammanhang är egenvård. Här efterfrågas kunskapsbaserade underlag som kan vara till stöd vid egenvård. Egenvårdsrådgivning med innehåll av skiftande karaktär och ur många olika aspekter ges av flera olika aktörer, bl.a. av apoteken. Det är viktigt att berörda aktörer informeras om de kunskapsbaserade underlagen som finns inom hälso- och sjukvården så att rådgivningen är densamma oavsett aktör. Det är också viktigt att de erfarenheter som görs, t.ex. på apoteken, kan återkopplas till hälso- och sjukvården på ett systematiskt sätt. Vi ser att alla nämnda områden är särskilt viktiga i ljuset av den demografiska utvecklingen samt omställningen mot en nära vård.
- *Vara ett stöd på olika beslutsnivåer*. Förutsättningarna för de beslut som fattas i mötet mellan patient och profession skapas i beslut på många andra nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, från den lokala till den nationella. Ageranden och beslut i omvärlden,

bl.a. på EU-nivå, kan också påverka i olika grad. (figur 14.1). Därför är det centralt att systemet skapar förutsättningar för dessa beslut att vara kunskapsbaserade i hela kedjan. På policynivå handlar det om att politikerna ska ha tillgång till faktabaserade underlag för sina politiska beslut.

Figur 14.1 **Beslut fattas på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, vilka avgör förutsättningarna för de beslut som sedan tas i mötet mellan patient och profession. Figuren illustrerar exempel på beslutsfattare, där den röda texten står för politiska beslutsfattare och den svarta för övriga beslutsfattare. Systemet finns i en omvärld, såväl nationell som internationell, som också kan påverka i olika grad.**



Användning av resurser och kompetens

Potential finns att använda aktörernas kompetens och resurser klokare

För att systemet ska arbeta effektivt mot målen i hälso- och sjukvården behöver man säkerställa att resurser kan användas på ett ändamålsenligt sätt i systemet. Det kan t.ex. handla om att man genom samarbeten och tekniska lösningar skapar förutsättningar för optimal användning av den data som genereras.

Det är dessutom viktigt med samsyn kring vilka metoder och processer som krävs för att den kunskap som genereras, tillämpas och följs upp ska vara tillförlitlig och relevant. Då kan det som genereras av en aktör tas vidare av en annan. En rad olika aktörer är involverade i generering och uppföljning av den kunskap och vägledning som tillämpas i vården. Finns en samsyn om metoder och processer så underlättas samarbeten och man kan undvika dubbelarbete. Om utgångspunkten är vad man i systemet som helhet behöver lösa, kan ändamålsenliga processer utvecklas t.ex. genom att använda myndigheternas specialiserade metodkompetens och huvudmännens sakkunskap på ett mer integrerat sätt.

Det blir särskilt viktigt att rätt kompetens finns och används när kunskap behöver genereras snabbt, eller beslut behöver fattas trots en osäker kunskapsbas. Utredningen anser att den höga metodkompetens som finns på myndigheterna kan behöva utvecklas till att bättre kunna göra bedömningar om vad som är tillräckligt tillförlitligt underlag vid olika beslut och hur man kan snabba upp processer där så behövs.

14.2 Styrning och ledning

För att få aktörer som ingår i ett sammanhållet system att arbeta mot samma mål på ett effektivt sätt med de prioriteringar och arbetssätt som krävs, är ledarskapet på alla nivåer centralt. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys speglar ledarskapets betydelse i rapporten Åt samma håll, där myndigheten skriver att

> Hälso- och sjukvården står under ett starkt förändringstryck. För att möta dagens och morgondagens utmaningar kommer det i många fall inte räcka med kontinuerligt utvecklingsarbete i enskilda verksamheter. Det kommer även behövas utveckling av hela hälso- och sjukvårdssystemet. I det arbetet har ledarskapet i hälso- och sjukvården en nyckel-

roll. Ledare och chefer kommer i ökande utsträckning behöva skapa förutsättningar för gränsöverskridande verksamhetsutveckling och nya lösningar med patienters, brukares och befolkningens behov i centrum.

I vårt uppdrag har vi ett särskilt fokus på staten. Staten ansvarar genom regeringen för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken. I perspektivet hur staten ska agera i ett sammanhållet system är regeringen och den statliga styrningen central. Det är regeringen som sätter ramarna för respektive myndighets uppdrag och uppgifter. Myndigheterna är fristående och jämlika, dvs. ingen myndighet bestämmer över någon annan. Regeringen har ett ansvar i hur den styr sina myndigheter för att ge dem goda förutsättningar att agera. Det kan t.ex. handla om att vara tydlig i sin styrning och inte ge motsägelsefulla eller överlappande styrsignaler. Regeringen kan också föreskriva hur myndigheterna ska förhålla sig till varandra, t.ex. att de ska samverka och samordna sig i olika frågor.

Utredningen har sett flera exempel på behovet av en utvecklad myndighetsstyrning. Till exempel visar vår kartläggning av rapporter om uppföljning att det finns en tendens att regeringen ger många uppdrag i förhållande till vad man, enligt vad vi har erfarit, mäktar med att ta emot och hantera. Flera myndigheter har gett uttryck för att regeringen inte alltid är tydlig i sin styrning och att det ibland är svårt att förstå vad det är regeringen behöver. Vi uppfattar också att regeringen i sin styrning av sina myndigheter inte alltid samspelar med den utveckling som sker på kunskapsstyrningsområdet där myndigheterna och huvudmännen har inlett ett närmare samarbete. Ett exempel på det är överenskommelsen om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Utifrån ett helhetsperspektiv borde det av överenskommelsen även ha framgått på ett tydligt sätt vilken roll statliga myndigheter såsom Socialstyrelsen och SBU har i relation till detta arbete. I ett sammanhållet system borde det bygga på en kedja av kunskap där det som myndigheter tar fram omsätts av regionerna och kommunerna. Genom att myndigheternas roller inte framgår i överenskommelsen riskerar det att leda till otydligheter i vem som bör göra vad.

Frågan om regeringens styrning av sina myndigheter har tagits upp av andra utredningar före oss. Gemensamt för flertalet är att de pekar på behovet av minskad detaljstyrning och långsiktiga förutsättningar för att åstadkomma ändamålsenliga resultat. Regeringen

verkar dela den bilden. I budgetpropositionen för 2020[1] skriver regeringen att det är angeläget att regeringens styrning av statsförvaltningen även fortsättningsvis är långsiktig, strategisk, helhetsinriktad, sammanhållen, verksamhetsanpassad och tillitsbaserad. Detaljstyrning bör undvikas, såvida det inte finns tydliga skäl till detta. Ett skäl kan t.ex. vara att det finns tryck från omvärlden i en specifik fråga som bedöms angelägen att möta. Sammantaget visar de exempel som vi har tagit del av att det finns fortsatta behov av att arbeta i den riktningen som anges i budgetpropositionen.

Vår bedömning är att regeringen, framför allt genom sin styrning av myndigheterna, har en verkningsfull möjlighet att bidra till en mer sammanhållen stat i ett mer sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Det handlar bl.a. om att ge myndigheterna utrymme att kunna agera inom ramen för sina instruktioner, att ge långsiktiga förutsättningar och att vara tydlig. Som exempel kan nämnas att om regeringen ger många regeringsuppdrag under en kort tid kan det försvåra för myndigheterna att få utrymme att agera utifrån sitt grundläggande uppdrag. Dessutom kan det bli svårt för regeringen att hantera den mängd information som ett stort antal regeringsuppdrag på kort tid kan innebära.

När det gäller en bättre samordning inom staten gjorde regeringen genom förordning[2] om statlig styrning med kunskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst en tydlig markering att man vill se en större samordning inom staten vad gäller dessa frågor. Vi tolkar att vårt uppdrag är ett uttryck för behov av en mer samordnad stat på fler områden.

Tillitsdelegationen har i sitt huvudbetänkande[3] 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 sammanhållet 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 sammanhållet system. Förutsättningarna handlar bl.a. om

[1] Prop. 2019/20:1 *Budgetpropositionen för 2020.* Utgiftsområde 2. Statlig förvaltningspolitik.
[2] Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.
[3] SOU 2018:47 *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn*.

- tydliga prioriteringar,
- ökat handlingsutrymme för ett tydligare fokus på medborgaren,
- ett förhållningssätt som grundar sig i att se medborgaren som resurs och aktör,
- ökat fokus på medborgarens behov,
- systematiskt ta tillvara erfarenheter och möjliggöra delaktighet,
- helhetssyn och tillit till andra professioner,
- centralt är även uppföljning och långsiktighet,
- skapa incitament som främjar helhetsperspektiv,
- undanröja praktiska hinder för informationsöverföring,
- långsiktighet och kontinuitet samt
- ledarskap som främjar samverkan inom och mellan organisationer.

Rollen som kulturbärare

Alla de förutsättningar, listade av Tillitsdelegationen, som räknades upp i föregående avsnitt är viktiga för vårt uppdrag, inte minst den sista punkten om ledarskap som främjar samverkan. I de olika delarna i vårt uppdrag är samverkan på olika sätt central. För att samverkan ska bli ändamålsenlig och verkningsfull krävs det mer än att man reglerar fram eller på annat sätt anför att samverkan ska ske. Vi bedömer att det också är en fråga om kultur. När det gäller en ökad samverkan i staten eller ökad samverkan för att främja ett sammanhållet system som helhet är det av betydelse att regeringen, i egenskap av den som styr myndigheterna, agerar konsekvent i sina signaler med budskapet att samverkan verkligen är viktigt. Det handlar både om hur man styr och hur man de facto värderar och premierar att så sker. Om regeringen vill åstadkomma en genuint stärkt samverkan mellan de statliga myndigheterna så måste regeringen också följa upp, utvärdera och återkoppla på arbetet utifrån sådana kriterier. Om motstridiga styrsignaler ges så kommer sannolikheten för framgång att minska. I betänkandet Effektiv vård[4] skrev utredningen

[4] SOU 2016:2 *Effektiv vård*.

bl.a. om kulturfrågan och att ledaren som kulturbärare är en viktig del för en positiv arbetsplatskultur. Utredningen erfor att de verksamheter som hade arbetat framgångsrikt med effektiviseringar hade ett ledarskap som karakteriserades av att ledarna var starka kulturbärare för den arbetskultur som råder, vilket i sin tur hade utgjort grogrund för effektivare verksamhet. Utredningen skriver också om att fungerande samverkan i stor utsträckning är en fråga om kultur där ledarskapet har stor betydelse. Ledarskapet och ledarens roll som kulturbärare är således viktig för det man vill uppnå.

ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG

15 En statlig funktion för nationell uppföljning

Utredningens förslag:
Utredningen föreslår att den statliga funktionens två huvudsakliga syften – 1) att följa upp regeringens reformer och satsningar på hälso- och sjukvårdsområdet, samt 2) analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård – ansvarsmässigt delas mellan olika myndigheter då de till viss del kräver olika arbetssätt och förutsättningar.

1. *Följa regeringens reformer och satsningar på området*. Uppgiften att följa upp regeringens satsningar och reformer samlas på en myndighet – Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Myndigheten får också i uppgift att utveckla uppföljning och analys av statliga initiativ, vilket regleras i instruktionen, samt bidra med ett lärande avseende utformning och utveckling av fortsatta initiativ.
2. *Analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård*. Uppgiften att analysera var behoven av statliga insatser är som störst föreslås utföras av en myndighetsgemensam arbetsgrupp och ett kansli vid Socialstyrelsen. Kansliet blir motor i arbetet. Till detta kansli kopplas en operativ arbetsgrupp med ledamöter från myndigheter med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor. Dialog med hälso- och sjukvårdshuvudmännen och andra aktörer kommer att vara centralt i arbetet.

Centralt i förslaget är att det årligen genomförs en strategisk myndighetsgemensam dialog mellan myndighetscheferna för berörda myndigheter och regeringen. Det underlag som funktionen

tar fram ligger till grund för dialogen. Dialogen ska ses som ett viktigt bidrag i utformningen av statens hälso- och sjukvårdspolitik.

Den sammanställda bild av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården som myndigheterna gör gemensamt ersätter det arbete som i dag sker på Socialstyrelsen att ta fram en årlig lägesrapport på området.

Det myndighetsgemensamma arbetet och kansliet regleras inledningsvis genom regeringsuppdrag. Efter att denna ordning har prövats regleras uppdraget i berörda myndigheters instruktioner.

Utredningens bedömning:
Socialdepartementets analyskapacitet bör förstärkas i syfte att stärka Regeringskansliets beställar- och mottagarkapacitet.

För att stärka förutsättningarna för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys arbete bör myndigheten ges författningsstöd för att kunna hantera personuppgifter.

Frågan om tillgång till data är en strategiskt viktig fråga som staten och huvudmännen bör hantera tillsammans i ett gemensamt utvecklingsprojekt. Målbilden bör vara att skapa en strategi för ömsesidigt nyttjande av data. Ramarna för ett sådant samarbete bör slås fast i den överenskommelse som utredningen föreslår (se vidare förslag om överenskommelse i kapitel 17).

Enligt direktivet ska utredningen föreslå en funktion för en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen för den befintliga myndighetsstrukturen, med syfte att följa regeringens reformer och satsningar på området samt analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård. Utredningen ska vidare analysera hur funktionen kan samverka med hälso- och sjukvårdshuvudmännen samt föreslå hur den kan regleras.

Utredningen tolkar ordet funktion som en funktionalitet, vilket innebär att det är något som ska göras inom befintlig myndighetsstruktur för att åstadkomma det som preciseras i utredningens uppdrag.

Utredningen föreslår att den statliga funktionens två huvudsakliga syften, som enligt direktivet är formulerade som – 1) följa regeringens reformer och satsningar på området, samt 2) analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård – ansvarsmässigt delas upp och kopplas till Myndigheten för

vård och omsorgsanalys (Vårdanalys) respektive en myndighetsgemensam arbetsgrupp och ett kansli vid Socialstyrelsen. Anledningen till uppdelningen är att utredningen bedömer att de båda uppgifterna har olika karaktär och därmed kräver delvis olika arbetssätt och förutsättningar. En central länk mellan dessa delar i funktionen kommer att vara en årlig gemensam strategisk myndighetsdialog mellan berörda myndigheter och regeringen, där underlag som funktionen tar fram blir en central utgångpunkt för dialogen.

Nedan beskriver vi närmare respektive del av funktionen samt hur delarna kan samverka. Vidare utvecklar vi hur funktionens delar kan införas och utvecklas över tid. I förslaget har vi tagit särskild fasta på vikten av att arbetet kan komma igång snabbt. Förslaget innebär därför en successiv utveckling över tid, där den något fragmentiserade uppföljningen som råder i dag (se kapitel 9) har potential att utvecklas och bli mer samordnad med tiden. Vi anser att detta är en mer framkomlig väg än att börja med att göra stora förändringar avseende ansvar och former för uppföljningen. Slutligen beskriver vi hur funktionens delar bör regleras samt vad utredningen anser behöver förstärkas på Regeringskansliet för att övriga förslag, om de genomförs, ska få önskad effekt. För att den nationella uppföljningen verkligen ska ha potential att utvecklas ser vi att det finns ett behov av att utveckla en strategi för ömsesidigt nyttjande av data mellan staten, regionerna och kommunerna. Vi återkommer till det i kapitlet.

15.1 Följa regeringens reformer och satsningar på området

Denna uppgift innefattar enligt utredningen att:

1. genomföra och utveckla uppföljning och analys av statliga initiativ,
2. bidra till erfarenhetsutbyte och lärande avseende utformning och utveckling av fortsatta initiativ.

Utredningen föreslår att dessa uppgifter läggs på Vårdanalys. Myndigheten lämpar sig väl för dessa uppgifter av följande skäl:

- Uppdraget ligger mycket nära Vårdanalys nuvarande instruktion och pågående arbete. Utredningen anser att det finns goda förutsättningar för myndigheten att utveckla verksamheten utifrån befintlig kompetens och pågående utvecklingsprojekt.
- Utredningens bedömning är att utvecklingen av denna verksamhet gynnas av att verksamheten koncentreras till en myndighet i stället för att ansvaret, som i dag, sprids på flera.
- Det är även fördelaktigt att myndigheten inte själv är delaktig i genomförandet av statliga initiativ och därmed kan anses ha ett oberoende förhållande gentemot involverade aktörer.
- Utredningen ser också att det är fördelaktigt att myndigheten har ett uttalat patient-, brukar- och medborgarperspektiv i sitt arbete.

Genomföra och utveckla uppföljning och analys av statliga initiativ samt bidra till erfarenhetsutbyte och lärande

I Vårdanalys instruktion står det bl.a. att myndigheten ska:

> på regeringens uppdrag bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ.

Denna typ av utvärderingar görs i dag även av Socialstyrelsen. I utredningens enkät till myndigheterna (kapitel 9) framkom att Socialstyrelsen under 2017–2018 publicerat sju utvärderingar av statliga initiativ och Vårdanalys hade publicerat åtta sådana under samma tidsperiod (delrapporter inkluderat). Statliga initiativ definierar vi som ett samlingsnamn för större initiativ från statens sida såsom satsningar och reformer. Statliga insatser ser vi som en mer begränsad insats från statens sida, t.ex. ett kunskapsstöd. Samtliga utvärderingar utgick från regeringsuppdrag med regeringen som målgrupp. Utredningens förslag är att utvärderingar och uppföljningar av statliga initiativ görs av Vårdanalys. Mot bakgrund av att myndigheten redan har en sådan uppgift i sin instruktion innebär detta förslag att regeringen behöver vara konsekvent i sin styrning av regeringsuppdrag om uppföljning av statliga initiativ och ställa dem till Vårdanalys.

Utredningens bedömning är att det finns stora fördelar med att koncentrera denna verksamhet på en myndighet. Vår bedömning är att uppföljning och analys av statliga initiativ, inkluderat effektutvärderingar av dessa, kräver sådan kompetens som redan finns på Vårdanalys. Myndighetens arbete riktar sig redan primärt till politiska beslutsfattare och inte till den kliniska nivån. Det finns flera pågående utvecklingsprojekt som skulle stödja detta arbete. Till exempel bygger myndigheten upp en egen samtyckesbaserad webbpanel med patienter och brukare, vilket gör det möjligt att på ett snabbt och kostnadseffektivt sätt fånga hur reformer och satsningar tas emot och uppfattas av patienter och brukare. Men även hälso- och sjukvårdsprofessionernas kunskap och erfarenhet behöver nyttjas och användas i arbetet, vilket är ett område som skulle kunna behöva stärkas och vidareutvecklas på Vårdanalys.

När Vårdanalys bildades var en bakomliggande orsak ett uttryckt behov av att uppföljning skulle göras av en aktör som är oberoende i förhållande till vårdgivarna eller de organisationer som har ett ansvar för att genomföra beslutade satsningar eller reformer.[1] Eftersom Vårdanalys inte tar fram exempelvis kunskapsstöd och inte är del av myndigheternas gemensamma kunskapsstyrningsarbete genom Rådet för styrning med kunskap har myndigheten även möjlighet att göra oberoende granskningar av statliga initiativ i bred bemärkelse och t.ex. göra bedömningar av andra myndigheters arbete.

Vårdanalys uppföljningar av statliga initiativ kommer också att bli en viktig del i en samlad bild av läget och utvecklingen av hälso- och sjukvården, se avsnitt 15.2.

Genom att samla uppgiften hos en myndighet ser vi att möjligheten att utveckla denna typ av uppföljningar både till form och innehåll ökar. En fortsatt utveckling av uppföljningen av statliga initiativ kan till exempel innebära att göra en samlad analys av effekterna av flera reformer, även på regional nivå. Det kan också innebära en utveckling av analys och resonemang avseende vilka effekter statliga initiativ har på andra delar av hälso- och sjukvården samt på hälso- och sjukvårdens organisation och funktion på systemnivå, exempelvis utifrån de riktlinjer som ska vägleda prioriteringar. Det kan även innebära att utveckla och sammanställa generella och specifika indikatorer som systematiskt och återkommande kan använ-

[1] Dir. 2010:58. *Inrättande av en ny oberoende granskningsmyndighet med ansvar för uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården*. 2010.

das i samband med uppföljning och analys av statliga initiativ. Genom att samla uppföljning och analys av statliga initiativ hos en aktör ökar förutsättningarna för en bättre förståelse för och kunskap om vad som krävs för att uppföljningarna ska bli användbara. En sådan kunskap skulle kunna vara ett värdefullt stöd för regeringen vid utformning av nya initiativ. Vårdanalys bör därför även kunna bistå regeringen och Regeringskansliet med analys och bedömningar avseende utformning av nya initiativ så att förutsättningarna för uppföljning av dessa blir så optimala som möjligt.

Vår bedömning är att Vårdanalys redan har möjlighet att inom ramen för sitt uppdrag bedriva ett utvecklingsarbete avseende uppföljning av statliga inaktiv, men att det kan behöva tydliggöras att det är en prioriterad uppgift. Därför föreslår vi att uppgiften att ansvara för utvecklingen av uppföljningen av statliga initiativ tydliggörs i myndighetens instruktion som en permanent uppgift.

En utveckling på sikt

I utformningen av vårt förslag har vi utgått från att uppdrag om uppföljning av statliga initiativ även fortsättningsvis kommer att ges i form av regeringsuppdrag. Detta har vi gjort mot bakgrund av att det är vad vi bedömer som möjligt på kort sikt. Förutsatt att regeringen väljer att ge Vårdanalys uppdragen att följa de statliga initiativen bör regeringen också överväga ett mer permanent uppdrag med permanent finansiering till myndigheten att ansvara för uppföljning av statliga initiativ i form av överenskommelser. Det är sådana initiativ som vi ser är mest frekventa och som återkommer regelbundet. Andra statliga initiativ bedömer vi även fortsättningsvis bör ges som särskilda regeringsuppdrag.

I sammanhanget är det viktigt med en balans mellan denna analysverksamhet och övrig verksamhet som myndigheten ansvarar för.

Utökade möjligheter att hantera personuppgifter

Redan när Vårdanalys bildades konstaterade organisationskommittén att myndigheten inte hade författningsstöd för att utföra all den behandling av personuppgifter som behövdes. Myndigheten har därför sedan bildandet fört en dialog med Socialdepartementet angående behovet av författningsstöd för att kunna utföra sitt uppdrag.

Socialdataskyddsutredningen fick genom tilläggsdirektiv i uppdrag att utreda om det fanns behov av en särskild författning med bestämmelser om personuppgiftsbehandling för Vårdanalys och om det finns sådana behov, lämna behövliga författningsförslag. Socialdataskyddsutredningen lämnade sina förslag i juni 2018.[2] Utredningen kom fram till att det behövs en registerlag för myndigheten och föreslog därför en lag om behandling av personuppgifter vid Vårdanalys.

Socialdataskyddsutredningen gjorde bedömningen att Vårdanalys behöver behandla personuppgifter för att kunna utföra sitt uppdrag. Det är enligt Socialdataskyddsutredningen ofta aktuellt att behandla känsliga personuppgifter om hälsa men även andra typer av personuppgifter, exempelvis demografiska uppgifter om ålder, kön, bostadsuppgifter, civilstånd och familj. Vidare menar utredningen att Vårdanalys också har behov av att behandla socioekonomiska uppgifter om t.ex. utbildning, ekonomi, bidrag, sysselsättning och sysselsättningsgrad. Denna bild bekräftas av Vårdanalys. Myndigheten är i dag beroende av att inhämta samtycke till behandlingen för att kunna behandla känsliga personuppgifter.

Vi kan konstatera att Vårdanalys har genomfört en lång rad uppföljningsuppdrag sedan myndigheten bildades 2011, detta trots att myndigheten inte har haft det lagstöd som Socialdataskyddsutredningen föreslår. Ofta baseras uppföljningen på data som inte är personuppgifter, exempelvis genom att det endast är statistik på gruppnivå som beställs från olika källor. Det innebär begränsningar för vilka analyser som kan genomföras, och därmed i förlängningen också vilka slutsatser som kan dras och vilka rekommendationer som kan ges. För att undvika sådana begräsningar anlitar myndigheten i vissa fall externa forskare vid universitet och högskolor som bedriver forskning på myndighetens uppdrag, vilket innebär att personuppgifter behandlas vid de institutionerna. Forskningsuppdragen är ofta

[2] SOU 2018:52. *Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.*

kostsamma, tar lång tid att genomföra och innebär mindre flexibilitet att utvidga och förändra analysens inriktning efterhand. Mot bakgrund av att vi föreslår att myndigheten ska ansvara för uppföljningen av de statliga insatserna bedömer vi att myndigheten också behöver få bästa möjliga förutsättningar för detta. Det inkluderar möjligheten att kunna hantera personuppgifter. Det skulle öka effektiviteten i uppföljnings- och analysarbetet och öka möjligheterna till snabbare och mer tillförlitliga resultat. Utredningen gör därför bedömningen att det finns behov av författningsstöd som ger Vårdanalys den möjligheten. Mot bakgrund av att det redan finns ett förslag till författningsreglering finner vi inte skäl att lägga fram något ytterligare.

Vi vill i sammanhanget understryka att det är viktigt att i möjligaste mån använda redan insamlad data så att man inte ökar arbetsbördan ute i vården. En förflyttning mot ett ömsesidigt nyttjande av data mellan staten och sjukvårdshuvudmännen bedömer vi som ett viktigt steg för att öka möjligheten att få tillgång till data, se avsnitt 15.2.

15.2 Analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård

Denna del av funktionen speglar regeringens beställning i våra direktiv om att funktionen ska analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård. För att kunna göra detta behöver funktionens uppdrag innefatta två huvudsakliga delar:

1. sammanställa en bild av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården,
2. belysa områden där det är ändamålsenligt för staten att agera för att säkerställa en god vård samt belysa möjliga insatser.

De två uppdragen är stora och komplexa. Såväl bilden av läget och utvecklingen som belysningen av möjliga statliga insatser är dessutom uppgifter som kan variera beroende på vilket perspektiv en aktör har på frågan. Vårt förslag handlar om att skapa en samsyn inom staten, där en viktig del i processen med att ta fram underlaget även är dialog med aktörer utanför staten.

En organisation som bygger på myndigheternas delaktighet och engagemang

Utredningen föreslår att ovan två angivna uppgifter ska hanteras i en organisation som bygger på de olika myndigheternas delaktighet och engagemang. Syftet med det är att få en allsidig belysning, samtidigt som den uppföljning och analys som görs kan bli mer effektiv och på sikt ersätta dubbelarbete och minska det stora antal uppföljningsrapporter som i dag publiceras av statliga myndigheter (kapitel 9). Vi föreslår att det inrättas ett kansli på Socialstyrelsen som blir motor i arbetet. Till detta kansli kopplas en operativ arbetsgrupp med deltagare från myndigheter som i ljuset av sina respektive uppdrag bedöms relevanta. De myndigheter vi menar bör ingå i arbetet är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) samt Vårdanalys. Socialstyrelsen kommer därmed både vara motor i arbetet och ingå i arbetsgruppen. Kansliet och arbetsgruppen bör ha ett nära operativt samarbete samt ett processorienterat arbetssätt där dialog är ett centralt verktyg för arbetet. 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. Dialogen bör föras med aktörer inom hälso- och sjukvården, särskilt regioner och kommuner som sjukvårdshuvudmän samt professions- och patientföreträdare. Dialogen med Regeringskansliet är central och den huvudsakliga avrapporteringen av arbetet sker i form av en årlig gemensam och strategisk myndighetsdialog (se avsnitt 15.4). Kansliet och arbetsgruppen har tillsammans en samordnande, analytisk och kommunikativ roll och det är viktigt att dessa kompetenser finns representerade. Kansliets och arbetsgruppens respektive uppgifter utvecklas nedan.

För att en reell samordning och samverkan mellan berörda myndigheter ska komma till stånd krävs dels en tydlig beställning från regeringen om en sådan samordning, dels praktiska förutsättningar. Vårt förslag till organisation syftar till att optimera de praktiska förutsättningarna. Se vidare om vikten av en ändamålsenlig myndighetsstyrning i avsnitt 17.2.

Vi menar att ovan uppdrag bör kunna svara upp mot en del av den problembild som har identifierats; att skapa en samlad faktabaserad bild av läget och utvecklingen samt att bidra till att mer ändamålsenliga analyser av uppföljningen utvecklas för att regeringen ska kunna omvandla den uppföljning som finns till agerande på policynivå. Uppdraget kopplar också an till behovet av dialog mellan staten, regionerna och kommunerna om nationell uppföljning liksom behovet av att utveckla samordning och samarbete såväl inom staten som mellan staten och andra aktörer avseende utvecklingen av den nationella uppföljningen. Grunden för utredningens förslag har varit att skapa strukturer för att kontinuerligt kunna följa läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården på ett ändamålsenligt sätt. Med hjälp av dessa strukturer finns det även möjligheter att hantera behov av att snabbt ställa samman ett underlag, även om strukturerna skapas primärt för den kontinuerliga uppföljningen. Förslaget löser dock inte behovet av tillgång till data. Det senare ser vi som en bredare uppgift som kräver ett övergripande samarbete mellan staten och huvudmännen som handlar om att utveckla en strategi för ömsesidigt nyttjande av data (se vidare förslag om överenskommelse i kapitel 17). Detta bedöms både gagna utvecklingen av den nationella uppföljningen och minska belastningen på vårdens verksamhet avseende insamling av data.

