

Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning

– enligt regeringsuppdrag om att utveckla
modellen för God vård

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-87169-09-0
Artikelnr 2012-2-37

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2012

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen, Läke­medelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Statens folkhälsoinstitut (FHI), Smittskydds­institutet (SMI) och Tandvårds- och läke­medelsförmånsverket (TLV) i uppdrag att utveckla modellen för God vård.

Flera utredningar har lyft fram behoven av att utveckla den nationella kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården. Den här rapporten lämnar ett förslag till en utvecklad nationell modell för kunskapsstyrning. Förslaget har tagits fram gemensamt av myndigheterna.

I arbetet har följande representanter för myndigheterna deltagit. För Läke­medelsverket: Anders Carlsten, Charlotte Asker-Hagelberg, Jane Ahlqvist-Rastad, Nils Feltelius och Susanne Allander. För SBU: Agneta Pettersson och Jan Liliemark. För FHI: Matt Richardson, Matz Larsson, Pia Lindeskog och Åsa Wetterqvist. För SMI: Elisabeth Wall Bennet och Karin Tegmark-Wisell. För Socialstyrelsen: Anders Jakobsson, Anette Richardson och Birgitta Lindelius. För TLV: Anna Rudsänger, Gun-Britt Lundin, Martin Forsberg och Thord Redman. Utöver dessa har ett stort antal personer deltagit i arbetet på respektive myndighet.

Mats Bojestig och Tony Holm har deltagit i uppdragets arbetsseminarier och lämnat synpunkter på förslaget, som representanter för vårdgivarna via Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning.

Ulf-Johan Olson (Utvecklingspartner i Stockholm AB) har varit moderator vid uppdragets två arbetsseminarier och har lämnat synpunkter och förslag i arbetet med rapporten.

Lars Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	5
Uppdraget	5
Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning	5
Stort behov av vägledning	
– otillräckligt eller bristfälligt vetenskapligt underlag	5
Koordinerad verksamhetsplanering	6
<i>Inledning</i>	7
Bakgrund	7
Avgränsning av uppdraget	8
Viktiga termer i rapporten	9
Hur rapporten har tagits fram	9
<i>Nationell modell för kunskapsstyrning</i>	10
Förslag till utvecklad nationell modell för kunskapsstyrning	10
Infrastruktur för kunskapsstyrning	11
Steg 1. Val av områden för kunskapsstyrning	11
Steg 2. Sammanställning av bästa tillgängliga kunskap	12
Steg 3. Kunskapsbaserade ställningstaganden	12
Steg 4. Stöd till implementering	12
Steg 5. Styrning, uppföljning och förbättringsarbete, regionalt och lokalt	13
Steg 6. Uppföljning och utvärdering av effekter av kunskapsstyrning	13
Förvaltning av modellen	13
<i>Behov av vägledning</i>	
<i>– otillräckligt eller bristfälligt vetenskapligt underlag</i>	14
Så hanterar myndigheterna frågeställningar med otillräckligt eller bristfälligt vetenskapligt underlag	14
<i>Koordinerad verksamhetsplanering</i>	17
Förslag till koordinerad verksamhetsplanering	17
<i>Referenser</i>	19

Sammanfattning

Uppdraget

Regeringen har gett Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Statens folkhälsoinstitut (FHI), Smittskyddsinstitutet (SMI) och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) i uppdrag att utveckla modellen för God vård.

Uppdraget innehåller följande tre delar:

- utveckla en nationell modell för kunskapsstyrning,
- ge förslag till ett myndighetsgemensamt arbetssätt för att hantera områden där det finns begränsad eller otillräcklig kunskap, och
- redovisa en modell för att koordinera berörda myndigheters verksamhetsplanering när det gäller kunskapsstyrande verksamhet.

Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning

Myndigheterna föreslår här en utvecklad nationell modell för kunskapsstyrning. Modellen syftar till att sammanfatta de processer utifrån vilka myndigheterna verkar för att stödja en kunskapsbaserad praktik inom hälso- och sjukvård. Den visar även kopplingen till styrning, uppföljning och förbättringsarbete på regional och lokal nivå. Modellen är en generisk processkarta för kunskapsstyrning. Kunskapsstyrningens yttersta mål är en god hälso- och sjukvård.

