



STOCKHOLMS STAD Kommunstyrelsen Registraturet	
Ink.	2017 -06- 29
Dnr.	110-1132/2017
Till:	RVA

Socialdepartementet

Remiss av betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård  
(SOU 2017:48)

Remissinstanser

- 1 Riksrevisionen
- 2 Justitiekanslern (JK)
- 3 Datainspektionen
- 4 Socialstyrelsen
- 5 Läkemedelsverket
- 6 Folkhälsomyndigheten
- 7 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- 8 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- 9 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- 10 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
- 11 E-hälsomyndigheten
- 12 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
- 13 Myndigheten för delaktighet
- 14 Statskontoret
- 15 Vetenskapsrådet
- 16 Regelrådet
- 17 Karolinska Institutet
- 18 Sahlgrenska universitetssjukhuset
- 19 Linnéuniversitetet

- 20 Linköpings universitet
- 21 Falu kommun
- 22 Gotlands kommun
- 23 Haparanda kommun
- 24 Helsingborgs kommun
- 25 Hässleholms kommun
- 26 Jokkmokk kommun
- 27 Kiruna kommun
- 28 Krokoms kommun
- 29 Linköpings kommun
- 30 Stockholms kommun
- 31 Sundsvalls kommun
- 32 Svenljunga kommun
- 33 Södertälje kommun
- 34 Torsby kommun
- 35 Uppsala kommun
- 36 Vilhelmina kommun
- 37 Västerviks kommun
- 38 Blekinge läns landsting
- 39 Dalarnas läns landsting
- 40 Gävleborgs läns landsting
- 41 Hallands läns landsting
- 42 Jämtlands läns landsting
- 43 Jönköpings läns landsting
- 44 Kalmar läns landsting
- 45 Kronobergs läns landsting
- 46 Norrbottens läns landsting
- 47 Skåne läns landsting
- 48 Stockholms läns landsting
- 49 Södermanlands läns landsting

- 50 Uppsala läns landsting
- 51 Värmlands läns landsting
- 52 Västerbottens läns landsting
- 53 Västernorrlands läns landsting
- 54 Västmanlands läns landsting
- 55 Västra Götalands läns landsting
- 56 Örebro läns landsting
- 57 Östergötlands läns landsting
- 58 Sveriges läkarförbund
- 59 Svenska Läkaresällskapet
- 60 Svensk sjuksköterskeförening
- 61 Vårdförbundet
- 62 Svenska barnmorskeförbundet
- 63 Sveriges tandhygienistförening
- 64 Sveriges tandläkarförbund
- 65 Akademikerförbundet SSR
- 66 Optikerförbundet
- 67 Sveriges Psykologförbund
- 68 Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
- 69 Fysioterapeuterna
- 70 Sveriges Farmaceuter
- 71 Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (LKR)
- 72 Svenska naprapatförbundet
- 73 Dietisternas riksförbund
- 74 Svenska Logopedförbundet
- 75 Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
- 76 Funktionsrätt Sverige
- 77 Lika unika
- 78 FAMNA
- 79 Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

- 80 SPF Seniorerna
- 81 Vårdföretagarna
- 82 Apotekarsocieteten
- 83 LIF
- 84 Nepi (nätverk för läkemedelsepidemiologi)
- 85 Swedish Medtech
- 86 Läkemedelskommittén Örebro läns landsting. Att. Marie Palmetun  
Ekbäck

Remissvaren ska ha inkommit till Socialdepartementet senast **den 20 oktober 2017**. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: [s.registrator@regeringskansliet.se](mailto:s.registrator@regeringskansliet.se) och [s.fs@regeringskansliet.se](mailto:s.fs@regeringskansliet.se)

Ange diarienummer **S2017/03403/FS** och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

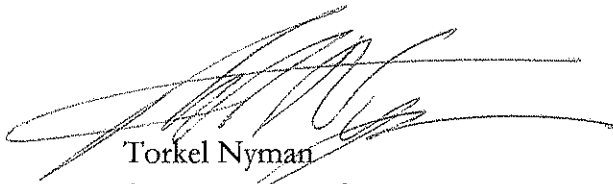
I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

**Myndigheter under regeringen** är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Ytterligare exemplar av betänkandet kan beställas hos Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm. Telefon 08-598 191 90, fax 08-598 191 91, e-post [kundservice@wolterskluwer.se](mailto:kundservice@wolterskluwer.se). Ange vid beställning att exemplaren är avsedda för remissändamål.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se).

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Torkel Nyman', written over a horizontal line.

Torkel Nyman  
Departementsråd

Kopia till

Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

# Kunskapsbaserad och jämlik vård

Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård

*Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet  
till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården*

*Stockholm 2017*

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.  
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm  
Ordertelefon: 08-598 191 90  
E-post: kundservice@wolterskluwer.se  
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige 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](http://regeringen.se/remisser)

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet  
Omslag: Elanders Sverige AB  
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

ISBN 978-91-38-24621-4

ISSN 0375-250X

# Till statsrådet Annika Strandhäll

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 är att säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män (dir. 2015:127). Tilläggsdirektiv beslutades av regeringen den 2 februari 2017 (dir. 2017:11). Utredningen har antagit namnet Kunskapsstödsutredningen.

Generaldirektören Sofia Wallström förordnades att från och med den 3 december 2015 vara särskild utredare.

