

Leading Health Care

LHC REPORT NR 3, 2022

Anna Krohwinkel &
Hans Winberg

Kunskap (s)om styrmedel

ORGANISATIONSTEORETISK GENOMLYSNING AV
NATIONELLT SYSTEM FÖR KUNSKAPSSTYRNING

Förord

Kunskapsstyrningen är ett av de stora utvecklingsområdena just nu inom svensk hälso- och sjukvård, framför allt genom det arbete som görs inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning. Bakgrunden är rimlig och som vi visar i denna rapport delas den av de allra flesta aktörerna. Vi ska inte använda oss av kunskap som är utdaterad eller skadlig. Bästa tillgängliga kunskap måste spridas till alla medarbetare och ligga till grund för de olika terapier som används. Gott så.

Satsningen på kunskapsstyrningen speglar också ett bredare intresse för att använda systematiserad kunskap som lösning på olika slags problem inom vården. Men vad är kunskap i detta sammanhang? Vad är styrning, och vilka verktyg kan vi använda? Vad menar man med nationellt, och på vilka sätt kan man faktiskt påverka systemet? I denna organisationsteoretiska genomlysning av det viktiga arbetet med kunskapsstyrning försöker vi reda ut dessa och andra centrala begrepp. Något som inte alltid har diskuterats så djupgående inom ramen för de många utredningar och strategier som gjorts inom området. Vi menar att detta är en brist, varför rapporten fyller ett viktigt tomrum i arbetet mot en bättre hälso- och sjukvård.

Organisationsteori återfinns i Sverige inom vårt eget område företagsekonomi, liksom inom sociologi, statsvetenskap med flera andra samhällsvetenskapliga ämnen. Organisation och organisering ingår däremot inte i grundkurserna för vårdens professionsutbildningar, precis som anatomi och fysiologi inte var del av författarnas utbildning. Utan gemensam kunskapsbakgrund är det svårare att läsa vetenskapliga texter, inte minst att ta dem till sig. Den som med lätthet går igenom flera pek i timmen kan fastna på ett förord som detta när det kommer från en annan disciplin.

Vi vill därför rekommendera våra läsare att inte hoppa över de samhällsvetenskapliga resonemangen om kunskap, styrning och systemperspektiv för att komma till slutsatserna så fort som möjligt. Slutsatserna bygger på insikter från forskningen och behöver förstås tillsammans med den kunskapen. Våra slutsatser och utvecklingsförslag kan ses som ett komplement till mer intressentbaserade och strategiskt drivna rekommendationer om hur man ska ta satsningen på kunskapsstyrningen framåt.

Vi vill tacka Sveriges kommuner och regioner som finansierat arbetet med denna rapport och Fredrik Lennartsson och Emma Spak för ett rakt och gott samarbete. Likaså till SKS med Mats Bojestig i spetsen som generöst delat sin tid och låtit oss föra djupa diskussioner med dem. Tack också till Marie Morell och kollegorna i SKR:s sjukvårdsberedning som gett oss sin uppmärksamhet och sina tankar. Och till alla vi intervjuat och de som hjälpt oss med skriftliga underlag för arbetet. Tack!

Åkersberga och Stureby i mars 2022

Anna Krohwinkel
Forskningschef

Hans Winberg
Generalsekreterare

Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

Del 1: Bakgrund – uppdraget	6
Syfte och fokus	6
Rapportens upplägg.....	6
Om studieobjektet	7
Metod och material.....	7
Vems bild?	8
Avgränsningar.....	9
Nationellt system för kunskapsstyrning i korthet	10
Organisation.....	10
Bemannning.....	10
Output.....	11
Ledning och styrning	11
Kommunikation	11
Nationella samarbeten	12
Lokal nivå.....	12
Pågående utvecklingsarbete	12
Kunskapsstyrningens historik, utveckling och ambitioner	14
Vad är kunskapsstyrning?.....	14
Vad är nytt i den ”nya” kunskapsstyrningen?.....	16
Ambitioner med Nationellt system för kunskapsstyrning.....	17
Del 2: Organisationsteoretisk genomlysning	20
Kunskap och kunskapsproduktion	20
Kunskap i kunskapsstyrningen.....	22
Styrning – logiker och verktyg.....	25
Styrning i kunskapsstyrningen.....	27
System och systemsyn	30
Systempåverkan i kunskapsstyrningen	32
Nationellt, regionalt och lokalt.....	36
Beslutsnivåer i kunskapsstyrningen	38
Del 3: Fallstudier	42
Om inre och yttre förändringstryck	42
Beslutsunderlag och styrning i och av förändringsprocesser	43
Nära vård	46