Modellen beskriver *infrastrukturen för kunskapsstyrning*, dvs. de grundläggande förutsättningar som krävs för kunskapsutveckling. Ett exempel på det är en gemensam informationsstruktur. Modellen beskriver *processen för kunskapsstyrning* i följande steg:

1. Val av område för kunskapsstyrning
2. Sammanställning av bästa tillgängliga kunskap
3. Kunskapsbaserade ställningstaganden
4. Stöd till implementering
5. Styrning, uppföljning och förbättringsarbete, regionalt och lokalt.
6. Uppföljning och utvärdering av kunskapsstyrningens effekter.

Stort behov av vägledning

– otillräckligt eller bristfälligt vetenskapligt underlag

Myndigheternas kunskapsstyrning bör hela tiden utgå ifrån bästa tillgängliga kunskap. Varje myndighet behöver vidare utifrån sin uppdragsbeskrivning och utifrån varje given frågeställning bedöma behovet av ett ställningstagande i form av beslut, rekommendation, vägledning etc. I vissa fall är det tillräckligt att konstatera att underlaget är otillräckligt och att myndigheten inte kan ta ställning innan nytt underlag har tagits fram. I andra fall be-

höver myndigheten ta ställning även om det vetenskapliga underlaget är bristfälligt.

Alla ställningstaganden bör vara transparenta, så att mottagarna kan se på vilka grunder och med stöd av vilken process som myndigheten har tagit ställning i den aktuella frågan.

Koordinerad verksamhetsplanering

Alla myndigheter har specifika uppdrag. De har också att följa sin instruktion, krav i andra författningar och särskilda uppdrag, inte minst när det gäller planering, uppföljning och ekonomi. Samtidigt kan de olika instruktionerna och regeringsuppdragen överlappa varandra. Det kan leda till dubbelarbete och ibland till motsägelsefulla budskap.

Det finns redan idag initiativ som stödjer samordning av kunskapsstyrningen. Ett sådant är myndigheternas samordningsgrupp (MSG). Myndigheterna är eniga om att man tills vidare bör utgå ifrån MSG:s befintliga struktur. Detta särskilt i ljuset av den pågående översynen av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet. Med hänsyn till de stora och ofta komplicerade frågorna finns det dock ett behov av att utveckla MSG:s arbetssätt.

Myndigheterna föreslår att man via MSG tar fram en uppdaterad uppdragsbeskrivning som beskriver dels hur arbetet bör organiseras för att proaktivt kunna hantera koordineringsfrågor och gemensamma initiativ, dels hur arbetet bör resurssättas. Myndigheterna tar på så vis ansvar för en koordinerad verksamhetsplanering via MSG. Det krävs också en utvecklad dialog med myndighetssamordnarna på Regeringskansliet och med företrädare för hälso- och sjukvården, exempelvis via Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NSK).

Inledning

I juni 2011 gav regeringen följande myndigheter i uppdrag att utveckla modellen för God vård: Läke­medelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Statens folkhälsoinstitut (FHI), Smittskydds­instituttet (SMI), Socialstyrelsen och Tandvårds- och läke­medelsför­månsverket (TLV). Syftet är att arbetet med kunskapsstyrning ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen av hälso- och sjukvården samordnas.

Uppdraget innehåller tre delar:

- Se över den s.k. God vård-modellen dvs. redovisa ett förslag till en utvecklad nationell modell för kunskapsstyrning. Modellen ska vara användbar inom fler områden utöver de som rör Nationella riktlinjer, och utgöra underlag för samverkan myndigheter emellan.
- Ge förslag på hur områden där det finns begränsad eller otillräcklig kunskap, men där behoven av vägledning är stora, kan hanteras med olika metoder som kan användas gemensamt av myndigheterna.
- Redovisa en modell för att koordinera berörda myndigheters verksamhetsplanering när det gäller kunskapsstyrande verksamhet.

Bakgrund

Nationell kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården har under de senaste åren diskuterats inom ramen för ett flertal utredningar [1-2]. Behovet av tydligare ansvarsfördelning mellan stat, kommun och landsting samt ökad samordning mellan myndigheterna har lyfts fram. Just nu pågår även två andra utredningar som tangerar frågan om förutsättningar för en effektiv kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården: dels översynen av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet där slutbetänkandet ska presenteras i april 2012 [3], dels översynen av statlig regional förvaltning m.m. som ska rapporteras i december 2012 [4].