Den föreslagna strukturen för att ta sig an dessa uppgifter lämpar sig enligt utredningen av följande skäl:

- Genom att skapa en organisation som bygger på alla berörda myndigheters delaktighet ökar förutsättningar för en samordnad och sammanhållen nationell uppföljning och analys. Strukturen skapar även förutsättningar för att utveckla hur de enskilda myndigheterna arbetar med uppföljning och analys på sikt. Genom sin samordning och sitt kontaktnät ökar möjligheten att hantera frågor från regeringen eller Regeringskansliet där det finns behov av snabb återkoppling.
- Det gemensamma arbetssättet gör att underlaget som tas fram har ett mervärde utöver de individuella uppföljningar och analyser som görs av enskilda myndigheter. Exempelvis säkerställs legitimitet och förankring samt en allsidig belysning ur ett statligt perspektiv.

- Socialstyrelsen har flera upparbetade dialogarenor med t.ex. hälso- och sjukvårdshuvudmännen och flera relevanta rådsstrukturer är placerade på myndigheten. Förslaget går i linje med utredningens utgångspunkt att dra nytta av och använda befintliga strukturer.

En successiv process mot en samordnad och utvecklad nationell uppföljning och analys

För att detta arbete ska kunna påbörjas relativt omgående är vår bedömning att det behöver påbörjas utifrån befintligt utgångläge, dvs. utifrån underlag som redan finns och i mindre skala för att sedan successivt utvecklas. Därigenom kan man, som pilotprojekt, pröva denna nya mer operativa samarbetsform myndigheterna emellan, vilken har potential att utvecklas löpande under många år framöver. Mot bakgrund av att ett syfte med uppdraget är att staten ska bli mer sammanhållen ser vi att det har ett stort värde att skapa något gemensamt av befintlig uppföljning. Över tid innebär det även att den uppföljning och analys som i dag görs på olika myndigheter kan komma att förändras. Det kan handla om vad, hur och av vem uppföljning och analys görs. Detta kan innebära att man på några års sikt kan få en mer ändamålsenlig uppföljning och analys överlag.

Exempel på befintlig uppföljning är att det redan i dag görs breda lägesrapporter av hälso- och sjukvården av bland annat Socialstyrelsen och IVO. Ett annat exempel är den modell för övergripande uppföljning och analys med tre huvudsakliga kvalitetsområden som Vårdanalys tagit fram och avser att fortsätta pröva och utveckla. Utredningen anser att sådana rapporter samt även mer specifika uppföljningar och analyser, bör tas tillvara i den mån de bedöms ändamålsenliga och att relevant utveckling bör fortsätta. Med detta som grund finns ett mervärde i att en myndighetsgemensam struktur sammanställer och analyserar en bild av tillståndet och utvecklingen av hälso- och sjukvården som helhet.

I startskedet bör kansliet och arbetsgruppen i sitt arbete utgå från myndighetsrapporter och annan information från myndigheterna m.fl. för att presentera en översiktlig bild av läget i hälso- och sjukvården, inkluderande både den hälso- och sjukvård som regionerna och den som kommunerna är huvudmän för. Detta innefattar även de uppföljningar av statliga initiativ som utredningen föreslår ska

utföras av Vårdanalys. Vi menar också att denna sammanställning bör ersätta det arbete som redan görs på Socialstyrelsen för att ta fram en årlig lägesrapport om utvecklingen i hälso- och sjukvården. Till skillnad från den rapporten bör underlaget som tas fram av kansliet utgå från de olika myndigheternas arbete och därmed spegla en gemensam statlig bild. Denna bör inte heller presenteras i form av en omfattande rapport, utan utgöra ett mer kortfattat analytiskt underlag som på ett överskådligt sätt kan presenteras och diskuteras (se avsnitt 15.4). Utredningens bedömning är att detta underlag skulle skapa ett mervärde och säkerställa att resultatet inte blir att ytterligare en bild läggs till övriga.

Även den övergripande analysen kan utvecklas över tid. För att identifiera insatser där staten gör mest nytta utifrån god vård kan det behövas mer tvärgående analyser av påverkansfaktorer och orsakssamband mellan olika områden. Detta kan underlättas av en utveckling och större tillgång till data, se vidare nästa avsnitt. Detta kan komma att påverka det uppföljnings- och analysarbete som de enskilda myndigheterna gör. På sikt kan den statliga uppföljningen och analysen också bli mer synkroniserad. Det kan till exempel handla om att utveckla gemensamma analysplaner och att beskriva de behov eller luckor man identifierar avseende uppföljning i en gemensam behovsplan, som kan vara ett stöd för Regeringskansliet i dess styrning av myndigheterna.

På sikt menar vi att kansliet och arbetsgruppen med fördel även skulle kunna få i uppgift att samordna och driva vissa konkreta utvecklingsprojekt relaterade till nationell uppföljning. Detta skulle i så fall vara projekt som kräver en hög grad av samordning och dialog mellan myndigheter och eventuellt andra aktörer. Vi menar att det kan bidra till en successivt utvecklad samarbetskultur.

Förslaget av denna del av funktionen regleras inledningsvis genom regeringsuppdrag. Efter att denna ordning har prövats är vårt förslag att uppdraget sedan regleras i berörda myndigheters instruktioner. Om det skulle visa sig att den starka vilja och det engagemang som krävs för att utveckla en framgångsrik samverkan saknas, kan regeringen i stället behöva se över befintlig myndighetsstruktur och huruvida en enskild myndighet ska ha ansvar för den nationella uppföljningen.

En utveckling mot en strategi för ömsesidigt nyttjande av data

Successivt kan det ske en utveckling av vad som bör ligga till grund för arbetet, beroende på vilka möjligheter det finns bl.a. när det gäller tillgång till data. Som vi tidigare har beskrivit är frågan om tillgång till data komplex och en fråga som både berör staten och sjukvårdshuvudmännen. Det är därför viktigt att det inte byggs upp parallella spår. Vår bedömning är att den frågan skulle kunna hanteras som ett gemensamt utvecklingsprojekt om de gemensamma behoven mellan staten och sjukvårdshuvudmännen, som stadfästs i ett långsiktigt samarbete (se vidare förslag om överenskommelse i kapitel 17). Inom ramen för regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning påbörjades 2019 ett arbete om en gemensam uppföljnings- och analysplattform för hälso- och sjukvården. Bakgrunden till det är att det finns ett ökande behov av tillgång till data hos regionerna som underlag för beräkning av kvalitetsindikatorer och nyckeltal såväl som uppföljning och fördjupad analys, både regionalt och nationellt. Majoriteten av den data som samlas in av huvudmännen har som primärt syfte att användas i vård och behandling samt för ledning och styrning men utgör också grunden för den nationella uppföljningen.

En viktig aspekt av en ökad samordning är också att inte belasta vårdens verksamheter med krav på uppföljning i större utsträckning än befogat. Genom att finna former för ett bättre och gemensamt nyttjande av data bör det både gagna utvecklingen av den nationella uppföljningen och insamling av data avseende belastningen på vårdens verksamheter.

Vi bedömer att det arbete som regionerna har påbörjat skulle bli en viktig del i ett gemensamt arbete mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Ett första steg skulle kunna vara att bilda ett gemensamt utvecklingsprojekt som kartlägger gemensamma behov och förutsättningar och hur man kan skapa en strategi för ömsesidigt nyttjande av data. I detta arbete bör man även beakta frågor rörande personliga samtycken vid bearbetning av data, integritet, sekretess och publiceringsetik. Även möjligheten för staten att få tillgång till data snabbare än i dag, dvs. med mindre tidsmässig eftersläpning, kan vara en aspekt att beakta i arbetet. Regleringen av eller avtalande om ett ömsesidigt nyttjande av data i stat och region är således ett viktigt arbete som

återstår efter utredningen och bör ta hänsyn till olika aktörers behov och uppdrag samt rådande myndighetsstruktur och lagstiftning.

Kansli på Socialstyrelsen

En grundläggande förutsättning för arbetet är att resurser i både tid och kompetens avsätts. Det måste finnas en motor i arbetet som har rätt kompetens och tid avsatt för uppdraget. Som nämnts ovan bör denna motor enligt vår mening vara ett kansli som inrättas på Socialstyrelsen. Den som leder kansliets arbete ansvarar också för att leda den myndighetsgemensamma arbetsgruppen.

I kansliets uppdrag bör ingå att projektleda, dvs. planera och organisera arbetet. Det är centralt att det finns en drivkraft och utvecklingsanda i kansliets arbete. Uppdraget bör också inkludera uppgiften att vara administrativt sammanhållande, dvs. en typ av spindel-i-nätet-roll. En viktig del i detta är att ha löpande kontakt med en rad olika aktörer som är av relevans för arbetet, både inom och utom staten. Det är också kansliet som har huvudansvar för att förbereda underlag för arbetsgruppens möten samt inför dialoger och olika typer av rapportering till regeringen.

För detta uppdrag krävs en kombination av analytisk, statistisk, kommunikativ, administrativ och projektledande kompetens. Kansliet behöver arbeta i en nyskapande och framåtblickande anda, för att kunna åstadkomma det som förslaget syftar till. Det är också angeläget att kansliet ska arbeta bredare än bara för den myndighet som den föreslås placeras vid, dvs. att det förmår arbeta utifrån ett perspektiv som representerar hela staten, samt att det har god förmåga att förstå regeringens behov. Kansliet bör i ett uppstartsskede bemannas med fem årsarbetskrafter, varav en person som leder kansliets arbete, tre analytiker samt en person som arbetar med administration och kommunikation.

Arbetsgrupp med medarbetare från berörda myndigheter

Till kansliet på Socialstyrelsen knyts som nämnts en arbetsgrupp med en person från respektive myndighet. Arbetsgruppen leds av den som är ansvarig för kansliet. Ledamöterna utses av respektive myndighet, som också ansvarar för att tillse att tillräcklig arbetstid

samt mandat att företräda sin myndighet tillförsäkras ledamoten. Dessa personer ska aktivt bidra med kunskap om uppföljningsarbetet i den egna myndigheten, kunna bidra med olika typer av underlag och analyser från myndigheten samt aktivt samordna och förankra arbetet i sin myndighet. Det är med andra ord en kombination av att vara myndighetens kontaktpunkt, bidra i operativt analysarbete och underlagsproduktion samt att ha förankringsansvar gentemot den egna myndigheten och dess ledning som vilar på ledamöterna i arbetsgruppen. Ledamöterna ansvarar för den egna myndighetens aktiva deltagande i arbetet och för de underlag som utarbetas i samarbetet mellan arbetsgruppen och kansliet. I det operativa arbetet kan även andra personer på myndigheten, utöver ledamöterna, behöva involveras. De underlag som tas fram för de strategiska dialogerna mellan myndighetscheferna och ansvarig politisk ledning bör vara utvecklade av och förankrade hos samtliga myndigheter representerade i arbetsgruppen. Socialstyrelsen ansvarar dock för slutförandet och inlämnandet av underlagen.

Huvuduppgifter för kansliets och arbetsgruppens gemensamma arbete

Huvuduppgifterna är enligt vårt förslag, i uppstartskedet, att i) sammanställa en bild av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården samt ii) belysa områden där staten kan agera för att säkerställa en god vård samt belysa möjliga insatser. Genom föreslagen organisation – i ett faktiskt operativt samarbete mellan berörda myndigheter – nyttjar staten det arbete, den kunskap och kompetens som finns på respektive myndighet samtidigt som man skapar en grund för en mer sammanhållen analys och ett mer samordnat och effektivt agerande från statens sida. Vi ser detta som startskottet på en successiv utveckling av en mer operativ samarbetskultur myndigheterna emellan. Kansliet och arbetsgruppen bör även, genom sin samordning och sitt kontaktnät, ha en beredskap för att kunna hantera frågor från Regeringskansliet där det finns behov av snabb återkoppling. Regeringskansliet ska kunna använda denna möjlighet när det t.ex. inte är givet att vända sig direkt till en särskild myndighet. Det blir på det viset ett smidigt sätt för regeringen att snabbt få en fråga omhändertagen.

I uppdraget att belysa områden där det är ändamålsenligt att staten agerar för att säkerställa en god vård samt belysa möjliga insatser ingår också att skapa en gemensam bild av vilka utvecklingsprojekt som pågår inom den nationella uppföljningen och lämna rekommendationer avseende statligt agerande. När kansliet och arbetsgruppen bidrar till att skapa en tydligare överblick över såväl tillstånd och utveckling som pågående utvecklingsprojekt och bistår regeringen med analys och rekommendationer avseende detta så läggs grunden för en mer ändamålsenlig statlig styrning på området.

Kansliet och arbetsgruppen bör varje år fastställa en arbetsplan för sitt arbete. Arbetsplanen bör utformas med beaktande av att arbetet ska vara processorienterat.

Dialoger centralt i arbetsprocessen

Vi menar att kansliet och arbetsgruppen, genom ett arbetssätt som inkluderar aktiv dialog med ett flertal aktörer, kommer att bidra till en ökad samsyn. Dialog bör bland annat föras med regioner, kommuner samt patient- och brukarföreträdare respektive professionsföreträdare. Samtidigt är det centralt att arbetet blir effektivt och vi bedömer att det inte kommer vara praktiskt möjligt att i alla delar av arbetet uppnå full samsyn inom de tidsramar som kommer att vara nödvändiga för arbetet. I dessa fall är det viktigt att eventuella avvikande meningar kan belysas på olika sätt. Vi menar att en så stor samsyn som möjligt bör eftersträvas.

Vi vill framhålla att ju mer granulär analys som regeringen efterfrågar avseende tillstånd, utveckling och möjliga statliga insatser, desto större blir behovet av dialoger för att förstå förklaringsfaktorer till vad data och likande visar. Förklaringar till skillnader mellan regioner kan t.ex. bero på specifika lokala förhållanden.

Eftersom en sammanställd bild av läget och utvecklingen av hälso- och sjukvården, och var det är ändamålsenligt att staten agerar i relation till denna, berör så många olika aspekter menar vi att det inte lämpar sig att skapa endast ett dialogforum för detta ändamål. I stället bör olika befintliga dialogforum användas. I sammanhanget är det viktigt och ändamålsenligt att så långt möjligt bygga på befintliga forum och strukturer. Sådana forum kan t.ex. vara Nationella vårdkompetensrådet, något av partnerskapen eller nätverk samord-

nade av SKR. I vissa fall kan det vara relevant att föra dialog även med organisationer som inte primärt arbetar med hälso- och sjukvårdsfrågor, såsom Länsstyrelserna.

Vi vill också framhålla vikten av en löpande och kvalitativ dialog med Regeringskansliet. I den problembild vi har identifierat inom ramen för utredningens arbete har det bland annat lyfts ett behov av mer utvecklad dialog mellan Regeringskansliet och myndigheterna i syfte att myndigheterna ska kunna leverera det som regeringen efterfrågar och behöver. Vi vill uppmärksamma på att kansliet och arbetsgruppen blir ett kunskaps- och kontaktpunktsnav som Regeringskansliet kan nyttja i frågor relaterade till myndigheternas arbete med nationell uppföljning.

Dialog med sjukvårdshuvudmännen genom befintliga samverkansstrukturer

Som beskrivs ovan kommer kansliet och arbetsgruppen att behöva söka dialog med olika aktörer beroende på vilket område inom den nationella uppföljningen som de söker en fördjupad analys och förståelse för. I detta arbete är dialogen och samverkan mellan staten och sjukvårdshuvudmännen helt central, en dialog som bör ske i befintliga strukturer och dialogytor. Utöver att det är smidigt och effektivt att använda dessa är det också viktigt att dialog förs i enlighet med de regler för samverkan mellan stat och huvudmännen som överenskommits.

För att arbetet ska bli effektivt anser utredningen därför att kansliet och arbetsgruppen bör använda de befintliga strukturer som är mest lämpliga i varje enskilt fall. Om området t.ex. rör en viss patientgrupp som innefattas av regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning kan det t.ex. vara relevant att föra en dialog på en mer övergripande nivå inom ramen för Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård eller med det aktuella nationella programområdet. På motsvarande sätt skulle en dialog om ett utvecklingsprojekt avseende datatillgång kunna aktualisera en dialog med den nationella samverkansgruppen för uppföljning och analys.

För att diskutera bilden på en övergripande nivå kan dialoger behövas med exempelvis hälso- och sjukvårdsdirektörerna, socialchefsnätverket, huvudmannagruppen eller RSS-nätverket. Även andra

intressenter och fackliga organisationer kan vara aktuella att föra dialog med. Socialstyrelsen har ett flertal befintliga kanaler för dialoger utarbetade, vilket vi menar att kansliet och arbetsgruppen bör använda sig av. Kansliets placering på Socialstyrelsen underlättar den administrativa samordningen och logistiska planeringen av detta.

Internationella jämförelser för perspektiv och förståelse

Utöver dialog kan en annan del i en fortsatt analys av läget och utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård vara att se den svenska bilden i en internationell kontext. Som framgår av kapitel 9 görs det redan en rad olika studier, undersökningar m.m. där svensk hälso- och sjukvård jämförs med andra länder. Detta arbete bör i de fall det är lämpligt tas tillvara i en fortsatt analys för att skapa perspektiv och förståelse.

Möjligheter för regeringen att använda kansliet och arbetsgruppen

Efter att regeringen har tagit del av det myndighetsgemensamma underlaget av en bild av tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvården kan regeringen välja att med hjälp av arbetsgruppen och kansliet vidareutveckla analysen av sådana områdena som regeringen prioriterar att gå vidare med. Det kan bl.a. innebära att skapa en mer detaljerad och djupgående bild av utmaningarna eller av olika handlingsalternativ, genom bl.a. fortsatt analys och dialog.

De statliga insatser som arbetet kan belysa kan röra frågor direkt kopplade till vården, såsom en identifierad ojämlikhet inom ett visst diagnosområde, eller övergripande problem med t.ex. tillgänglighet. De kan även relatera till utvecklingen av den nationella uppföljningen, såsom identifierade luckor där nya register/indikatorer behövs, eller behov av förändrade förutsättningar för uppföljning i exempelvis lagstiftning.

Denna utformning innebär också en möjlighet för regeringen att ha en naturlig ingång via kansliet att vid behov snabbt kunna ställa en fråga där det inte är givet vem eller vilka som bäst kan bidra med svar.

15.3 Länken mellan funktionens två delar

Enligt direktivet ska funktionens båda syften öka möjligheten till en mer strategisk, kunskapsbaserad och långsiktig styrning av hälso- och sjukvården på nationell nivå. För att detta ska bli möjligt är det centralt att den kunskap och erfarenhet som genereras om statliga initiativ på Vårdanalys tas tillvara i det myndighetsgemensamma arbetet om en samlad bild av tillståndet i hälso- och sjukvården och blir en naturlig del av analysen om var och hur det är ändamålsenligt för staten att agera för att säkerställa en god vård.

Den huvudsakliga länkningen mellan delarna sker således i den myndighetsgemensamma arbetsgruppen. Här säkerställs att arbetet i funktionens båda delar inte blir parallella spår utan att det i stället leder till ett gemensamt lärande.

En central del i förslaget är även den nedan beskrivna årliga strategiska myndighetsgemensamma dialogen med regeringen. Vi ser att både Vårdanalys uppdrag och den myndighetsgemensamma delen av uppdraget under lednings av Socialstyrelsen är de centrala punkterna vid denna dialog. Det blir därmed också en viktig länk mellan båda dessa delar.

15.4 Gemensam strategisk myndighetsdialog

Utredningen föreslår att funktionens arbete rapporteras och diskuteras vid en särskild årlig myndighetsdialog på temat nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Det är en strategisk dialog som sker mellan myndighetscheferna från berörda myndigheter och ansvarig politisk ledning för hälso- och sjukvårdsfrågor. Dialogen ska ses som ett viktigt bidrag i utformningen av statens hälso- och sjukvårdspolitik. Det underlag som funktionen har tagit fram ska utgöra underlag för diskussionen vid dialogen.

Dagordningen vid varje sådant dialogtillfälle bör utgöras av två huvudpunkter

- uppföljning och analys av statliga initiativ, baserat på redogörelse från Vårdanalys avseende deras arbete med att utföra och utveckla uppföljning och analys av statliga initiativ och bidra till erfarenhetsutbyte och lärande avseende utformning och utveckling av fortsatta initiativ (15.1),

- bild av tillståndet och utmaningarna i hälso- och sjukvården samt områden där staten kan agera för att säkerställa en god vård, baserat på kansliets och arbetsgruppens arbete (15.2).

Den myndighetsgemensamma dialogen med regeringen ser vi som ett nytt sätt att skapa en större samordning i staten. Den årliga dialogen med regeringen blir ett tydligt incitament för myndigheterna att samordna sig för att leva upp till intentionerna.

15.5 Reglering

Den föreslagna organiseringen av funktionen har syftet att skapa förutsättningar för ändamålsenliga statliga initiativ och insatser för att bättre bidra till målen med hälso- och sjukvården. Detta genom en utveckling, samordning och effektivisering av den nationella uppföljningen och analysen.

Vi gör bedömningen att den föreslagna organisationen på sikt bör regleras i berörda myndigheters instruktioner. Det förslag på funktion som vi lägger fram bygger på ett processinriktat arbetssätt som successivt kan utvecklas och förfinas. För detta krävs långsiktiga förutsättningar, vilket en reglering i instruktion är. Eftersom detta förslag, enligt vår bedömning, är ett nytt sätt att organisera på menar vi att det är lämpligt att först pröva och eventuellt justera innan det slås fast. Därför föreslår vi att regeringen i ett första skede styr genom regeringsuppdrag till berörda myndigheter att genomföra gemensamt. Socialstyrelsen bör även ges i uppdrag att inrätta ett kansli till stöd för det myndighetsgemensamma uppdraget. Vi bedömer att regeringsuppdraget till respektive myndighet bör omfatta en period av fyra år, innan det regleras i en förordning.

Kommentarer till förslagen till ändringar i myndigheternas instruktioner

Utredningens förslag innebär att funktionens två huvudsakliga syften ansvarsmässigt delas upp på så sätt att uppgiften att följa upp regeringens satsningar och reformer samlas på Vårdanalys och uppgiften att analysera var behoven av statliga insatser är som störst föreslås utföras av en myndighetsgemensam arbetsgrupp och ett kansli vid Socialstyrelsen.

Reglering i Vårdanalys instruktion

Utöver att ingå i den myndighetsgemensamma arbetsgruppen föreslås Vårdanalys dels vara den myndighet som ska ansvara för uppföljning av statliga insatser och reformer, dels inom sitt verksamhetsområde kontinuerligt utveckla uppföljning och utvärdering av statliga reformer och andra statliga initiativ. Den senare uppgiften föreslås regleras i myndighetens instruktion genom ett tillägg att myndigheten även har till uppgift att:

> inom sitt verksamhetsområde kontinuerligt utveckla uppföljning och utvärdering av statliga reformer och andra statliga initiativ

Reglering i Socialstyrelsen instruktion

Socialstyrelsens uppgift regleras i instruktionen enligt följande:

> Socialstyrelsen ska samordna utvecklingen av den nationella uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvården. Arbetet ska ske i samverkan med andra berörda myndigheter.

Den första meningen speglar det ansvar som Socialstyrelsen föreslås få genom att myndigheten ska inrätta ett kansli. Med andra berörda myndigheter avses de övriga myndigheter som vi föreslår ska ingå i arbetsgruppen. Dessa myndigheter är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forte, IVO, Läkemedelsverket, Vårdanalys, SBU och TLV.

Reglering i övriga myndigheters instruktioner som ingår i arbetsgruppen

I instruktionerna för de övriga myndigheter som ingår i den myndighetsgemensamma arbetsgruppen regleras att respektive myndighet i samverkan med andra berörda myndigheter ska bidra till en samordnad utveckling av den nationella uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvården. Med andra berörda myndigheter avses här E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forte, IVO, Läkemedelsverket, Vårdanalys, Socialstyrelsen, SBU och TLV (undantaget den myndighet vars instruktion det gäller).

15.6 Förstärkt analyskapacitet på Socialdepartementet

Utredningen bedömer att för att den föreslagna utvecklingen av arbetet med nationell uppföljning vid myndigheterna ska få reell effekt behöver förändringar ske i hela kedjan, dvs. förändringar behöver även göras på Regeringskansliet. Det underbyggs av den problembild som utredningen har tagit fram som visar på behov av utvecklad beställar- och mottagarkapacitet i Regeringskansliet samt en utvecklad dialog mellan Regeringskansliet och myndigheterna. Vi föreslår därför en förstärkning av analyskapaciteten vid Socialdepartementet för att möta dessa behov. Syftet är att denna förstärkning ska vara ett stöd vid departementet när det handlar om

1. utformning av överenskommelser och andra statliga initiativ, med syfte att tillförsäkra att de är uppföljningsbara,
2. dialog med myndigheterna avseende dessa frågor,
3. val och utformning av nya policybeslut.

16 Förstärkt stöd till kunskapsbaserat arbete i regioner och kommuner

Utredningen har i uppdrag att vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas. Utredningens tolkning är att uppdraget syftar till att stärka förutsättningarna att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå. Specifikt ska utredningen analysera Kunskapsstödsutredningens förslag om att lagen om läkemedelskommittéer ska upphävas och ersättas av en ny lag om vårdkommittéer. Utredningen ska också se över alternativa handlingsvägar.

Detta kapitel är indelat i två delar. I den första delen presenteras utredningens ställningstaganden avseende Kunskapsstödsutredningens förslag om att lagen om läkemedelskommittéer ska upphävas och ersättas av en ny lag om vårdkommittéer. I den andra delen presenteras utredningens ställningstaganden avseende alternativa handlingsvägar.

16.1 Ställningstagande avseende Kunskapsstödsutredningens förslag om vårdkommittéer

Utredningens bedömning:
Kunskapsstödsutredningens förslagna lag om vårdkommittéer bör inte införas. Lagen om läkemedelskommittéer bör bibehållas.

Utredningens rekommendation:
Varje region bör i reglementet till respektive läkemedelskommitté fastställa arbetsformer, samverkansformer samt sammansättning av ledamöter som tillförsäkrar att läkemedelskommittén utgör en

integrerad del av regionens lokala kunskapsstyrningsorganisation. Regionen bör tillförsäkra att behandlingsrekommendationer och liknande vägledningar som genereras i kunskapsstyrningsarbetet beaktar såväl läkemedel som andra behandlingsformer på ett integrerat sätt. Den kommunala hälso- och sjukvården bör ges möjlighet att på lämpligt sätt delta och bidra i läkemedelskommitténs arbete.

Föreslagen lag om vårdkommittéer bör inte införas

Utredningen har i uppdrag att vidareanalysera Kunskapsstödsutredningens förslag om att inrätta vårdkommittéer (se kapitel 10 och 13). Förslaget presenterades sommaren 2017. Tidpunkten sammanföll med uppstartsfasen i att regionerna beslutade att etablera ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Var och en av de 21 regionerna fattade beslut om inrättande under hösten 2017. Sedan dess har arbetet med att inte bara etablera utan även vidareutveckla systemet pågått i snabb takt. Arbetet innebär att förändringar har skett i hur regionerna arbetar med kunskapsstyrning, inklusive hur de arbetar med att integrera kunskapsstyrning avseende läkemedel och andra behandlingsformer. På nationell nivå har regionernas tidigare etablerade samverkansmodell för läkemedel inlemmats i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning genom inkorporering i den nationella samverkansgruppen för läkemedel och medicinteknik. Samtidigt framgår av regionernas svar på en enkät från utredningen att läkemedelskommittéerna är eller är på väg att bli sammankopplade med den lokala nivån i regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning.

Det finns redan i dag författning som täcker in de grundläggande skyldigheterna att tillämpa vetenskap och beprövad erfarenhet och att bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. Vi kan inte se att det finns någon uttrycklig lucka i de formella kraven på att upprätthålla kvalitet i den vård som ska erbjudas. Föreslagen lag om vårdkommittér skulle inte heller förändra dessa krav. Kunskapsstödsutredningen gjorde själva bedömningen att den föreslagna lagen inte skulle medföra några nya åtagande för regionerna. Lagen syftade till att ändra regionernas arbetssätt, inte

ge dem merarbete. Befintliga resurser skulle användas på ett mer ändamålsenligt sätt.

Vi ställer oss också tveksamma till några av de begrepp som förekommer i den föreslagna lagen om vårdkommittéer då dessa inte har en entydig allmänt erkänd definition och det därför kan uppstå tolkningssvårigheter avseende deras innebörd. Exempel på sådana begrepp är ”nationell kunskapsstyrning” och ”kunskapsstöd”.

I vår analys av den befintliga lagen om läkemedelskommittéer konstaterar vi vidare att lagen ger respektive regioner stort utrymme att själv fastställa bl.a. arbetsformer, samverkansformer och kompetenssammansättning i kommittén. Vi ser inget juridiskt hinder för regionerna att reglera läkemedelskommitténs arbete på ett sätt så att den blir en integrerad del i regionens lokala kunskapsstyrningsorganisation.

Namnet läkemedelskommitté signalerar ett smalare perspektiv än det breda och integrerade sätt vi menar att läkemedelskommittéerna behöver arbeta. Detta ser vi som en svaghet då det finns en risk att berörda parter kan tolka in en frånvaro av krav på integrering dels mellan läkemedel och andra behandlingsformer dels mellan läkemedelskommittén och övriga delar av regionens kunskapsstyrningsorganisation. Vår bedömning är dock att namnet i sig inte är ett tillräckligt starkt vägande skäl för att motivera en ny lagstiftning som går in på den kommunala självstyrelsens område utan att innebära någon skillnad avseende sjukvårdshuvudmännens grundläggande skyldigheter. Lagstiftning kan som instrument ge en tydlig signal om vad regeringen förväntar sig av sjukvårdshuvudmännen. Vi menar dock att denna signal kan, och i detta fall bör, förmedlas på annat sätt.