Nära vård i vårdpraktiken	47
Kunskapsunderlag för nära vård	48
Nära vård i kunskapsstyrningen	49
Coronapandemin	53
Praktiska konsekvenser av covid-19 i vården.....	53
Kunskapsunderlag om covid-19	54
Coronapandemin i kunskapsstyrningen.....	55
Del 4: Sammanfattning och slutsatser	59
Sammanfattning	59
Slutsatser: Styrförutsättningar som behöver förtydligas	63
Ändamålsenlighet i olika styrverktyg.....	64
Räckvidd genom hälso- och sjukvårdens olika nivåer	64
Relevans för och bidrag till olika slags utvecklingsprocesser.....	65
Avslutande medskick	66
Appendix.....	68
Om organisation och organisering	68
Källförteckning	70

Del 1: Bakgrund – uppdraget

Syfte och fokus

Stiftelsen Leading Health Care fick 2021 i uppdrag av hälso- och sjukvårdsavdelningen vid SKR att i samverkan med Nationellt system för kunskapsstyrning undersöka kunskapsstyrningens roll i utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet. Uppdraget har särskilt fokuserat på hur kunskapsstyrningen fungerar i relation till förändringstryck, samt hur systemet i sig bidrar till förändring. I detta har ingått att systematisera det lärande vi kan göra som en konsekvens av Coronapandemin, men också att undersöka kunskapsstyrningens roll i mer långsiktiga utvecklingsprocesser, särskilt omställningen mot nära vård. Det övergripande syftet har varit att utifrån en sammantagen analys komma med framåsyftande utvecklingsförslag.

Projektets målsättning har varit att beskriva kunskapsstyrningens tilltänkta och faktiska funktionssätt, och att utifrån detta diskutera hur organisation, områden och arbetssätt påverkas av osäkerhet och förändringstryck på kort och lång sikt. Under projektets gång blev det uppenbart att analysen av utgångsläget i kunskapsstyrningen skulle få en mer framträdande roll än vi hade förutsett. En anledning till detta är den mängd olika bilder vi möttes av vad gäller innebörden i grundläggande begrepp och beståndsdelar inom Nationellt system för kunskapsstyrning såsom *kunskap*, *styrning*, *system* och *nationellt*. Situationen återspeglas i många utredningar och strategier som var för sig tar begreppens innebörd för givna, men representerar sinsemellan olika synsätt. Sammanfattningsvis ser vi ett utrymme för teoretiskt grundad analys och reflektion kring kunskapsstyrningens innehåll, logik och potentiella effekter.

Rapportens upplägg

Rapportens första del innehåller beskrivande avsnitt om Nationellt system för kunskapsstyrning och bakgrunden till dess etablering. Del två innehåller en relativt omfattande genomgång av organisationsvetenskaplig forskning kring kunskapsproduktion, styrlogiker, systemperspektiv och beslutsnivåer. På varje område reflekterar vi kring var verksamheten inom Nationellt system för kunskapsstyrning befinner sig i relation till forskningens utsagor om möjliga inriktningar och alternativ. I del tre presenteras fallstudier kring hur kunskapsstyrningen fungerat i praktiken under Coronapandemin samt i relation till omställningen mot nära vård. I del fyra presenteras våra analytiska slutsatser kring kunskapsstyrningens möjligheter och begränsningar i termer av ändamålsenlighet, räckvidd och relevans. Sammantaget belyser detta några viktiga vägval som behöver göras framöver för att tydliggöra hur Nationellt system för kunskapsstyrning kan och bör påverka hälso- och sjukvårdssystemet till det bättre.

Om studieobjektet

”Vilket system tittar ni på”? Ett första klagörande som behöver göras gäller vårt studieobjekt. Vårt uppdrag samt den beskrivning och analys som presenteras i denna rapport avser Nationellt system för kunskapsstyrning, det vill säga den organisations- och styrmodell som utvecklats i enlighet med rekommendationen från SKR:s förbundsstyrelse till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning (2017), och vars arbete leds av den nationella styrgruppen KS-SKS. Vårt studieobjekt är alltså överensstämmande med den organisation som beskrivs på www.kunskapsstyrningvard.se (se vidare avsnittet om Nationellt system för kunskapsstyrning i korthet).¹ Alternativa begrepp som används för vårt studieobjekt är bland annat ”regionernas nationella system för kunskapsstyrning” (Socialdepartementet & SKR 2022), ”regionernas gemensamma kunskapsstyrningsorganisation” (Vårdanalys 2021), ”landstingens kunskapsstyrningsstruktur” (SOU 2020:36) och ”ny nationell struktur för kunskapsstyrning” (Regionrevisorerna i Stockholm 2020).