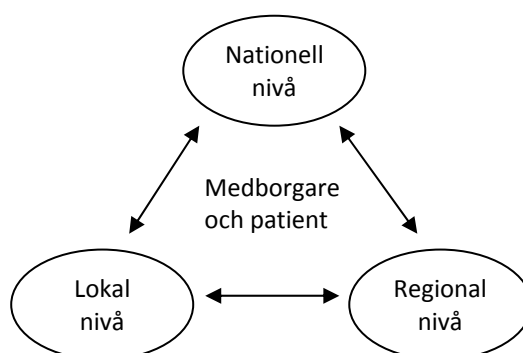
De uppgifter som myndigheterna enligt sina respektive instruktioner arbetar med skiljer sig åt, de mål som är aktuella i arbetet med kunskapsstyrningen är dock oftast gemensamma. En nationell modell för kunskapsstyrning ska vara användbar för varje myndighets uppdrag. Men den ska också kunna användas som en utgångspunkt för samordning myndigheter emellan, samt mellan myndigheter och regionala och lokala vårdgivare.

Utgångspunkt för uppdraget att utveckla den nationella kunskapsstyrningen är den strategi för god vård som togs fram i samband med Dagmaröverenskommelsen 2006 [5]. Strategin för god vård ska dock inte blandas samman med God vård-modellen som definierar sex kvalitetsdimensioner i hälso- och sjukvård. Enligt modellen ska hälso- och sjukvården vara säker,

patient- och medborgarfokuserad, kostnadseffektiv, jämlik, ges i rimlig tid samt vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig [6].

Avgränsning av uppdraget

- Uppdraget avgränsas till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård inklusive tandvård och tar inte upp kunskapsstyrning inom socialtjänsten.
- Uppdraget avser de statliga myndigheternas arbete med att stödja kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och syftar inte till att beskriva vårdgivarnas arbete med kunskapsbaserad hälso- och sjukvård på lokal och regional nivå. Det är dock nödvändigt att se arbetet för en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård som ett samspel mellan nationella, regionala och lokala kunskapsstyrningsprocesser (se figur 1 och 2).



Figur 1. Samspel i nationell kunskapsstyrning mellan tre nivåer

- Uppdraget berör inte samspelet med andra nationella aktörer som har viktiga roller i kunskapsstyrningen. Det gäller t.ex. specialistföreningar och nationella kvalitetsregister vars aktiviteter påverkar praxis på olika sätt. Även initiativ från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har stor betydelse för delar av den nationella kunskapsstyrningen. På flera områden har också internationella organisationer och aktörer en stor påverkan.
- Uppdraget syftar inte till att revidera de kvalitetsdimensioner som ingår i God vård eller till att ändra på förvaltningsmässiga grunder. Det fokuserar endast på processen kring nationell kunskapsstyrning.
- Uppdraget syftar inte till att ge en *organisatorisk modell* för myndigheternas arbete med kunskapsstyrning. Modellen beskriver istället kunskapsstyrningens kärnprocesser generiskt, vilket innebär att den är tillämpbar oberoende av myndighetsstruktur.
- Lagar och förordningar spelar precis som myndighetens föreskrifter en roll för utveckling av kunskapsläget. Lagstiftningen ger också en struktur för stora delar av arbetet. Till exempel har bestämmelser kring sekretess inte direkt med kunskapsstyrning att göra, men det har betydelse för möjligheten att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap.

Viktiga termer i rapporten

Mål för hälso- och sjukvård	Enligt 2 § i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763): Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.
Vårdgivare	Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet, inklusive tandvård, som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare) [7].
Kunskapsstyrning	Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård består av alla styr- och ledningsprocesser som bidrar till att <ul style="list-style-type: none">• etablera och utveckla en evidensbaserad praktik,• implementera bästa tillgängliga kunskap och• skapa och upprätthålla en ändamålsenlig infrastruktur för kunskapsutveckling [8].
Process	Sammanhängande aktiviteter som i ett återkommande flöde skapar värde för en eller flera målgrupper.

Hur rapporten har tagits fram

Socialstyrelsen, som samordnar uppdraget, har också föreslagit projektupplägget. Rapporten har tagits fram i samarbete mellan myndigheterna genom följande moment:

- Projektet har kartlagt respektive myndigheters kunskapsstyrande verksamhet inom hälso- och sjukvård. För uppgiften användes en gemensam enkät. Sammanställningen avsåg att ge en bild av den nuvarande styrmiljön som en utgångspunkt för det fortsatta arbetet.
- Två arbetsseminarier har hållits, med representation från respektive myndighet och från vårdgivarna via NSK. Deltagarantalet var omkring 20 vid båda tillfällena. Det första arbetsseminariet fokuserade på att formulera gemensam problemställning och att ge förslag på lösningar. Det andra ägnades åt att enas kring de knäckfrågor som identifierats.
- Rapporten är godkänd av deltagande myndigheters respektive myndighetschef inför överlämnandet till Regeringskansliet.