Utredningen gör bedömningen att det i dagsläget inte finns tillräckliga skäl att ändra lagstiftningen. Bedömning görs särskilt i ljuset av

i) att regionerna nu på eget initiativ har börjat etablera nya arbetssätt som speglar syftet bakom förslaget till vårdkommittéer,

ii) att lagen om vårdkommittéer inte skulle innebära någon skillnad avseende sjukvårdshuvudmännens grundläggande skyldigheter,

iii) att befintlig lag om läkemedelskommittéer inte utgör något juridiskt hinder för regionerna att tillförsäkra att läkemedelskommittén arbetar integrerat med regionernas övriga kunskapsstyrning,

iv) att en ny lag om vårdkommittéer skulle reglera frågor som ligger inom ramen för den kommunala självstyrelsen utan att tillföra någon förstärkning i sak.

Lagen om läkemedelskommittéer bör bibehållas

Vi bedömer vidare att den befintliga lagen om läkemedelskommittéer bör bibehållas. Skälen för utredningens bedömning avseende detta är att läkemedelskommittéerna genom sitt arbete med att tillförsäkra en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning bidrar till patientsäkerheten. Vi vill i sammanhanget betona att en rationell läkemedelsanvändning i praktiken bara kan uppnås om rekommendationer om läkemedelsbehandling utformas med ett helhetsperspektiv där både läkemedel och andra behandlingsformer[1] beaktas.

I dag utgör också lagen i praktiken ett krav på regionerna att organisera åtminstone en viss typ av stöd för lokal kunskapsstyrning. På så sätt stödjer lagstiftningen det gemensamma system för kunskapsstyrning som regionerna håller på att etablera. Staten försäkrar sig också om att i varje fall läkemedelskommittéerna finns kvar som stöd till det lokala förbättringsarbetet oavsett hur framgångsrikt regionerna på sikt förmår etablera och förvalta deras gemensamma system.

Om staten skulle välja att avskaffa lagkravet på läkemedelskommittéer skulle det stå regionerna fritt att välja om de ska ha kvar sin läkemedelskommitté eller ej. Det kan med andra ord innebära att läkemedelskommittéerna skulle avvecklas i vissa eller samtliga regioner. Vi ser i detta flera risker även om sannolikheten för att respektive risk skulle inträffa är svår att bedöma. En risk är att det i många aspekter väl fungerande arbete kommittéerna gör i dag skulle gå förlorat eller bli mindre väl fungerande än i dag. En annan risk är att det skulle leda till en lägre grad av samordning i läkemedelsfrågor över landet och därmed till större ojämlikheter i läkemedelsanvändningen. Det finns även en potentiell risk att avvecklade läkemedelskommittéer skulle påverka kostnadsutvecklingen avseende läkemedel. Staten har i dag starka incitament att kontrollera denna kostnadsutveckling.

[1] Begreppet behandlingsformer använder vi här i bred bemärkelse, dvs. inkluderande exempelvis förebyggande och rehabiliterande insatser.

Varje region bör tillförsäkra att läkemedelskommittén utgör en integrerad del av regionens lokala kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning är ett instrument för sjukvårdshuvudmännen att uppnå en kunskapsbaserad vård. En ändamålsenlig kunskapsstyrning kräver att vägledningar av olika slag beaktar både läkemedel och andra behandlingsformer, i bred bemärkelse, på ett integrerat sätt. En ändamålsenlig kunskapsstyrning kräver också att nationella vägledningar beaktas och anpassas till lokala förutsättningar. Kunskapsstyrningen kräver väl etablerade samarbeten på flera nivåer och mellan många aktörer.

Om läkemedelskommittéerna integreras i regionernas övriga lokala kunskapsstyrningsorganisation kan deras kompetens och verksamhetsnära arbetssätt nyttjas som en resurs för det lokala kvalitets- och förbättringsarbetet. Om läkemedelskommittéerna inte integreras utan tillåts agera som fristående stuprör till regionernas gemensamma kunskapsstyrningssystem finns i stället en risk för motstridiga budskap samt en ineffektiv resursanvändning om maktkamper, dubbelarbete etc. uppstår. Utredningen bedömer det som avgörande för effektiviteten och kvaliteten i kunskapsstyrningsarbetet att regionerna förmår organisera sin lokala kunskapsstyrning på ett ändamålsenligt sätt. Vi har konstaterat att lagen om läkemedelskommittéer ger regionerna utrymme att utforma kommittéernas arbetsformer, samverkansformer och sammansättning av ledamöter så att det blir ändamålsenligt och integrerat med övriga delar av regionens lokala kunskapsstyrningsorganisation. Vi menar att det är mycket angeläget att regionerna nyttjar det utrymmet och tillförsäkrar integrationen. Varje region bör i reglementet till respektive läkemedelskommitté fastställa arbetsformer, samverkansformer samt sammansättning av ledamöter som tillförsäkrar att läkemedelskommittén utgör en integrerad del av regionens lokala kunskapsstyrningsorganisation. Regionen bör tillförsäkra att behandlingsrekommendationer och liknande vägledningar som genereras i kunskapsstyrningsarbetet beaktar såväl läkemedel som andra behandlingsformer, i bred bemärkelse, på ett integrerat sätt. I detta faller självklart även ett ansvar på läkemedelskommittéerna att lyhört anamma ett samverkande arbetssätt som bidrar till en samordnad kunskapsstyrning på både lokal, sjukvårdsregional och nationell nivå. En vård på lika villkor ska erbjudas i hela landet. För att uppnå detta behöver ett löpande arbete bedrivas

för att minska omotiverade skillnader i läkemedelsrekommendationer och den nationella samordningen på området behöver öka.

Den kommunala hälso- och sjukvården bör ges möjlighet att delta i läkemedelskommitténs arbete

Kunskapsstödsutredningens förslag om vårdkommittéer inkluderade även tanken att huvuddelen av kunskapsstödet till kommunerna skulle ske via vårdkommittéerna. Vi instämmer med de remissinstanser som har givit uttryck för att kommunerna har ett eget ansvar som sjukvårdshuvudman och att fokus bör ligga på att stärka kommunerna i den rollen. Vi gör samtidigt bedömningen att kommunernas förmåga att tillhandahålla kvalitativ, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård kommer att vara en förutsättning för att den pågående omställningen mot en mer nära vård ska fungera väl. Det är också helt centralt att regioner och kommuner förmår utveckla sin samverkan. I ljuset av detta bedömer vi att ett stärkt stöd till förbättringsarbetet i kommunerna behöver utformas på flera olika sätt. Ett sätt att stärka kommunerna i sin roll som sjukvårdshuvudman och samtidigt nyttja kunskaperna i läkemedelskommittéerna är att regioner och kommuner utvecklar ett frivilligt samarbete i dessa. Detta bör göras genom att den kommunala hälso- och sjukvården ges möjlighet att på lämpligt sätt delta och bidra i läkemedelskommitténs arbete. Redan i dag deltar representanter för den kommunala hälso- och sjukvården i flera läkemedelskommittéers arbete. Vår rekommendation är att ett sådant samarbete utvecklas i samtliga läkemedelskommittéer.

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

Utredningens förslag:
Staten ska fortsätta stödja och utveckla sitt stöd till lokalt implementerings- och förbättringsarbete i regioner och kommuner. Stödet inriktas på att förbättra förutsättningarna för arbetet. Mer fokus än i dag läggs på stöd till den kommunala hälso- och sjukvården. Ett förstärkt stöd bör bygga vidare på befintliga strukturer. Vid fördelning av riktade medel behöver staten beakta både regioners och kommuners ansvar som sjukvårdshuvudmän.

Utredningens bedömning:
Utredningens förslag bör bl.a. ges uttryck genom följande:

- Staten bör i högre utsträckning än i dag utforma kunskapsstöd med utgångspunkt i den kommunala hälso- och sjukvårdens behov och i nära samarbete med representanter för denna.
- Staten bör stödja kommunernas implementerings- och förbättringsarbete bland annat genom att bidra till att förstärka de regionala samverkans och stödstrukturerna (RSS). Dess kapacitet och långsiktiga förutsättningar kan därigenom öka och hälso- och sjukvårdskompetens i strukturerna förstärkas. Detta bör göras genom att medel avsätts för ändamålet inom ramen för överenskommelser om en god och nära vård.
- Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att till regeringen årligen rapportera samlat om arbetet i kunskapsstyrningsstrukturerna RSS, Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten och Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Rapporteringen bör ge en samlad bild av insatser och utmaningar.
- Det Nationella vårdkompetensrådet vid Socialstyrelsen bör på sin dagordning ta upp och 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.

- Regeringen bör låta utreda frågan om en rättslig reglering som innebär en obligatorisk skyldighet för kommunerna att ha funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Utredningens rekommendation:
Regioner och kommuner bör fortsätta att utveckla sitt samarbete och samverkan avseende kunskapsstyrning. På de områden som bedöms relevanta för samverkan/samarbete bör ett ändamålsenligt sådant tillförsäkras på alla nivåer, dvs. nationell, regional och lokal nivå. Genom detta stärks även de lokala förutsättningarna att arbeta kunskapsbaserat. Regioner och kommuner bör ta ett ömsesidigt ansvar för etableringen av samarbetet.

Utredningen har konstaterat att det finns stöd till lokalt implementerings- och förbättringsarbete i regioner och kommuner. Stödet utgörs av en kombination av olika funktioner. En del av stödet bygger på samarbeten mellan kommuner och/eller regioner. Ett exempel på det är de regionala samverkans och stödstrukturerna (RSS) men det finns även andra samarbeten. Utformningen av stödet anpassas till lokala förhållanden och skiljer sig därmed också åt i utformning och ambitionsnivå. Stöd till lokalt implementerings- och förbättringsarbete behöver samtidigt ses i ett bredare perspektiv där kompetensförsörjningen, med förutsättningar för att rekrytera, behålla och utveckla personal med rätt kompetens, beaktas. Ur detta bredare perspektiv framstår utmaningarna i den kommunala hälso- och sjukvården som särskilt stora.

Staten fortsätter utveckla sitt stöd och mer fokus än i dag läggs på den kommunala hälso- och sjukvården

Vi ser ett fortsatt behov av kvalitetsutveckling i regioner och kommuner, bl.a. genom ett förstärkt lokalt implementerings- och förbättringsarbete. Staten har, utifrån sitt övergripande ansvar för hälso- och sjukvården, ett legitimt intresse av att verka för detta. Mer fokus än i dag behöver läggas på stöd till den kommunala hälso- och sjukvården. Behovet av ett ökat fokus på detta bör ses i ljuset av dels att utmaningarna i den kommunala hälso- och sjukvården framstår som särskilt stora sett ur det bredare perspektivet att upprätthålla

kompetensförsörjningen i stort, dels att utmaningarna måste mötas på ett adekvat sätt för att omställningen mot en mer nära vård ska fungera väl.

Vi anser vidare att staten bör stödja det lokala implementerings- och förbättringsarbetet genom att bygga vidare på befintliga strukturer. Det innebär också att vi bedömer att det finns andra verktyg än den föreslagna lagen om vårdkommittéer som har större potential att bli verkningsfulla.

Staten bör även i högre utsträckning än i dag utforma kunskapsstöd med utgångspunkt i den kommunala hälso- och sjukvårdens behov och i nära samarbete med representanter för denna. En hel del arbete pågår redan på området, bl.a. på Socialstyrelsen. Vi menar att arbetet bör fortsätta utvecklas i denna riktning.

De statliga myndigheterna har en rad verktyg av skiftande karaktär till sitt förfogande (se kapitel 4). Flera av dessa verktyg kan staten använda för att bidra till förutsättningar för lokalt implementerings- och förbättringsarbete. Det ligger i sakens natur att det operativa implementerings- och förbättringsarbetet bedrivs av sjukvårdshuvudmännen (eller genom deras försorg om det är privata utförare).

Utredningen vill framhålla att det är angeläget att staten i prioritering och utformning av sina insatser beaktar att både regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvård samt att sjukvårdshuvudmännen har olika förutsättningar och behov. Vi menar att det bl.a. behöver ta sig uttryck i att statliga medel som satsas på reformer inom hälso- och sjukvården, till exempel inom ramen för överenskommelser, fördelas till både regioner och kommuner. Vikten av att se och stödja den kommunala hälso- och sjukvårdens behov blir särskilt tydlig i ljuset av omställningen mot en mer nära vård. Kompetensförsörjningen – förmågan att såväl attrahera, rekrytera, behålla som utveckla den kompetens som verksamheten behöver – blir central för verksamheterna.

Kunskapsstyrning, inklusive lokalt förbättringsarbete som handlar om kvalitetsutveckling på den lokala nivån, utgör en integrerad del av detta. Det är områden som regeringens satsningar – överenskommelser med SKR samt uppdrag till myndigheter – redan berör om än ofta med en annan etikett än kunskapsstyrning eller lokalt implementerings- och förbättringsarbete. Vi menar att staten bör fortsätta stödja omställningen och i det arbetet inkludera mer stöd än i dag till sjukvårdshuvudmännens förutsättningar att utveckla sin

kunskapsstyrning. Särskilt angeläget är att stödja kommunerna i detta. Stöd till kommunal hälso- och sjukvård bör vara en central del av stödet till en omställning mot en mer nära vård.

Staten bör bidra till förstärkt kapacitet och långsiktiga förutsättningar i de regionala samverkans och stödstrukturerna

En viktig stödstruktur för den lokala kunskapsstyrningen, inklusive det lokala implementerings- och förbättringsarbetet, i flera kommuner är de regionala samverkans och stödstrukturerna (RSS). Även om strukturen varierar i utformning och funktion i olika delar av landet så är RSS den i kommunerna mest utvecklade befintliga strukturen i vilken kommunerna samverkar med varandra och regioner om kunskapsstyrning inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. RSS utgör genom detta en resurs även för staten. Dels är det en kanal genom vilken staten kan föra dialog med kommunerna, dels kan staten kanalisera stöd avsett för kommunerna till eller genom dessa.

Att den lokala kunskapsstyrningen fungerar väl är också angeläget för att tillförsäkra ett ändamålsenligt samarbete på området med regionerna och som central del i kommunernas löpande arbete med kompetensförsörjning. En väl fungerande kunskapsstyrning i kommunerna kommer vara särskilt viktigt i omställningen mot en mer nära vård. Mot bakgrund av detta menar vi att staten bör stödja kommunernas implementerings- och förbättringsarbete bland annat genom att bidra till att förstärka RSS-strukturerna. Dess kapacitet och långsiktiga förutsättningar kan därigenom öka och hälso- och sjukvårdskompetens i strukturerna förstärkas. Detta bör göras genom att medel avsätts för ändamålet inom ramen för överenskommelser om en god och nära vård. RSS-strukturerna nyttjas redan i dag i överenskommelsen om god och nära vård 2020. Av styrelsebeslut från SKR avseende överenskommelsen om god och nära vård 2020 framgår att stimulansmedel till kommunerna betalas ut till RSS-strukturerna där kommunerna eller annan ansvarig huvudman för den kommunala hälso- och sjukvården ska ha stor påverkansmöjlighet avseende hur medlen ska användas.[2] Vi menar att framtida överenskommelser om god och nära vård bör tillåta att en andel av

[2] skr.se/download/18.47edd5e216ffdb5867cd6b77/1580981983734/Overenskommelse%20God-och-nara-vard%202020.pdf (hämtad 20.04.06).

de medel som avsätts för olika typer av kompetensstärkande insatser används för att stärka kapaciteten och de långsiktiga förutsättningarna liksom hälso- och sjukvårdskompetensen i RSS.

Uppdrag till Socialstyrelsen

Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att till regeringen årligen samlat rapportera om arbetet i kunskapsstyrningsstrukturerna RSS, Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten och Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Rapporteringen bör ge en samlad bild av insatser och utmaningar. Rapporteringen bör inkludera en tydlig redovisning av insatser till stöd för kunskapsstyrning i den kommunala hälso- och sjukvården. Syftet med rapporteringen är att få en samlad bild av de statliga insatser som görs för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård oavsett huvudman samt dess relation till socialtjänsten, vilket kan bidra till förbättrade beslutsunderlag inför nya beslut om statligt agerande på området. En väl avvägd ambitionsnivå i rapporteringen tar hänsyn både till regeringens behov av samlad överblick och vikten av att inte belasta de organ som rapporteringen avser med onödig rapporteringsbörda.

Det Nationella vårdkompetensrådet bör stödja professionernas praktiska förutsättningar för livslångt lärande

Regioner och kommuner har ett ansvar för kunskapsstyrning och lokalt förbättringsarbete i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården. Samtidigt har hälso- och sjukvårdspersonalen ett personligt ansvar för att de utför sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det finns med andra ord både ett arbetsgivar- och ett arbetstagaransvar relaterat till att aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet tillämpas. Oavsett om det finns någon kommitté som kan ge stöd till lokalt implementerings- och förbättringsarbete eller inte – och oaktat namn på denna – så är det till syvende och sist i den operativa verksamheten som ny kunskap implementeras och förbättringsarbete sker. 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.

Att få de praktiska förutsättningarna på plats på ett optimalt sätt är komplext. Frågan handlar både om sjukvårdshuvudmännens och hälso- och sjukvårdspersonalens förutsättningar att leva upp till sina respektive ansvar. Från sjukvårdshuvudmännens perspektiv kan det till exempel röra arbetsmarknadens utbud av legitimerad personal, arbetsgivarens attraktivitet, tillgängliga ekonomiska resurser, behovet av prioriteringar i relation till andra offentliga åtaganden etc. Från hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv rör det bl.a. tillgång till kvalitetssäkrade och relevanta kunskapsunderlag samt tid att hålla sig uppdaterad på aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet i form av fort- eller vidareutbildning, kompetensutveckling på arbetsplatsen eller liknande.

Vi bedömer att den problematik avseende bristande förutsättningar som professionsföreträdare beskriver är reell och den oro för situationen som flera professionsföreträdare ger uttryck för därför är legitim. 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. Vi menar att professionernas praktiska förutsättningar att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet måste uppmärksammas mer än de gör i dag. Sannolikt krävs insatser från flera håll. Både individen, staten och vårdgivarna/sjukvårdshuvudmännen behöver samverka för att åstadkomma resultat. Det nyligen inrättade Nationella vårdkompetensrådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom vården.[3] Vi menar att hälso- och sjukvårdspersonalens praktiska förutsättningar att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet är ett grundläggande behov för att tillförsäkra kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården. Därför bör frågan behandlas inom det Nationella vårdkompetensråd som nyligen har inrättats och som kommer att arbeta med kompetensförsörjningsfrågorna löpande under en längre tid framöver.

[3] www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/nationella-vardkompetensradet/ (hämtad 20.03.31).

Regeringen bör låta utreda frågan om obligatorisk MAR

Det har till utredningen framförts att det borde läggas ett förslag på en rättslig reglering som innebär en obligatorisk skyldighet för kommunerna att ha en MAR på motsvarande sätt som kommunernas skyldighet att ha en MAS. I dialogen har bl.a. lyfts att tillgången till rehabiliterande kompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården, och därmed individers tillgång till rehabiliterande insatser, varierar över landet samt att det finns större möjligheter att säkerställa de hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande insatserna i en verksamhet om också MAR, inte enbart MAS, finns i verksamheten. Centralt i dialogen om förslaget har också varit sambandet mellan tidiga förebyggande och rehabiliterande insatser till sköra personer, exempelvis äldre, och behovet av sociala omsorgsinsatser.

Utredningens bedömning är att det är angeläget att rehabiliterande, liksom medicinsk, kompetens finns i alla kommuner och att personal med den kompetensen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete. En god vård förutsätter tillgång till och samarbete mellan samtliga professioner inom hälso- och sjukvården. Behovet av rehabiliterande kompetens blir särskilt viktig i ljuset av den demografiska utvecklingen samt omställningen mot en nära vård där kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar hamnar allt mer i fokus. Vi ser att det i detta sammanhang finns potentiellt stora vinster med ett välfungerande rehabiliteringsarbete både från individens perspektiv då denne längre eller i större utsträckning klarar att leva ett självständigt liv och från ett samhällsekonomiskt perspektiv då kostnaderna för social omsorg kan minska.

Inom ramen för utredningen har vi, utifrån vårt direktiv, tittat på frågan utifrån frågeställningen om detta vore ett effektivt sätt att stärka vårdens förbättringsarbete. Vårt fokus har vidare särskilt varit att titta på strukturella åtgärder för att stärka det lokala implementerings- och förbättringsarbetet. Vi bedömer det som möjligt att en obligatorisk MAR-funktion skulle kunna bidra till ett stärkt sådant arbete i kommunerna. Samtidigt menar vi att frågan om en sådan eventuell reglering bör belysas ur ett bredare perspektiv än lokalt implementerings- och förbättringsarbete. Den behöver också analyseras på djupet.

I ljuset av vårt direktiv har vi valt att inte analysera en eventuell MAR-reglering på djupet. Detta gör vi utifrån två skäl. Den första är att en sådan eventuell reglering berör många fler aspekter av hälso- och sjukvården än det lokala implementerings- och förbättringsarbetet. Den andra är att vi bedömer att det finns andra åtgärder som skulle ha större strukturell effekt på just detta arbete.

Vi menar dock att regeringen bör låta utreda förslaget om en rättslig reglering som innebär en obligatorisk skyldighet för kommunerna att ha en MAR. Ändamålsenligheten bör analyseras ur ett bredare perspektiv än ramarna för vår utredning tillåter. Analysen bör göras utifrån ett brett perspektiv och i ljuset av den demografiska utvecklingen samt omställningen mot en mer nära vård. Det breda perspektivet bör bl.a. ta sig uttryck i beaktande av värdet av personcentrering, kommunernas ansvar för både hälso- och sjukvård och socialtjänst samt av hälsoekonomiska analyser som belyser effekter på såväl individer som välfärdssystem.

Regioner och kommuner bör – med ömsesidigt ansvar – fortsätta att utveckla sitt samarbete och samverkan avseende kunskapsstyrning

Som sjukvårdshuvudmän har såväl regioner som kommuner ett ansvar att arbeta med kunskapsstyrning, inklusive lokalt förbättringsarbete. Inom flera sakområden har regioner och kommuner samma behov av kunskapsstöd men utifrån olika praktiska förutsättningar och roller. Exempel på sådana områden är barn och unga, äldre, psykisk ohälsa, avancerad sjukvård i hemmen etc. Regionerna håller på att etablera ett mellan regionerna gemensamt system för kunskapsstyrning (se kapitel 7). Kommunerna har en egen struktur för samarbete kommunerna emellan i kunskapsstyrningsfrågor (se kapitel 8). Vi ser i dag ett visst samarbete regioner och kommuner emellan. Exempelvis har kommunala representanter inkluderats i några av de nationella programområdena inom regionernas gemensamma system. Det finns också flera exempel på lokala samarbeten mellan kommuner och regioner ute i landet. Vi menar att det samarbetet behöver utvecklas och förstärkas. Det behövs ett fortsatt arbete med att identifiera ytterligare områden som är relevanta för samarbete/samverkan. Dessa områden kan förändras över tid. För att samarbetet inom dessa områden ska bli till gagn inte bara på övergripande nivå utan även för det lokala förbättringsarbetet behöver samarbete tillför-

säkras i hela kedjan från nationell till lokal nivå. Det innebär att regioner och kommuner behöver hitta samarbetsformer såväl nationellt, regionalt som lokalt. Som sjukvårdshuvudmän med eget ansvar för sin kunskapsstyrning bör regioner och kommuner ta ett ömsesidigt ansvar att tillförsäkra etableringen av ett sådant samarbete. Enligt utredningens bedömning är det inte problematiskt att regioner och kommuner bygger upp och verkar i olika grundläggande strukturer för kunskapsstyrning så länge dessa strukturer kan kroka arm och samarbeta i de frågor som är av gemensamt intresse.

17 Långsiktiga förutsättningar för ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Utredningens förslag:
För att skapa långsiktiga förutsättningar för ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård ska en 10-årig överenskommelse slutas mellan staten, regionerna och kommunerna. Det yttersta syftet är att nå målen med hälso- och sjukvården och därmed ett ökat värde för patienterna.

Överenskommelsen ska inkludera några centrala utgångspunkter avseende målbild och prioriterings- och arbetsprocesser. I överenskommelsen kan också centrala, gemensamma utmaningar att arbeta med slås fast. Strukturerad samverkan mellan aktörerna i syftet att skapa en strategi för ömsesidigt nyttjande av data bör utgöra en sådan gemensam utmaning att arbeta med. Den bör inkluderas i överenskommelsen.

Redan när överenskommelsen formuleras beaktas utvärderingsperspektivet och den följs sedan upp av den myndighet som regeringen beslutar.

Utredningens bedömning:
Regeringen bör genom sin myndighetsstyrning bättre stödja en utveckling mot ett mer sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Centralt i detta är

- att utgå från helheten, exempelvis att beakta att både regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvård,
- att styrningen är långsiktig och strategisk,
- att styrningen är samordnad, samt

– att styrningen är balanserad och ger myndigheterna utrymme att verka inom ramen för sina instruktioner.

Utredningen anser att våra huvuduppdrag rör viktiga delar av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Utredningen använder en bred definition av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård och avser med det att hälso- och sjukvårdssystemets olika delar gemensamt verkar för att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård på alla nivåer. Om detta system som helhet fungerar väl ökar förutsättningarna för att de insatser som görs – baserat på den nationella uppföljningen eller i syfte att stärka vårdens förbättringsarbete – får bästa möjliga effekt. Utredningen ser att det görs mycket viktigt utvecklingsarbete inom staten, regionerna och kommunerna. Om aktörerna i högre grad skulle driva utvecklingen tillsammans som ett sammanhållet system är vår bedömning att värdet för patienters skulle öka och resurser skulle frigöras. I ett sådant system ökar förutsättningarna för att säkerställa att aktörerna totalt sett arbetar med de viktigaste frågorna för att nå målen med hälso- och sjukvården och att de olika aktörernas kompetens och resurser används på ett ändamålsenligt sätts, samtidigt som dubbelarbete undviks.

Som beskrivs i utredningens analys (se kapitel 14) ser vi några centrala faktorer som aktörerna behöver enas omkring för att systemet ska bli sammanhållet och arbeta mot målen i hälso- och sjukvården på ett resurseffektivt sätt. Faktorerna rör målbild samt prioriterings- och arbetsprocesser. Aktörerna i systemet – staten, regionerna och kommunerna – arbetar alla redan på olika sätt med dessa frågor. Just nu befinner vi oss i ett skede där regionerna sedan några år tillbaka har formerat sig i ett gemensamt system för kunskapsstyrning, staten har genom Rådet för styrning med kunskap inlett ett närmare samarbete om dessa frågor och kommunerna utvecklar sitt samarbete genom bl.a. de regionala samverkans- och stödstrukturerna. Därutöver finns initiativ till samarbeten på nationell nivå mellan aktörerna såsom Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning i socialtjänsten. Om utvecklingen inte sker samordnat riskerar dock systemet att inte fungera optimalt totalt sett. Vi menar därför att det finns ett värde i att förstärka och utveckla detta arbete till en helhet.

För att få detta att ske anser utredningen att det krävs en långsiktig inramning av systemet där ett samspel mellan aktörerna främjas för att skapa en helhet som hänger ihop och får möjlighet att utvecklas över tid. Utredningen föreslår att detta skapas genom en överenskommelse mellan staten, regionerna och kommunerna. Utredningen anser även att regeringens styrning av myndigheterna skulle kunna utvecklas för att bättre stödja en utveckling mot ett mer sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.

17.1 Långsiktiga förutsättningar genom en överenskommelse

För att skapa långsiktiga förutsättningar för att utveckla ett nationellt sammanhållet system som på ett effektivt sätt arbetar mot målen med hälso- och sjukvården föreslår utredningen att inriktningen bör stadfästas i en överenskommelse. Det rimmar väl med de skrivningar som finns i överenskommelser mellan regeringen och SKR för 2019 där det bl.a. framgår att en strävan under de kommande åren är att stärka samverkan mellan regioner och kommuner i syfte att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg. Det rimmar också med skrivningarna i budgetpropositionen för 2020[1], där regeringen gör bedömningen att det kommer att krävas ett hållbart och långsiktigt engagemang från alla ingående aktörer för att garantera en mer kunskapsbaserad och jämlik vård för patienterna.

En 10-årig överenskommelse bör slutas mellan staten, regionerna och kommunerna. Att överenskommelsen föreslås vara 10-årig ska ses som en signal att detta är ett långsiktigt arbete och att berörda parter kan känna tillit till varandra att alla arbetar åt samma håll. Efter tio år bör en rimlig målbild vara att man har kommit så långt att detta är ett naturligt sätt att arbeta på. Avsikten är att överenskommelsen följs upp kontinuerligt under de 10 åren så att man successivt kan dra lärdom av det man har gjort. Överenskommelsen bör bygga på några värden och principer som parterna kommer överens om att eftersträva. Det handlar i stort om att utgångspunkten är att alla arbetar i ett gemensamt system, mot målen med hälso- och sjukvården. Dialog ser vi också som en viktig del för att åstadkomma ett sammanhållet system. Hur samarbetsformer och dialog ska se ut bör

[1] Prop. 2019/20:1 *Budgetpropositionen för 2020.* Utgiftsområden 9. Hälso- och sjukvårdspolitik.

också slås fast i överenskommelsen. Vi menar att det är angeläget att dialogformer skapas för överenskommelsen som på ett ändamålsenligt sätt ger utrymme för både politisk dialog mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen och dialog på tjänstemannanivå. Det primära med överenskommelsen är att slå fast förutsättningar och principer för ett gemensamt arbete, inte att tillföra medel. För att överenskommelsen ska bli verkningsfull och upplevas som ett stöd är det också viktigt att andra överenskommelser förhåller sig till det som läggs fast i den. Annars riskerar överenskommelserna att ge splittrade signaler.

Vi bedömer att en överenskommelse som stödjer ett nationellt sammanhållet system kan bidra till att förutsättningarna ökar för att de beslut som fattas på alla nivåer – från mötet mellan patienter och professioner till regeringsnivå – blir kunskapsbaserade.

