

## REMISSVAR

2020-10-26

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

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

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

#### **Sammanfattning**

Vi är eniga med utredningen i

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

## Vi anser

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

## Vi saknar

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

## Vi föreslår

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

## Generella synpunkter

### Utredningens syfte och innehåll

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Samverkan och förutsättningar**

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

### **Bra kvalitetsindikatorer behövs för att följa hälsoutfallet**

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

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

### **Kunskapsbaserad vård både kräver och är förutsättningskapande för en utvecklad digitalisering**

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

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

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

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

### **Huvudproblemet i primärvården är inte samordning**

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

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

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

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

### **"Jämlik" vård**

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

### **Kunskapsstyrning**

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

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

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

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

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

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

den situation de befinner sig i.

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

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

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

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

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

### **Kunskapsstyrningens "stuprörmodell" försvårar det allmänmedicinska arbetssättet**

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

### **Ansvar för kunskapsstyrning bör ligga på Socialstyrelsen**

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

### **Kunskapsstyrning bör fokusera på resultatet av vården, inte på åtgärderna**

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

### **Verksamhetsnivån har försumrats i regionernas system för kunskapsstyrning**

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

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

### **Gapet mellan teori och praktik**

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

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

### **Arbetsförhållanden i primärvården**

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

## **Specifika kommentarer**

### **s. 21**

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

*SFAM instämmer.*

### **s. 21 ff**

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

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

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

**s. 22**

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

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

**s. 52**

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

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

**s. 139-40**

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

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

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

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



*närstående.*

**s. 302**

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

*SFAM instämmer i detta.*

**s. 305**

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

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

**s. 307**

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

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

[...]

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

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

**s. 309**

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

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

*innehåll och allmänmedicinens kärnvärden.*

## **s. 310**

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

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

## **s. 311**

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

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

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

## **s. 327**

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

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

#### **s. 332**

...Tillitsdelegationen har i sitt huvudbetänkande<sup>3</sup> lyft fram vad som är viktigt för att tillitsbaserad styrning ska fungera. Vår bedömning är att det finns flera delar i det som Tillitsdelegationen lyfter fram som också är ändamålsenliga att beakta för ett väl fungerande sam- manhållet system. Bland annat identifierade delegationen förutsättningar för genomslag av en tillitsbaserad styrning och ledning. Vi menar att dessa förutsättningar även är giltiga för att främja ett sam- manhållet system.

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

#### **s. 434**

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

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

#### **s. 436**

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

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

#### s. 437

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

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

#### s. 441

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

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

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson

Ordförande Svensk förening för allmänmedicin