

Kerstin Lejonklou  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen  
Tfn: 063 - 15 34 57

Socialdepartementet

s.registrator@regeringskansliet.se  
s.fs@regeringskansliet.se

## Svar på remiss av betänkandet SOU 2017:48 Kunskapsbaserad och jämlik vård, S2017/03403/FS

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att yttra sig över utredningen om Kunskapsbaserad och jämlik vård. Yttrandet har beretts i samråd med de fyra norra landstingen/regionerna.

### Sammanfattning

1. Region Jämtland Härjedalen invänder mot den föreslagna definitionen av begreppet kunskapsstyrning. Den täcker ett kunskapsbildningssystem. En fullständig definition av begreppet kunskapsstyrning behöver även omfatta berednings- och beslutsmomenten i styrprocessen.
2. Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom förslagen om organisering för en nationell uppföljning kring jämlik vård som grund för statens samråd med huvudmännen.
3. Region Jämtland Härjedalen invänder mot förslaget om ansvarsutkrävande i sin nuvarande form.
4. Region Jämtland Härjedalen invänder mot förslaget att förändra inriktningen på de nationella riktlinjerna, framförallt innan den nationella, regionala och lokala strukturen för kunskapsstyrning byggts upp och producerar motsvarande kunskapsunderlag.
5. Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom förslaget att de nationella riktlinjerna inte bör vara bindande liksom de flesta argument för detta som utredningen lyfter fram.
6. Region Jämtland Härjedalen invänder mot beskrivningen av relationen mellan landsting och kommuner i frågor om hälso- och sjukvård. Kommunernas självständiga ansvar för hälso- och sjukvård och organisering för kunskapsstyrning är otillräckligt beskrivet. Landstingens och kommunernas ömsesidiga ansvar för samverkan behöver förtydligas.
7. Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom idén om vårdkommittéer som långsiktig målbild, men förordar att läkemedelskommittéerna behålls och övergången till vårdkommittéer sker successivt och i takt med att den nationella, regionala och lokala strukturen för kunskapsstyrning byggs upp.

8. Region Jämtland Härjedalen invänder därmed mot förslaget om lagändring avseende läkemedelskommitté för närvarande
9. Region Jämtland Härjedalen föreslår att ett flerårigt statsbidrag tillskapas till stöd för bygget av kunskapsstyrningsorganisationer, inklusive vårdkommittéer i landsting och sjukvårdsregioner.
10. Region Jämtland Härjedalen invänder mot rekommendationen om ett juridiskt organ som ett sätt att styra landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning.
11. Region Jämtland Härjedalen föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att tillhandahålla utbildningar riktade till såväl ledare som personal som stöd för kunskapsstyrningen.
12. Region Jämtland Härjedalen invänder mot att HSL ändras ifråga om ansvaret för att verksamheten är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

**Allmänna kommentarer:** Utredningen ger i många avseenden en nuläges- och problembeskrivning som återspeglar kunskapsstyrningens omfattning och komplexitet. Beskrivningen av läkemedelskommittésystemet, nuvarande kunskapsstyrningsorganisationer, samt samspelet mellan region/landsting och kommuner är dock ofullständig. Detta är anmärkningsvärt, eftersom det utgör en viktig del i huvudmännens befintliga system för kunskapsstyrning.

Likaså är beskrivningen av vissa förslag ofullständig så att det inte går att ta välgrundad ställning till dem. Konsekvensbeskrivningar saknas eller är ofullständiga. Utredningen ger även förslag som Region Jämtland Härjedalen konstaterar är kostnadsdrivande. Finansieringsprincipen bör tillämpas i dessa fall.

Kunskapsstyrning utgör en nyckelfråga för att möta kommande utmaningar inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Region Jämtland Härjedalen anser därför att det är olyckligt att relationen mellan kommuner och landsting samt hälso- och sjukvård och socialtjänst inte beskrivs tydligt i utredningen.

**Definition av begreppet kunskapsstyrning samt dess syfte:** Utredningen definierar begreppet kunskapsstyrning enligt följande (s 61) *Med kunskapsstyrning avses i detta betänkande att utveckla, sprida och använda bästa kunskap. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och till ledarskapet. Kunskapsstyrningen bidrar till att utveckla ett lärande system.*

Denna definition är otillräcklig för att täcka huvudmännens behov och ansvar. Den täcker ett kunskapsbildningssystem, inte ett kunskapsstyrningssystem. En fullständig definition av begreppet kunskapsstyrning behöver även omfatta berednings- och beslutsmomenten i styrprocessen.