Som sakkunnig i utredningen förordnades den 17 februari 2016 kansliråd Daniel Zetterberg. Den 17 februari 2016 förordnades förbundsordförande Lars Berge Kleber, Afasiförbundet i Sverige, förbundsombudsman Ulla Falk, Vårdförbundet, samordnare Bodil Klintberg, Sveriges Kommuner och Landsting, förbundsordförande Heidi Stensmyren, Sveriges läkarförbund och utredare Göran Zetterström, Socialstyrelsen, som experter i utredningen. Den 24 mars 2016 förordnades professor Anders Anell, Lunds universitet, och hälso- och sjukvårdsdirektör Ann Söderström, Västra Götalandsregionen, som experter i utredningen. Kansliråd Daniel Zetterberg entledigades från sitt uppdrag som sakkunnig den 20 maj 2016. Den 20 maj 2016 förordnades ämnesråd Petra Zetterberg Ferngren som sakkunnig i utredningen.

Medicine doktor Nina Viberg anställdes som sekreterare i utredningen under perioden 1 februari 2016 till 17 februari 2017. Stabschef Mats Nilsson anställdes som sekreterare den 1 april 2016, statsvetare Annika Stjernquist anställdes som sekreterare den 1 juni 2016 och enhetschef Kristina Wikner anställdes som sekreterare den 23 mars 2017. Docent Göran Stiernstedt har från den 1 februari 2016 och under hela utredningstiden varit senior rådgivare. Biträdande



chefsjuristen Karin Lewin har deltagit i arbetet med författningsförslagen.

Sofia Wallström svarar ensam för innehållet i betänkandet. Experterna har dock deltagit i arbetet i sådan utsträckning att det är befogat att använda vi-form i betänkandet. I och med detta betänkande är uppdraget avslutat.

Stockholm i juni 2017

Sofia Wallström

/Mats Nilsson  
Annika Stjernquist  
Kristina Wikner  
Göran Stiernstedt  
Nina Viberg

# Innehåll

<b>Till statsrådet Annika Strandhäll.....</b>	<b>1</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>17</b>
<b>1 Författningsförslag.....</b>	<b>29</b>
1.1 Förslag till lag om vårdkommittéer .....	29
1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1996:1156) om receptregister .....	31
1.3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) .....	33
1.4 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1205) med instruktion för Läkemedelsverket .....	35
1.5 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket .....	36
1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.....	37
1.7 Förslag till förordning om ändring i förordning (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.....	38
1.8 Förslag till förordning om ändring i förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.....	39

1.9	Förslag till förordning om ändring i förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.....	40
1.10	Förslag till förordning om ändring i förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten .....	41
1.11	Förslag till förordning om ändring i förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet.....	42
1.12	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst .....	43
1.13	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen .....	49
1.14	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd .....	51
<b>2</b>	<b>Utredningsuppdrag och tillvägagångssätt.....</b>	<b>53</b>
2.1	Utredningsuppdrag .....	53
2.2	Tillvägagångssätt.....	54
<b>3</b>	<b>Utgångspunkter och begrepp .....</b>	<b>57</b>
3.1	Utgångspunkter.....	57
3.1.1	Avgränsningar .....	60
3.2	Begreppsanvändning.....	60
3.2.1	Begrepp.....	61
<b>4</b>	<b>Gällande rätt .....</b>	<b>63</b>
4.1	Regeringsformen och kommunallagen .....	63
4.2	Hälso- och sjukvårdslagen .....	64
4.3	Patientlagen.....	66
4.4	Patientsäkerhetslagen.....	66

4.5	Tandvårdslagen.....	68
4.6	Lagen om läkemedelskommittéer .....	69
<b>5</b>	<b>Kunskapsstöd ur patienternas och professionernas perspektiv.....</b>	<b>71</b>
5.1	Värdet skapas i vårdmötet .....	71
5.2	Tankar kring patientens och närståendes perspektiv.....	72
5.3	Tankar kring professionernas perspektiv .....	74
5.3.1	Beslutsfattandet är inte alltid rationellt.....	74
5.3.2	Kunskapsstöd utgår ofta från diagnoser .....	76
5.3.3	Olika behov i olika typer av verksamheter .....	77
5.3.4	Olika professioner .....	78
5.3.5	Tankar kring den lärande organisationen.....	78
5.4	Tankar kring forsknings- och utvecklingsperspektivet .....	79
<b>6</b>	<b>Statliga initiativ på kunskapsstödsområdet.....</b>	<b>81</b>
6.1	Olika former av styrning .....	81
6.2	Myndigheternas uppdrag .....	85
6.2.1	Socialstyrelsen.....	85
6.2.2	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) .....	94
6.2.3	Läkemedelsverket .....	98
6.2.4	Folkhälsomyndigheten.....	102
6.2.5	Inspektionen för vård och omsorg (IVO) .....	104
6.2.6	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) .....	105
6.2.7	E-hälsomyndigheten.....	106
6.2.8	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) .....	107
6.2.9	Myndigheten för delaktighet .....	108
6.2.10	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys .....	109
6.3	SOS Alarm Sverige AB.....	110

6.4	Regeringens initiativ till att renodla och samla kunskapsstyrningen.....	112
6.4.1	Rådet för statlig styrning med kunskap.....	112
6.5	Kunskapsstödjande dokument utgivna av myndigheterna.....	121
6.5.1	Kartläggning inom ramen för Rådet för statlig styrning med kunskap.....	121
6.5.2	Socialstyrelsens nationella riktlinjer .....	126
6.6	Överenskommelser mellan regeringen och SKL .....	130
<b>7</b>	<b>Huvudmännens och SKL:s arbete med nationella strukturer för kunskapsstyrning .....</b>	<b>147</b>
7.1	En landstingsgemensam struktur för kunskapsstyrning....	147
7.2	Befintliga kunskapsstyrningsaktiviteter.....	154
7.2.1	Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NSK).....	154
7.2.2	Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (NSK-S).....	155
7.2.3	Nationella programråd.....	155
7.2.4	Landstingens samverkansmodell för vissa läkemedelsfrågor .....	160
7.2.5	Nationell samverkan kring patientsäkerhet.....	163
7.2.6	Nationellt kliniskt kunskapsstöd för primärvården under utveckling .....	165
7.2.7	Pilotprojekt om kunskapsstöd för barnsjukvård .....	167
7.2.8	Nationella insatser till stöd för utvecklat förbättringsarbete lokalt och regionalt.....	167
7.3	Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) .....	168
7.4	Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan .....	168
7.4.1	RCC:s nationella vårdprogram på cancerområdet .....	169
7.5	Kunskapsstyrning inom psykiatri .....	171
7.6	1177 Vårdguiden.....	172