Nationell modell för kunskapsstyrning

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor. För att nå detta mål organiserar myndigheter och vårdgivare arbetet inom olika delområden och processer. Den föreslagna nationella modellen för kunskapsstyrning syftar till att sammanfatta de processer som myndigheterna använder för att stödja en kunskapsbaserad praktik inom hälso- och sjukvård. Den visar även kopplingen till styrning, uppföljning och förbättringsarbete på regional och lokal nivå.

Modellen omfattar samspelet såväl myndigheterna emellan som mellan myndigheterna och den regionala och lokala nivån. Det första av dessa beskrivs mer ingående i avsnittet om koordinerad verksamhetsstyrning. Modellen bör vidare bidra till att begrepp och termer används samstämmigt av olika aktörer.

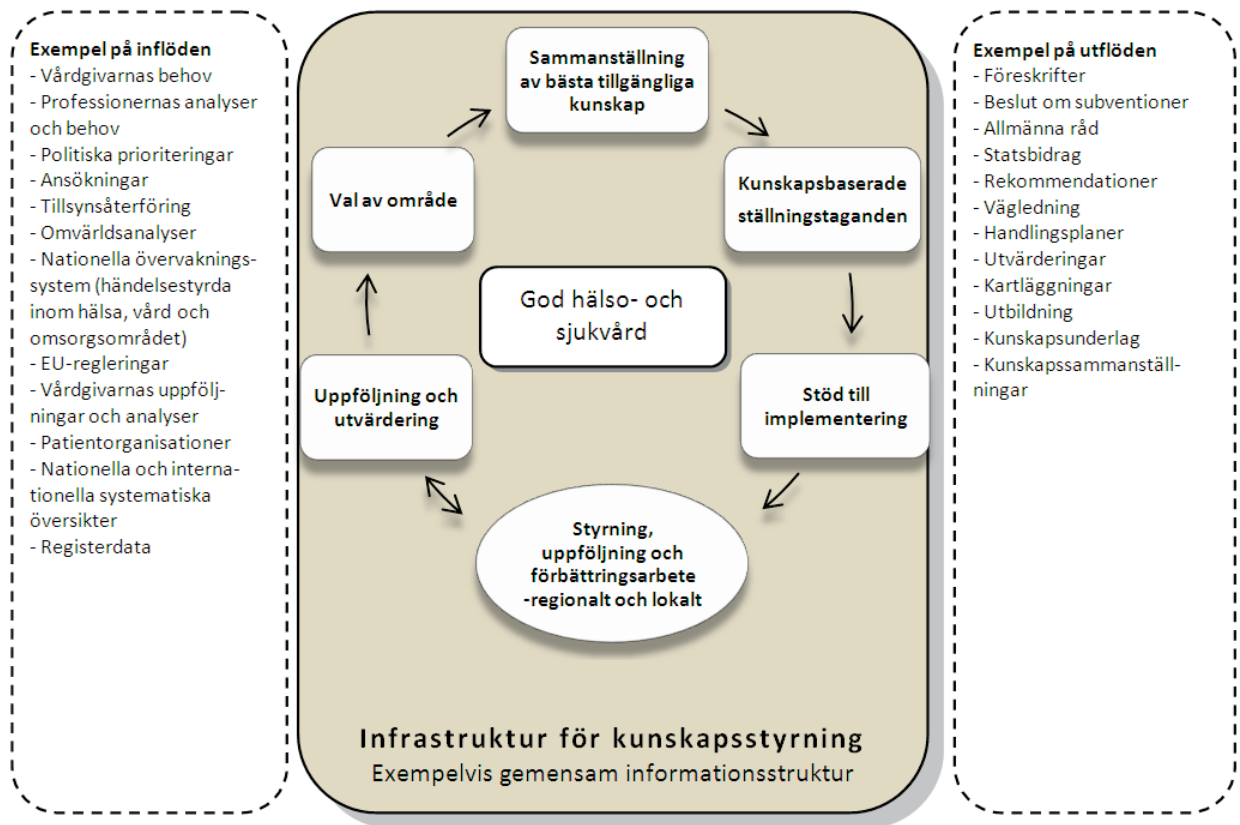
Förslag till utvecklad nationell modell för kunskapsstyrning