Kunskapsstyrningens yttersta mål är att bidra till att uppfylla målet om en god och jämlik vård i ett nationellt, regionalt och lokalt perspektiv. Vidare att ge förutsättningar för medborgarna – finansierarna – att på övergripande nivå bedöma verksamhetens resursfördelning, medicinska innehåll, kvalitet och resultat ur ett rättviseperspektiv.

En viktig utgångspunkt för systemet är den relativa resursknappheten i hälso- och sjukvården, dvs. att allt som är medicinskt möjligt inte är ekonomiskt genomförbart. Det innebär behov av väl genomarbetade kunskapsunderlag och beslut som är transparenta och där motiven till gjorda val framgår. Det förutsätter i sin tur välorganiserade berednings- och beslutsprocesser.

För huvudmännen består kunskapsstyrningsutmaningen i hög grad i att formalisera, komplettera, ensa och samordna tidigare informella strukturer och knyta den till linjen och besluts- och finansieringssystem. Detta innebär en stor administrativ omställning för huvudmännen. Den organiserings- och finansieringsutmaning som landstingen därmed tar sig an bör inte förminskas och behöver framgå av definitionen.

- Region Jämtland Härjedalen invänder mot den förslagna definitionen av begreppet kunskapsstyrning. Den täcker ett kunskaps*bildning*ssystem. En fullständig definition av begreppet kunskaps*styrning* behöver även omfatta berednings- och beslutsmomenten i styrprocessen.

**Ansvar för jämlik vård:** Utredningen för flera olika resonemang kring olika aktörers möjlighet att ta ansvar för utfallet, en jämlik vård. Å ena sidan ställer sig utredningen bakom axiomet att tillämpningen av bästa möjliga kunskap leder till jämlik vård (s. 378). Å andra sidan konstaterar utredningen att ansvaret för horisontell jämlikhet, dvs. mellan olika behovsgrupper, inte bör läggas på den enskilda yrkesutövaren i vården (eller kanske inte ens den enskilda verksamheten), utan snarare på huvudmannen/landstinget (och på staten/regeringen).

Detta är viktiga iakttagelser. Att skapa, tillhandahålla och tillämpa bästa möjliga kunskapsstöd bland enskilda yrkesutövare och verksamheter räcker inte för att skapa jämlikhet. Det måste mer till för att kunskapsstyrningen ska få full effekt – nämligen horisontell prioritering på administrativ och politisk nivå.

Om systemet för kunskapsstyrning inte kopplas tydligt till huvudmännens berednings- och beslutsprocesser och om inte finansierings- och prioriteringsuppdraget fokuseras i systembygget, så finns en uppenbar risk att det istället skapas ett synnerligen effektivt system av vertikala, professionsbaserade kravmaskiner – om än multiprofessionella sådana – utan en ändamålsenligt rustad huvudman som enligt lag äger det avgörande prioriteringsansvaret. Det kan knappast vara i linje vare sig med att hälso- och sjukvård är offentligt finansierad och politiskt styrd, eller med de lagrum som reglerar ansvaret för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag om ansvarsutkrävande i sammanhanget är dock för otydligt beskrivet och både idén och möjligheten att utkräva ansvaret är svårförståeliga. Det bör inte genomföras i sin nuvarande form.

- Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom förslagen om organisering för en nationell uppföljning kring jämlik vård som grund för statens samråd med huvudmännen.
- Region Jämtland Härjedalen invänder mot förslaget om ansvarsutkrävande i sin nuvarande form

**De nationella riktlinjerna:** Utredningen föreslår (s. 27) att de nationella riktlinjerna renodlas helt ”till årliga underlag för planering och prioritering till stöd för politiker och andra beslutsfattare inom landsting och kommuner.” Utredningen lägger därmed flera betydelsefulla förslag samtidigt. De kommenteras här var för sig.