7.7	Eira.....	173
7.8	Läkemedelskommittéerna .....	174
7.9	Övriga nationella kunskapsstöd från landsting och regioner.....	175
7.9.1	Vårdhandboken .....	175
7.9.2	Rikshandboken för barnhälsovård.....	176
<b>8</b>	<b>Landstingens strukturer för kunskapsstyrning .....</b>	<b>177</b>
8.1	Landstingen och sjukvårdsregionerna .....	177
8.2	Universitetssjukvården .....	179
8.3	Norra sjukvårdsregionen .....	181
8.3.1	Region Norrbotten.....	183
8.3.2	Landstinget Västernorrland .....	184
8.3.3	Västerbottens läns landsting .....	185
8.3.4	Region Jämtland Härjedalen.....	186
8.4	Uppsala-Örebro sjukvårdsregion.....	187
8.4.1	Region Västmanland.....	189
8.4.2	Region Gävleborg.....	189
8.4.3	Landstinget Sörmland .....	190
8.4.4	Region Örebro län.....	190
8.4.5	Landstinget i Värmland .....	191
8.4.6	Landstinget Dalarna .....	192
8.4.7	Region Uppsala.....	193
8.5	Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland .....	194
8.5.1	Stockholms läns landsting.....	195
8.5.2	Region Gotland .....	198
8.6	Sydöstra sjukvårdsregionen.....	199
8.6.1	Region Östergötland.....	200
8.6.2	Landstinget i Kalmar län .....	203
8.6.3	Region Jönköpings län .....	205
8.7	Västra sjukvårdsregionen.....	207
8.7.1	Västra Götalandsregionen.....	208
8.7.2	Region Halland .....	210

8.8	Södra sjukvårdsregionen .....	211
8.8.1	Region Skåne .....	211
8.8.2	Landstinget Blekinge .....	212
8.8.3	Region Kronoberg.....	213
<b>9</b>	<b>Kunskapsstöd från patientföreningar och professioner ...</b>	<b>215</b>
9.1	Kunskapsstöd framtagna av patientföreningar .....	215
9.2	Svensk sjuksköterskeförenings arbete med kunskapsstöd .....	218
9.2.1	Tvärprofessionell samverkan mellan sjuksköterskor och läkare .....	219
9.3	Fysioterapeuternas arbete med kunskapsstöd .....	220
9.4	Apotekarsocietetens arbete med kunskapsstöd .....	222
9.5	Specialistläkarföreningars arbete med kunskapsstöd .....	222
9.5.1	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG).....	223
9.5.2	Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI).....	224
<b>10</b>	<b>Digitala kunskaps- och beslutsstöd .....</b>	<b>225</b>
10.1	Genomgång av kunskaps- och beslutsstöd som används i Sverige .....	225
10.1.1	Definition av kunskaps- och beslutsstöd .....	226
10.2	Översikt över kommersiella digitala kunskapsstöd.....	229
10.3	Översikt över beslutsstöd .....	235
10.4	Utvecklingen går mot en högre användning av beslutsstöd.....	240
10.4.1	Beslutsstöd har olika mognadsnivåer.....	243
<b>11</b>	<b>Uppföljning som ett verktyg för lärande och förbättring.....</b>	<b>247</b>
11.1	Uppföljning i vården – flera aktörer och olika syften .....	248
11.1.1	Kritik mot styrning med fokus på mål och resultat .....	251

11.1.2	Statlig resultatstyrning i vården .....	253
11.1.3	Huvudmännens styrning och ledning med fokus på vårdens innehåll .....	256
11.1.4	Lokalt förbättringsarbete .....	261
11.2	Datakällor inom hälso- och sjukvården .....	263
11.2.1	Hälsodataregister .....	264
11.2.2	Kvalitetsregister .....	267
11.2.3	Primärvårdsdata .....	276
11.2.4	Mätning av patientupplevelser .....	277
11.3	Initiativ för att tillgängliggöra data .....	278
<b>12</b>	<b>Internationella samarbeten och internationell utblick ..</b>	<b>285</b>
12.1	Internationella aktörer och samarbeten .....	285
12.2	Internationell utblick .....	293
12.2.1	Socialstyrelsens riktlinjemodell jämfört med nationella riktlinjer i andra länder .....	293
12.2.2	Riktlinjer i andra länder .....	294
<b>13</b>	<b>Vilka kunskapsstöd används i vårdens kliniska vardag? .....</b>	<b>313</b>
13.1	Studie från SBU om hur professionerna söker information .....	313
13.2	Kunskapsstöd och informationssökning i primärvården ...	315
13.2.1	Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad? – rapport från SKL .....	315
13.2.2	Enkät genomförd i Västra Götalandsregionen om sökvanor i primärvården .....	318
13.3	Utredningens enkätundersökningar om olika professioners erfarenheter av kunskapsstöd i arbetet .....	319
13.3.1	Enkät ställd till Vårdförbundets medlemmar .....	320
13.3.2	Enkät ställd till Läkarförbundets medlemmar .....	327
13.3.3	Enkät ställd till Fysioterapeuternas medlemmar .....	333
13.3.4	Enkät ställd till Läkaresällskapets sektioner .....	338