Modellen beskriver *infrastrukturen för kunskapsstyrningen*, dvs. de grundläggande förutsättningar som krävs för en fungerande kunskapsutveckling. Ett exempel på detta är en gemensam informationsstruktur. Modellen beskriver också *processen för kunskapsstyrning* i följande steg:

1. Val av område för kunskapsstyrning
2. Sammanställning av bästa tillgängliga kunskap
3. Kunskapsbaserade ställningstaganden
4. Stöd till implementering
5. Styrning, uppföljning och förbättringsarbete, regionalt och lokalt
6. Uppföljning och utvärdering av kunskapsstyrningens effekter.

Kunskapsstyrningens yttersta mål, god hälso- och sjukvård, anges i modellens mitt. Modellens plattform, som i modellen visas i grått, visar infrastrukturen som krävs för en effektiv kunskapsstyrning, till exempel föreskrifter, gemensam informationsstruktur, kvalitetsindikatorer, kvalitetsregister, hälsodataregister, forskning och utveckling och utbildning.

Rutorna som svävar över den mörkare plattformen avser kunskapsstyrande processer och de streckade rutorna på var sin sida om modellen beskriver in- och utflöden av produkter och aktiviteter som stödjer processerna.



Figur 2 - Nationell modell för kunskapsstyrning

Infrastruktur för kunskapsstyrning

Infrastrukturen för kunskapsstyrning utgörs av de processer som är den gemensamma basen för nationell, regional och lokal kunskapsstyrning.

Infrastrukturen utgörs bland annat av:

- en gemensam informationsstruktur och terminologi,
- olika system för uppföljning, t.ex. kvalitetsregister och hälsodataregister,
- Nationell eHälsa [9] inklusive elektroniska beslutsstöd,
- tillgången på klinisk forskning samt övrig forskning inom området,
- system för utbildningar, praktik m.m.

Staten har en viktig roll när det gäller infrastrukturen för kunskapsstyrning. Stödet till en mer kunskapsbaserad hälso- och sjukvård är således väsentligt bredare än de processer som ska leda till att bästa tillgängliga kunskap sammanställs och förpackas till användarna.

Steg 1. Val av områden för kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning bör utgå ifrån en behovsbild. Behovsbilden kan byggas på nationella övervakningssystem (händelsestyrda, t.ex. inom smittskydd

och säkerhetsövervakning av läkemedel), initiativ utifrån vårdgivarnas behovsanalyser (t.ex. från NSK), initiativ från professionerna och patientföreningar, politiska prioriteringar, omvärldsanalyser, lägesrapporter, registerdata, tillsynsåterföring samt ansökningar.

Utifrån behovsbilden kan det krävas en samordnad planering och prioritering på olika nivåer för att hantera frågeställningarna på ett ändamålsenligt sätt. Det kan handla om en övergripande planering på politisk nivå, en verksamhetsplanering som koordineras mellan myndigheter och förankras hos SKL och vårdgivare samt en planering inom varje enskilt projekt.

Steg 2. Sammanställning av bästa tillgängliga kunskap

Utgångspunkter för arbetet med att sammanställa bästa tillgängliga kunskap kan till exempel vara befintliga systematiska översikter (nationella och internationella), enskilda studier, andra forskningsresultat samt beprövad erfarenhet. Vad som är bästa tillgängliga kunskap beror bl.a. på forskningsläget och övriga erfarenheter inom området. Detta påverkar hur processen för att ta fram bästa tillgängliga kunskap ser ut och vilka metoder som används. I vissa fall kan även tidsperspektivet vara avgörande för vilken metod som är möjlig att använda. Så är det exempelvis inom smittskyddsområdet.

Flera av myndigheterna har ett brett expertkunnande inom myndigheten medan andra myndigheter i stället samarbetar med externa experter från bl.a. universitet och högskolor, regioner och landsting. De flesta av myndigheterna samverkar också med internationella organisationer i arbetet med att ta fram bästa tillgängliga kunskap. Myndigheterna är överens om att eftersträva tydlighet, både med vilket kunskapsunderlag som använts och med vilka metoder kunskapsunderlagen är bedömda.