Faktorer som föreslås ingå i överenskommelsen

1. Den gemensamma målbilden, dvs. en formulering av vad de gemensamma målen med hälso- och sjukvården innebär för de olika aktörernas ansvar, roller och verksamheter.
2. Processer och strukturer för hur frågor och behov ska prioriteras i systemet som helhet för att nå målen. Man måste exempelvis säkerställa att den kommunala kontexten adresseras i högre utsträckning än i dag.
3. Former för hur resurser och kompetens kan användas på ett ändamålsenligt sätt i systemet, vilket innefattar
   - att se över hur man kan skapa en gemensam strategi för ömsesidigt nyttjande av data.
   - att utforma processer där man använder myndigheternas specialiserade metodkompetens och huvudmännens sakkunskap på ett mer integrerat sätt än i dag när kunskap genereras, tillämpas och följs upp.

Att komma överens om dessa former är enligt utredningen centralt för att systemet ska bli sammanhållet och arbeta effektivt mot målen. Att formerna stadfästs i en överenskommelse ger en tydlig signal om inriktningen till alla aktörer i systemet och skapar långsiktiga förut-

sättningar för aktörerna att arbeta och utveckla sin verksamhet enligt dem, då man kan vara trygg med att övriga aktörer gör detsamma. Det ger även en riktning för fortsatt arbete i olika samverkansarenor såsom Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård samt gör att drivkraften för arbetet blir mindre personberoende.

Redan när överenskommelsen formuleras bör utvärderingsperspektivet beaktas. Den bör följas upp av den myndighet som regeringen beslutar. Utredningen menar att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är en lämplig myndighet, i enligt med utredningens förslag i kapitel 15.

17.2 Myndighetsstyrning som stödjer ett sammanhållet system

Regeringen har i budgetpropositionen för 2020 slagit fast att det är angeläget att regeringens styrning av statsförvaltningen även fortsättningsvis är långsiktig, strategisk, helhetsinriktad, sammanhållen, verksamhetsanpassad och tillitsbaserad. Utredningen instämmer i den bedömningen och anser att den rimmar väl med hur myndighetsstyrningen bör fungera för att stödja såväl helheten som delarna i ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård.

Vi vill understryka några aspekter som vi ser som särskilt viktiga. Den första är helhetsperspektivet, exempelvis att hälso- och sjukvården bedrivs av både regioner och kommuner som sjukvårdshuvudmän och där staten har ett övergripande ansvar. Utgångpunkten i regeringens styrning måste vara att beakta denna helhet, t.ex. i utformandet av överenskommelser och i uppdrag till myndigheter. Den yttersta anledningen till att detta perspektiv är så viktigt är att hälso- och sjukvården ska fungera för patienterna. Patienter, och då särskilt den stora mycket utsatta gruppen av sköra äldre, rör sig ofta mellan dessa huvudmän. Hälso- och sjukvården behöver fungera i hela kedjan.

Styrningen bör eftersträva att vara långsiktig och strategisk. Detaljstyrning bör undvikas, såvida det inte finns tydliga skäl till detta. Det handlar om att ge förutsättningar att verka som en del i en helhet.

Vidare är det av vikt att styrningen är samordnad, så att det inte ges motsägelsefulla eller överlappande signaler från staten. Samordning behöver bl.a. ske för att staten ska vara en tydlig part gentemot

regioner och kommuner och för att verksamheten ska vara effektiv och ändamålsenlig. Det illustreras t.ex. i förordning om statlig styrning med kunskap i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.[2] Där ställs det krav på behovsanpassning, samordning och effektivitet. Perspektivet för den statliga kunskapsstyrningen är hela tiden att förenkla för att på den lokala nivån, i patientmötet, kunna ta del av och tillämpa den bästa tillgängliga kunskapen. Samordning är särskilt viktigt när myndigheterna vänder sig mot samma målgrupper.

Den del av vårt uppdrag som handlar om nationell uppföljning har ett tydligt fokus på samordningen i staten. Baserat på vad vår kartläggning visar menar vi att det i det här sammanhanget också är viktigt att regeringen mer samlat ser över sina behov av uppföljning och de styrsignaler som regeringen sänder till sina myndigheter. Vi menar därför att regeringen behöver se över sin styrning i samband med att ett förnyat grepp tas om en mer samordnad uppföljning. Det handlar också om att styrningen ska vara balanserad och ge myndigheterna utrymme att verka inom ramen för sina instruktioner och inte försvåras av en för stor mängd regeringsuppdrag.

Dialogen mellan myndigheterna och regeringen ser vi som en viktig del i styrningen. Det kan bl.a. handla om att använda dialoginstrumentet på ett delvis nytt sätt. Vårt förslag om en strategisk myndighetsgemensam dialog ser vi som ett delvis nytt sätt att använda dialogen, som också kan bidra till ökad samordning. En annan aspekt som flera myndigheter har gett uttryck för är behovet av att bättre förstå vad regeringen vill åstadkomma. I den förvaltningspolitiska propositionen från 2010 kan man läsa att kontakter mellan Regeringskansliet och andra myndigheter är viktiga inslag i en effektiv förvaltning och bör syfta till informations- och kunskapsutbyte samt förtydliganden av regeringens styrning. Vi vill understryka vikten av detta.

[2] Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap i hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

18 Ikraftträdande

Utredningens förslag:
Den ändrade bestämmelsen i 3 § förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård och omsorgsanalys föreslås träda i kraft den 1 april 2021.

Förslaget att i 6 a § i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen upphäva kravet att myndigheten ska lämna en årlig lägesrapport till regeringen avseende tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, föreslås träda i kraft den 1 januari 2022.

Den nya bestämmelsen i 4 a § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen föreslås träda i kraft den 1 januari 2025.

De ändrade bestämmelserna i förordningarna med instruktioner för berörda myndigheter föreslås träda i kraft den 1 januari 2025.

Skälen för utredningens förslag:

Utredningen föreslår att instruktionen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fr.o.m. den 1 april 2021 kompletteras med uppgiften att myndigheten inom sitt verksamhetsområde kontinuerligt ska utveckla uppföljning och utvärdering av statliga reformer och andra statliga initiativ. Vi bedömer att detta är tidigast möjliga datum för ikraftträdande.

Utredningen föreslår vidare att Socialstyrelsens uppdrag att årligen lämna en lägesrapport till regeringen avseende tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård ska upphöra fr.o.m. den 1 januari 2022. Vi bedömer att detta är tidigast möjliga årsskifte för ikraftträdande.

Mot bakgrund av att utredningen föreslår att funktionen inledningsvis, under 4 år, ska regleras genom regeringsuppdrag så bedömer utredningen att det inte krävs något ytterligare förberedelsearbete när verksamheten därefter övergår till permanenta uppdrag. Uppdraget ska efter dessa inledande 4 år regleras i berörda myndigheters instruktioner. Det utrednings- och förberedelsearbete som Socialstyrelsen behöver göra när det gäller att bemanna kansliet och hitta former för arbetet tillsammans med arbetsgruppen bedömer utredningen kan ske inom ramen för regeringsuppdraget. Mot bakgrund av att regeringsuppdraget föreslås omfatta fyra år föreslår utredningen att bestämmelserna relaterade till att permanenta detta uppdrag ska träda i kraft den 1 januari 2025. Bestämmelserna relaterade till att permanenta uppdraget är dels den nya bestämmelsen i 4 a § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen, dels ändrade bestämmelser i förordningarna med instruktioner för berörda myndigheter. Med berörda myndigheter avses här E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Förslagen bedöms inte kräva någon övergångsreglering.

19 Konsekvensbeskrivning

19.1 Jämlik vård av god kvalitet och ett effektivt resursutnyttjande

Utredningens överväganden och förslag har primärt två syften. I fortsättningen benämner vi dessa förslag. Förslagen syftar dels till 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. Om staten och de båda sjukvårdshuvudmännen arbetar tillsammans, i enlighet med utredningens förslag om ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård, kan också förutsättningarna för ett effektivt resursutnyttjande och en långsiktig utveckling mot en jämlik vård av god kvalitet optimeras. Utredningens samlade förslag, bedömningar och rekommendationer bidrar på så sätt till att nå målen med hälso- och sjukvården och därmed skapa värde för patienten.

Utredningens förslag innebär ingen grundläggande förändring i statens, regionernas eller kommunernas ansvar eller uppgifter. Däremot syftar utredningens förslag till att stärka samarbetet och samverkan aktörerna emellan. I utredningens förslag om en statlig funktion för nationell uppföljning ligger en styrning mot ett mer effektivt och ändamålsenligt samarbete de statliga myndigheterna emellan. I utredningens förslag om att stärka förutsättningarna att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå finns tydliga signaler om vikten av samverkan regioner och kommuner emellan, men även vikten av att staten är lyhörd för skiftande behov i regioner och kommuner och anpassar sitt agerande därefter. I utredningens förslag om ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård betonas vikten av att alla aktörer i hälso-och sjukvårdssystemet, och på alla nivåer, arbetar tillsammans mot en gemensam målbild, de i hälso- och sjukvårdslagen

stadgade målen. Det handlar i korthet om att nå en mer jämlik vård av god kvalitet och samtidigt uppnå ett mer effektivt resursutnyttjande.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Genom ett mer samordnat agerande, såväl inom staten som mellan de olika aktörerna, och bättre förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner att arbeta kunskapsbaserat kommer ökad jämlikhet och ökad kvalitet bättre kunna uppnås utan att nya resurser tillförs. Det handlar om att använda resurserna smartare. I hälso- och sjukvårdens verksamhet bör det bl.a. medföra bättre behandlingsresultat, färre vårdskador och mer effektiv läkemedelsanvändning. På nationell nivå handlar det bl.a. om att rätt aktör gör rätt insats vid rätt tid, vilket minskar dubbelarbete och onödigt utdragna utvecklingsprocesser. Att rätt kompetens används på rätt ställe och i rätt tid optimerar användningen av befintliga resurser. Sammantaget bedömer utredningen att förslagen kommer att ha en positiv effekt på samhällsekonomin.

Olika aspekter av jämlik vård

Utredningens förslag bedöms, som nämnts ovan, på olika sätt bidra till en mer jämlik vård. Jämlik vård inkluderar flera aspekter av jämlikhet, såsom geografisk jämlikhet (likvärdigt över landet, givet behov), jämlikhet mellan befolkningsgrupper (likvärdigt mellan kön, ålder, socioekonomi etc., givet behov) och att de med störst behov ska prioriteras. På så sätt har förslagen också en positiv effekt på hälso- och sjukvårdsrelaterade aspekter av jämställdhet mellan kvinnor, män, flickor och pojkar. Det har på samma sätt en sådan positiv effekt på hälso- och sjukvårdsrelaterade aspekter av integration. Till exempel kan den föreslagna funktionen i sitt arbete med uppföljning och analys av hälso- och sjukvården fördjupa och förfina analysen avseende olika delar av landet samt patienters bakgrundsfaktorer såsom kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet. Regeringen får då bättre möjligheter att vidta relevanta åtgärder för att komma tillrätta med omotiverade skillnader. Likaså kan bättre förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå leda till anpassade implementeringsstrategier för särskilda grupper. Genom att skapa långsiktiga förut-

sättningar för ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård ökar möjligheterna att prioritera de frågor som är viktigast för att nå målen. Genom utredningens förslag ökar förutsättningarna för regeringen att styra mer strategiskt, kunskapsbaserat och långsiktigt hållbart. Staten får bättre beslutsunderlag inför ställningstaganden avseende var behovet av statliga insatser är som störst för att nå en god vård.

Inga konsekvenser på flera områden

Utredningens förslag innebär inte att regioner och kommuner får några nya uppdrag eller något nytt ansvarsområde. Inte heller föreslås detaljreglering på något område som tidigare gett utrymme för flexibilitet utifrån lokala eller regionala förutsättningar. Utredningen menar därmed att förslagen inte medför några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Utredningen ser inte heller att utredningens förslag kommer att påverka brottslighet eller det brottsförebyggande arbetet, sysselsättning, offentlig service eller små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag. Inte heller ser utredningen att förslagen har några konsekvenser för miljön eller EU-rätten.

19.2 Kostnadskonsekvenser för staten

En statlig funktion för nationell uppföljning och analys

Utredningens förslag avseende en statlig funktion för nationell uppföljning innehåller flera olika delar. Alla delar medför inte kostnadskonsekvenser. I det följande beskriver vi vilka kostnadskonsekvenser vi bedömer att de olika delarna av förslaget innebär. Vi ser ingen påverkan på statens eller myndigheternas intäkter. I samband med beskrivningen av kostnadskonsekvenser lämnar vi även förslag avseende hur dessa kan finansieras.

Vårdanalys ska följa regeringens satsningar och reformer

Följa regeringens reformer och satsningar på området. Uppgiften att följa upp regeringens satsningar och reformer samlas på en myndighet – Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Myndigheten får också i uppgift att utveckla uppföljning och analys av statliga initiativ, vilket regleras i instruktionen, samt bidra med ett lärande när det gäller utformning och utveckling av fortsatta initiativ.

Utredningens förslag i denna del innebär resursmässigt att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) får två uppgifter som påverkar resursbehovet

1. följa upp fler av regeringens satsningar och reformer än i dag samt
2. utveckla uppföljning och analys av statliga initiativ och bidra med lärande när det gäller utformning och utveckling av fortsatta initiativ.

Tabell 19.1 Kostnadsbedömningar Vårdanalys

Förslag	Kostnadsbedömning För beräkningar se tabell 19.6
1. Följa upp fler av regeringens satsningar och reformer än i dag.	Kostnadsneutralt för staten. Finansiering till Vårdanalys i regeringsuppdrag och på sakanslag.
2. Utveckla uppföljning och analys samt bidra med lärande.	2 årsarbetskrafter permanent förstärkning och 1 extra årsarbetskraft för uppstartsarbete under år ett.

Följa upp fler av regeringens satsningar och reformer än i dag

Myndigheten gör redan i dag denna typ av uppdrag. De har i sin instruktion uppgiften att på regeringens uppdrag bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ. Utredningens förslag handlar om att regeringen mer konsekvent ska lägga denna typ av uppdrag på Vårdanalys i stället för att sprida uppdragen på flera myndigheter. I dag ges denna typ av uppdrag i regel i form av regeringsuppdrag där särskilda medel avsätts för ändamålet. Eftersom utredningens förslag handlar om vilken myndighet som ska utföra uppdraget men inte i

sig innebär att fler uppföljningar ska göras så är denna del av utredningens förslag kostnadsneutralt för staten. För Vårdanalys blir det dock i praktiken en resursförstärkning. Resursförstärkningen tilldelas i respektive regeringsuppdrag. Utredningen menar att resurser kan tilldelas Vårdanalys enligt samma princip som i dag, dvs. via sakanslag inom ramen för medel som avsatts för initiativet. Vi vill dock understryka vikten av att regeringsuppdragen ges med full kostnadstäckning så att den egeninitierade verksamhet som myndigheten också enligt sin instruktion ska bedriva inte trängs undan av de nya uppdragen. Det är angeläget att regeringen motverkar en sådan potentiell undanträngningseffekt som annars kan inverka negativt på myndighetens nuvarande arbete, som vi från utredningens sida ser behov av att bibehålla.

Utredningen är medveten om att resurstilldelning som sker för specifika regeringsuppdrag skapar en betydande utmaning för myndigheterna avseende deras möjligheter att tillförsäkra en långsiktig och strategisk kompetensförsörjning då medel för regeringsuppdrag tilldelas för specifika kalenderår. Mot bakgrund av detta anser utredningen att regeringen på sikt också bör överväga ett mer permanent uppdrag med permanent finansiering till myndigheten att ansvara för uppföljning av statliga initiativ i form av överenskommelser. Det är sådana initiativ som vi ser är mest frekventa och som återkommer regelbundet. Andra statliga initiativ bedömer vi även fortsättningsvis bör ges som särskilda regeringsuppdrag.

Utveckla uppföljning och analys av statliga initiativ samt bidra med lärande när det gäller utformning och utveckling av fortsatta initiativ

Utredningen bedömer att Vårdanalys bör ges en permanent resursförstärkning på två årsarbetskrafter för de delar av utredningens förslag som innebär att Vårdanalys ska stärka sitt arbete med att utveckla uppföljning och analys av statliga initiativ samt bidra med lärande när det gäller utformning av fortsatta initiativ. Vi anser vidare att Vårdanalys bör ges en extra resursförstärkning på en extra årsarbetskraft under det första året. Denna extra resursförstärkning ser vi motiveras ur behovet av ett uppbyggnadsarbete där verksamhet, metoder och arbetssätt anpassas och utvecklas för att stödja det nya uppdraget. Se tabell 19.6 för beräkning av årliga kostnader.

Utredningen föreslår att resursförstärkningen finanserias inom ramen för ändamålet för anslag 1:6 inom utgiftsområde 9. För anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård är ändamålet att anslaget får användas för många olika syften inom folkhälsa och hälso- och sjukvård, bl.a. för utgifter för bidrag och statsbidrag för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Därtill får anslaget användas för att förbättra förutsättningarna för att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att förbättra hälso- och sjukvården liksom för en god och mer jämlik vård.

Myndighetsgemensamt arbete att analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård

Analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård. Uppgiften att analysera var behoven av statliga insatser är som störst föreslås utföras av en myndighetsgemensam arbetsgrupp och ett kansli vid Socialstyrelsen. Kansliet blir motor i arbetet. Till detta kansli kopplas en operativ arbetsgrupp med ledamöter från myndigheter med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor. Dialog med hälso- och sjukvårdshuvudmännen och andra aktörer kommer att vara centralt i arbetet.

Utredningens förslag i denna del innebär resursmässigt två uppgifter:

1. Socialstyrelsen ges i uppdrag att inrätta och bemanna ett kansli
2. Nio myndigheter ges i uppdrag att ingå i ett gemensamt arbete, organiserat i en myndighetsgemensam arbetsgrupp. Ingående myndigheter är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och hälsa (Forte), Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Läkemedelsverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinska och social utvärdering (SBU) och Tandvård- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Tabell 19.2 Kostnadsbedömningar kansli och arbetsgrupp

Förslag	Kostnadsbedömning För beräkningar se tabell 19.6
1. Inrättande av kansli på Socialstyrelsen.	5 årsarbetskrafter
2. Nio myndigheters deltagande i myndighetsgemensam arbetsgrupp.	Inom ram för berörda myndigheters förvaltningsanslag.

Inrättande av kansli på Socialstyrelsen

Utredningen föreslår att ett kansli ska inrättas på Socialstyrelsen. Vår bedömning är att kansliet kommer att behöva fem årsarbetskrafter för att kunna genomföra det arbete utredningen föreslår som inledande ambitionsnivå. Detta under den period som utredningen förslår att uppdraget regleras via regeringsuppdrag, dvs. 2021–2025. Om ytterligare uppgifter tillförs kansliet i ett senare utvecklingsskede behöver särskilda resurser tillföras för detta. Vi bedömer att det inte finns särskilda uppstartskostnader. De kompetensprofiler vi bedömer behövs i kansliet är en person som leder arbetet (kanslichef eller motsvarande), tre analytiker och en årsarbetskraft som arbetar med administration och kommunikation. Se tabell 19.6 för beräkning av årliga kostnader. Utredningen föreslår att resursförstärkningen finanserias inom ramen för ändamålet för anslag 1:6 inom utgiftsområde 9.

Nio myndigheters deltagande i myndighetsgemensam arbetsgrupp

Nio myndigheter får i utredningens förslag i uppdrag att ingå i en myndighetsgemensam arbetsgrupp. Mot bakgrund av att dessa myndigheter redan i dag har många medarbetare som arbetar med uppföljning och analys och att kansliet genom sitt operativa ansvar kommer att bära en stor del av arbetsbördan i det gemensamma arbetet menar utredningen att de nio myndigheternas deltagande i den gemensamma arbetsgruppen bör finansieras inom ramen för berörda myndigheters förvaltningsanslag.

Förstärkt analyskapacitet på Socialdepartementet

Socialdepartementets analyskapacitet bör förstärkas i syfte att stärka Regeringskansliets beställar- och mottagarkapacitet.

Tabell 19.3 Kostnadsbedömning Socialdepartementet

Förslag	Kostnadsbedömning För beräkningar se tabell 19.6
Förstärkt analyskapacitet på Socialdepartementet	2 årsarbetskrafter

Utredningen har konstaterat att för att få en verkningsfull nationell uppföljning behöver en förstärkning ske i hela kedjan. Socialdepartementet föreslås få en förstärkt analyskapacitet motsvarande två årsarbetskrafter. Kompetensprofilen bör vara senior analytiker. Skälet är att departementet behöver förstärka sin analyskapacitet på hälso- och sjukvårdsområdet. Nationell uppföljning och analys är en viktig källa till kunskap för regeringen. Inte minst mot bakgrund av nu rådande situation är det än viktigare att det sker en adekvat uppföljning av hela hälso- och sjukvården och att regeringen får ändamålsenliga beslutsunderlag för ställningstaganden avseende fortsatt statligt agerande. Utredningen har visat på behov av utvecklad beställar- och mottagarkapacitet i Regeringskansliet, vilket vi med detta förslag vill förändra. En förstärkt analyskapacitet kan bidra med stöd till Socialdepartementet i dessa frågor. En sådan ekonomisk förstärkning ryms inom ändamålet för anslag 4.1 Regeringskansliet m.m. och utredningen föreslår att förstärkningen finansieras genom omfördelning inom ramen för detta anslag. Se tabell 19.6 för beräkning av årliga kostnader.

Förutsättningar för att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå

Även utredningens förslag avseende förutsättningar för att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå innehåller flera olika delar. Alla delar medför inte kostnadskonsekvenser. I det följande beskriver vi vilka kostnadskonsekvenser vi bedömer att de olika delarna innebär. Vi ser ingen påverkan på statens eller myndigheternas intäkter. I sam-

band med beskrivningen av kostnadskonsekvenser lämnar vi även förslag avseende hur dessa kan finansieras.

Tabell 19.4 Kostnadsbedömningar avseende förutsättningar för kunskapsbaserat arbete på lokal nivå

Förslag	Kostnadsbedömning För beräkningar se tabell 19.6
Lag om vårdkommittéer bör inte inrättas	Kostnadsneutralt
Staten ska fortsätta stödja och utveckla sitt stöd till lokalt implementerings- och förbättringsarbete i regioner och kommuner	Kostnadsneutralt
Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att till regeringen årligen rapportera samlat om arbetet i kunskapsstyrningsstrukturerna RSS m.fl.	0,2 årsarbetskrafter
Staten bör stödja kommunernas implementerings- och förbättringsarbete bl.a. genom att bidra till att förstärka de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS).	Medel avsätts för ändamålet inom ramen för överenskommelser om en god och nära vård.
Regeringen bör låta utreda frågan om en rättslig reglering som innebär en obligatorisk skyldighet för kommunerna att ha funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).	2 årsarbetskrafter under ett års tid

Lag om vårdkommittéer bör inte inrättas

Utredningens förslag avseende förutsättningar för att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå relaterar till utredningens uppdrag att vidareanalysera Kunskapsstödsutredningens förslag om hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas. Utredningens bedömning är att den lag om vårdkommittéer som Kunskapsstödsutredningen förslog inte bör inrättas och att befintlig lag om läkemedelskommittéer bör bibehållas. Utredningens bedömning har därmed inga kostnadskonsekvenser.

Staten ska fortsätta stödja och utveckla sitt stöd till lokalt implementerings- och förbättringsarbete i regioner och kommuner

Som utredningen har konstaterat arbetar staten redan i dag på olika sätt med att stödja lokalt implementerings- och förbättringsarbete i regioner och kommuner. Stödet går dock under många olika etiketter. Se särskilt avsnitt 13.3. Vi föreslår att staten ska fortsätta att stödja, och även utveckla sitt stöd, med inriktning på att förbättra förutsättningarna för arbetet. Vi menar också att staten bör bygga vidare på befintliga strukturer. Ett viktigt budskap är dock att mer fokus än i dag bör läggas på stöd till den kommunala hälso- och sjukvården. Det är också en central princip vi lyfter fram i vårt förslag, att staten vid fördelning av riktade medel behöver beakta både regioners och kommuners ansvar som sjukvårdshuvudmän.

Tillämpandet av dessa principer kräver i sig inga ytterligare resurser. Detta kan förbättras ytterligare inom ramen för pågående arbete eller i framtida satsningar. Principerna behöver dock återspeglas i den förda politiken och i inriktningen på myndigheternas arbete. I en situation där riktade statliga medel ska avsättas, t.ex. inom ramen för en överenskommelse, är det viktigt att beakta behoven hos både regioner och kommuner som sjukvårdshuvudmän innan beslut om hur medel ska fördelas fattas.

Utredningen har även utvecklat tankegångar avseende nya åtgärder staten bör vidta för att fortsätta stödja och utveckla stödet till lokalt implementerings- och förbättringsarbete i regioner och kommuner. Vi ser att dessa åtgärder är lämpliga som komplement till myndigheternas i övrigt pågående arbete på området. En sådan åtgärd är att staten i högre utsträckning än i dag bör utforma kunskapsstöd med utgångspunkt i den kommunala hälso- och sjukvårdens behov och i nära samarbete med denna. Att göra detta inom ramen för myndigheternas redan befintliga uppdrag kan t.ex. handla om hur man prioriterar arbete med olika kunskapsstödjande vägledningar till hälso- och sjukvården. Hur behöver en viss vägledning utformas och arbetas fram för att bli relevant för den kommunala hälso- och sjukvården likväl som för den hälso- och sjukvård som bedrivs i regionerna? Ett ytterligare exempel på arbete som vi menar ska bedrivas inom ramen för redan befintliga strukturer och pågående uppdrag är utredningens bedömning att det Nationella vårdkompetensrådet på sin dagordning bör ta upp och söka tillfreds-

ställande lösningar avseende professionernas praktiska förutsättningar att utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i syfte att stödja ett livslångt lärande. Det Nationella vårdkompetensrådet har redan i uppdrag att titta på denna typ av frågor och behöver därför inte tillföras ytterligare resurser för just detta. Utkomsten av en sådan diskussion kan i nästa led medföra merkostnader. Dessa får då beräknas och beredas vid det aktuella tillfället.

Åtgärder som kan innebära merkostnader

Några av de åtgärder som utredningen lyfter fram som lämpliga komplement till övrigt pågående arbete kommer att medföra kostnader. Utredningen menar bl.a. att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att till regeringen årligen rapportera samlat om arbetet i kunskapsstyrningsstrukturerna RSS, Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten samt Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Rapporteringen bör ge en samlad bild av insatser och utmaningar. I all rapportering krävs att en rimlig ambitionsnivå sätts. Vi menar att en väl avvägd ambitionsnivå i rapporteringen tar hänsyn både till regeringens behov av samlad överblick och vikten av att inte belasta de organ som rapporteringen avser med onödig rapporteringsbörda. Vår bedömning är att rapporteringen tar omkring 0,2 årsarbetskrafter i anspråk. Utredningen föreslår att resursförstärkningen finanserias inom ramen för ändamålet för anslag 1:6 inom utgiftsområde 9. Se tabell 19.6 för beräkning av årliga kostnader.

Utredningen menar också att staten bör stödja kommunernas implementerings- och förbättringsarbete bland annat genom att bidra till att förstärka de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS). Vi menar att detta bör göras genom att medel avsätts för ändamålet inom ramen för överenskommelser om en god och nära vård. Vi bedömer det som sannolikt att överenskommelser med denna inriktning och med riktade statliga bidrag kommer att ingås mellan regeringen och SKR även ett antal år framöver. Mot bakgrund av den kommunala hälso- och sjukvårdens behov och betydelse samt vikten av att kommunerna klarar sin kompetensförsörjning och sitt löpande systematiska kvalitets- och förbättringsarbete menar vi att det finns all anledning att beakta kommunernas behov särskilt i fördelningen

av de medel som avsätts inom ramen för överenskommelserna. Om en andel av dessa medel kan kanaliseras till eller via de regionala samverkans- och stödstrukturerna på ett sätt som stärker dessa långsiktigt i struktur och i hälso- och sjukvårdskompetens så kan detta gynna grundläggande förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat i kommunerna. Vi anser inte att det är meningsfullt att ange exakt andel av medlen som bör avsättas för ändamålet. Detta måste sättas i relation till hela överenskommelsens omfattning och mer precisa delsyften.

Utredningen menar vidare att regeringen bör låta utreda frågan om en rättslig reglering som innebär en obligatorisk skyldighet för kommunerna att ha funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Detta uppdrag bör ges som del av ett större utredningsuppdrag för att kunna nyttja synergieffekter och stordriftsfördelar i arbetet. Vi bedömer att arbetet kan ta två årsarbetskrafter i anspråk under ett års tid. Detta kan finansieras genom utredningsmedel. Se tabell 19.6 för beräkning av årliga kostnader.

Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Tabell 19.5 Kostnadsbedömning nationellt sammanhållet system

Förslag	Kostnadsbedömning För beräkningar se tabell 19.6
En 10-årig överenskommelse sluts mellan staten, regionerna och kommunerna	Överenskommelse kan slutas utan medel. Medel till särskilda utvecklingsarbeten om parterna önskar.
Uppföljning av överenskommelsen	4 miljoner per år

För att skapa långsiktiga förutsättningar för ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård föreslår utredningen att en 10-årig överenskommelse ska slutas mellan staten, regionerna och kommunerna. Det primära med överenskommelsen är att slå fast förutsättningar och principer för ett gemensamt arbete, inte att tillföra medel. Utredningens menar därför att överenskommelsen kan slutas utan statsbidrag/medel. Med denna ansats medför utredningens förslag inte några direkta kostnader vare sig för staten, regionerna eller kommunerna. Parterna kan dock välja att avsätta medel till särskilda

utvecklingsarbeten inom ramen för överenskommelsen. Storleken på detta måste anpassas efter karaktären och ambitionsnivån av utvecklingsarbetet.