13.4	Användningen av kunskapsstöd bland farmaceuter, tandläkare och tandhygienister.....	339
13.4.1	Farmaceuters användning av kunskaps- och beslutsstöd på apotek och i vården .....	339
13.4.2	Vad använder professionerna i tandvården? .....	341
13.5	Sammanfattande bedömning av resultaten i enkäterna och rapporterna .....	345
<b>14</b>	<b>Genomslag, implementering eller nyttiggörande av ny kunskap .....</b>	<b>351</b>
14.1	Från eminensbaserad till evidensbaserad medicin .....	352
14.2	Policyimplementering i offentlig förvaltning .....	353
14.3	Nyttiggörande av ny kunskap studeras inom en rad forskningsfält och traditioner.....	356
14.3.1	Forskning om genomslag och implementering...	357
14.3.2	Låter sig kunskap spridas enligt en modell? .....	364
14.3.3	Att leda kunskapsbaserad utveckling i komplexa system.....	365
14.3.4	Förändringsarbete och förbättringskunskap.....	367
14.4	Utvärderingar av och forskning kring Socialstyrelsens nationella riktlinjer .....	371
<b>15</b>	<b>Analys .....</b>	<b>375</b>
15.1	En lärande och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård för jämlika vårdutfall .....	376
15.1.1	Svensk kunskapsstyrning behöver ta ett nytt steg .....	378
15.1.2	Styra mot jämlik vård i ett komplext system.....	382
15.2	Internationella erfarenheter .....	384
15.3	Värdet uppstår i vårdens vardag.....	386
15.3.1	Perspektivet måste utgå från patienten och professionerna .....	386
15.4	Nationell kunskapsstyrning av regionaliserad vård.....	396

15.5	Behov av utvecklad samverkan och styrning.....	397
15.5.1	Utvecklad myndighetsstyrning .....	398
15.5.2	Myndigheternas arbete behöver stödja vården ....	400
15.5.3	Former för att åtgärda brister i jämlik vård .....	401
15.6	Digitalisering driver utvecklingsbehov.....	407
15.7	Betydelsen av ekonomiska resurser .....	409
15.8	Sammanfattande iakttagelser.....	411
<b>16</b>	<b>Överväganden och förslag .....</b>	<b>413</b>
16.1	Ansvarsfördelning mellan stat och sjukvårdshuvudmän ....	413
16.1.1	Grunder för den statliga styrningen.....	413
16.1.2	Andra utredningars bedömningar kring statens styrning.....	416
16.1.3	Bättre förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård genom tydlig och inkluderande nationell kunskapsstyrning .....	421
16.2	Professionernas och patienternas förutsättningar .....	425
16.2.1	Förslag om professionernas förutsättningar att utföra sitt arbete.....	427
16.2.2	Förslag om verksamhetschefens ansvar .....	430
16.2.3	Patienten som medskapare av kunskapsbaserad och jämlik vård .....	432
16.3	Utvecklad styrning för kunskapsbaserad och jämlik vård.....	437
16.3.1	En bred tolkning av kunskapsstöd och kunskapsstyrning.....	437
16.3.2	Nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte bindande.....	439
16.3.3	Förslag om samråd kring vårdens övergripande resultat och framtida inriktning.....	440
16.3.4	Förslag om nationell process för särskilda satsningar .....	446
16.3.5	Förslag om förtydligad samverkansskyldighet för huvudmännen .....	448
16.3.6	Förslag om att inrätta vårdkommittéer.....	452

16.3.7	Rekommendationer till landstingen.....	459
16.3.8	Förslag om ett nationellt kansli.....	465
16.4	Förslag om en nationell digital kunskapstjänst .....	468
16.5	En mer samordnad och effektiv myndighetstyrning.....	474
16.5.1	Förslag om en utvecklad roll för Socialstyrelsen .....	476
16.5.2	Förslag om bättre förutsättningar att utveckla och använda kunskapsstöd .....	482
16.5.3	Förslag om Socialstyrelsens nationella riktlinjer .....	484
16.5.4	Förslag om Rådet för statlig styrning med kunskap.....	487
16.5.5	Förslag om förändringar gällande SBU .....	488
16.5.6	Förslag om förändringar gällande Läkemedelsverket.....	492
16.5.7	Förslag om ändringar gällande övriga berörda myndigheter.....	495
16.5.8	Förslag om förbättrad nationell uppföljning.....	497
16.6	Förslag om en genomförandekommitté.....	506
16.7	Finansiering av utredningens förslag.....	508
<b>17</b>	<b>Konsekvensutredning .....</b>	<b>515</b>
17.1	Övergripande konsekvensbeskrivning .....	515
17.2	Konsekvenser med regionala perspektiv .....	521
17.3	Konsekvenser med relevans för det svenska EU-medlemskapet.....	521
17.4	Konsekvenser för miljön.....	521
17.5	Konsekvenser för jämställdhet och integration.....	522
17.6	Konsekvenser för de berörda myndigheterna.....	523
17.7	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen och finansieringsprincipen .....	524
17.8	Konsekvenser för företag.....	527

17.9	Konsekvenser för samhällsekonomin .....	528
17.10	Konsekvenser för de offentliga finanserna.....	528
<b>18</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>531</b>
18.1	Förslaget till lag om vårdkommittéer .....	531
18.2	Förslaget till ändring i lagen (1996:1156) om receptregister .....	537
18.3	Förslaget till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) .....	538
18.4	Förslaget till förordning med ändring i förordningen (2007:1205) med instruktion för Läkemedelsverket .....	541
18.5	Förslaget till förordning med ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket .....	541
18.6	Förslaget till förordning med ändring i förordningen (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.....	542
18.7	Förslaget till förordning med ändring i förordning (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.....	542
18.8	Förslaget till förordning med ändring i förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.....	543
18.9	Förslaget till förordning med ändring i förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten .....	544
18.10	Förslaget till förordning med ändring i förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten.....	544
18.11	Förslaget till förordning med ändring i förordning (2014:134) med instruktion för Myndigheten för delaktighet .....	545