- De nationella riktlinjerna ska bli årliga. Det förutsätter att landstingen/regionerna inrättat stående former och organisering för kvalitetsövervakning och implementering (ev. i form av multiprofessionella sakkunniggrupper under vårdkommittén) som kan bereda riktlinjerna, analysera deras lokala konsekvenser och foga in dem i processen för ordnat införande/utmönstring, horisontell prioritering, budgetberedning och beslut. En fullt utbyggd sådan organisation saknas ännu veterligt i alla landsting/regioner.
- Innehållet ska reduceras. Utredningen beskriver inte efter vilka kriterier reduktionen ska ske. Vilken typ av rekommendationer ska bort? Hur skapar man ett professionellt engagemang för riktlinjerna och deras implementering om de inte alls riktar sig till professionerna? Hur ska mottagarorganisationen för riktlinjer som inte bottnar i professionernas engagemang se ut? Dagens lokala/regionala beredning av de nationella riktlinjerna har medfört att multiprofessionella grupper samlats, skapat stort gemensamt engagemang, en gemensam kart- och målbild samt förbättringsvilja kring ett ämnesområde. Det är egenskaper som bör värnas.
- Riktlinjernas ämnesområden ska avgränsas. Utredaren föreslår att Socialstyrelsens nationella riktlinjer *kompletterar* de vårdprogram som de kommande nationella programområdena förväntas producera. Riktlinjer ska i första hand göras på områden där evidensen är svag (= studier saknas) och den kliniska oenigheten om best practice stor. Region Jämtland Härjedalen delar uppfattningen att styrsignaler i första hand behövs på områden där utvecklingen antingen är för svag eller för stark. Behovet av nationella riktlinjer torde även framöver vara störst inom vårdområden som omfattar flera specialiteter fördelade mellan många enheter både organisatoriskt och geografiskt. Dock, det förutsätter att andra nationellt producerade riktlinjer och vårdprogram innehåller prioriteringar enligt den nationella modellen. Annars försvåras det horisontella prioriteringsarbetet på alla nivåer.
- De kommande programområdena förväntas stå för en väsentlig del av produktionen av vårdprogram. Vårdprogram är svårhanterliga i ett prioriteringsperspektiv. De är inte upplagda som riktlinjer och prioriteringar saknas. Ofta innehåller de ambitionshöjningar i förhållande till existerande praxis. Men de bereds sällan såsom riktlinjer med lokala konsekvensbeskrivningar och tydliga beslutsvägar. Att ta steget från ett vårdprogram till ett prioriteringsunderlag är möjligt, men komplicerat och i regel resurskrävande. De nationella riktlinjerna har, genom den omsorgsfulla arbetsprocessen, en legitimitet som vårdprogrammen i allmänhet saknar. Den legitimiteten bör värnas.  
Förslaget innebär att staten lämnar över en stor del av ansvaret för denna kunskapsproduktion till huvudmännen. Det innebär dels att huvudmännen helt eller delvis övertar en tidigare statlig uppgift, vilket bör utlösa finansieringsprincipen. Dels medför förslaget en risk att berörda intressenter avhänder sig en möjlighet att bedöma behov och resursomfördelning i sjukvårdssystemet, oberoende av landstingens ekonomiska situation.

Sammantaget invänder Region Jämtland Härjedalen mot att förändra inriktningen på de nationella riktlinjerna. Utredningens kartläggning visar även att riktlinjerna har spelat stor roll som grund för lokala uppföljningar och för att bygga organisation för kunskapsstyrning i de flesta landsting.

Det är en allmän svaghet att utredningen så starkt lutar mot en kunskapsstyrningsstruktur som ännu inte är fullt ut beslutad och vars utformning inte är utarbetad annat än som grov målbild. Det är särskilt viktigt att inriktningen på de nationella riktlinjerna inte förändras förrän de nationella, regionala och lokala strukturerna för kunskapsstyrning byggts upp och producerar motsvarande kunskapsunderlag.

**Vägledande, inte bindande:** Region Jämtland Härjedalen delar uppfattningen att de nationella riktlinjerna inte bör vara bindande, liksom de flesta argument för detta som utredningen lyfter fram.

Det bör noteras att samtliga nationella riktlinjer hittills varit kostnadsdrivande. Detta nämns inte i utredningen. Huvudmännen har skäl att ifrågasätta den typen av ofinansierade krav från staten på verksamheten, vilket utredningen konstaterar på s. 383 och 440. Finansieringsprincipen bör tillämpas även för nationella riktlinjer. Utredningen problematiserar inte huruvida den uteblivna finansieringen på något sätt påverkat genomförandet, trots att den bristande implementeringen utgör grunden för hela utredningen. Överslagsberäkningar, baserade på ett antal av de senaste gapanalyser som regionerna gjort, hade kunnat illustrera det kostnadstryck som dessa nationella riktlinjer inneburit för huvudmännen.

- Region Jämtland Härjedalen invänder mot förslaget att förändra inriktningen på de nationella riktlinjerna, framförallt innan den nationella, regionala och lokala strukturen för kunskapsstyrning byggts upp och producerar motsvarande kunskapsunderlag.
- Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom förslaget att de nationella riktlinjerna inte bör vara bindande.