Redan när överenskommelsen formuleras beaktas utvärderingsperspektivet och den följs sedan upp av den myndighet som regeringen beslutar. Vi menar att det finns en fördel i att uppföljningen sker kontinuerligt under tioårsperioden och avrapporteras vid några olika tillfällen för att bidra till ett lärande i arbetet, varför medel bör budgeteras årligen för ändamålet. En sådan uppföljning ges i ett regeringsuppdrag. Kostnaden för en sådan uppföljning beror på vald ambitionsnivå. Vi uppskattar att en rimlig ambitionsnivå kan vara att avsätta i storleksordningen 4 miljoner kronor per år. Utredningen föreslår att resursförstärkningen finanserias inom ramen för ändamålet för anslag 1:6 inom utgiftsområde 9. Se tabell 19.6 för beräkning av årliga kostnader.

Utredningen bedömer vidare att regeringen genom sin myndighetsstyrning bättre bör stödja en utveckling mot ett mer sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Inte heller detta ställningstagande medför några konsekvenser för statens kostnader eller intäkter.

Kommentarer till kostnadsberäkningar

Beräkningarna i tabell 19.6 är gjorda utifrån Socialstyrelsens beräkningsmodell och avser kostnad per årsarbetskraft. Lönenivån har uppskattats utifrån aktuella kompetensprofiler. Av tabellen framgår även hur stor del av den totala kostnaden som utgörs av lön och lönebikostnad respektive overhead och verksamhetsnära indirekta kostnader. Lönebikostnaden inkluderar arbetsgivaravgifter och arbetsgivarens pensionspremier. Beräkningsmodellen har använts för samtliga beräkningar avseende årsarbetskrafter utom för Socialdepartementet. I beräkningen av förstärkningen av Socialdepartementet ingår endast lön och lönebikostnad och beräkningen är gjord utifrån genomsnittlig lön för en senior analytiker på departementet.

Tabell 19.6 Beräknade kostnader för respektive förslag, staten, 2021–2024, tusental kronor

	2021	2022	2023	2024
Nationell uppföljning och analys				
Vårdanalys permanent förstärkning*	**4 460**	**2 964**	**2 964**	**2 964**
Varav löner och lönebikostnad	*2 790*	*1 860*	*1 860*	*1 860*
Varav overhead och verksamhetsnära indirekta kostnader	*1 656*	*1 104*	*1 104*	*1 104*
Kansli på Socialstyrelsen**	**7 412**	**7 412**	**7 412**	**7 412**
Varav löner och lönebikostnad	*4 652*	*4 652*	*4 652*	*4 652*
Varav overhead och verksamhetsnära indirekta kostnader	*2 761*	*2 761*	*2 761*	*2 761*
Socialdepartementet*** endast lön och lönebikostnad	**2 280**	**2 280**	**2 280**	**2 280**
Arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå				
Socialstyrelsen årlig rapport****	**296**	**296**	**296**	**296**
Varav löner och lönebikostnad	*186*	*186*	*186*	*186*
Varav overhead och verksamhetsnära indirekta kostnader	*110*	*110*	*110*	*110*
MAR-utredning******	**2 964**	**-**	**-**	**-**
Varav löner och lönebikostnad	*1 860*	*-*	*-*	*-*
Varav overhead och verksamhetsnära indirekta kostnader	*1 104*	*-*	*-*	*-*
Nationellt sammanhållet system				
Uppföljning av överenskommelse	**4 000**	**4 000**	**4 000**	**4 000**

*Två årsarbetskrafter och en extra årsarbetskraft år ett, analytiker.
**Fem årsarbetskrafter, en kanslichef, tre analytiker, en administration/kommunikation.
***Två årsarbetskrafter, senior analytiker.
****Beräknat utifrån samma lönenivå som analytiker.

19.3 Kostnadskonsekvenser för regioner och kommuner

En statlig funktion för nationell uppföljning och analys

Utredningens förslag handlar om ett mer effektivt och ändamålsenligt samarbete inom staten. Utredningens bedömning är att detta inte medför några nya kostnader eller förlorade intäkter för regioner och kommuner.

Förutsättningar att arbeta kunskapsbaserat på lokal nivå

Utredningen riktar två rekommendationer till sjukvårdshuvudmännen i denna del av utredningens uppdrag. Rekommendationerna handlar dels om att varje region i reglementet till sin läkemedelskommitté bör fastställa arbetsformer, samverkansformer samt sammansättning av ledamöter som tillförsäkrar att läkemedelskommittén utgör en integrerad del av regionens lokala kunskapsstyrningsorganisation, dels om att regioner och kommuner bör fortsätta att utveckla sitt samarbete och samverkan avseende kunskapsstyrning.

Utredningens rekommendationer innebär inga nya åtaganden eller skyldigheter för sjukvårdshuvudmännen. Utredningen menar därför att dessa inte medför några nya kostnader eller förlorade intäkter för regioner och kommuner.

Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

För att skapa långsiktiga förutsättningar för ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård föreslår utredningen att en 10-årig överenskommelse ska slutas mellan staten, regionerna och kommunerna. Det primära med överenskommelsen är att slå fast förutsättningar och principer för ett gemensamt arbete, inte att tillföra medel. Utredningens menar därför att överenskommelsen kan slutas utan statsbidrag/medel. Med denna ansats medför utredningens förslag inte några direkta kostnader vare sig för staten, regionerna eller kommunerna. Parterna kan dock välja att avsätta medel till särskilda utvecklingsarbeten inom ramen för överenskommelsen. Storleken på detta måste anpassas efter karaktären och ambitionsnivån av utvecklingsarbetet.

BILAGOR

Kommittédirektiv 2018:95

Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Beslut vid regeringssammanträde den 30 augusti 2018

Sammanfattning

En särskild utredare ska utifrån förslagen i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48) stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård där statens och sjukvårdshuvudmännens arbete förstärker varandra och tillsammans ger förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte. Utredarens arbete kommer därför dels bestå av dialog och samverkan med berörda aktörer, dels av fördjupade analyser av valda förslag och bedömningar i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård.

Utredaren ska bl.a.

– stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård
– stödja utvecklingen av nära och regelbundna samråd mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen
– stödja utvecklingen av en förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården
– ytterligare analysera och utveckla valda förslag och bedömningar i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2020.

Viktiga steg mot en mer kunskapsbaserad vård

Patienterna ska få en kunskapsbaserad vård

Att varje patientmöte baseras på bästa kunskap är en grundförutsättning för en jämlik vård. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvården under tio års tid visar dock att oönskade variationer inte minskat i den omfattning som krävs för att uppnå målsättningarna om god vård på lika villkor. I uppföljning efter uppföljning ses en bristande och varierande följsamhet till nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer. Det är en utmaning att nå ut med ny kunskap och förändra praxis i hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården behöver vara ett lärande system som tar till sig och skapar ny kunskap, ständigt förbättrar verksamheten och skapar förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte.

Hälso- och sjukvård är en kunskapsintensiv verksamhet

Kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården är snabb. Den medicinska databasen Pubmed innehåller över 26 miljoner referenser till biomedicinsk litteratur och varje år tillkommer drygt 1,4 miljoner medicinska artiklar. Som enskild yrkesutövare kan det vara utmanande att hålla sig uppdaterad om den senaste forskningen. Det är också väl känt att det är svårt att nå ut med forskningsresultat så att de påverkar klinisk praxis och det finns ofta en diskrepans mellan vad forskningen har visat fungerar och vad som faktiskt görs i vården.

Ett första steg i att underlätta för yrkesutövarna att ta till sig ny kunskap kan vara att värdera och sammanställa forskningsresultaten i olika typer av kunskapsstöd som standardiserade vårdplaner eller riktlinjer. Sammantaget finns ett stort antal kunskapsstöd som riktar sig till många delar av hälso- och sjukvården. Det finns undantag, exempelvis saknas kunskapsstöd ofta inom områden där evidens saknas. Vissa professionsgrupper har också sämre tillgång till kunskapsstöd. Många olika aktörer tar emellertid fram kunskapsstöd, t.ex. myndigheter, professionsorganisationer och landsting. Det finns risk för att kunskapsstöden dubblerar och överlappar varandra i detta stora utbud.

Rådet för styrning med kunskap arbetar för samordning av myndigheternas kunskapsstyrning. I en delrapport från Socialstyrelsen 2016 till Rådet för styrning med kunskap konstateras att myndigheterna på vårdområdet gemensamt gav ut cirka 600 kunskapsstödjande publikationer under 2015. Följsamhet till rekommendationer i riktlinjer och standardiserade vårdplaner har visat sig ge positiva resultat för patienten. I teorin är det rimligt att tänka sig att rekommendationerna alltså i normalfallet borde följas av hälso- och sjukvårdspersonal. Följsamhet har emellertid visat sig svårt att uppnå och det finns många förklaringar till det. Att enbart sammanställa och sprida skriftligt material, t.ex. riktlinjer, är inte tillräckligt för att förändra klinisk praxis.

I Kunskapsstödsutredningens betänkande (SOU 2017:48) presenterades olika undersökningar av vilka kunskapsstöd som används i hälso- och sjukvårdens vardag och vilka förutsättningar som finns för en kunskapsbaserad vård och kontinuerligt lärande. Utredningen genomförde också egna enkätundersökningar i samarbete med några professionsföreningar. Gemensamt för de olika studierna och utredningens enkäter var att respondenterna ansåg sig ha begränsade förutsättningar för ett kontinuerligt lärande.

Socialstyrelsens utvärderingar har visat att det finns brister i följsamheten till de nationella riktlinjerna och att det finns relativt stora skillnader mellan landstingen i den vård patienterna får vilket är en bild som bekräftas av Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys i rapporten Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system. Kunskapsstödsutredningen anger i sitt betänkande att de nationella riktlinjerna inte bör göras bindande utan att en bredare ansats har bättre förutsättningar att leda till en kunskapsbaserad och jämlik vård för patienterna viket också beskrivs närmare nedan.

Förbättringsarbete i vården är viktigt

Socialstyrelsen listar i sin skrift Om implementering från 2012 fem vanliga missförstånd om förändringsarbete. Det första är att effektiva metoder sprider sig själva. Det andra är att information räcker för att åstadkomma förändring. Det tredje är att utbildning leder till användning, det fjärde att förändring sker snabbt och det femte att

det räcker att man tror på det man gör för att det ska bli bra. Forskare menar att hälso- och sjukvården inte kommer att nå sin fulla potential om inte förändringsarbete blir en integrerad del av allas arbete varje dag och i alla delar av systemet. Man behöver också vara uppmärksam på om förändringarna verkligen innebär förbättringar. För att åstadkomma förändringar som genererar förbättringar kan man söka stöd i förbättringskunskap.

Verksamheternas förbättringsarbete på den lokala nivån är viktigt i strävan att uppnå en kunskapsbaserad och jämlik vård. Det krävs en kombination av professionell kunskap och förbättringskunskap för att förbättringar ska ske i hälso- och sjukvården. Medan hälso- och sjukvårdens personal genom sina utbildningar får med sig gedigen professionell kunskap är användningen och tillämpningen av förbättrings- och analyskunskap mer begränsad. Förbättringsarbete kan behöva ske, och sker, på många olika sätt både på nationell, regional och lokal nivå. Kunskap som skapas i det dagliga arbetet är en viktig del i förbättringsarbete, liksom att ta till sig och förbättra verksamheten utifrån nya forskningsrön. Det är också viktigt att den kultur som råder uppmuntrar till lärande, innovation och utveckling och att verksamheten har tillgång till sina egna data för uppföljning.

Kvaliteten i verksamheterna ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]). Enligt 18 kap. 2 § samma lag ska landsting och kommuner medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete inom hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) följer att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att patienterna ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Enligt 6 kap. 4 § samma lag är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anger att vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Det finns mot denna bakgrund uttalade krav på utveckling av kvalitet i hälso- och sjukvården i dag.

En central faktor för att göra vården mer kunskapsbaserad är en utvecklad uppföljning och ett aktivt förbättringsarbete på lokal nivå. Läkemedelskommittéernas och Stramas (Samverkan mot antibiotikaresistens) arbete med datadriven och lokalt förankrad kunskapsstyrning i form av återkoppling till förskrivare av förskrivningsdata i relation till rekommenderad behandling är värt att lyftas fram i detta sammanhang.

Uppföljning är viktigt på flera olika sätt

För att följa upp om bästa tillgängliga kunskap används, och för att utvärdera hur tillämpade metoder och behandlingar fungerar, behöver såväl vårdprofessioner som beslutsfattare och patienter kunna ta del av underlag om vilka behandlingar som används, hur de upplevs och vilka resultaten blir. Uppföljning och transparens är också viktigt ur demokratisk synpunkt för medborgarens rätt till insyn och information. De olika aktörerna har behov av data av olika detaljeringsgrad, olika ofta och vid olika tidpunkter för sina respektive syften. Staten kan förväntas vara intresserad av aggregerad information med generella och översiktliga mått, och ju närmare verksamheten man kommer desto intressant blir det med mer detaljerade data. Den enskilda yrkesutövaren eller teamet inom vården behöver tillgång till information om det egna arbetet och de egna patienterna för att själv kunna analysera och förbättra sitt arbete, men även för att sprida goda lärdomar vidare.

Vården samlar in data på olika sätt. För att säkerställa att patienten får en god och säker vård finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över de bedömningar och beslut som har gjorts om patientens vård och behandling. Journalsystemen används vanligtvis inte för att exempelvis göra jämförelser mellan patienter eller enheter, även om det i dag finns undantag.

För detta ändamål används i stället främst registerdata. I Sverige finns många olika typer av register för att följa vårdens processer och utfall. På nationell nivå finns både nationella hälsodataregister och kvalitetsregister. Dessa ger förutsättningar för att följa och jämföra vad som sker i vården i hela landet. En viktig grundläggande skillnad mellan hälsodataregister och kvalitetsregister är att det är obligatoriskt enligt lag för vården att tillhandahålla uppgifter till hälso-

dataregister (6 § lagen [1998:543] om hälsodataregister), medan kvalitetsregistren bygger på frivillighet för vården och patienten. Täckningsgrad och datakvalitet kan variera stort: nationellt, mellan register och lokalt och är en viktig aspekt för registrens användbarhet.

I dagsläget finns många kvalitetsregister inom den specialiserade vården medan det varken finns något heltäckande hälsodataregister eller kvalitetsregister inom primärvården. Fler och fler vårdcentraler använder sig emellertid av ett system för kvalitetsdata i primärvården kallat Primärvårdskvalitet. Det introducerades 2016 och har tagits fram som ett stöd för vårdcentralernas förbättringsarbete. Projektet drivs från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i samverkan med andra aktörer och med medel från satsningen på nationella kvalitetsregister.

Data från hälso- och sjukvården samlas också in inom ramen för forskningsprojekt och kliniska prövningar. Dessutom finns ett flertal enkätundersökningar som samlar in data om patienters och medborgares uppfattning om hälso- och sjukvården. Även vissa nationella kvalitetsregister innehåller patientrapporterade utfalls- och upplevelsemått.

Trots ett stort antal datakällor och omfattande inrapportering av data finns det områden inom hälso- och sjukvården där datatillgången eller kvaliteten brister och uppföljning på nationell nivå är en stor utmaning. Det kanske tydligaste exemplet i dagsläget är den bristande uppföljningen av primärvården. Det gäller också stora sjukdomsgrupper som psykisk ohälsa, hjärtsvikt och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).

Nationell uppföljning som stöd för styrning

Svensk hälso- och sjukvård beskrivs av Palmberg med kollegor i skriften Att leda kunskapsbaserad utveckling – Ett kunskapsunderlag (2014) som ett komplext adaptivt system bestående av olika nätverk där de ingående aktörerna inte kan styras på samma sätt som i en klassisk hierarkisk linjeorganisation. Även Calltorp med kollegor anger i rapporten Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården (2006) att man kan få en mer tydlig bild av styrningens möjligheter och begränsningar inom hälso- och sjukvården genom att utgå från ett nätverksperspektiv. I en väv av kon-

takter och relationer hanteras stora och komplexa utbyten både mellan kommunernas och landstingens egna enheter och med externa intressenter. Många medicinska ställningstaganden görs exempelvis inom ramen för olika professionella nätverk som ofta är uppbyggda specialitetsvis och överskrider både sjukhus- och landstingsgränser. Systemledningen i komplexa system bör enligt Palmberg med kollegor begränsa sitt fokus till att

– sätta upp mål och resultatkrav
– följa upp utfallet i systemet som helhet och för respektive aktör – hur går det?
– förfina målen och systemet när resultaten visar vad som behöver ”skruvas på”.

Däremot bör valet av angreppssätt och hur det tillämpas lämnas till aktörerna i systemet att bestämma. De olika aktörerna kan välja att göra på många olika sätt, och ändå nå målen. Det är viktigt, och lite av poängen, att i komplexa system lämna stor frihet för detta.

Betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård lämnades i juni 2017

Regeringen beslutade den 3 december 2015 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Syftet med uppdraget var att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män. I uppdraget ingick även att kartlägga de olika initiativ och samarbeten kring ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd som pågår på olika nivåer inom hälso- och sjukvården, att utreda förutsättningarna för samt behovet och lämpligheten av att göra nationella riktlinjer inom hälso- och sjukvård i någon form obligatoriska eller mer bindande, samt att lämna de förslag som bedömdes vara ändamålsenliga för att uppnå en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd (dir. 2015:127). Utredningen antog namnet Kunskapsstödsutredningen (S 2015:07).

Kunskapsstödsutredningen lämnade i juni 2017 betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård – förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48). Betänkandet har remissbehandlats.

Många remissinstanser uttryckte stöd för, och välkomnade, betänkandets kartläggning, lägesbeskrivning och problemanalys. Mottagandet av förslagen var mer blandat.

Sedan Kunskapsstödsutredningen lämnade sitt betänkande har både staten och sjukvårdshuvudmännen tagit, och står inför att ta, en rad viktiga steg för att förbättra det nationella arbetet för en kunskapsbaserad vård.

Ett nytt landstingsgemensamt kunskapsstyrningssystem

Landstingen bygger just nu upp ett gemensamt nationellt kunskapsstyrningssystem i syfte att skapa bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Bland annat ska behov identifieras och kunskapsstöd tas fram och utformas så att de är lätta att använda. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården. Förutom kunskapsstöd ingår också stöd till uppföljning och analys, stöd till verksamhetsutveckling och stöd till ledarskapet. I dagsläget omfattar kunskapsstyrningen landsting och regioner, men målet är att hitta former för arbete med kommunerna också. Kunskapsstyrningssystemet leds av Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS).

Rådet för styrning med kunskap

Förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst trädde i kraft vid halvårsskiftet 2015. I förordningen används begreppet styrning med kunskap. Förordningen tydliggör att syftet med den statliga styrningen med kunskap inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är att utgöra ett stöd för huvudmännen i arbetet med att ge patienter och brukare en god vård och insatser av god kvalitet och bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Styrningen med kunskap ska enligt förordningen vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har. Styrningen med kunskap ska även bidra till en ökad jämställdhet.

För att möjliggöra en utvecklad samverkan med ett stort antal aktörer inrättades två nya strategiska forum, Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst samt Huvudmannagruppen. I Rådet för styrning med kunskap samverkar de statliga myndigheter som har i uppdrag att styra med kunskap eller som har centrala roller för att bidra till framtagandet av underlag för sådan styrning. I Huvudmannagruppen erbjuds representanter för huvudmännen att delta i ett rådgivande organ. I myndigheternas instruktioner är det angivet att de ska samverka i enlighet med förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Statskontoret har regeringens uppdrag att utvärdera om syftet med förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst uppnås. Statskontoret ska även utvärdera om innehållet i myndigheternas arbete med att styra med kunskap motsvarar syftet. I utvärderingen ska Statskontoret så långt som möjligt belysa resultaten av förändringarna även på regional och lokal nivå. Statskontoret ska lämna förslag till åtgärder för hur berörda myndigheter effektivare kan utföra sina uppgifter beträffande styrning med kunskap. Statskontoret ska belysa hur samverkan mellan de myndigheter som ingår i Rådet för styrning med kunskap har utformats samt vilka resultat denna samverkan får för myndigheterna och för deras arbete med att styra med kunskap. Reformens resultat för berörda aktörer på regional och lokal nivå samt för professionerna ska också belysas. Slutrapporten ska lämnas senast den 1 november 2018.

Vissa myndigheter har fått ändrade uppdrag för att minska risken för dubbelarbete och underlätta samverkan. Statskontoret ska även utvärdera dessa förändringar. Statskontoret redovisade en delrapport den 27 april 2016. I delrapporten anger Statskontoret att myndigheterna har tagit ett inledande steg mot en samlad kunskapsstyrning. Samverkan mellan myndigheterna har etablerats och myndigheterna har tagit hänsyn till huvudmännens övergripande prioritering. Statskontoret anser dock i delrapporten att det är långt kvar innan målen är uppfyllda. Arbetet med att anpassa kunskapsstyrningen till mottagarnas behov ansågs till exempel fortfarande vara i ett inledande skede.

Partnerskap mellan myndigheter och landstingens kunskapsstyrningssystem

Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS) och närmast berörda myndigheter i Rådet för statlig styrning med kunskap har under våren 2018 tecknat en överenskommelse om att ingå ett partnerskap. Myndigheterna och SKS ska tillsammans utveckla och pröva en modell för en långsiktig samverkan på nationell nivå i frågor som rör kunskapsstyrning på hälso- och sjukvårdsområdet. Partnerskapet ska bl.a. bidra till ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som kan bidra till en behovsanpassad kunskapsutveckling. Huvudsyftet är att bidra till att resurserna i vården ska användas på bästa sätt och att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient för att uppnå en effektiv och jämlik vård med hög kvalitet. Fyra myndigheter ingår för närvarande i partnerskapet.

Utveckling av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdssystemet och för att befolkningen får en hälso- och sjukvård på lika villkor. En grundförutsättning för detta är att hälso- och sjukvården är baserad på den bästa tillgängliga kunskapen. Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att verka enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. För att varje patientmöte ska vara baserat på den bästa kunskapen krävs också att hälso- och sjukvården är en lärande organisation. För detta krävs tillgång till aktuell kunskap genom till exempel kunskapsstöd. Det krävs också att verksamheterna kan följa upp och lära av egna resultat relaterat till andra verksamheters resultat. För att ständigt förbättra verksamheten krävs en tillitsfull miljö där förbättringsarbete är en naturlig del av vardagen. För att detta ska bli verklighet behöver alla aktörer bidra utifrån sina kompetenser och förutsättningar och samverka för att patienten ska få den bästa möjliga vården baserat på den bästa tillgängliga kunskapen.

Det behövs ett nära samarbete mellan staten och sjukvårdshuvudmännen, patient- och professionsföreningar och andra berörda aktörer för att uppnå ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård där de olika aktörernas ansvar och roller är tydliga

och insatserna gemensamt förstärker varandra. I takt med att landstingen tar ett allt större ansvar för att uppnå en kunskapsbaserad och jämlik vård genom det landstingsgemensamma kunskapsstyrningssystemet behöver staten på motsvarande sätt utveckla sin styrning med kunskap så att staten och sjukvårdshuvudmännen tillsammans kan skapa ett sammanhållet nationellt system för en kunskapsbaserad och jämlik vård. Ett sådant nationellt system håller i dagsläget på att bildas genom en rad viktiga initiativ från olika aktörer. Det kommer att vara en dynamisk process där ingående aktörer, inte minst staten och sjukvårdshuvudmännen, behöver definiera sina respektive roller, uppgifter och ansvar. Systemet är under utveckling men viktiga komponenter är de kunskapsstödjande insatser som görs av regeringen och dess myndigheter, landstingen och landstingens gemensamma kunskapsstyrningssystem, patient- och professionsföreningar och i förlängningen med nödvändighet även kommunal hälso- och sjukvård. Staten bör, främst genom utvecklad nationell uppföljning, bidra till ett nationellt sammanhållet system där statens och sjukvårdshuvudmännens arbete förstärker varandra och tillsammans skapar förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte.

Ett väl fungerande samarbete kommer att krävas

Varje aktör som arbetar för en kunskapsbaserad vård behöver ta ansvar för att arbetet är värdeskapande och av god kvalitet. Delarna i systemet måste emellertid också hänga ihop och sträva efter att ömsesidigt förstärka varandra för att patienten i slutändan ska få en kunskapsbaserad vård av god kvalitet. I dag förekommer det att olika aktörers produkter eller initiativ dubblerar eller rent av motsäger varandra och att vägen till nytta för patienten är onödigt lång. Myndigheternas arbete behöver ta ytterligare steg för att uppfylla intentionen med förordningen om statlig styrning med kunskap nämligen att myndigheternas arbete ska vara behovsanpassat, effektivt och samordnat. Partnerskapet och arbetet i Rådet för styrning med kunskap är viktiga steg i denna riktning. Regeringen bedömer att det dessutom krävs en sammanhållande kraft som verkar för att de olika delarna i systemet hänger ihop och tillsammans skapar en fungerande helhet. En stödjande kraft i form av en särskild utredare med

ett genomförandeuppdrag kan enligt regeringens bedömning spela en viktig roll i utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Utredarens arbete kommer därför dels bestå av dialog och samverkan med berörda aktörer, dels av fördjupade analyser av valda förslag och bedömningar i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård.

Uppdraget att stödja ett nationellt sammanhållet system

Utredaren ska stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård där statens och sjukvårdshuvudmännens arbete förstärker varandra och tillsammans ger förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte.

Stödja utvecklingen av nära och regelbundna samråd mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen

Regeringen konstaterar att styrningen med kunskap inte i tillräcklig utsträckning har lyckats skapa förutsättningar för vården att vara en lärande organisation och att vidta systematiska förbättringsåtgärder för att varje patientmöte ska vara baserat på bästa tillgängliga kunskap. Regeringen bedömer att regeringen och sjukvårdshuvudmännen därför bör ha nära och regelbundna samråd för kunskapsbaserad och jämlik vård. Syftet är att föra en strukturerad dialog om behov, utmaningar och insatser på området. Detta förutsätter att det finns tillgång till en väl utvecklad uppföljning som underlag för samråden (se vidare nedan). Uppföljningen behöver kunna påvisa oönskade variationer och peka ut både goda och mindre goda exempel. Det är också viktigt att i nästa steg, i enlighet med etablerade beslutsprocesser, komma överens om vad som ska ske som en följd av vad uppföljningarna visar.

En övergripande konsekvens av samråden är att den statliga styrningen har förutsättningar att bli tydligare. Regeringen ser att en mer strukturerad dialog kan bidra till att förbättra förutsättningarna för en lärande hälso- och sjukvård. Det lämnar även utrymme för ett tillitsfullt utformat ansvarsutkrävande gentemot huvudmännen vid brister gällande kunskapsbaserad och jämlik vård. Samråden bör

framöver utvecklas vidare i takt med att bättre underlag successivt finns tillgängligt från den nationella uppföljningen. Inom ramen för samråden bör dialoger föras med professionsföreträdare samt företrädare för patienter. Samråden är en viktig pusselbit i det sammanhållna nationella kunskapsstödssystemet. Även kommunerna bör som sjukvårdshuvudmän ingå i samråden med regeringen och formerna för detta ska ses över inom ramen för denna utredning. Samråden baseras resultaten från en förbättrad nationell uppföljning som beskrivs vidare nedan. Samråden förutsätter att landstingen och kommunerna samverkar i frågor om kunskapsbaserad vård.

– Utredaren ska aktivt stödja utvecklingen av samråden för kunskapsbaserad och jämlik vård mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen.

– Utredaren ska beakta det partnerskap som inrättats mellan några myndigheter och Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (SKS) och bedöma hur detta bör förhålla sig till samråden.

– Utredaren ska se över och lämna förslag på hur kommunerna som sjukvårdshuvudmän på ett ändamålsenligt sätt kan ingå i samråden.

Stödja utveckling av en förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården

Regeringen gav den 28 juni 2018 Socialstyrelsen respektive Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att var och en lämna förslag på hur nationell uppföljning av hälso- och sjukvården kan utvecklas för att ge regeringen bättre möjlighet att löpande följa vårdens kvalitet och jämlikhet. Uppdragen motiveras av att den nationella uppföljningen behöver förbättras så att den tydligare kan visa på omotiverade skillnader i vårdens strukturer, processer och resultat, samt ge förutsättningar för att analysera vad dessa beror på. En utgångspunkt är att den samlade nationella uppföljningen ska förbättras men inte öka i omfattning eller kostnad. I ovan nämnda uppdrag ingår därför också att föreslå vilka befintliga utfallsmått eller indikatorer som inte längre bör användas för nationell uppföljning.

– Utredaren ska övergripande följa och stödja utvecklingen av en förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården och i

utredningen särskilt beakta de ovan beskrivna uppdragen till Socialstyrelsen och Myndigheten för vård och omsorgsanalys.

Uppdraget att vidareutveckla valda förslag och bedömningar i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård

Ett antal remissinstanser pekar på att vissa av förslagen och bedömningarna i betänkandet från Kunskapsstödsutredningen kräver mer analys innan de kan förverkligas. Regeringen delar den bedömningen. Utredaren ska därför ytterligare analysera de frågor som anges nedan. Regeringen anser att dessa kan komma att utgöra viktiga delar i utvecklingen av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård efter ytterligare analys. Utredaren har även möjlighet att analysera andra förslag och bedömningar i betänkandet som inte anges nedan om det är relevant.