18.12 Förslaget till ändring i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst .....	545
18.13 Förslaget till ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.....	549
18.14 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2017:292) med instruktion för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd .....	551

<b>Referenser.....</b>	<b>553</b>
------------------------	------------

### **Bilagor**

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2015:127.....	581
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2017:11.....	591
Bilaga 3	Uppföljning ur några olika perspektiv och för olika aktörer.....	593

# Sammanfattning

## Uppdraget

Utredningens uppdrag är att överväga och lämna förslag till hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården kan uppnås. Syftet med uppdraget är att säkerställa att den hälso- och sjukvård som ges befolkningen är kunskapsbaserad och jämlik och ges på samma villkor till kvinnor och män.

## En bred tolkning av kunskapsstyrning och kunskapsstöd

Utredningen menar att kunskapsstyrning och kunskapsstöd behöver tolkas brett, och innefatta alla de aktiviteter som behövs på alla nivåer för att varje patientmöte ska vara grundat på bästa kunskap. Det räcker inte att ta fram kunskapsstöd, exempelvis i form av nationella riktlinjer eller vårdprogram, utan det behövs insatser för att förbättra förutsättningarna för användningen av bästa kunskap. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och till ledarskapet. Kunskapsstyrningen bidrar till att utveckla ett lärande system.

## Inledande kommentar

De senaste årens utveckling har i hög grad inriktats mot att uppnå högre kvalitet och mer jämlik vård genom ökad centralisering. Ett stort antal snarlika insatser med nationell prägel har utförts av myndigheter, landsting, olika professionsgrupper och andra aktörer såsom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Landsting och kommuner, som har ansvaret för driften av hälso- och sjukvården, har endast haft ett svagt eller indirekt deltagande och inflytande. Sammantaget har

detta lett till en splittrad kunskapsstyrning. Framför allt har genomslaget av insatserna blivit alltför blygsamt, och vägen till ökad patientnytta har i uppföljningar i flera fall visat sig vara för lång.

Utredningen konstaterar att oönskade skillnader över landet kvarstår och att viss del av vården behöver en mer centraliserad struktur. Men för att nå målen om en kunskapsbaserad och jämlik vård bedömer utredningen att huvudmännen själva måste äga de processer de sist och slutligen ändå är ansvariga för. En annan ordning förutsätter en ändrad ansvarsfördelning och en ändrad organisering av hälso- och sjukvården.

Utredningen lämnar i och med detta betänkande förslag som bedöms realistiska att genomföra i närtid. För att förslagen ska kunna genomföras och leda till de önskade effekterna krävs en tillitsfull och effektiv samverkan mellan staten och huvudmännen, där professionerna och patientföreträdare ges stort utrymme att bidra. Om tillräckliga effekter av förslagen inte nås så bedömer utredningen att en ändrad ansvarsfördelning mellan staten och huvudmännen bör övervägas.

### **Bättre förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård**

Efter mer än tio års öppna jämförelser av vårdens resultat i Sverige är den generella bilden att oönskade variationer inte minskat i den omfattning som krävs mot bakgrund av de lagstadgade målsättningarna om god vård på lika villkor över hela landet. Utredningens bedömning är att det krävs en skärpt nationell styrning för att åstadkomma en kunskapsbaserad och jämlik vård. Med nationell avses sådana åtgärder eller dylikt som sker i hela landet, dvs. en enhetlig tillämpning. Mot bakgrund av att utredningen inte har i uppdrag att ändra den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen, eller föreslå ändringar i kommunallagen, lämnar utredningen förslag som syftar till att åstadkomma detta genom en kombination av utvecklad statlig styrning och förtydligade krav på att landsting och kommuner tar ett ökat ansvar för nationell kunskapsstyrning inom sitt lagstadgade uppdrag att svara för hälso- och sjukvården.

Såväl forskning som praktiska erfarenheter i svensk hälso- och sjukvård pekar mot att de vårdssystem som lyckas bäst med att använda bästa kunskap inte är de som centralt tar fram kunskap för att sprida till vården, utan de som arbetar integrerat och inkluderande.

Detta innebär att den kunskap som skapas i det dagliga arbetet är en viktig del, men också att kulturen uppmuntrar till lärande och att verksamheten har tillgång till egna data. För att organisationen och kulturen ska uppmuntra till utveckling, innovation och lärande är tillit en viktig komponent. Omfattande detaljstyrning riskerar att minska förmågan till innovation och anpassning till professionernas behov, vilket ytterst riskerar att drabba patienten. Mot den bakgrunden lämnar utredningen förslag som syftar till att förbättra förutsättningarna för professionerna att verka enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, att få tillgång till nationella kunskapsstöd och att involvera patienterna.

## Utredningens kartläggning

Utredningen har haft i uppdrag att kartlägga de olika initiativ och samarbeten kring ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd som pågår på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Kartläggningen visar på ett stort antal aktörer inom kunskapsstyrningen och att en stor mängd aktiviteter och initiativ pågår. Kartläggningen visar hur komplex kunskapsstyrningen är och på behovet av förenkling.