**Vårdkommittéer:** *Utredningen föreslår att läkemedelskommittéerna omvandlas till vårdkommittéer. Landstingen ska enligt förslaget vara fria att organisera dem, men det bör ske efter gemensamma grundprinciper. Bland dem ingår att fungerande samverkan med kommunerna ses som en nyckelfaktor.*

*Utredningen avstår från att beskriva vårdkommittéerna annat än övergripande, och som en organisatorisk idé.*

- *Riskabelt lägga ner läkemedelskommittéerna: Region Jämtland Härjedalen konstaterar, att läkemedelsorganisationen är den kunskapsstyrningsorganisation som fungerat bäst över åren. Den har dessutom i ganska hög grad varit kopplad till landstingens system för styrning och ledning. Att lägga ner en fungerande organisation är riskabelt. Samtidigt innebär det att läkemedelsorganisationen till delar kan och bör stå modell för ett övergripande arbete för kunskapsstyrning. Region Jämtland Härjedalen instämmer i att läkemedel bör ses som en del av behandlingsarsenalen och att modellen vårdkommittéer bättre motsvarar de*

*perspektiv som behövs för kunskapsstyrning. Region Jämtland Härjedalen förordar dock att övergången från läkemedels- till vårdkommittéer sker successivt och i takt med att den nationella, regionala och lokala strukturen för kunskapsstyrning byggs upp.*

- Kommunernas ansvar i sammanhanget: Utredaren hävdar i den bildserie som är kopplad till utredningen, att *"kommunernas förutsättningar stärks"*. Det är dock svårt att utläsa på vilka sätt det sker, utöver att rådet för styrning med kunskap inriktas helt mot socialtjänsten. De två nya paragrafer som föreslås införs i HSL ger ingen ledning. Utredningen säger lite om kommunernas och särskilt socialtjänstens eget ansvar för att organisera sig för kunskapsstyrning. Formuleringarna ger snarare intryck av att landstingen bär huvudansvar för dialogen med kommunerna. Landstingen är dock inte överordnade kommunerna. Dialogen liksom kommunernas fulla delaktighet och egna ansvar förutsätter att dessa är ändamålsenligt organiserade för detta. Det ansvaret bör rimligen ligga på kommunerna.
- Komplext organisatoriskt nybygge: Utredningen fastslår att vårdkommittéerna *"medför inga nya åtaganden för landstingen och som innebär ett utökat ansvar i relation till staten"* (s. 527).  
En vårdkommitté per landsting, och särskilt en per sjukvårdsregion, som överblickar det samlade utbudet av behandlingsteknologier, bedöms praktiskt ogenomförbart. Istället bör idén rimligen tolkas som ett system av multiprofessionella sakkunniggrupper för olika delar av vården och på olika nivåer. En central vårdkommitté med strategiska, rådgivande och beredande uppgifter, skulle kunna utgöra knutpunkt i detta system. Komplexiteten ska dock inte underskattas. De enskilda råden behöver vara ämnes- och därmed processorienterade. Det innebär att delvis nya styrningsprinciper och -perspektiv införs eller förstärks i landstingen, vilket i och för sig är önskvärt. Men erfarenheten visar att det ofta förorsakar konflikter. Dagens linjeorganisation, främst baserad på medicinska specialiteter, utgör en stabil maktordning vars utveckling baserats på den medicinska professionens successiva subspecialisering. Att bygga ett horisontellt – eller matrisorganiserat – system för kunskapsstyrning i den miljön är inte oproblemiskt.

Optimalt fungerande vårdkommittéer är kopplade till såväl besluts- som implementeringssystemen. Det förutsätter relevant organisering, kompetens, organisationskultur samt berednings- och beslutsprocesser. Det innebär ett stort och kostsamt utvecklingsarbete som utredningen glider över med hänvisning till att det är landstingens ansvar.

Det senare är både korrekt och inte korrekt. Sant i formell juridisk mening och eftersom arbetet till stor del redan utförs, men osynkroniserat och mångdubblat. Men osant eftersom formaliseringen och det organisatoriska bygget kommer att innebära en stor och kostsam administrativ investering, förutom att professionernas tid behöver tas i anspråk i ännu högre utsträckning för att utarbeta kunskapsunderlag.

I dag är kostnaderna för de medicinska professionernas kunskapsbildning, utformandet av riktlinjer och vårdprogram, införande och tillämpning av ny kunskap i hög grad dolda. När systemet formaliseras synliggörs de kostnaderna och behöver budgeteras. Dessutom tillkommer kostnader för administrativ ledning av vårdkommittéorganisationen, som en nödvändig del av formaliseringen. Att denna

administrativa ledning i många landsting/regioner är underdimensionerad eller helt saknas idag både leder till och uttrycker bristen på koppling till systemet för ledning och styrning.

Ett flerårigt statsbidrag som stöd för denna administrativa investering är därför starkt motiverat.