Steg 3. Kunskapsbaserade ställningstaganden

De flesta myndigheterna har i uppdrag att göra kunskapsbaserade ställningstaganden i form av exempelvis föreskrifter, subventionsbeslut, rekommendationer och vägledningar. Ställningstagandet görs utifrån olika behov och underlag (se steg 1 och 2) och har olika status. Ställningstaganden utgår främst från bästa tillgängliga kunskap, men man tar även hänsyn till etiska, ekonomiska och samhälleliga aspekter. Processen för att ta fram ställningstaganden varierar mellan olika myndigheter.

Steg 4. Stöd till implementering

Vårdgivaren har i uppdrag att implementera bästa tillgängliga kunskap och kunskapsgrundande ställningstaganden i verksamheten. Behovet av stöd till implementering har tydliggjorts under de senaste åren.

Exempelvis eftersträvas alltmer en användning av enhetliga termer och begrepp i arbetet med att kommunicera kunskapsbaserade ställningstaganden. Detta är nödvändigt för att underlätta införandet av underlagen i aktiva beslutsstöd. Det kan också handla om att ta fram e-lärandeprodukter som kan användas i vårdgivarnas lärplattformar.

Myndigheternas arbete med stöd till implementering varierar beroende på kunskapsunderlag och målgrupper. Exempelvis anordnas regionala semina-

rier med företrädare för beslutsfattare och politiker kring de preliminära versionerna av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. TLV:s beslut om begränsad subvention för enskilda läkemedel förs å sin sida ut till förskrivare genom elektroniska förskrivarstöd.

Ibland ges regeringsuppdrag med riktade insatser för att stödja implementering utifrån politiska prioriteringar, exempelvis inom det hälsofrämjande området. Dessa regeringsuppdrag lämnas idag dels till myndigheter, dels i vissa fall som överenskommelse till SKL. Det är viktigt att dessa implementeringsåtgärder koordineras av de olika aktörerna på nationell, regional och lokal nivå.

Steg 5. Styrning, uppföljning och förbättringsarbete, regionalt och lokalt

På ett övergripande plan producerar myndigheterna sammanställningar av bästa tillgängliga kunskap, kunskapsbaserade ställningstaganden, öppna jämförelser och nationella utvärderingar som stöd för vårdgivarna i deras uppdrag. Vårdgivarna ansvarar för styrning och förbättringsarbete och för övergripande prioriteringar samt för regionala och lokala uppföljningar. Medel i detta arbete är exempelvis regionala och lokala vårdprogram samt krav som ställs i upphandlingar.

Steg 6. Uppföljning och utvärdering av effekter av kunskapsstyrning

Myndigheterna har enligt sina instruktioner uppdraget att följa upp effekterna av de egna kunskapsunderlagen och av sina kunskapsbaserade ställningstaganden. När det gäller spridning och användbarhet kan respektive myndighet arbeta med uppföljning. Däremot behöver uppföljningen av kunskapsstyrningens effekter på hälso- och sjukvård till viss del samordnas nationellt för ett effektivt resursutnyttjande. Detta förutsätter bl.a. en samsyn kring nationella indikatorer. Nationella uppföljningar och utvärderingar bygger på epidemiologiska uppföljningar, registerdata, vårdgivarnas uppföljningar och analyser och patienters erfarenheter.

Resultaten av nationella uppföljningar och utvärderingar utgör ett viktigt underlag för vårdgivarnas styrnings- och förbättringsarbete. Det är också angeläget att resultaten används som underlag för val av områden för kunskapsstyrning som är det första steget i kunskapsstyrningsmodellen.

Förvaltning av modellen

Den nationella modellen bör ses över med jämna intervall så att den hålls uppdaterad. Förvaltningen av modellen hanteras gemensamt av myndigheterna i MSG. MSG beskrivs vidare i avsnittet Koordinerad verksamhetsplanering.

Behov av vägledning – otillräckligt eller bristfälligt vetenskapligt underlag

I uppdraget ingår att ge förslag på hur kunskapsstyrningen ska hanteras inom områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller bristfälligt, men där behoven av vägledning är stora. Otillräckligt och bristfälligt vetenskapligt underlag avser både lägen då det helt saknas vetenskapligt underlag och lägen då det vetenskapliga underlaget inte är av tillräckligt god kvalitet eller är motsägelsefullt och därför inte kan ligga till grund för *välgrundade* ställningstaganden.