Kartläggningen visar att staten är mycket aktiv inom kunskapsstyrningen och svarar för en mängd olika initiativ. Regeringen och SKL har tecknat ett flertal överenskommelser med olika inslag av kunskapsstyrning. För att öka samordningen mellan berörda myndigheter har regeringen inrättat Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rådets genomgång av myndigheternas arbete visar på en stor mängd kunskapsstöd med skiftande karaktär. Regeringen har uttalat att detaljstyrningen generellt bör minska till förmån för en mer strategisk styrning präglad av tillit och förtroende.

Landstingen genomför även de en stor mängd aktiviteter gällande kunskapsstyrning. Alla landsting har olika organisatoriska enheter som ansvarar för utarbetande av och stöd till användning av kunskapsstöd m.m. Dessutom samarbetar landstingen om olika delar av kunskapsstyrning inom ramen för de sex sjukvårdsregionerna.

Ett exempel som bedöms framgångsrikt är satsningen på regionala cancercentrum (RCC). Läkemedelskommittéerna arbetar aktivt



med datadrivet och lokalt förankrat förbättringsarbete inom läkemedelsområdet.

Professionerna och patienterna är de som har mest kunskap om sjukdomar, symptom, behandlingar och hur det påverkar hälsan och livskvaliteten. Flera professionsföreningar tar fram kunskapsstöd i egen regi. Även patientföreningar är aktiva inom kunskapsstyrningen och tar fram olika typer av stöd.

Uppföljning är en avgörande komponent i kunskapsstyrningen och Sverige har en lång tradition av registerverksamhet. Inom hälso- och sjukvården finns ett hundratal kvalitetsregister och flera nationella hälsodataregister. Uppföljning kan användas för olika syften, såsom förbättringsarbete eller kontroll. Bristande tillgång till data är ofta ett problem, både på nationell och lokal nivå.

Den ökade digitaliseringen ändrar förutsättningarna på ett betydande sätt vad gäller kunskapsstyrning; generering av ny kunskap, tillgängliggörande av kunskap samt uppföljning och utvärdering. Digitaliseringen kräver och möjliggör också nya arbetssätt, både vad gäller nya arbetsformer och nya metoder på process- och struktur-nivå. Digitaliseringen ger patienten bättre förutsättningar att bli en del av vårdteamet. Detta sammantaget har en avgörande betydelse för vårdens och kunskapsstyrningens utveckling.

Utredningens internationella utblick visar att nationella riktlinjer som regel riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal, men sällan är obligatoriska. Socialstyrelsens nationella riktlinjer särskiljer sig i ett internationellt perspektiv genom att de riktar sig till beslutsfattare, inte kliniskt verksam personal, och genom att de innehåller prioriteringar.

I de enkäter som utredningen under 2016 genomförde tillsammans med Vårdförbundet, Sveriges läkarförbund, Fysioterapeuterna och Svenska Läkaresällskapet framkommer att de kunskapsstöd som används mest är kommersiella webbstöd eller att fråga en kollega. Nationella riktlinjer används, men inte främst i det dagliga arbetet, utan mer sällan. It-baserade beslutsstöd förekommer i begränsad utsträckning. Vissa grupper uttryckte brist på tillgång till kunskapsstöd, till exempel sjuksköterskor och fysioterapeuter i kommunal verksamhet.

Det finns en omfattande forskning om hur en policy går från beslut till implementering. Forskningen ger inga enkla svar på hur en kunskapsbaserad och jämlik vård ska nås, men tydligt är att samman-

ställning och spridning av skriftligt material, t.ex. en nationell riktlinje, inte är tillräckligt för att påverka praxis.

## **Nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte bindande**

Utredningens bedömning är att nationella riktlinjer bör vara vägledande, inte obligatoriska eller mer bindande. I utredningens uppdrag ingår att särskilt beakta Socialstyrelsens nationella riktlinjer, men bedömningen är giltig även för andra riktlinjer. Det är, enligt utredningens mening, andra faktorer än ett obligatorium som är betydelsefulla för att nå kunskapsbaserad och jämlik vård. Därutöver finns det flera andra skäl som talar emot att göra nationella riktlinjer obligatoriska.

Ett centralt skäl som talar emot obligatoriska riktlinjer är det faktum att patienten inte är standardiserbar. Riktlinjer skrivs på grupp-nivå medan alla bedömningar måste ske utifrån den enskilda individen. Många patienter har flera sjukdomar, medan riktlinjer ofta är diagnosspecifika. Multisjuklighet omöjliggör i princip krav på följsamhet till riktlinjer för varje enskilt tillstånd. Att införa obligatoriska riktlinjer bidrar vidare till minskad professionell autonomi och riskerar sända en signal om brist på tillit till vårdens professioner.

För en stor del av den vård som utförs är evidensen svag eller saknas. Riktlinjer kan aldrig bli heltäckande, och det bedöms orimligt att ha obligatoriska riktlinjer endast på vissa delar av vården, mot bakgrund av målsättningen om att nå en jämlik vård. Komplexiteten och det snabba tempot i kunskapsutvecklingen riskerar att göra nationella riktlinjer inaktuella, om de inte uppdateras tillräckligt ofta.

Riktlinjer är sällan obligatoriska i andra länder. De exempel på obligatoriska riktlinjer som utredningen identifierat innehåller huvudsakligen regler kring patientsäkerhet, vilket inte går att jämföra med Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Avslutningsvis finns legala skäl som talar emot obligatoriska riktlinjer. Att staten skulle reglera vården genom obligatoriska riktlinjer är ett ingrepp i det kommunala självstyret och ologiskt utifrån nuvarande organisation av hälso- och sjukvården samt de principer för styrningen av hälso- och sjukvården som varit gällande sedan införandet av den målinriktade ramlagstiftningen i form av hälso- och sjukvårdslagen. Det är lämpligt att den som har betalningsansvaret

också har rådighet över kunskapsstyrningen. Däremot kan staten med fördel skapa incitament för sjukvårdshuvudmännen att nå ökad nationell enhetlighet genom att villkora specialdestinerade statsbidrag med följsamhet till nationella beslut eller ställningstaganden.