Vidareanalysera hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas

Kunskapsstödsutredningen gjorde bedömningen att vården bör få stöd i att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete med ett vetenskapligt förhållningssätt. Både förbättringskunskap och professionell kunskap behövs för att förbättra medicinska, funktionella och upplevda resultat. Kunskapsstödsutredningen föreslog att lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer upphävs och ersätts av en ny lag om vårdkommittéer. Vårdkommittéerna ska enligt förslaget verka för att nationella kunskapsstöd används och att vårdens resultat följs upp samt på annat sätt stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att nå en kunskapsbaserad och jämlik vård. Vårdkommittéerna ska enligt förslaget inte utfärda egna rekommendationer om det finns nationella rekommendationer eller ställningstaganden. Kunskapsstödsutredningen anför i betänkandet att en central faktor för att göra vården mer kunskapsbaserad är att uppföljningen på lokal nivå utvecklas. Användningen av data från uppföljning på lokal nivå har varit en framgångsfaktor för läkemedelskommittéernas stöd till förbättringsarbete för förskrivare. Regeringen delar Kunskapsstödsutredningens bedömning. Utredaren ska därför särskilt beakta denna aspekt. En växande del av sjukvården sker inom ett kommunalt huvudmannaskap. Kunskapsstödsutredningen bedömer att en huvudsaklig del av kun-

skapsstödet till kommunerna bör ske via vårdkommittéerna. Utredaren ska beakta den kommunala hälso- och sjukvården i sin analys och sina förslag.

– Utredaren ska analysera förutsättningarna för, och konsekvenserna av, att eventuellt införa vårdkommittéer eller motsvarande. Alternativa handlingsvägar bör också ses över, bl.a. mot bakgrund av att flera landsting i sina remissvar bedömer att ett eventuellt lagkrav på att införa vårdkommittéer bör göras först efter ytterligare analys.
– Utredaren ska också analysera Kunskapsstödsutredningens förslag om att avveckla lagkravet om läkemedelskommittéer särskilt med avseende på konsekvenserna för läkemedelskommittéernas nuvarande arbete. Utredaren ska samråda med Läkemedelsutredningen (S 2016:07) i denna fråga.
– Utredaren ska, efter vidare analys enligt ovan, lämna förslag till hur vårdens förbättringsarbete kan stärkas, särskilt på lokal nivå. Detta kan även komma att inkludera författningsförslag.

Utveckla förslaget om en nationell digital kunskapstjänst

De ekonomiska resurser som i dag går till olika utvecklingsprojekt för att ta fram digitala kunskapsstöd till vården föreslås i Kunskapsstödsutredningens betänkande samlas och användas till att ta fram en samlad digital kunskapstjänst.

– Utredaren ska närmare klargöra förutsättningarna för och utarbeta 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 men är även fri att pröva andra lösningar.

Analysera de statliga myndigheterna roll i ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Sedan betänkandet presenterades har, som nämnts ovan, några myndigheter inom Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst etablerat ett partnerskap med styrgruppen för landstingens nya nationella system för kunskapsstyrning.

Statskontoret har regeringens uppdrag att utvärdera om syftet med Rådet för styrning med kunskap uppnås och även belysa resultaten av förändringarna på regional och lokal nivå. I Statskontorets uppdrag ingår också att ta fram förslag till åtgärder för hur myndigheterna effektivare kan utföra sina uppgifter inom området och bedöma hur samverkan mellan myndigheterna fungerar. Statskontoret ska lämna en slutrapport senast den 1 november 2018.

– Utredaren ska samråda med Statskontoret och inom ramen för sitt uppdrag följa hur de statliga myndigheternas roller i arbetet för en kunskapsbaserad vård utvecklas. Utredningen ska också vid behov lämna förslag till hur rollerna fortsatt bör utvecklas, inklusive eventuella författningsförslag.

Vidare utreda förslaget om ett strukturerat stöd till samråden

I Kunskapsstödsutredningens betänkande föreslås ett nationellt kansli för att bl.a. bistå regeringen med insatser för att säkerställa att det föreslagna samrådet mellan regeringen och landstingen successivt utvecklas och ger önskade effekter. Regeringen delar bedömningen att det kan komma att behövas ett strukturerat stöd till samråd mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen över tid. Formen för detta behöver emellertid utredas närmare.

– Utredaren ska se över om det finns ett behov av ett strukturerat stöd till regelbundna samråd mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen och hur ett sådant stöd i så fall bör utformas och ha sin hemvist.

Föreslå hur den kommunala hälso- och sjukvården ska inkluderas

Den kommunala hälso- och sjukvården växer i betydelse och kraven på att den ska vara kunskapsbaserad är lika stora som för hälso- och sjukvård där landstinget är huvudman.

- Utredaren ska därför lämna förslag på hur den kommunala hälso- och sjukvården bör inkluderas i det nationella sammanhållna systemet för en kunskapsbaserad vård.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. Utredaren ska särskilt redovisa konsekvenser och kostnader för staten, landsting och kommuner samt föreslå hur dessa ska finansieras. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters uppgifter beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön samt jämlik vård över landet.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med företrädare för sjukvårdshuvudmännen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt med samtliga myndigheter med centrala uppgifter som berör uppdraget, Rådet för styrning med kunskap, partnerskapet samt andra berörda aktörer så som patient- och professionsföreningar samt läkemedelskommittéerna. I den mån det bedöms lämpligt ska utredaren även föra dialog med andra pågående utredningar, bl.a. Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), Läkemedelsutredningen (S 2016:07) och Framtidens socialtjänst (S 2017:03).

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2020.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2019:78

Tilläggsdirektiv till utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning (S 2018:12)

Beslut vid regeringssammanträde den 7 november 2019

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 30 augusti 2018 kommittédirektiven Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (dir. 2018:95).

Landstingen har inlett ett gemensamt arbete med att etablera en gemensam struktur för kunskapsstyrning, med syfte att bästa möjliga kunskap används i varje patientmöte. Kunskapsstyrningsstrukturen är under uppbyggnad och regeringen följer arbetet noga.

Regeringen ser att det även finns anledning att analysera hur den statliga strukturen på ett ändamålsenligt sätt kan bidra till att bästa möjliga kunskap används i varje patientmöte och därmed underbygga landstingens pågående utvecklingsarbete.

I dagsläget finns det flera myndigheter som tar fram kunskapsstöd till olika delar av såväl den landstingskommunala som den kommunala hälso- och sjukvården. Regeringen ser behov av att analysera hur staten kan agera mer sammanhållet i frågor om uppföljning och kunskapsstöd m.m. för att bättre svara upp mot den önskade utvecklingen.

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 bedöms det i nuläget inte ändamålsenligt att utredaren ska stödja ut-

formandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Det innebär också att utredningen inte ska fokusera på hur själva genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsstyrning sett ut.

Utredaren ska i stället fokusera på hur staten kan agera på ett mer sammanhållet sätt genom att bättre förutsättningar skapas för en nationell och sammanhållen uppföljning av hälso- och sjukvården. Utredaren ska i sammanhanget i möjligaste mån beakta de förutsättningar som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården. Därigenom ökar möjligheten till en mer strategisk, kunskapsbaserad och långsiktigt hållbar styrning av hälso- och sjukvården på nationell nivå.

Mot bakgrund av detta ändras utredningens direktiv.

Utredningstiden ligger fast. Uppdraget ska alltså redovisas senast den 30 juni 2020.

Uppdraget att stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

Enligt de ursprungliga direktiven skulle utredaren inom ramen för uppdraget att stödja ett nationellt sammanhållet system bl.a.

- stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård
- stödja utvecklingen av nära och regelbundna samråd mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen
- stödja utvecklingen av en förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.

Dessa uppdrag ersätts med att utredaren ska

- analysera och lämna förslag på en funktion för en samlad uppföljning av hälso- och sjukvården inom ramen för den befintliga myndighetsstrukturen, med syfte att följa regeringens reformer och satsningar på området samt analysera var behoven av statliga insatser är som störst för att säkerställa god vård
- analysera hur en sådan funktion kan samverka med hälso- och sjukvårdens huvudmän, till exempel inom ramen för landstingens gemensamma kunskapsstyrningsstruktur

– lämna förslag på hur en sådan funktion kan regleras.

Uppdraget att vidareutveckla valda förslag och bedömningar i betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård

Enligt de ursprungliga direktiven skulle utredaren inom ramen för uppdraget att vidareutveckla valda förslag och bedömningar i betänkandet

Kunskapsbaserad och jämlik vård bl.a.

– ytterligare analysera och utveckla valda förslag och bedömningar i det betänkandet.

Av direktiven framgår att utredaren ska klargöra förutsättningarna för och utarbeta ett detaljerat förslag till en nationell kunskapstjänst. Detta bedöms vara för omfattande för att genomföras inom ramen för denna utredning och ska därför inte analyseras eller utredas vidare.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med företrädare för sjukvårdshuvudmännen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) samt med samtliga myndigheter med centrala uppgifter som berör uppdraget, Rådet för styrning med kunskap, partnerskapet samt andra berörda aktörer så som patient- och professionsföreningar samt läkemedelskommittéerna. I den mån det bedöms lämpligt ska utredaren även föra dialog med andra pågående utredningar, bl.a. Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), Framtidens socialtjänst (S 2017:03) och Utredningen om översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (S 2019:01).

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet.

Utredningstiden ligger fast. Uppdraget ska alltså redovisas senast den 30 juni 2020.

(Socialdepartementet)

Statliga myndigheter med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor

Denna bilaga innehåller en beskrivning av uppdragen för de myndigheter som ingår i Rådet för styrning med kunskap samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Beskrivningarna tar sin utgångpunkt i respektive myndighets instruktion.

E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten ansvarar enligt sin instruktion[1] för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering. I myndighetens uppdrag ingår också att samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet. Myndigheten har bl.a. ett särskilt ansvar för de register som anges i lagen (1996:1156) om receptregister och lagen (2005:258) om läkemedelsförteckning samt för att utfärda intyg om tillstånd för den som vill bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument. Myndigheten ska förvalta, framställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik, ansvara för ett antal register såsom nationellt register över elektroniska recept för djur, nationellt produkt- och artikelregister över läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel samt ansvara för ett nationellt register över sortiments- och leveransinformation avseende dosdispenserade läkemedel.

E-hälsomyndigheten har också ett kunskapsstödjande uppdrag. Enligt instruktionen ska myndigheten tillhandahålla ett elektroniskt expertstöd till öppenvårdsapoteken i syfte att öka säkerheten vid expediering av läkemedelsrecept. Det system som tillhandahålls

[1] Förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.

heter EES och är att kategoriseras som ett beslutsstöd. Myndigheten erbjuder även ett beslutsstöd som heter Min förskrivning. Förskrivare av läkemedel kan med stöd av receptregisterlagen ta del av den egna statistiken över sin läkemedelsförskrivning. Statistiken kan även användas till medicinsk uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring, dock inte på patientnivå.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten ska enligt sin instruktion[2] verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta. I uppdraget ingår att genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning bl.a. främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Myndigheten ska vidare svara för kunskapsuppbyggnad inom sitt ansvarsområde och förse regeringen och statliga myndigheter med kunskaps- och beslutsunderlag. Folkhälsomyndigheten ska också identifiera, analysera och förmedla för ansvarsområdet relevant kunskap till berörda i kommuner, regioner och andra berörda samhällssektorer. Exempelvis ska myndigheten verka för att förskrivare, övriga berörda yrkesgrupper och allmänheten tillämpar de kunskaper som finns om antibiotikaresistens och annan antimikrobiell resistens.

Folkhälsomyndigheten har också i uppdrag att ansvara för uppföljning av befolkningens hälsa och för sektorsövergripande uppföljning av utvecklingen av folkhälsans bestämningsfaktorer, att bidra med metoder för att beakta folkhälsoaspekter i uppföljningar samt att ansvara för den samordnade uppföljningen inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet.

Myndigheten har ett övergripande nationellt ansvar för befolkningens skydd mot smittsamma sjukdomar och samordnar smittskyddet på nationell nivå. Vidare får myndigheten bedriva sådan forskning som är nödvändig för att myndighetens uppdrag på smittskyddsområdet ska kunna fullgöras. Folkhälsomyndigheten tar också fram föreskrifter, rekommendationer och vägledningar till hälso- och sjukvårdspersonal. Även det nationella arbetet med antibiotikaresistens och vårdhygien samordnas av myndigheten. Några andra av myndighetens ansvarsområden är vaccinationer, beredskapsplanering inför

[2] Förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

utbrott av smittsamma sjukdomar samt nationella beredskapslager av smittskyddsläkemedel.

Folkhälsomyndigheten producerar en relativt stor mängd publikationer som finns tillgängliga på myndighetens hemsida.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har enligt sin instruktion[3] i uppdrag att finansiera och utvärdera forskning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Resultaten av forskning finansierad av Forte ska ligga till grund för behovs- och problemanalyser, kunskapssammanställningar och beslutsunderlag. Forte bidrar även genom att stödja implementering och användning av forskning i praktik. Forte förmedlade 2019 cirka 685 miljoner kronor i stöd till forskning. I myndighetens regleringsbrev återfinns ett antal uppdrag rörande särskilda områden som myndigheten ska utvärdera eller bedriva forskning inom.

Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har enligt sin instruktion[4] i uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får hälso- och sjukvård samt omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Den lagstiftning som styr verksamheten är i huvudsak hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientsäkerhetslagen (2010:659), socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Varje år ska IVO lämna en särskild rapport till regeringen med en sammanfattande analys av arbetet med tillsyn, klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) och tillståndsprövning under det gångna verksamhetsåret.

IVO:s tillsyn inom hälso- och sjukvårdsområdet omfattar hälso- och sjukvården och dess personal. Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter, dvs. att vård-

[3] Förordning (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.
[4] Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

givaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen uppfylls. Vidare ska IVO efter anmälan pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal.

Av propositionen Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst (prop. 2012/13:20), som ligger till grund för bildandet av myndigheten, framgår att utöver det löpande arbetet med tillsyn ska IVO bidra till sektorns löpande utveckling genom att med stöd av sina iakttagelser bidra till ett successivt lärande. Vidare framgår det av propositionen att i de fall myndigheten observerar problem eller frågeställningar som har betydelse för sektorns utveckling bör inspektionen samverka med Socialstyrelsen så att iakttagelserna tillvaratas på bästa möjliga sätt. Propositionen anger också att IVO bör bygga lämpliga samarbetsformer med huvudmännen så att inspektionens arbete på bästa möjliga sätt samspelar med huvudmännens kvalitetsansvar.

Läkemedelsverket

Av Läkemedelsverkets instruktion[5] följer att myndigheten ansvarar för kontroll och tillsyn av läkemedel, narkotika och vissa andra produkter som står läkemedel nära. Myndigheten ansvarar också för tillsyn av medicintekniska produkter, kosmetiska produkter, tatueringsfärger och vissa varor som är avsedda för kosmetiska och hygieniska ändamål. Kontrollen och tillsynen är till stor del lagreglerad. Läkemedelsverket ska enligt sin instruktion svara för föreskrifter och allmänna råd i fråga om läkemedel och andra produkter som omfattas av myndighetens kontroll eller tillsyn, svara för information inom sitt ansvarsområde till andra myndigheter och enskilda, svara för forskning på områden av betydelse för den kontroll och tillsyn som myndigheten ska bedriva, tillhandahålla producentobunden läkemedelsinformation till allmänheten m.m.

Genom Giftinformationscentralen har myndigheten till uppgift att lämna giftinformation och behandlingsråd till hälso- och sjukvården och allmänheten avseende akuta förgiftningar med läkemedel, kemikalier och andra produkter samt biologiska toxiner. Läkemedelsverket har sedan 2013 haft i uppdrag att samordna och följa upp

[5] Förordning (2020:57) med instruktion för Läkemedelsverket.

arbetet med att genomföra den nationella läkemedelsstrategin genom det s.k. Centrum för bättre läkemedelsanvändning (CBL).

Myndigheten producerar kunskapssammanställningar, behandlingsrekommendationer, säkerhetsinformation och svarar på enskilda frågor.

Läkemedelsverket utarbetar rekommendationer för läkemedelsbehandling i samarbete med specialister från hälso- och sjukvården och även i samverkan med andra myndigheter såsom Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Ämnesvalet görs bl.a. utifrån önskemål från hälso- och sjukvården, nya läkemedel och vid större förändringar inom terapiområden. Läkemedelsverkets rekommendationer publiceras på myndighetens hemsida.

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för delaktighet (MFD) ska enligt sin instruktion[6] främja ett systematiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken på alla nivåer i samhället. I instruktionen betonas bl.a. att myndigheten ska ta fram metoder, riktlinjer och vägledningar till stöd för arbetet med tillgänglighet och delaktighet, men även arbeta med uppföljningar och analyser. Myndigheten ska bidra till kunskapsutveckling i frågor som rör delaktighet, tillgänglighet, universell utformning, välfärdsteknologi, miljö, levnadsvillkor och rättigheter för personer med funktionsnedsättning. I uppdraget ingår det också att sprida kunskap. Vidare ska myndigheten följa och initiera forskning inom sitt verksamhetsområde. Myndigheten arbetar också med att följa upp, utvärdera och analysera utvecklingen inom funktionshinderspolitiken. Vid myndigheten finns ett kunskapsråd som bl.a. ska identifiera och lämna förslag på lämpliga områden för uppföljning och analys och bistå myndigheten med kunskap och erfarenhet i frågor som avser rättigheter för personer med funktionsnedsättning och genomförandet av funktionshinderspolitiken. I rådet finns bl.a. företrädare för intresseorganisationer och näringsliv samt personer med vetenskaplig erfarenhet.

[6] Förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys

Av instruktionen[7] för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) framgår att myndigheten ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv ska följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Myndigheten ska följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter, samt (inom ramen för sitt verksamhetsområde) bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning. Vårdanalys har också till uppgift att utvärdera sådan information om hälso- och sjukvården och omsorgen som lämnas till den enskilde gällande informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet. Myndigheten ska bistå med utvärderingar och uppföljningar av statliga reformer och initiativ samt bedriva omvärldsbevakning och göra internationella jämförelser. Patient- och brukarperspektivet ska bl.a. tillgodoses genom det patient- och brukarråd som finns vid myndigheten. Av instruktionen framgår att rådet särskilt ska identifiera och lämna förslag på lämpliga områden för analys och granskning samt bistå i arbetet med att identifiera patienters, brukares och medborgares behov av information. Myndigheten har ett särskilt uppdrag att bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning. Myndigheten har under flera år haft i uppdrag att ansvara för genomförandet av den svenska delen i en internationell undersökning om hälso- och sjukvården, den s.k. International Health Policy Survey.

Socialstyrelsen

Av Socialstyrelsens instruktion[8] följer att myndigheten är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör bl.a. hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst. Socialstyrelsen ska genomföra sitt uppdrag genom regler (föreskrifter), kunskap och statsbidrag. Socialstyrelsen ska också ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde samt ge stöd till metodutveckling inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska genom

[7] Förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorganalys.
[8] Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

kunskapsstöd eller föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Häri ingår uppgifter som att inventera kunskapsläget och utveckla ny kunskap samt sammanställa och analysera denna kunskap. Myndigheten ska också följa upp och utvärdera utvecklingen av hälso- och sjukvården och omsorgen, utveckla och förvalta nationella indikatorer för god hälsa, vård och omsorg samt redovisa analyser av verksamheternas processer, resultat och kostnader.

Socialstyrelsen ansvarar vidare för hälso- och socialtjänstregister och övriga statistikdatabaser. Myndigheten ska särskilt ansvara för officiell statistik enligt förordningen (2001:100) om den officiella statistiken och hälsodataregister. Myndigheten ansvarar också för att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen ansvarar för en rad förvaltningsärenden bl.a. när det gäller beslut om behörigheter för olika professioner samt statsbidrag. Myndigheten har också ett särskilt uppdrag när det gäller kurser för specialistläkare.

Socialstyrelsen har en central roll när det gäller statens kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården och i förhållande till övriga myndigheter. I budgetpropositionen för 2015 skrev regeringen att Socialstyrelsen ska ha en tydlig roll som ett nav för den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt att myndighetens stabsliknande roll ska betonas. Sedan den 1 juli 2015 är Socialstyrelsen ordförande i Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Myndigheten samordnar det löpande arbetet i rådet.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS) är bindande regler som sjukvården har att följa. Reglerna kan vara direkt styrande på hur vården inom ett visst sjukdomsområde ska utföras. Socialstyrelsen har även gett ut en stor mängd föreskrifter som huvudsakligen är inriktade på styrning, organisation, ledning och administration av hälso- och sjukvården.

Utöver de uppgifter som Socialstyrelsen har att utföra i enlighet med instruktionen, präglas verksamheten av en stor mängd regeringsuppdrag, bl.a. om uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdens strukturer, processer och resultat.

Inom Socialstyrelsen finns också särskilda rådgivande och beslutande organ för vissa frågor. Ett exempel är att det inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns Nämnden för

nationell högspecialiserad vård. Socialstyrelsen har ett utpekat ansvar för den högspecialiserade vården.

Socialstyrelsen har en särskild kunskapsdatabas om ovanliga diagnoser där det finns utförlig information om drygt 300 ovanliga sjukdomar och tillstånd.

Socialstyrelsen ansvarar för den nationella webbplatsen Kunskapsguiden.se. Webbplatsen riktas till personer som arbetar med hälsa, vård och omsorg med syfte att underlätta spridning av nationellt samlad kunskap.

Socialstyrelsen tillhandahåller ett beslutsstöd benämnt Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (FMB). Tjänsten avser att utgöra ett stöd för de frågor som läkare, Försäkringskassan och andra aktörer stöter på i samband med sjukskrivning. Syftet med FMB ska vara att höja kvaliteten på sjukskrivningarna och därigenom bidra till en kvalitetssäker, effektiv och likvärdig sjukskrivningsprocess.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har i uppdrag att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården och i den verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) ur ett medicinskt perspektiv där så är tillämpligt, samt ur ett ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv. I SBU:s instruktion[9] framhålls att myndigheten ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt och sprida dem så att sjukvårdshuvudmän (regioner och kommuner), vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen. SBU ska kontinuerligt utveckla sitt arbete med att sprida utvärderingarna så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vidare har SBU bl.a. i uppdrag att systematiskt identifiera, aktivt föra ut kunskap om samt utvärdera behandlingsmetoder i vården vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om. Förutom SBU:s allsidiga vetenskapliga utvärderingar som innefattar systematiska översikter, ekonomiska/hälsoekonomiska analyser samt genomgång av sociala och etiska aspekter,

[9] Förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

gör SBU en rad andra produkttyper. Bland annat kommenterar SBU systematiska översikter från andra internationella aktörer samt utför mindre omfattande litteraturgenomgångar där sjukvården och socialtjänsten kan få svar på avgränsade frågor. SBU bereder även frågor för andra myndigheters eller uppdragsgivares verksamhet eller beslut, exempelvis genom att ta fram kunskapsunderlag till Socialstyrelsens nationella riktlinjer. SBU identifierar kontinuerligt vetenskapliga kunskapsluckor och publicerar dem på SBU:s webbplats som stöd för forskare och forskningsfinansiärer i deras prioritering av områden för ny forskning.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Av instruktionen[10] för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) följer att myndigheten ska medverka till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och tandvård samt till en god tillgänglighet till läkemedel i samhället och en väl fungerande apoteksmarknad. I myndighetens uppdrag ingår att pröva vilka läkemedel som ska vara subventionerade och omfattas av högkostnadsskyddet samt att fastställa försäljningspriser. Myndigheten avgör även vilka förbrukningsartiklar som ska ingå i högkostnadsskyddet och fastställer produktens försäljningspris. TLV har också ett tillsynsuppdrag genom att de utövar tillsyn över de aktörer som ska följa förmånslagen, det vill säga främst läkemedelsföretag och apotek. I myndighetens uppdrag ingår att fatta beslut om vilka tillstånd och tandvårdsåtgärder som ska ingå i det statliga högkostnadsskyddet för tandvård samt att fastställa referenspriser för olika tandvårdsåtgärder. Vidare ansvarar TLV för beslut om beloppsgränser och ersättningsgrader för tandvårdsstödets högkostnadsskydd. Myndigheten ska också följa och analysera utvecklingen på läkemedels-, apoteks- och tandvårdsområdena. Vidare ska myndigheten bl.a. följa upp och utvärdera sina beslut och de föreskrifter som myndigheten beslutar och informera berörda om sin verksamhet och om sina beslut. TLV genomför hälsoekonomiska bedömningar av läkemedel och medicintekniska produkter som används inom slutenvården. De hälsoekonomiska bedömningarna tas fram till regioner på efterfrågan av dessa via regionernas gemensamma grupp, Rådet för nya

[10] Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

terapier (NT-rådet). TLV publicerar en handbok om tandvårdsstödet där TLV:s föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd presenteras på ett mer lättillgängligt sätt, oftast med kliniska exempel. Därutöver har myndigheten tagit fram ett webbaserat kunskapsstöd, KUSP, för dem som arbetar i tandvården. TLV tillhandahåller även uppgifter om prisnivåer för utförd tandvård.

Teori – Ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård

- Med ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård menar utredningen att hälso- och sjukvårdssystemets olika delar gemensamt verkar för att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård på alla nivåer.
- Syftet med systemet är att skapa förutsättningar för att nå målen med hälso- och sjukvården, att öka kvaliteten, jämlikheten och effektiviteten.
- För patientmötet finns utarbetade processer för hur bästa tillgängliga forskningsbaserade eller systematiskt framtagna kunskap kan integreras med den individuella patientens situation, önskemål och erfarenheter samt den professionelles bedömning och kliniska expertis (evidensbaserad praktik).
- För beslut inom hälso- och sjukvården som fattas på andra nivåer, utanför det enskilda patientmötet, finns processer för hur man kan integrera den bästa tillgängliga forskningsbaserade eller systematiskt framtagna kunskapen med politiska perspektiv/intentioner, sakkunnigas expertis, eller medborgares och patienters perspektiv.
- Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård ska säkerställa att de viktigaste frågorna kontinuerligt identifieras och prioriteras samt att ny relevant och tillförlitlig kunskap genereras och tillgängliggörs på hälso- och sjukvårdens samtliga nivåer. Systemet ska också erbjuda en infrastruktur som stimulerar att bästa tillgängliga kunskap tillämpas och att användandet följs upp och analyseras.

I den här bilagan fördjupar vi utredningens definitioner och användning av centrala begrepp såsom sammanhållet system för kunskapsbaserad vård samt hur man kan se på ett sådant system både utifrån det enskilda patientmötet och på andra organisatoriska nivåer i hälso- och sjukvården. Vidare presenteras systemets huvudsakliga delar samt hur de länkas samman.

Centrala begrepp för utredningen

Utredningen arbetar efter kommittédirektiv med titeln Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Utredningens bedömning är att ”ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård” avser en sammanhängande helhet där hälso- och sjukvårdssystemets olika delar gemensamt verkar för att åstadkomma en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård på alla nivåer, som bidrar till hälso- och sjukvårdens övergripande mål. På den lokala nivån, i mötet med patienten eller medborgaren – definieras kunskapsbaserad vård som att beslut inom hälso- och sjukvården 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) (se nedan och Box 1).

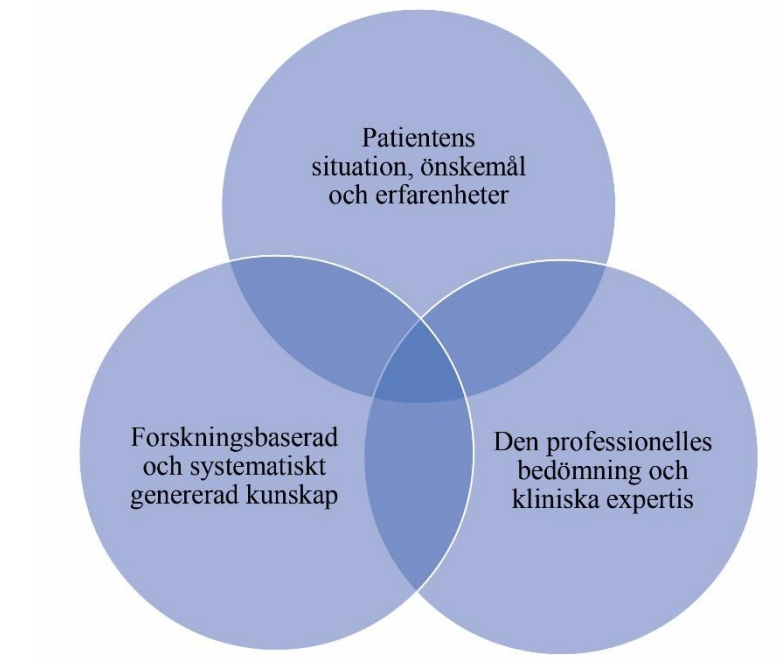
På högre organisatoriska nivåer i hälsosystemet, dvs. på regional och nationell nivå – definieras kunskapsbaserad vård som att beslut angående hälso- och sjukvårdssystemet ska vara så välinformerade som möjligt och informeras av såväl forskningsbaserad och systematiskt genererad kunskap som andra källor såsom politiska perspektiv/intentioner, sakkunnigas expertis samt medborgares och patienters perspektiv. Denna definition är överensstämmande med evidensbaserad hälso- och sjukvård samt evidensinformerad hälsopolicy (presenteras närmare nedan).

Forskningsbaserad och systematiskt genererad kunskap kan baseras på både vetenskap och annan systematiskt genererad kunskap såsom uppföljningar och analyser eller av systematiska metoder för att nå konsensus av till exempel beprövad erfarenhet. Vilken fråga som ställts, tillgång till forskning/data samt var och i vilket samman-

hang i hälsosystemet beslutet ska tas, avgör vilken typ av underlag som utgör bästa tillgängliga kunskap. I det följande kommer begreppet *forskningsbaserad och systematiskt genererad kunskap* förenklat benämnas som *forskningsbaserad kunskap*.

Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård ska säkerställa att de viktigaste frågorna identifieras och prioriteras samt att ny relevant och tillförlitlig kunskap genereras och tillgängliggörs hälso- och sjukvårdens samtliga nivåer. Systemet ska så långt det är möjligt skapa förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap tillämpas och följs upp.

Figur 19 **De tre källor som vägs samman i patientmötet i en evidensbaserad praktik**



En evidensbaserad praktik – en beslutsmodell för patientmötet

Evidensbaserad praktik (EBP) är en beslutsmodell rörande insatser i hälso- och sjukvård och socialtjänst (för historik, se Box 1). EBP innebär att tre källor transparent och systematiskt vägs samman i de beslut som sker mellan patient och vårdens professioner. Källorna

utgörs av patientens situation, önskemål och erfarenheter, den professionelles bedömning och kliniska expertis samt forskningsbaserad och systematiskt genererad kunskap (figur 1).

Patientens situation, önskemål och erfarenheter utgör en viktig källa i ett beslut om insats eller behandling. Det är av vikt att patienten får insikt i vad den forskningsbaserade kunskapen (se ovan) säger och vad den professionella bedömningen är. Detta för att patienten ska ha möjlighet att formulera en informerad önskan i beslutet om den egna behandlingen. Det kan t.ex. handla om vilka effekter av en behandling som upplevs viktiga och vilken tyngd man lägger på olika typer av biverkningar. De valmöjligheter som patienten har styrs bl.a. av behov och vad som anses vara vetenskap och beprövad erfarenhet (se vidare avsnitt 4.1).

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 forskningsbaserad 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).

Box 1 Evidensbaserad praktik
Forskningen om evidensbaserad praktik tog bl.a. avsprång i epidemiologen John Wennbergs serie av registerstudier som på 1970-talet visade på stora lokala och omotiverade variationer i Amerikas hälso- och sjukvård (1). Wennbergs studier visade också på medicinskt omotiverade skillnader i hälsoutfall mellan olika vårdgivare. Synliggörandet av lokala variationerna ledde till en strävan att likrikta beslutsprocessen för att minska omotiverade skillnader i såväl praktik som hälsoutfall. Dessa tankegångar utvecklades av bland andra David Sackett (2) för att under 1990-talet presenteras som evidensbaserad medicin (EBM). EBM var initialt en pedagogisk modell för medicinskt beslutsfattande som användes på läkarutbildningar i Kanada och USA.

När EBM kom att appliceras på fler områden än medicin inom välfärdsystemen vidgades begreppet till evidensbaserad praktik (EBP). Inom hälso- och sjukvården inkluderar EBP i dag samtliga kunskapsområden, såsom exempelvis omvårdnad, fysioterapi och psykologisk behandling.

En evidensbaserad hälso- och sjukvård – en beslutsmodell för hela hälso- och sjukvårdssystemet

Slutsatsen att målen med hälso- och sjukvården har större sannolikhet att uppnås om beslut på alla nivåer äger rum i transparenta beslutsprocesser samt vilar på systematiskt utvecklade underlag, har fastslagits i Sverige och i många andra länder (3, 4). Forskningsbaserad kunskap har i detta sammanhang lyfts fram som viktig och underanvänd. Under det senaste kvartsseklet har det svenska hälsosystemet verkat för att hälso- och sjukvårdens beslut på lokal, regional och nationell nivå ska informeras av bästa tillgängliga kunskap (5).

Denna utgångspunkt vilar på det faktum att evidensbaserad praktik i patientmötet inte sker i ett vakuum, utan att dess yttersta förutsättningar är avhängigt av att hälso- och sjukvården som helhet och på samtliga nivåer verkar i denna riktning. 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.

Evidensinformerad hälsopolicy

> Hälsopolicy är en stats uttalade intention och ageranden, som vilar på i förväg fastlagda principer och som riktar sig till hälsosystemet i vid bemärkelse. Hälsopolicy uttrycks i lagar, förordningar, reformer och riktlinjer som riktar sig till hälsosystemets delar eller systemet i sin helhet (6).

Evidensbasering inom hälso- och sjukvårdssystemet har beforskats inom fältet evidensinformerad hälsopolicy (6). Policys kan vara av bindande (exempelvis lagstiftning) eller mer frivillig eller vägledande karaktär (exempelvis riktlinjer).

Vad avses med evidensinformerad hälsopolicy? Begreppet rymmer två dimensioner:

- dels att policyns innehåll i någon utsträckning bygger på forskningsbaserad kunskap när sådan finns att tillgå,
- dels att proceduren att formulera, implementera, följa upp och analysera hälsopolicyn bygger på vetenskapliga principer, dvs. på ett systematiskt och transparent sätt och där eventuella felkällor aktivt söks och adresseras.

Även om man inom EBP väger in flera källor i beslut om behandling så inkluderar evidensinformerad hälsopolicy ofta en ännu bredare arsenal av perspektiv och typer av källor i policybesluten. Detta har förklarats av policyfrågornas närhet till den politiska sfären men också för att de problem man söker lösa på systemnivå med hälsopolicys ofta rymmer en större komplexitet (7). Evidensinformerad hälsopolicy behöver – liksom EBP – såväl innehållsligt som procedurmässigt väga in fler källor – såsom sakkunnigas, professionellas, patienters eller politikers perspektiv och bedömningar (8).

Evidensinformerade hälsopolicys kan klassificeras i tre olika typer - praktiska policys, tjänstepolicys och styrningspolicys (8):

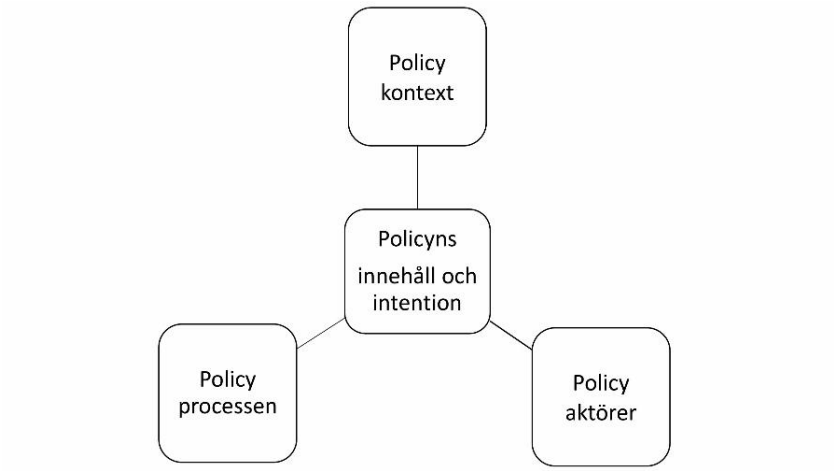
1. Praktiska policys tar sikte på den praktiska verksamheten i hälsosystemet, exempelvis i form av rutiner för förskrivning av antibiotika.

2. Servicepolicys fokuserar på hur service och tjänster inom hälsoområdet ska organiseras, exempelvis utformning av digitala vårdtjänster.
3. Styrningspolicys reglerar hur organisatoriska och finansiella strukturer ska ordnas i hälsosystemet, exempelvis den nationella modellen för öppna prioriteringar via finansiella ersättningssystem i primärvården.

I praktiken är denna indelning mindre tydlig och policys rymmer i många fall flera av dessa policytyper. Exempelvis kan nationella riktlinjer definieras som styrningspolicy men har också drag av praktisk policy när specifika behandlingsmetoder rekommenderas.

Policyutveckling kan ses som en cyklisk process som löper över faserna idé/behov, formulering, implementering och uppföljning. Centrala komponenter i en hälsopolicyprocess har ansetts vara aktörer, innehåll, kontext och process, se figur 2 som illustrerar hälsopolicytriangeln (9).

Figur 2 Hälsopolicyns centrala komponenter

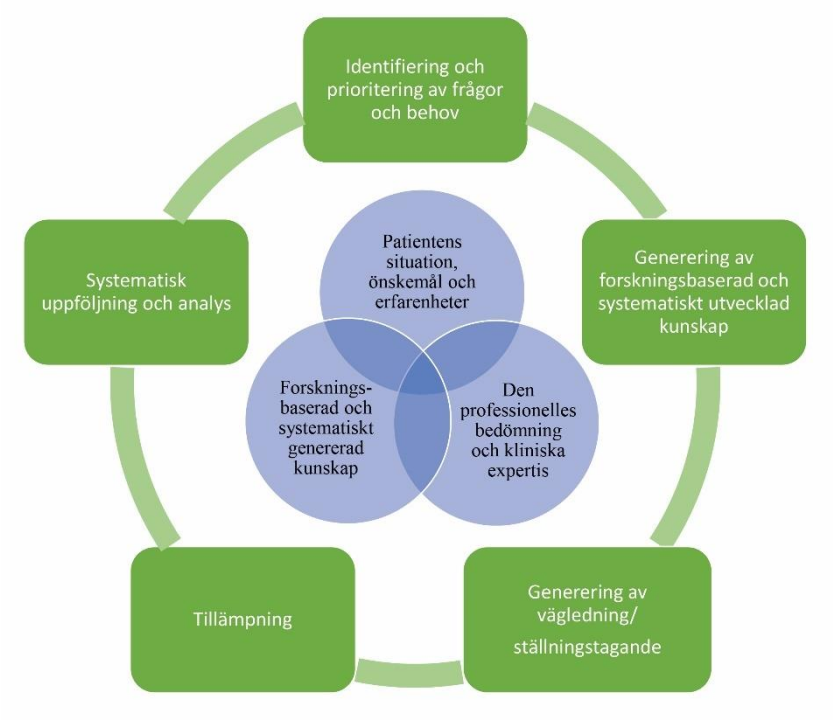


Policykontext är den samhälleliga, juridiska, ekonomiska, sociala och kulturella omgivning som omger policyn. Policyaktörerna utgörs av de nätverk av individer, organisationer eller aktörer som initierat, drivit, medverkat eller påverkat policyns formulering och imple-

mentering. Bland policyaktörerna finns också de individer, grupper och organisationer som direkt eller indirekt berörs av policyn. Policyns innehåll och intention är de uttalade åtgärder eller förändringar som är policyns huvudsakliga riktning eller budskap.

Vilken typ av forskningsbaserad kunskap som är användbar och i vilket skede denna typ av underlag kan komma in i policyprocessen beror i stort på vilka aktörer som är involverade, vilket uppdrag dessa har samt vilka hälsoområden policyn rör.

Figur 3 **De huvudsakliga komponenterna i ett sammanhållet system för kunskapsbaserad vård. Systemet skapar förutsättningar för en evidensbaserad praktik (illustrerad med EBP-modellen i centrum) genom en evidensbaserad hälso- och sjukvård på alla nivåer**



Systemet och dess komponenter

System för kunskapsbaserad vård har beskrivits på olika sätt både nationellt och internationellt (10, 11). Utredningen har valt att i denna bilaga beskriva systemet och dess olika komponenter utan att

ta ställning till specifika modeller. I detta avsnitt beskrivs de enskilda komponenterna i systemet – identifiering och prioritering av frågor och behov, generering av forskningsbaserad eller systematiskt utvecklad kunskap, generering av vägledning eller ställningstagande, tillämpning och förutsättning för tillämpning samt systematisk uppföljning och analys (figur 3). Vi börjar dock med att beskriva hur komponenterna i systemet påverkar varandra.

Komponenterna i systemet påverkar varandra

Ett sammanhållet system behöver ta i beaktande att komponenterna i systemet påverkar och påverkas ömsesidigt. Det innebär att utformningen av de distinkta komponenterna behöver beakta komponenterna samt helheten. Det sker även återkoppling mellan komponenterna, till exempel kan arbetet med vägledningar belysa aspekter av vad ny forskningsbaserad kunskap bör adressera. Likaså kan man vid tillämpning återkoppla till vad som kan behöva justeras vad gäller vägledningar, och uppföljning och analys kan återkoppla till verksamhetens tillämpning.

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.

Hur effektivt systemet kan skapa förutsättningar för en ökad kvalitet, jämlikhet och effektivitet i vården beror också på de val och prioriteringar som görs i systemet. Det finns en rad aspekter som påverkar detta i hela kedjan från vilka aspekter av vården som följs upp, vilka frågor som prioriteras, vilken forskning som bedrivs, hur den är upplagd, hur och om man väljer att sammanställa den, och vilka faktorer man adresserar vid utformningen av riktlinjer och rekommendationer samt vid implementering. Några exempel på ansatser att göra strukturerade prioriteringar i de olika leden beskrivs under respektive del nedan.

Identifiering och prioritering av frågor och behov

Frågor kan vara problem eller kunskapsbehov av många olika slag både vad gäller kliniska frågeställningar eller policyfrågor. Frågor och behov kan identifieras av olika aktörer såsom patienter, befolkning, professioner i vården, kommuner och regioner, eller departement och myndigheter.

Frågor kan vara problem eller kunskapsbehov av många olika slag både vad gäller kliniska frågeställningar eller policyfrågor. Frågor kan identifieras av olika aktörer såsom patienter, befolkning, professioner i vården, kommuner och regioner, eller departement och myndigheter. Uppföljning och analys är ett centralt verktyg för att identifiera viktiga frågor att besvara.

En identifierad och prioriterad fråga kan behöva adresseras och besvaras i olika delar av systemet, beroende på vad som redan är gjort och var problemet ligger. I vissa fall finns redan den forskningsbaserade kunskapen som behövs. Det kanske snarare behövs vägledning i hur kunskapen ska kunna tillämpas i praxis, eller hur man kan tänka kring prioriteringar i frågan. I andra fall kanske det i stället är förutsättningar för att kunna tillämpa kunskapen som inte är på plats. Andra frågor kan behöva lösas genom förändringar i uppföljningar för att man bättre ska kunna förstå och förbättra aspekter av vården. Det innebär att identifiering av frågor kan leda till åtgärder eller förändringar var som helst i systemet.

Generering av forskningsbaserad eller systematiskt utvecklad kunskap

Denna del handlar om att utifrån lämplig metodik bedriva och sammanställa forskningsbaserad eller systematiskt utvecklad kunskap. Genereringen är beroende av vilken fråga den ska adressera.

Upplägg och metodik för generering av forskningsbaserad och systematiskt utvecklad kunskap är beroende av vilken fråga den ska adressera. Det kan till exempel handla om behandlingseffekter, hur patienter värderar ett visst utfall, upplevelser av ett tillstånd, samt hälsoekonomiska-, process-, organisations- och policyaspekter etc.

Generering av forskningsbaserad kunskap görs i två steg: 1) enskilda forskningsstudier (primärforskning) och 2) sammanvägning och bedömning av forskning (exempelvis systematiska översikter eller HTA-rapporter). Om det saknas forskning kan systematiska metoder för insamling av till exempel patienterfarenheter eller professionens beprövade erfarenhet användas (systematiskt genererad kunskap).

Metodik för forskning och sammanvägning av forskning samt systematiskt genererad kunskap utvecklas kontinuerligt för att öka tillförlitligheten och relevansen av den kunskap som genereras. För att kunskapsgenereringen på ett effektivt sätt ska gynna kvalitet, jämlikhet och effektivitet i vården krävs medvetna val och prioriteringar i flera steg samt att underlagen är utformade på ett vis som gynnar tillämpning.

Upplägg av forskningsstudie baseras på frågan

Det finns en mängd olika sätt att utforma forskningsstudier på. Som nämnts ovan, kommer olika upplägg och metodik att behöva tillämpas beroende på vad det är för fråga som ska besvaras. Till exempel kan behandlingseffekter bäst besvaras med randomiserade studier, medan frågor rörande prognos bäst besvaras med observationsstudier och frågor som rör upplevelser, erfarenheter eller attityder kan förstås bäst genom kvalitativa studier.

Frågeställningar som rör hälsopolicy och hälsosystem, exempelvis formulering, implementering och uppföljning av policy eller studier av förbättringsprocesser eller principer för prioritering i sjukvården utforskas multidisciplinärt inom såväl hälsovetenskap, teknikvetenskap, humaniora och samhällsvetenskap. För dessa frågeställningar används ofta hela spannet av forskningsmetoder, dvs. såväl kvalitativa, kvantitativa som mixade ansatser.

Tillvägagångsätt för identifiering och prioritering av forskningsfrågor

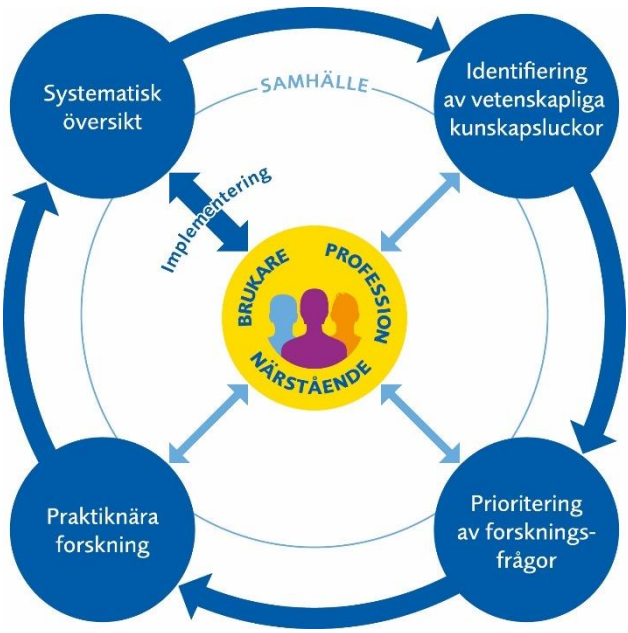
För att man ska prioritera den forskning som har störst möjlighet att ge förutsättningar för högre kvalitet i vården är det centralt att utgå ifrån vad patienter, profession och i vissa fall medborgare bedö-

mer som viktigast att få kunskap om. En metod för att prioritera forskningsbehov har tagits fram av den brittiska organisationen James Lind Alliance där brukare och profession i strukturerade former gemensamt prioriterar forskningsfrågor (12). En anpassad variant av denna metodik har använts av Forte vid bland annat framtagandet av sin strategiska forskningsagenda för det nationella programmet om tillämpad välfärdsforskning (13).

I arbetet med systematiska översikter (se nedan) kan även kunskapsluckor identifieras, det vill säga frågor där nya forskningsstudier behövs. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har beskrivit hur identifierade kunskapsluckor kan ligga till grund för prioritering av ny relevant forskning (14), se figur 4.

Figur 4 **Steg för att fylla vetenskapliga kunskapsluckor i bland annat hälso- och sjukvården**

Dessa steg omfattar systematisk översikt, identifiering av vetenskapliga kunskapsluckor, prioritering av forskningsfrågor och finansiering och utförande av praktiknära forskning. I centrum av hjulet finns de som bäst kan visa var både praktiknära forskning och systematiska översikter behövs, nämligen brukare, profession och närstående. De är även nyckelpersoner när det gäller att prioritera forskningsfrågor, medverka i utformningen av forskningen samt vid implementering av den kunskap som tas fram



Från SBU:s rapport Behov av praktiknära forskning och vetenskaplig utvärdering (14).

Metodik för sammanvägning av forskningsbaserad och systematiskt utvecklad kunskap.

Precis som vid utförandet av enskilda forskningsstudier behöver man tillämpa en systematik och transparens vid sammanvägning av forskning. Metodiken för detta är i sig ett forskningsområde och den kunskap som genereras vid sammanvägningen publiceras i vetenskapliga tidskrifter. Ett etablerat system för metodiken är det internationella GRADE-systemet (15) som har utvecklats som en fortsättning på utvecklingen av den evidensbaserade praktiken. Två centrala aspekter av GRADE är att utfallen som mäts ska vara betydelsefulla för patienter och att alla bedömningar som görs ska vara transparenta. Då detta system är så pass etablerat både internationellt och i Sverige[1], utgår utredningen från mycket av den forskning som gjorts inom GRADE i de följande avsnitten.

Som nämnts behöver de enskilda forskningsstudierna vägas samman och resultatens tillförlitlighet bedömas för att generera generaliserbar kunskap. Detta kräver en strukturerad arbetsprocess som inkluderar formulering av fråga, litteratursökning, granskning, sammanvägning och evidensgradering.

Vid användningen av GRADE bedöms och graderas tillförlitligheten till de sammanvägda resultaten från de vetenskapliga studierna. Graderingen baseras i huvudsak på en bedömning av fem faktorer:

1. den övergripande risken för systematiska fel i de ingående studierna,
2. om studierna motsäger varandra,
3. i vilken grad de studerade förhållandena skiljer sig från den aktuella frågan,
4. om det finns brister i precision (t.ex. om det totala antalet studiedeltagare eller händelser är för få) samt
5. hur stor risken är för snedvriden publicering.

GRADE metodiken utvecklas kontinuerligt och anpassas till bl.a. utvecklingen av nya studiemetoder. Inom GRADE-samarbetet har man till exempel arbetat med utvecklingen av evidensgraderingen vid komplexa interventioner.

[1] GRADE används av ett 100 tal organisationer världen över bl.a. av WHO och Cochrane, samt i Sverige av SBU, Socialstyrelsen och regionala HTA-enheter.

Resultat från kvalitativ forskning har under senare år blivit en del av den evidensbaserade praktiken där det bl.a. används för att avgöra vilka utfallsmått som är viktigast för patienterna och för att t.ex. undersöka hur accepterbar en intervention är. Tillförlitligheten av resultat från sammanställd kvalitativ forskning bedöms med en anpassad variant av GRADE, GRADE-CERQual (16).

Systematisk konsensus av erfarenheter – ett exempel på systematiskt utvecklad kunskap

I de fall då forskningsbaserad kunskap inte finns eller bedöms som alltför otillförlitlig, kan bästa möjliga kunskap innebära systematiskt insamlade erfarenheter. Ett exempel på detta är formulär för att inhämta information om patienters upplevelser och erfarenheter av behandlingar som tagits fram av den internationella organisationen för utvärdering av medicinska metoder, Health Technology Assessment International (HTAi) som bland annat använts i anpassade former av SBU (17). Ett annat exempel är Socialstyrelsens strukturerade process för att inhämta professionens beprövade erfarenhet, vilken innefattar enkäter till yrkesverksamma i vården med relevant erfarenhet och ett konsensusförfarande för att bedöma om det finns rimlig konsensus kring en metods effekter och risker (18). Inom GRADE redovisas alla kunskapsunderlag som ligger till grund för en rekommendation samt hur tillförlitliga resultaten är. Tillförlitligheten av systematiskt genererad kunskap, om den inte är utförd med forskningsmetodik för att undvika snedvridna resultat, bedöms ofta vara mycket låg. Denna osäkerhet beaktas vid formulering av rekommendationen t.ex. genom att man lägger större vikt vid behandlarens bedömning och patientens önskemål samt att uppföljning och analys blir än mer viktigt.

Generering av vägledning eller ställningstagande

Vägledningar är ett samlingsnamn för exempelvis riktlinjer, rekommendationer, vårdprogram, eller beslutsstöd i olika former. De kan vara av olika karaktär och rikta sig till olika målgrupper och beslutsnivåer i hälso- och sjukvården. På policynivå är det mer relevant att tala om ställningstaganden hur man ska möta ett visst behov, t.ex. i form av en ny lag.

Vägledningar för hälso- och sjukvården kan vara av olika karaktär och rikta sig till olika målgrupper och beslutsnivåer i hälso- och sjukvården. Det innefattar exempelvis riktlinjer, rekommendationer, vårdprogram, eller beslutsstöd i olika former. Sammanställningarna av forskningsresultat eller annan strukturerat inhämtad kunskap ska ligga till grund för vägledningarna, men man kan även behöva ta hänsyn till ytterligare aspekter samt göra olika typer av värderande ställningstaganden. Exempelvis väger man för- och nackdelar mot varandra och gör olika typer av prioriteringar inom eller mellan sjukdomsområden.

Inom GRADE (se ovan) har man tagit fram ramverk för hur man kan gå från den forskningsbaserade kunskapen till en vägledning eller ett ställningstagande på ett systematiskt och transparent vis. Syftet är att säkerställa att man tar hänsyn till alla relevanta aspekter vid ett beslut, och att bästa tillgängliga forskningsbaserade eller systematiskt framtagna kunskap används i beslutsprocessen (19–23). Det finns olika varianter på ramverk för till exempel kliniska rekommendationer, folkhälsofrågor eller hälsosystemfrågor. Ramverken inkluderar frågor såsom vad man vet om effekter och ekonomiska konsekvenser av en insats, vad en intervention kan få för konsekvenser på jämlikhet samt hur godtagbar och genomförbar den är. Detta kan utgöra ett stöd i beslut om en insats ska genomföras och i så fall hur.

Insatser som rör folkhälsofrågor eller hälsosystemfrågor är ofta komplexa vilket gör att mer detaljerade ställningstaganden kring implementeringsstrategier kan behövas. Komplexa frågor kan vara svårare att beforska och passar sällan för randomiserade och kontrollerade studieupplägg, därför har den forskningsbaserade kunskapen för denna typ av frågor ofta låg eller mycket låg tillförlitlighet. Detta

gör att man kan behöva ta extra hänsyn till hur uppföljning och utvärdering av insatsen ska utföras (23).

Det är väl belagt att vägledningar i för stor utsträckning inte tillämpas i sjukvården (5, 24). Flera av de faktorer som har betydelse för hur lyckosam tillämpningen av en vägledning blir, grundläggs redan när vägledningen genereras och formuleras (25, 26). Bland annat har karaktären på vägledningen relativt stor roll för implementeringen. Detta beskrivs närmare nedan.

Tillämpning och förutsättningar för tillämpning

Att tillämpa kunskap handlar både om att omsätta bästa möjliga kunskap i praktiken (implementering) och om att arbeta löpande med systematiskt kvalitetsarbete (förbättringsarbete).

När en ny intervention genom forskning bedömts vara effektiv, ha tydliga fördelar gentemot rådande praxis och vara kostnadseffektiv så kan det anses naturligt att en sådan metod kommer att börja användas relativt omgående och rutinmässigt i hälso- och sjukvården till nytta för patienten och samhället. Det är dock väl belagt att så är sällan fallet. Fördröjningen mellan en metods bevisade effekt och rutinmässig användning har uppskattats till 15–20 år (27). Det finns en stor mängd studier som belägger att forskningsresultat har svårt att få ett jämnt och rutinmässigt genomslag i hälso- och sjukvårdens praktik (28–30). Genom historien har nyttan med otaliga medicinska innovationer fördröjts och därmed orsakat höga humanitära och ekonomiska kostnader (Box 2).

Box 2 Exempel på fördröjd implementering av kunskap
Ett klassiskt exempel är förlossningsläkaren och forskaren Ignaz Semmelweis (1818–1865) som 1847 upptäckte effekterna av bristfällig handtvätt. Genom systematiska kartläggningar, kunde Semmelweis slå fast att handtvätt avsevärt reducerade risken för den dödliga barnfebern som drabbade nyförlösta kvinnor. Upptäckten togs emot med stor skepsis av samtiden och rutiner för handtvätt inom hälso- och sjukvården fick sitt genomslag först många decennier senare.

> Ett modernare exempel ser vi vid tillstånd som depression och ångest där psykologiska behandlingsmetoder – decennier efter att dess effekt belagts vetenskapligt – inte rutinmässigt har nyttiggjorts i vårdens praktik (31).

Att stimulera tillämpningen av forskningsbaserad kunskap i hälso- och sjukvårdens praktik och policybeslut är angeläget av flera skäl, där strävan efter en jämlik och högkvalitativ vård kan lyftas fram som de främsta och mest centrala. Utvärderingar och studier visar att graden av följsamhet till exempelvis nationella riktlinjer skiljer sig mellan olika regioner, mellan olika professioner och för olika hälsotillstånd.

Frågor som rör tillämpning av kunskap adresseras av flera forskningsfält, såsom kunskapsöversättning (knowledge translation), translationell forskning (translational research), kunskapsöverföring (knowledge transfer), förbättringsvetenskap (improvement science), policyimplementering (policy implementation) samt implementeringsvetenskap (implementation science) (32). Dessa kunskapsfält är delvis överlappande, men varierar exempelvis ifråga om var i hälsosystemet fokus läggs eller vilken typ av kunskap som avses. I det följande beskrivs de faktorer som visat sig påverka processen att omsätta evidensbaserade interventioner i rutinmässig praktik inom hälso- och sjukvård – barriärer och underlättande faktorer. Främst kommer teorier från fältet implementeringsvetenskap att presenteras här då det området explicit fokuserar på tillämpningen av evidensbaserade interventioner. Därefter presenteras relevanta delar av forskningsområdet policy implementation som genererat kunskap kring hur styr- och förvaltningssystem kan utvecklas för att skapa förutsättningar för att en evidensbaserad praktik kan realiseras. För vetenskaplig teori om förbättringsarbete, se kapitel 10, avsnitt 10.3.

Faktorer som påverkar tillämpning av kunskap i hälso- och sjukvårdens sammanhang

Som tidigare nämnts så är svårigheterna att omsätta kunskap med vetenskaplig bas i praktisk verksamhet inom hälso- och sjukvården väl belagda (33, 34). Samtidigt finns det exempel på effektiv spridning där ”unga” behandlingsmetoder snabbt och rutinmässigt implemen-

terats i hälso- och sjukvårdens praktik, såsom utvecklade metoder att behandla diabetes eller ny telemedicinsk teknik som implementerats i samband med covid-19 pandemin (35).

Dessa skillnader i spridning och tillämpning av evidensbaserade metoder, har väckt frågan om de bakomliggande faktorer som förklarar variationen, samt hur en jämnare och mer effektiv tillämpning av nya metoder kan uppnås (25, 36).