Behovet av vägledning kan i vissa frågor vara både stort och brådskande. Exempel på detta är smittskyddsfrågor där viktiga beslut i vissa fall måste fattas innan en fullständig kunskap om en ny virus- eller bakteriestam finns tillgänglig. Ett annat exempel, där tidsaspekten var oviktig men behovet stort, är diabetesvården. Där var det vetenskapliga underlaget bristfälligt för ett flertal frågeställningar i nationella riktlinjer. Ett systematiskt och transparent konsensusförfarande med bl.a. en webbenkät till erfarna kliniker innebär att befintlig beprövad erfarenhet kunde tas tillvara och komplettera värderingen av aktuella åtgärder.

Myndigheternas kunskapsstyrning utgår från bästa tillgängliga kunskap. Varje myndighet måste utifrån varje given frågeställning bedöma behovet av ett ställningstagande. I vissa fall räcker det att konstatera att underlaget är otillräckligt och att myndigheten inte kan ta ställning förrän ett nytt underlag har tagits fram. I andra fall behöver myndigheten ta ställning, oberoende av tillgängligt kunskapsunderlag.

Ett viktigt närliggande arbete för myndigheterna är att peka på behoven av ny forskning. Till exempel har SBU påbörjat ett arbete för att sammanställa vetenskapliga kunskapsluckor i en databas. Det är även viktigt att myndigheterna deltar i det långsiktiga arbetet för att stärka kunskapsläget inom områden med bristfälligt vetenskapligt underlag. Detta sker i dialog med universitet och högskolor samt med andra aktörer såsom Vetenskapsrådet (VR) och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

Så hanterar myndigheterna frågeställningar med otillräckligt eller bristfälligt vetenskapligt underlag

Myndigheterna är överens om att

- bästa tillgängliga kunskap alltid ska användas även när det vetenskapliga underlaget är bristfälligt och när behovet av ställningstaganden är stort,
- ställningstaganden och metoden för att nå fram till dessa ska vara transparenta så att mottagarna kan se på vilka grunder ställningstaganden har gjorts och bedöma de metoder som använts,
- tillsammans via MSG utveckla metoderna för ställningstaganden då det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller bristfälligt.

Ställningstaganden som bygger på bästa tillgängliga kunskap blir inte bättre än den underliggande kunskapen och omdömet hos dem som hanterar den. Alla ställningstaganden (beslut, rekommendationer, vägledningar etc.) bör därför vara transparenta, så att mottagarna kan se på vilka grunder och med stöd av vilken process som myndigheterna har format sina aktuella ställningstaganden. Målgrupperna måste kunna se om myndigheternas ställningstaganden bygger på ett vetenskapligt underlag, expertuttalanden eller en konsensusprocess, eller om andra data eller kombinationer av dessa har använts.

Även utvärderingar och uppföljningar behöver vara transparenta i hur utvärderingen eller uppföljningen har gjorts och varför en viss metod har valts.

I figur 3 presenteras ett beslutsträd för ställningstaganden. Myndigheterna använder detta i samband med att ställningstaganden presenteras eller för att förklara varför man inte bedömde att ett ställningstagande var påkallat eller nödvändigt.



Figur 3: Beslutsträd för ställningstagande när det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller bristfälligt

Av figuren framgår att ett otillräckligt eller bristfälligt vetenskapligt underlag inte i sig avgör om myndigheten ska avstå från att arbeta fram ett ställningstagande. Det är snarare frågans art och behovet av ett ställningstagande som avgör.

Faktarutan nedan beskriver kortfattat exempel på metoder som kan vara aktuella då det vetenskapliga underlaget är bristfälligt. Dessa bygger på beprövad erfarenhet, men kan också innefatta utlåtanden byggda på kvalitativa studier eller andra datakällor som t.ex. uppföljningar och utvärderingar. De flesta av myndigheterna använder sig av delar av detta, men de har i liten utsträckning koordinerat sina strategier och metoder.

Konsensus

Ett konsensusförfarande kan användas för att systematisera beprövad erfarenhet för de frågeställningar där det vetenskapliga underlaget är bristfälligt eller där evidensstyrkan enligt exempelvis GRADE [10–11] ger ”otillräckligt vetenskapligt underlag” för avgörande eller viktiga effektmått.

Utifrån bästa tillgängliga kunskap formuleras ett påstående som avser att belysa nytan med den aktuella åtgärden. En panel som är representativ för beprövad erfarenhet för den aktuella frågan tar ställning till påståendet.