En lagstiftning om bindande riktlinjer skulle kräva tydlighet om hur professionerna ska agera inom områden där det saknas riktlinjer, eller i situationer där ny forskning eller internationella riktlinjer visar att de gällande nationella riktlinjerna i praktiken innebär sämre vård. Detta bedöms lagstiftningstekniskt komplicerat, och kräver en lång rad undantag och dispenser, vilket riskerar urholka effekten när det gäller att åstadkomma en mer kunskapsbaserad och jämlik vård.

## Överväganden och förslag

Utredningen kan mot bakgrund av genomförd kartläggning konstatera följande.

- Det finns ett stort antal kunskapsstöd som riktar sig till många delar av vården. Det finns undantag, exempelvis inom områden där evidens saknas. Vissa professionsgrupper har också sämre tillgång till stöd. Men den generella bilden är att det finns ett stort utbud av kunskapsstöd, som inte sällan dubbleras och överlappar, och i vissa fall t.o.m. motsäger varandra.
- Många olika aktörer tar fram kunskapsstöd, t.ex. myndigheter och landsting. De olika professionsgruppernas förutsättningar att delta i utarbetandet av kunskapsstöd är ojämna. Snarlika kunskapsstöd tas fram i flera olika sammanhang.
- Det finns många olika initiativ som syftar till att uppnå en bättre samordning av olika aktörer inom kunskapsstyrningen. Fokus ligger mer på produktion av kunskapsstöd än på uppföljning, analys och stöd till verksamhetsutveckling.
- Genomslaget för många kunskapsstöd är blygsamt. De oönskade variationerna har inte minskat i den utsträckning som krävs mot bakgrund av målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen om kunskapsbaserad och jämlik vård.

Problembeskrivningen visar att det behövs en förnyad ansats för att uppnå målen om en kunskapsbaserad och jämlik vård. Utredningens utgångspunkter kan sammanfattas enligt nedan.

- Den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen gäller.
- Tillit till vårdprofessionernas arbete är av stor vikt för att uppnå en lärande organisation.
- Patienten är en viktig aktör i vården och behöver ges förutsättningar att delta i kunskapsstyrningen.

Utifrån dessa utgångspunkter görs följande bedömningar:

- Verksamhetsnära kunskap, erfarenhet och behov bör bli mer vägledande. Staten bör inte detaljstyra vården, utan utveckla en mer strategisk styrning präglad av tillit och förtroende.
- Det behövs en utvecklad struktur för den nationella kunskapsstyrningen där staten på ett mer effektivt sätt tar sitt övergripande ansvar för att, i samråd med huvudmännen, inom ett tydligt ramverk nå en övergripande inriktning för hälso- och sjukvårdens utveckling. Grunderna för statens styrning som sattes redan i samband med hälso- och sjukvårdslagens ursprungliga ikraftträdande är goda utgångspunkter för detta.
- Tillförlitliga uppföljningar som förmår påvisa oönskade variationer, och pekar ut både goda och mindre goda exempel, är centralt. Lika viktigt är vad som händer som en följd av vad uppföljningarna visar. Tendensen att hantera brister i vården genom fragmentiserade, ofta kortsiktiga, nationella uppdrag behöver vändas. Vidare behövs tydligare kommunikationsvägar för att sprida goda exempel.
- Landstingen har påbörjat etableringen av en landstingsgemensam nationell modell för kunskapsstyrning, bland annat med utgångspunkt i erfarenheterna från arbetet med regionala cancercentrum. Utredningen bedömer att detta kan skapa nya och bättre förutsättningar för att nå målen om en kunskapsbaserad och jämlik vård, eftersom landstingen genom sitt lagstadgade ansvar för vården behöver ta ett större ansvar och vara mer delaktiga i den nationella kunskapsstyrningen.

- Kunskapsstödet till kommunerna är i dagsläget splittrat. Utredningen bedömer att kunskapsstödet till professionerna som verkar i kommunal vård behöver förstärkas. De förslag som utredningen lämnar ska ses som ett första steg för förstärkt kunskapsstyrning i kommunal vård. I takt med att den kommunala vården utvecklas framgent kommer också kunskapsstyrningen och formerna för styrningen att behöva utvecklas.
- Utredningen vill framhålla vikten av att utöver den statliga kunskapsstyrningen använda hela utrymmet av statliga styrmedel i syfte att främja nationell enhetlighet. Det som främst avses är att specialdestinerade statsbidrag villkoras med krav på följsamhet till nationella beslut eller ställningstaganden. Det kan exempelvis göras för att stimulera utveckling och användning av nationella standarder eller gällande ersättningen till landstingen för kostnader inom läkemedelsförmånerna. Då detta avser styrning som faller utanför utredningens uppdrag utvecklas det inte närmare i betänkandet.

## Lagförslag

För att åstadkomma en långsiktigt hållbar reglering av förutsättningarna för nationell kunskapsstyrning lämnar utredningen följande lagförslag.

- Förtydliganden i hälso- och sjukvårdslagen om att professionerna ska ha goda förutsättningar att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, och att det är huvudmannen respektive verksamhetschefen som har ansvaret att skapa dessa förutsättningar. Om personalen inte har goda förutsättningar att utöva sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet innebär det att lagens krav på en god vård inte är uppfyllt. Förslagen kompletterar befintlig lagstiftning som säger att hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Förtydliganden i hälso- och sjukvårdslagen om att landstingen ska vara skyldiga att samverka nationellt om kunskapsstyrning, samt att landstingen och kommunerna som är belägna i landstinget ska vara skyldiga att samverka om kunskapsstyrning.