- Region Jämtland Härjedalen invänder mot beskrivningen av relationen mellan landsting och kommuner i frågor om hälso- och sjukvård. Kommunernas självständiga ansvar för hälso- och sjukvård och organisering för kunskapsstyrning är otillräckligt beskrivet. Landstingens och kommunernas ömsesidiga ansvar för samverkan behöver förtydligas.
- Region Jämtland Härjedalen ställer sig bakom idén om vårdkommittéer som långsiktig målbild, men förordar att läkemedelskommittéerna behålls och övergången till vårdkommittéer sker successivt och i takt med att den nationella, regionala och lokala strukturen för kunskapsstyrning byggs upp.
- Region Jämtland Härjedalen invänder därmed mot förslaget om lagändring för närvarande.
- Region Jämtland Härjedalen föreslår att ett flerårigt statsbidrag tillskapas till stöd för bygget av kunskapsstyrningsorganisationer, inklusive vårdkommittéer i landsting och sjukvårdsregioner.

**Rekommendationer till landstingen:** Region Jämtland Härjedalen noterar att utredningen rekommenderar landstingen att bilda ett annat juridiskt organ för kunskapsstyrningen som ska svara för landstingens medel och för det nationella arbetet inom ramen för den gemensamma modellen för kunskapsstyrning. Bland annat nämns Kommunalförbund, (sid 464). Region Jämtland Härjedalen anser att huvudmannaskapet i det fallet åsidosätts och att rekommendationen inte utgör någon säkerhet för att kvaliteten och jämlikheten i vården förbättras.

Region Jämtland Härjedalen anser att systemet för kunskapsstyrning ska kopplas till huvudmännens berednings- och beslutsprocesser. Om inte finansierings- och prioriteringsuppdraget fokuseras i systembygget, så finns en uppenbar risk att det istället skapas vertikala kravställande system.

- Region Jämtland Härjedalen invänder mot rekommendationen om ett juridiskt organ som ett sätt att styra landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning.

**Ledarskap, fortbildning och förbättringsarbete:** Utredningen föreslår att det i HSL uttryckligen ska framgå att verksamhetschefen har ansvar för att se till att personalen har goda förutsättningar att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Region Jämtland Härjedalen delar uppfattningen att ett aktivt ledarskap med fokus på verksamhetens innehåll, kvalitet och resultat är nödvändigt för att kunskapsstyrningssystemet ska fungera. Det förutsätter tillgång till relevanta data, men även en ändamålsenlig organisation, arbetsprocesser och tillgång till kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling.

Detta ledarskap förutsätter dock tillgång till fortbildning på fler områden än implementerings- och förbättringskunskap. Det behövs tillgång till fortbildning i

processorientering, personcentrering, evidensbaserad, hälsoekonomi och prioritering inklusive etik till ledare men även till medarbetarna. Det är Region Jämtland Härjedalens uppfattning att Socialstyrelsen bör erbjuda nationella utbildningar inom dessa områden. Det förekommer att hälso- och sjukvårdspersonalen uppfattar att de inte ges tillgång till kompetensutveckling i tillräcklig utsträckning.

Det är troligen, precis som den felplacerade administrativa bördan, en effekt av landstingens kostnadspress. Nationellt producerade utbildningar, gärna digitala och interaktiva, kan vara en del i att hantera det dilemma.

Region Jämtland Härjedalen anser att det redan finns lagstöd för att verksamheten ska vara baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

- Region Jämtland Härjedalen föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att tillhandahålla utbildningar riktade till såväl ledare som personal som stöd för kunskapsstyrningen.
- Region Jämtland Härjedalen invänder mot att HSL ändras ifråga om ansvaret för att verksamheten är baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

### **Konsekvenser jämlikhet och jämställdhet, barns rättigheter samt miljöaspekter**

Analys avseende betänkandets påverkan på jämställdhet och jämlikhet. Betänkandets inriktning är att kunskapsstöd ska användas för en mer jämlik vård ska bli möjlig. Således är betänkandets innehåll i linje med positiv påverkan på jämställdhet och jämlikhet.

Analys avseende betänkandets påverkan på barns rättigheter. Barns rättigheter belyses inte specifikt i betänkandet. Beskrivningar om barns rättigheter återfinns i Patientlagen. Beredningen bör ta hänsyn till barns specifika behov i avsnitt som behandlar Kunskapsstöd ur patienternas perspektiv.

Analys avseende betänkandes påverkan på miljöaspekter. Betänkandet bedömer att förslagen inte påverkar miljön negativt.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson (S)  
Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson  
Regiondirektör