Expertutlåtande

Experten bör besitta kunskap inom ett angivet ämnesområde, ha visat prov på skicklighet och beprövad erfarenhet samt ha visat gott allmänt omdöme. Har experten eventuellt ådragit sig kritik från tillsynsmyndighet, disciplinärt organ eller åtgärd från rättsvårdande myndighet får detta förhållande bedömas i det enskilda fallet. För externa experter ska vidare jävsdeklaration avlämnas. Jävsdeklarationen ska bedömas innan experten anlitas för uppdrag.

Koordinerad verksamhetsplanering

Alla myndigheter har specifika uppdrag. De har också att följa sin instruktion, krav i andra författningar och särskilda uppdrag, inte minst när det gäller planering, uppföljning och ekonomi. Samtidigt kan de olika instruktionerna och regeringsuppdragen överlappa varandra. Det kan leda till dubbelarbete och ibland till motsägelsefulla budskap.

Myndigheterna behöver därför koordinera delar av sina respektive verksamheter mot andra myndigheter i syfte att uppnå en bättre effekt och en mer samordnad kommunikation med målgrupperna. Samordningen kan även ge synergieffekter i form av ökad trovärdighet och effektivitet.

Det finns även ett samordningsbehov med Regeringskansliet och i vissa fall, i samband med nationella överenskommelser, med SKL.

I fråga om myndighetsövergripande planering begränsas möjligheterna idag till viss del av lagstiftningen, t.ex. sekretesskraven på TLV:s och Läkemiddelverkets handläggning av företagens ansökningshandlingar.

Det finns initiativ som stödjer samordning av kunskapsstyrningen. MSG, med representanter från alla berörda myndigheter, har i uppdrag att samordna projekt som berör flera myndigheter. Gruppen identifierar även frågor som berör samverkan mellan myndigheter av principiell karaktär och lyfter dessa frågortill generaldirektörgruppen. Strukturen har etablerats för att främjasamordning och samarbete mellan myndigheterna..

MSG har idag en uppdragsbeskrivning som beskriver vilka frågeställningar och insatser som ska koordineras. MSG hanterar samordning av projektplanering, samordning av genomförande av projekt, kommunikation och implementeringsstöd. Gruppen samordnar vid behov även myndighetsgemensamma frågor inför NSK:s möten.

Förslag till koordinerad verksamhetsplanering

Regeringen gav myndigheterna i uppdrag att redovisa en modell för att koordinera myndigheternas verksamhetsplanering när det gäller kunskapsstyrande verksamhet. Någon gemensam modell har inte varit möjlig att formulera inom ramen för detta uppdrag. Myndigheterna är däremot eniga om att man tills vidare bör utgå ifrån den befintliga struktur som MSG utgör. Detta särskilt i ljuset av den pågående översynen av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet. Med hänsyn till de stora och ofta komplicerade frågorna finns det dock ett behov av att utveckla MSG:s arbetssätt. Myndigheterna som deltagit i arbetet pekar bl.a. på att resurserna inte varit tillräckliga för att hantera samordningsbehovet i tillräcklig utsträckning.

Myndigheterna föreslår att man via MSG tar fram en uppdaterad uppdragsbeskrivning som beskriver dels hur arbetet bör organiseras för att proaktivt kunna hantera koordineringsfrågor och gemensamma initiativ, dels hur arbetet bör resursättas. Myndigheterna tar på så vis ansvar för en koor-

dinerad verksamhetsplanering via MSG. Det krävs också en utvecklad dialog med myndighetsamordnarna på Regeringskansliet och med företrädare för hälso- och sjukvården, exempelvis via NSK.

Referenser

1. Regeringen. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation Dir 1992:30. 1992.
2. Regeringen. Utvecklingskraft för hållbar välfärd. SOU 2003:123. 2003.
3. Regeringen. Översyn av statlig regional förvaltning m.m. Dir 2009:62. 2009.
4. Regeringen. Översyn av de statliga verksamheterna inom vård- och omsorgssystemet. Dir 2011:4. 2011.
5. Regeringen. Dagmaröverrensommelse. 2006.
6. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer; Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer Stockholm. 2009.
7. Socialstyrelsen. Enligt Socialstyrelsens termbank.
8. Socialstyrelsen. Mot en effektivare kunskapsstyrning – kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården. 2009.
9. Regeringen. Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. S2010020. 2010.
10. Guyatt GH, OA, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, for the GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-926. 2008; 336:924-6.
11. FHI i samarbete med SBU och Socialstyrelsen. Rapport för regeringsuppdrag att utreda evidensgraderingen för metoder på folkhälsoområdet - Enhetlig värdering av vetenskapligt stöd för folkhälsoinsatser. 2011.