- Lagen om läkemedelskommittéer upphävs och ersätts av den nya lagen om vårdkommittéer. Särbehandlingen av läkemedelsområdet upphör därmed och läkemedelskommittéernas uppdrag vidgas till att omfatta all vård. Kommittéerna byter namn till vårdkommittéer. Uppdraget ska vara att verka för en nationell kunskapsstyrning i landstinget och i de kommuner som är belägna i landstinget. Vårdkommittéerna ska 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 inte utfärda egna rekommendationer om det finns nationella rekommendationer eller ställningstaganden. En växande del av sjukvården sker inom ett kommunalt huvudmannaskap. Utredningen bedömer att en huvudsaklig del av kunskapsstödet till kommunerna bör ske via vårdkommittéerna.

## Övriga förslag

### Samråd mellan regeringen och landstingen

- Utredningen föreslår att regeringen och landstingen inrättar ett nära och regelbundet samråd. Inom samrådet bör regeringen och landstingen, utifrån en gemensam målbild för hälso- och sjukvårdens utveckling, bland annat
  - överenskomma om insatser till följd av identifierade brister vad gäller kunskapsbaserad och jämlik vård,
  - fastställa en nationell process för särskilda satsningar och därmed öka förutsättningarna för genomslag i hela landet, samt minska risken för fragmentisering genom separata överenskommelser.
- Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ges i uppdrag att ta fram utvecklade uppföljningsunderlag. Erfarenheterna från tillsynen som Inspektionen för vård och omsorg genomför samt uppföljningar om folkhälsans utveckling från Folkhälsomyndigheten bör komplettera uppföljningsunderlagen.

- Regeringen bör i ökad utsträckning nyttja berörda myndigheter för att bidra i arbetet med det föreslagna samrådet, främst i form av Socialstyrelsen.
- Ett kansli för kunskapsbaserad och jämlik vård inrättas i Regeringskansliet med uppgift att bistå regeringen i samrådet med landstingen och komplettera stödet från myndigheterna.

### **Professionernas tillgång till digitala kunskapsstöd**

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

### **Statliga myndigheters roller och uppdrag**

- Socialstyrelsens instruktion ändras för att förtydliga Socialstyrelsens roll i kunskapsstödjande och styrande hänseende. Med detta ges Socialstyrelsen en särställning bland de kunskapsstödjande myndigheterna. Detta innebär också förändringar i förordningar till övriga myndigheter som för närvarande ingår i Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst koncentrerar sitt arbete till frågor som rör socialtjänst och byter namn till Rådet för statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Även förordningen som reglerar Rådets arbete byter namn och heter förordningen om statlig styrning med kunskap avseende socialtjänst. Den nya Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd föreslås ingå i Rådet. Efter en reducering av antalet myndigheter med tre föreslås därmed att sju myndigheter ingår i Rådet.

- Regeringsuppdragen till Socialstyrelsen bör bli mer övergripande i syfte att stödja en mer strategisk statlig styrning vilket innebär ett minskat antal regeringsuppdrag till Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen ges huvudansvar för att stödja huvudmännen i frågor som syftar till att utveckla och använda kunskapsstöd genom ökad digitalisering, bland annat genom standarder, nationellt fackspråk och informationsstruktur.
- Socialstyrelsens nationella riktlinjer renodlas till årliga underlag för planering och prioritering till stöd för politiker och andra beslutsfattare inom landsting och kommuner. Riktlinjerna ska innehålla underlag för både horisontella och vertikala prioriteringar. Syftet är att ge bästa kunskap inför strukturbeslut och övergripande resursfördelningsbeslut.
- SBU utvecklar den nationella upplysningstjänsten och stödet till systematisk utbildning och handledning till de som gör kunskapsunderlag.
- Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer upphör som separat kunskapsstödsprodukt. Socialstyrelsen blir ansvarig myndighet för rekommendationer om läkemedelsbehandling och Läkemedelsverket bör bistå Socialstyrelsen med erforderliga underlag.

Utredningen föreslår en förstärkt nationell uppföljning av kunskapsbaserad och jämlik vård. Syftet är att stimulera till förbättring, öka vårdens transparens nationellt samt identifiera och sprida goda exempel. Vidare ska uppföljningen ge regeringen förutsättningar att se när jämlikhet och kvalitet brister och lägga detta till grund för ansvarsutkrävande och samråd om möjliga förbättringsåtgärder. Utredningen föreslår att:

- Socialstyrelsen ges i uppdrag att ansvara för en nationell, regelbundet återkommande uppföljning och djupgående dataanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ges i uppdrag att ta fram en regelbundet återkommande analysrapport utifrån ett patient- och brukarperspektiv.



- Observationer och iakttagelser från Inspektionen för vård och omsorg samt Folkhälsomyndigheten tillvaratas inom den nationella uppföljningen.

### **Genomförande**

Utredningen föreslår att en genomförandekommitté tillsätts för att möjliggöra ett effektivt genomförande av utredningens förslag och i samverkan med landstingen genomföra de insatser som behövs för att skapa förutsättningar för en förstärkt nationell kunskapsstyrning.

### **Rekommendationer till landstingen**

Utredningen rekommenderar landstingen att landstingens nationella struktur för kunskapsstyrning:

- regleras på ett långsiktigt hållbart sätt,
- tydligt reglerar formerna för professionernas respektive patientföreträdares representation och involvering på alla nivåer, samt
- ges ett uttalat ansvar för att involvera kommunerna och ge kunskapsstöd i den kommunala hälso- och sjukvården.