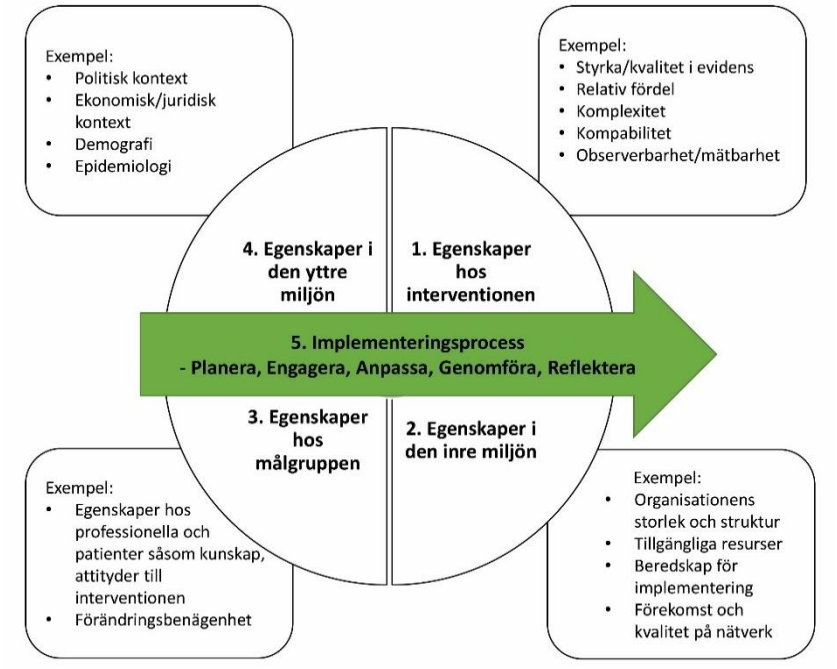
Fem faktorer har identifierats av särskild betydelse för att förstå och förklara implementeringsutfall, se figur 5. Faktorerna utgörs av

1. Egenskaper hos interventionen
2. Egenskaper i den miljön där interventionen ska användas
3. Egenskaper hos målgrupperna
4. Egenskaper i den yttre miljön
5. Implementeringsprocessen och de implementeringsstrategier som används

Dessa faktorer kan anses utgöra byggstenar för att analysera och stödja implementeringsprocesser på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Faktorerna kan också användas för att, till en betydande del, beskriva vad som kännetecknar framgångsrik implementering. Man bör dock beakta att implementeringsprocesser i hälsosystem rymmer en stor komplexitet och ofta spänner över ett tidsspann på 2–5 år (eller längre), vilket innebär utmaningar för såväl implementeringsforskning som dess tillämpning. Faktorerna bör således inte förstås som isolerade, utan ska ses som samverkande och gemensamt bidragande till ett implementeringsutfall.

Nedan följer fördjupade beskrivningar av faktorerna Egenskaper hos interventionen, Egenskaper i den inre miljön samt Implementeringsprocessen, då dessa anses ha särskild bäring på utredningens område. Egenskaper i den yttre miljön och egenskaper hos målgruppen utelämnas i denna beskrivning.

Figur 5 Faktorer som förklarar implementeringsutfall



Anpassad från Damschroder et al. 2009 (25).

Egenskaper hos interventionen

Intervention i detta sammanhang kan utgöras av en enskild metod, exempelvis en ny metod för diagnostik eller behandling. Interventionen kan också vara en samling metoder eller rekommendationer såsom i nationella riktlinjer.

Hur lyckosam införandet av en ny intervention blir beror delvis på egenskaper hos själva metoden eller interventionen. Interventioner bär alltid ett antal karaktäristika eller attribut, exempelvis grad av komplexitet, evidensstyrka, matchning med målorganisationen och anpassningsbarhet (26). En distinktion är dock att det är målanvändarnas uppfattning om interventionens karaktäristika som har betydelse. Dessa karaktäristiska har visat sig ha samband med interventionens potential att omsättas i rutinmässig praktik i hälso- och sjukvård (25, 37).

- **Uppfattas ha relativ fördel.** I de fall målanvändaren uppfattar att införandet av interventionen innebär en relativ fördel jämfört med befintlig praxis eller jämfört med en alternativ lösning, så kommer det i många fall verka till implementeringens fördel.
- **Kostnad**. Kostnaden för att implementera och använda interventionen på kort och lång sikt påverkar målanvändarens värdering och användning av interventionen. När kostnaden för införandet av en intervention på kort sikt överstiger den relativa fördelen, utgör detta i många fall en barriär för implementering.
- **Anpassningsbarhet**. I vilken utsträckning en intervention eller delkomponenter kan anpassas eller skräddarsys för att passa målanvändaren eller målorganisationen utan att dess effekt går förlorad, har betydelse. En högre grad av anpassningsbarhet kan påtagligt gynna implementeringsprocessen.
- **Förtroende för interventionens avsändare**. Avsändare av en intervention är den organisation som av målanvändarna uppfattas ha ansvar för interventionens ursprung. Avsändaren kan vara intern eller extern i relation till målanvändaren. (Exempelvis Socialstyrelsen betraktas ofta som nationella riktlinjers externa avsändare av målgruppen beslutsfattare inom hälso- och sjukvården.) När målanvändarna och andra viktiga intressenters förtroende för interventionens avsändare är hög, så ökar det i många fall sannolikheten för en framgångsrik implementering (36). Det finns studier som visar att målanvändare ofta har högre förtroende för interna avsändare men att kvaliteten ofta skattas högre när avsändaren är extern (38).
- **Evidensstyrka och kvalitet**. Målanvändarnas värdering av kvaliteten och validiteten på den kunskap/evidens som interventionen vilar på samt den process genom vilken interventionen utvecklats har visat sig har betydelse för deras benägenhet att använda objektet (39). Även kvalitet i fråga om hur interventionen ”förpackas” har visat sig ha betydelse. När målanvändaren uppfattar att exempelvis ett utbildnings- eller vägledningsmaterial är sammansatt och presenterat på ett tillgängligt och välstrukturerat sätt, ökar det sannolikheten att materialet används.

– **Komplexitet**. Komplexiteten i relation till interventionen rör målanvändarens uppfattning om komplexiteten som interventionen rymmer (t.ex. en svårbegriplig behandlingsmetod eller en metod som vänder sig till flera huvudmän eller nivåer i hälsosystemet), men också huruvida man förväntar sig att implementeringsprocessen kommer att bli svår (t.ex. långvarig eller resurskrävande).
– **Observerbarhet/mätbarhet**. Interventioner vars utfall, effekt eller nytta är enkla att uppfatta och följa upp genom mätningar har visat sig vara en framgångsfaktor för implementering. Det kan handla om att utfallet av interventionen är lätt att definiera och att indikatorer och datakällor för uppföljning är relativt enkla att formulera och upprätta eller kanske redan finns på plats (36).

Egenskaper i den inre miljön – vårdorganisationen där vägledningen ska användas

– **Organisationens kunskap om och fokus på patienters/medborgares behov**. Många teorier om implementering betonar betydelsen av att förändringsprocessen på alla plan bör ta patientens egenskaper, behov och situation i beaktande (40, 41). Vårdorganisationer som känner till sina patienters och medborgares behov, inklusive de barriärer som kan finnas för att möta dessa har visat sig vara framgångsrika ifråga om implementering. Denna kunskap om patienten är ofta kännetecknade för organisationer som betecknar sig som patientcentrerade (42, 43).
– **Ledarskapets beredskap för implementering.** När ledare tydligt deklarerar sin intention att varaktigt implementera (inklusive att följa upp) en intervention råder ofta ett gott utgångsläge för att lyckas med implementeringen (44). Utöver en sådan deklaration behöver implementeringens organisatoriska och ekonomiska konsekvenser bedömas och tillräckliga resurser tillgängliggöras för processen (45). Detta kan handla om utbildning/träning, lokaler och tid som bidrar till att vårdens medarbetare upplever att det finns utrymme och trygghet för att fasa in nya metoder (45, 46). Därtill behöver nödvändig kunskap göras lättillgänglig. Detta rör exempelvis kunskap om interventionen och hur den ska sammanlänkas med andra arbetsuppgifter (36, 47).

– **Ett gynnsamt implementerings- och lärandeklimat**. Ett organisationsklimat som stimulerar implementerings- och lärandeprocesser har en koppling till framgångsrik och effektiv implementering. Ledarskap har även i detta sammanhang visat sig kunna ha en betydande roll (25). Det kan handla om att mål och incitament är kopplade till kontinuerlig infasning av evidensbaserade interventioner samt utfasning av interventioner av lågt värde (48). Det handlar också om att etablera en psykologisk trygghet i organisationen där medarbetare ges förutsättningar för lärande, reflektion och för att nya arbetssätt ska kunna etablera sig.
– **Uppföljning och återkoppling kopplas till implementeringen**. När indikatorer på implementeringsutfall kan formuleras i system för uppföljning så kan det stimulera effektiv implementering (49, 50).
– **Upplevt behov av förändring – ”Tension for change”**. I vårdorganisationer där ledning, personal, patienter och andra intressenter upplever att den befintliga vårdpraktiken är i faktiskt behov av eller har intresse för utveckling och förbättring är utgångsläget för implementering av nya arbetssätt och metoder mer gynnsamt (36, 51).
– **Kompabilitet med befintliga värderingar och arbetsprocesser.** Om interventionen matchar rådande värderingar och passar in i rådande arbetsflöden och system i organisationen så underlättar detta implementeringen (36, 51).

Process och strategi för spridning och implementering

Efter att en intervention utvärderats som effektiv är det brukligt att den kommuniceras på något av följande sätt:

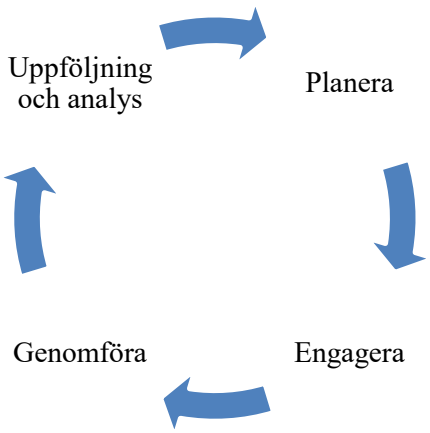
– Passiv diffusion: ett passivt tillgängliggörande av en intervention genom att t.ex. publicera en rapport på en webbsida.
– Aktiv spridning/disseminering: initiativ att uppmuntra användning, t.ex. att anordna spridningskonferenser, utbildningsevenemang eller workshopar.

– Implementering: ett aktivt, planerat och långsiktigt initiativ för att stödja användning med målgruppen i åtanke, t.ex. att tillsammans med målgruppen planera för en långsiktig läro- och förändringsprocess som kontinuerligt utvärderas.

Interventioner som följs av aktiva, planerade och evidensbaserade strategier för spridning och implementering har större chans att omsättas till rutinmässig praktik i hälsosystemet. I det följande summeras den kunskap som finns rörande effektivitet i fråga om implementeringsstrategier.

Implementeringsprocessen kan övergripande sägas ske i fyra aktiviteter eller steg – planera, engagera, genomföra samt uppföljning och analys (25), se figur 6. De fyra stegen har en normgivande karaktär, dvs. de anger en ideal process som i utvärderingar har visat bära visst förklaringsvärde för framgångsrika implementeringsprojekt.

Figur 6 **Implementeringsprocessens fyra steg**



Det första steget, att planera implementeringsprocessen – är ett steg av särskild betydelse då steget visat sig kännetecknа framgångsrika implementeringsprojekt samt att det i många andra fall ägnas liten eller ingen uppmärksamhet (45). Planering av en implementeringsprocess bör ta målgruppen och andra relevanta intressenters perspektiv och behov i beaktande. I detta steg görs analyser av hur interventionen behöver och kan anpassas till målorganisationen. Vidare

är det av betydelse att barriärer för implementering identifieras och att implementeringsstrategier anpassas till implementeringsobjektets olika målgrupper och dessas behov. Passande kanaler och nätverk för kommunikation och samverkan behöver även identifieras eller etableras. En plan för vilka implementeringsstrategier som bör användas i olika skeden bör upprättas. (Implementeringsstrategier beskrivs närmare nedan). Avslutningsvis har identifieringen eller etablerandet av metoder för monitorering och utvärdering framträtt som en central aspekt av planeringsfasen i implementeringsprocessen.

Det andra steget – engagera – innebär att etablera samverkan med passande individer, grupper och organisationer som kan bli de tidiga användarna av implementeringsobjektet. Implementeringsprocessen stimuleras i avsevärd utsträckning av att opinionsledare eller implementeringsledare, i en organisation sprider information om interventionen och också fungerar som förebild (52, 53). Implementeringsprocessens tredje steg innebär att de steg som planerats i tidigare faser genomförs i enlighet med planen. Det sista steget – uppföljning och analys – innebär att implementeringsprocessen regelbundet bedöms – såväl kvantitativt som kvalitativt med avseende på progress och kvalitet.

Med implementeringsstrategier avses ansträngningar, metoder eller tekniker som används för att stimulera ett hållbart införlivande av en intervention i en specifik kontext (54). Det finns ett stort antal implementeringsstrategier som påverkar implementeringsprocesser och deras utfall. Strategierna kan delas in i fyra övergripande kategorier – i) strategier inriktade mot utbildning och/eller uppföljning, ii) organisatoriska strategier, iii) finansiella strategier, eller iv) regulatoriska strategier.

När implementeringsstrategier utvärderats tyder mycket på att strategier som är mångfacetterade, som använder och kombinerar flera typer av strategier, som anpassats till interventionen och målgruppen och som kontinuerligt utvärderas för att kunna skräddarsys, är mer effektiva än andra strategier (55–57).

För att vara effektiva behöver även implementeringsstrategierna riktas mot flera nivåer i hälsosystemet – strukturell nivå, organisationsnivå samt på grupp- och individnivå (58–60).

Systematisk uppföljning och analys

Uppföljning innebär att faktiska skeenden i hälsosystemet kartläggs och dokumenteras. En uppföljning ger en översiktlig bild, så värderingsfritt som möjligt av det som man följer upp. Analys handlar om att närmare granska och förstå det man har följt upp, inte bara konstatera t.ex. genom värdering i relation till uppsatta mål.

Uppföljning och analys på lokal, regional och nationell nivå är av vikt för att kunna göra rätt insatser för en ökad kvalitet, jämlikhet och effektivitet i hälso- och sjukvården.

Uppföljning innebär att faktiska skeenden och utfall i hälsosystemet kartläggs och dokumenteras lokalt, regionalt och nationellt. En uppföljning ger en översiktlig bild, så värderingsfritt som möjligt (61). Uppföljning i hälso- och sjukvården kan röra förekomst av specifika ohälsotillstånd, åtgärder som hälso- och sjukvården erbjudit, hur samverkan inom och mellan vårdaktörerna skett, väntetider, kostnader etc. Uppföljning kan också röra kartläggning och utfall av åtgärder i hälsosystemet som är av mer strukturell- och systemkaraktär, exempelvis uppföljning av effekter att statliga initiativ. Uppföljningar av denna typ ger också möjligheter att analysera effekter av kunskapsstyrningssystemet och dess olika komponenter. En uppföljning i sig behöver inte säga något om vad resultatet betyder, vad resultaten beror på eller vad som behöver förbättras. För det krävs att uppföljningen efterföljs av analys och en värdering i relation till uppsatta mål.

Systematisk uppföljning innebär att uppföljningen följer ett organiserat arbetssätt och följer ett antal vedertagna principer som ska minimera riskerna för att slump eller systematiska fel påverkar resultaten. Centralt i systematisk uppföljning är att formulering av den fråga som ska följas upp sker på ett strukturerat sätt och att uppföljningsprocessen är transparent och reproducerbar.

Uppföljningar i ett hälsosystem kan ske isolerat på lokal, regional eller nationell nivå, dvs. att uppföljningen ”stannar” på den nivå där data är insamlad. I många fall startar dock uppföljningen i någon del av systemet men kan adderas samman till utfall för regionen eller landet – och har på så sätt bäring för systemet som helhet. Således bör uppföljning ses som en genomgående process som följer hälsosystemets nivåer och aktiviteter.

Exempel på en sådan process är nationella riktlinjers kvalitetsindikatorer som återspeglar centrala rekommendationer. Indikatorerna kan användas lokalt, regionalt och nationellt för att följa upp vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader, för att jämföra förändring över tid och för att initiera förbättringar av vårdens jämlikhet, kvalitet och effektivitet.

På lokal nivå utgör systematisk uppföljning en avgörande aspekt av förbättringsarbetet och uppföljningsdata belyser verksamhetens kvalitet och tillgänglighet. När individuella data läggs samman kan uppföljningsdata analyseras för att belysa mönster och trender i populationens hälsa, tillgång till hälsoservice och för att utvärdera effekter av de metoder som används i hälso- och sjukvården. Analyser av systematiska uppföljningar kan således informera besluts- och prioriteringsprocesser samt möjliggöra kontinuerligt lärande på samtliga nivåer i hälsosystemet.

Referenser

1. Wennberg, J.E. 1984. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health affairs* 3:6–32.
2. Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B., and Richardson, W.S. 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Brittish medical journal* 312:71–72.
3. Task Force on Health Systems Research. 2004. Informed choices for attaining the Millennium Development Goals: towards an international cooperative agenda for health-systems research. *The Lancet* 364:997–1003.
4. SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, Ansvarskommitténs slutbetänkande. Stockholm: Fritzes.
5. SOU 2017:48. *Kunskapsbaserad och jämlik vård:* förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. Stockholm: Wolters Kluwer.
6. Oxman, A.D., Lavis, J.N., Lewin, S., Fretheim, A. 2009. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health research policy and systems* 7:S1.
7. Evans Bridie, A., Snooks, H., Howson, H., Davies, M. 2013. How hard can it be to include research evidence and evaluation in local health policy implementation? Results from a mixed methods study. *Implementation Science* 8:17.
8. Black, N. 2001. Evidence based policy: proceed with care. *British Medical Journal* 323:275–278.
9. Walt, G., Gilson, L. 1994. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health policy and planning* 9:353–370.
10. Socialstyrelsen. 2012. Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård. www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-2-37.pdf (hämtad 19.11.22).
11. Vandvik, P.O., Brandt, L. 2020. Evidence ecosystems and learning health systems: why bother? *J Clin Epidemiol*. 4;S0895–4356(20)30077-9.

12. Alliance., J.L. 2013. *The James Lind Alliance Guidebook. Version 5*. www.jlaguidebook.org.
13. Forte. 2019. Strategisk forskningsagenda – För det nationella programmet om tillämpad välfärdsforskning. https://forte.se/app/uploads/2019/02/strategisk-forskningsagenda-valfard-kortversion-ta.pdf (hämtad 20.03.01).
14. SBU. 2017. Behov av praktiknära forskning och vetenskaplig utvärdering. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 263. ISBN 978-91-88437-05-1.
15. Balshem, H., Helfand, M., Schunemann, H.J., Oxman, A.D., Kunz, R., Brozek, J., et al. 2011. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 64:401–406.
16. Lewin, S., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Carlsen, B., Colvin, C.J., Gülmezoglu, M., et al. 2015. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: An approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med* 12:e1001895.
17. HTAi Interest Group on Patient and Citizen Involvement in HTA (PCIG). Patient Group Submission Template for HTA of Medicines. https://htai.org/interest-groups/pcig/resources/for-hta-agencies-and-policy-makers/ (hämtad 20.03.01).
18. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer. Metodbeskrivning. www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-metodbeskrivning.pdf (hämtad 19.12.22).
19. Li, S.A., Alexander, P.E., Reljic, T., Cuker, A., Nieuwlaat, R., Wiercioch, W., et al. 2018. Evidence to Decision framework provides a structured ”roadmap” for making GRADE guidelines recommendations. *J Clin Epidemiol* 104:103–112.
20. Pottie, K., Welch, V., Morton, R., Akl, E.A., Eslava-Schmalbach, J.H., Katikireddi, V., et al. 2017. GRADE equity guidelines 4: considering health equity in GRADE guideline development: evidence to decision process. *J Clin Epidemiol* 90:84–91.

21. Parmelli, E., Amato, L., Oxman, A.D., Alonso-Coello, P., Brunetti, M., Moberg, J., et al. 2017. GRADE evidence to decision (EtD) framework for coverage decisions. *Int J Technol Assess Health Care* 33:176–182.

22. Alonso-Coello, P., Oxman, A.D., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E.A., Davoli, M., et al. 2016. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ* 353:i2089.

23. Moberg, J., Oxman, A.D., Rosenbaum, S., Schunemann, H.J., Guyatt, G., Flottorp, S., et al. 2018. The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. *Health Res Policy Syst* 16(1)

24. Vårdanalys. 2015. Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system. www.vardanalys.se/rapporter/lang-vag-till-patientnytta/ (hämtad 19.12.10).

25. Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., Lowery, J.C. 2009. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* 4(50).

26. Rogers, E.M. 2003. *Diffusion of innovations*. New York: Free press.

27. Morris, Z.S., Wooding, S.,Grant, J. 2011. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine,* 510–520.

28. McGlynn, E.A., Asch, S.M., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., et al. 2003. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *The New England Journal of Medicine* 348:2635–2645.

29. Macleod, M.R., Michie, S., Roberts, I., Dirnagl, U., Chalmers, I., Ioannidis, J.P.A., et al. 2014. Biomedical research: increasing value, reducing waste. *The Lancet* 383:101–104.

30. Djulbegovic, B., Guyatt, G.H. 2017. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *The Lancet* 390:415–423.

31. Socialstyrelsen. 2019. *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom 2019 – Huvudrapport med förbättringsområden*. www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf (hämtad 20.01.10).
32. Nilsen, P. 2014. *Implementering av evidensbaserad praktik.* Malmö: Gleerup.
33. Geerligs, L., Rankin, N., Shepherd, H.L., Butow, P. 2018. Hospital-based interventions: a systematic review of staff-reported barriers and facilitators to implementation processes. *Implementation Science* 13(36).
34. Lau, R., Stevenson, F., Ong, B., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., et al. 2016. Achieving change in primary care-causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. *Implementation Science* 11(40).
35. Humphreys, J., Schoenherr, L., Elia, G., Saks, N.T., Brown, C., Barbour, S., et al. 2020. Rapid Implementation of Inpatient Telepalliative Medicine Consultations During COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage*.
36. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. 2004. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly* 82:581–629.
37. Pashaeypoor, S., Ashktorab, T., Rassouli, M., Alavi-Majd, H. 2016. Predicting the adoption of evidence-based practice using ”Rogers diffusion of innovation model”. *Contemporary Nurse* 52:85–94.
38. Misso, M.L. & Teede, H.J. 2012. *Evidence based guideline (EBG) development: A practical guide*. In Knowledge Transfer: Practices, Types and Challenges (pp. 141–174). Nova Science Publishers.
39. Kastner, M., Bhattacharyya, O., Hayden, L., Makarski, J., Estey, E., Durocher, L., et al. 2015. Guideline uptake is influenced by six implementability domains for creating and communicating guidelines: a realist review. *Journal of Clinical Epidemiology* 68:498–509.

40. Logan, J. 2004. Innovations in Knowledge Transfer and Continuity of Care. *Canadian Journal of Nursing Research* 36:89–103.

41. Feldstein, A.C., Glasgow, R.E. 2008. A Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM) for Integrating Research Findings into Practice. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient safety* 34:228–243.

42. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. 2001. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: *National Academy Press*.

43. Groene, O. 2011. Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals: rationale, measurement, implementation. *International Journal for Quality in Health Care* 23:531–537.

44. Aarons, G.A., Sommerfeld, D.H. 2012. Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 51:423–431.

45. Meyers, D., Durlak, J., Wandersman, A. 2012. The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology* 50:462–480.

46. Weiner, J.B., Savitz, A.L., Bernard, G.S., Pucci, G.L. 2004. How do integrated delivery systems adopt and implement clinical information systems? *Health Care Management Review* 29:51–66.

47. Powell, B.J., Beidas, R.S., Lewis, C.C., Aarons, G.A., McMillen, J.C., Proctor, E.K., et al. 2017. Methods to Improve the Selection and Tailoring of Implementation Strategies. *The journal of behavioral health services & research* 44:177.

48. Wang V., Maciejewski ML., Helfrich CD., and Weiner BJ. Working smarter not harder: Coupling implementation to de-implementation. *Healthcare.* 2018;6(2):104–7.

49. Helfrich, C.D., Weiner, B.J., McKinney, M.M., Minasian, L. 2007. Determinants of Implementation Effectiveness: Adapting a Framework for Complex Innovations. *Medical Care Research and Review* 64:279–303.

50. Lukas, V.C., Holmes, K.S., Cohen, B.A., Restuccia, E.J., Cramer, P.I., Shwartz, P.M., et al. 2007. Transformational

change in health care systems: An organizational model. *Health Care Management Review* 32:309–320.

51. Simpson, D.D., Dansereau, D.F. 2007. Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation. *Science & Practice Perspectives* 3:20–28.
52. Pronovost, P.J., Berenholtz, S.M.,Needham, D.M. 2008. Translating Evidence into Practice: A Model for Large Scale Knowledge Translation. *British Medical Journal* 337:963–965.
53. Cruess, S.R., Cruess, R.L., Steinert, Y. 2008. Role modelling – making the most of a powerful teaching strategy. *British Medical Journal* 336:718.
54. Proctor, E.K., Powell, B.J., McMillen, J.C. 2013. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science* 8(139).
55. Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., Maclennan, G., Fraser, C., Ramsay, C.R., Vale, L., et al. 2004. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health technology assessment in Health Care*, 21,149.
56. Chambers, D.A., Glasgow, R.E., Stange, K.C. 2013. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science* 8(117).
57. Wensing, M. 2017. The Tailored Implementation in Chronic Diseases (TICD) project: introduction and main findings. *Implementation Science* 12(5).
58. Michie, S., van Stralen, M.M., West, R. 2011. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science* 6(42).
59. Powell, B.J., Waltz, T.J., Chinman, M.J., Damschroder, L.J., Smith, J.L., Matthieu, M.M., et al. 2015. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation science* 10(21).

60. Waltz, T., Powell, B., Matthieu, M., Damschroder, L., Chinman, M., Smith, J., et al. 2015. Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implementation Science* 10.

61. Sandberg, B. 2016. *Perspektiv på utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Statens offentliga utredningar 2020

Kronologisk förteckning

1. Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. S.
2. Skärpta regler om utländska månggiften. Ju.
3. Hållbar slamhantering. M.
4. Vägen till en klimatpositiv framtid. M.
5. Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. Fi.
6. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. S.
7. Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. N.
8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. Fi.
9. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? M.
10. Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. M.
11. Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. Ju.
12. Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. Fi.
13. Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. N.
14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. S.
15. Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. S.
16. Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. Ju.
17. Grönt sparande. Fi.
18. Framtidens järnvägsunderhåll. I.
19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. S.
20. Skatt på modet – för att få bort skadliga kemikalier. Fi.
21. Sveriges museum om Förintelsen. + Holocaust Remembrance and Representation. Documentation from a Research Conference. Ku.
22. Motorfordonspooler – på väg mot ökad delning av motorfordon. Fi.
23. Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning. S.
24. Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. S.
25. Ett nationellt biljettsystem för all kollektivtrafik. I.
26. En sjukförsäkring anpassad efter individen. S.
27. Högre växel i minoritetspolitiken. Stärkt samordning och uppföljning. Ku.
28. En mer likvärdig skola – minskad skolsegregation och förbättrad resurstilldelning. U.
29. En ny myndighet för att stärka det psykologiska försvaret. Ju.
30. En moderniserad arbetsrätt. A.
31. En ny mervärdesskattelag. Del 1 och 2. Fi.
32. Grundpension. Några anslutande frågor. S.
33. Gemensamt ansvar – en modell för planering och dimensionering av gymnasial utbildning. Del 1 och 2. U.
34. Stärkt kvalitet och likvärdighet i fritidshem och pedagogisk omsorg. U.
35. Kontroll för ökad tilltro – en ny myndighet för att förebygga, förhindra och upptäcka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. Fi.

36. Ett nationellt sammanhållet system
för kunskapsbaserad vård
– ett system, många möjligheter. S.

Statens offentliga utredningar 2020

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

En moderniserad arbetsrätt. [30]

Finansdepartementet

Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. [5]

Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. [8]

Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. [12]

Grönt sparande. [17]

Skatt på modet – för att få bort skadliga kemikalier. [20]

Motorfordonspooler – på väg mot ökad delning av motorfordon. [22]

En ny mervärdesskattelag. Del 1 och 2. [31]

Kontroll för ökad tilltro – en ny myndighet för att förebygga, förhindra och upptäcka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. [35]

Infrastrukturdepartementet

Framtidens järnvägsunderhåll. [18]

Ett nationellt biljettsystem för all kollektivtrafik. [25]

Justitiedepartementet

Skärpta regler om utländska månggiften. [2]

Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. [11]

Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. [16]

En ny myndighet för att stärka det psykologiska försvaret. [29]

Kulturdepartementet

Sveriges museum om Förintelsen. + Holocaust Remembrance and Representation. Documentation from a Research Conference. [21]

Högre växel i minoritetspolitiken. Stärkt samordning och uppföljning. [27]

Miljödepartementet

Hållbar slamhantering. [3]

Vägen till en klimatpositiv framtid. [4]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? [9]

Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. [10]

Näringsdepartementet

Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. [7]

Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. [13]

Socialdepartementet

Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. [1]

En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. [6]

Framtidens teknik i omsorgens tjänst. [14]

Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. [15]

God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. [19]

Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning. [23]

Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. [24]

En sjukförsäkring anpassad efter individen. [26]

Grundpension. Några anslutande frågor. [32]

Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård
– ett system, många möjligheter. [36]

Utbildningsdepartementet

En mer likvärdig skola
– minskad skolsegregation och förbättrad resurstilldelning. [28]

Gemensamt ansvar
– en modell för planering och dimensionering av gymnasial utbildning. Del 1 och 2. [33]

Stärkt kvalitet och likvärdighet i fritidshem och pedagogisk omsorg. [34]