”Kunskapsstyrningssystemet” omtalas ibland även i en bredare bemärkelse, där förutom den samregionala organisationen även kan inkluderas nationella myndigheter och professionsorganisationer som producerar kunskapsunderlag för hälso- och sjukvården (jfr Lumell Associates 2021). När vi i den här rapporten talar om ”kunskapsstyrningen” avser vi dock de aktiviteter som utförs inom eller med direkt hänvisning till Nationellt system för kunskapsstyrning. Vårt studiefokus överensstämmer därmed med det behov som Vårdanalys nyligen lyft om att studera den nya organisation och rollfördelning inom kunskapsstyrningen som etablerats sedan 2018 (Vårdanalys 2021, s. 15-16).

Metod och material

Studien har genomförts utifrån ett organisationsvetenskapligt perspektiv av forskare med samhällsvetenskaplig bakgrund. Empiriskt bygger den huvudsakligen på kvalitativt material som samlats in i flera steg. Här ingår framför allt dokumentation från intervjuer och fokusgrupper samt olika typer av dokument producerade av Nationellt system för kunskapsstyrning.

Under våren 2021 genomfördes en intervjustudie med centrala aktörer som arbetar inom Nationellt system för kunskapsstyrning kring deras syn på kunskapsstyrningens roll och funktionssätt. Kvalitativa djupintervjuer på 1,5 timmar gjordes med ett 20-tal personer i varierande positioner och roller. Respondentpoolen inkluderar gruppordförande, processledare och samordningsansvariga inom kunskapsstyrningsorganisationen, ett flertal hälso- och sjukvårdsdirektörer samt lokala analys- och utvecklingschefer inom några regioner. 14 kvinnor och 9 män intervjuades.

¹ <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning/organisation.56208.html>

De empiriska beskrivningarna understöds av bakgrundsmaterial i form andras utredningar/utvärderingar av (tidigare eller nuvarande) kunskapsstyrning. Bland de mer aktuella kan nämnas exempelvis Vårdanalys kunskapsunderlag om standardiserade vårdförlopp (2021), en bilaga om sjukvårdsregionalt samarbete i SOU 2021:71, samt Lumell Associates strategiska arbete för KS-SKS (2021). I samband med fallstudierna gjordes även ingående dokumentstudier av hur kunskapsunderlag med relevans för Coronapandemin respektive nära vård tagits fram. Materialet som använts beskrivs närmare i rapportens del tre.

Under projektets gång har vi haft kontinuerliga avstämningar med vår beställare, hälso- och sjukvårdsavdelningen vid SKR. Vi har vid två tillfällen presenterat preliminära resultat från studien med styrgruppen för Nationellt system för kunskapsstyrning samt tillhörande beredningsgrupp. Vi har även vid tre tillfällen haft diskussionsseminarier med politiker i SKR:s hälso- och sjukvårdsberedning.

Ett slututkast av rapporten har genomgått vetenskaplig granskning av Morten Sager vid Göteborgs Universitet, forskare i vetenskapsteori med särskild inriktning på kunskapsproduktion och -användning inom välfärdens verksamheter.

Den färdiga rapporten kommer att delas med berörda intressenter inom och utanför Nationellt system för kunskapsstyrning för att inhämta synpunkter inför nästa fas.

Vems bild?

Eftersom denna rapport förväntas nå läsare med kunskaps- och utbildningsbakgrunder som skiljer sig från författarnas, är det på sin plats att säga något om den syn på empirisk beskrivning och teorianvändning som är utmärkande för organisationsvetenskapen och en stor del av samhällsvetenskaperna i allmänhet.

Enligt det perspektiv vi företräder är det både orealistiskt och omöjligt att ge ”den kompletta bilden” av ett fenomen som kunskapsstyrning, eller fastställa vem som har förstått kunskapsstyrningen ”rätt”. Vår ambition har snarare varit att täcka in olika aktörsperspektiv för att få ett helhetsintryck, som vi tolkar med hjälp av de teorier från vårt fält som bedömts tillämpliga och som kan tillföra något till förståelsen för hur Nationellt system för kunskapsstyrning fungerar. Ett bärande antagande – som är vanligt inom samhällsvetenskaperna men mer sällsynt inom exempelvis medicinen – är att även forskning baserad på andra studieobjekt än just kunskapsstyrning är relevant. Argumentet är att även om Nationellt system för kunskapsstyrning utgör en relativt ny konstruktion inom svensk hälso- och sjukvård, så kan den kunskapsproduktion man ägnar sig åt och de styrambitioner man har med fördel analyseras utifrån bredare organisationsvetenskaplig forskning kring jämförbara teman.

Syftet med de teorier som presenteras är framför allt att skapa perspektivseende, visa på alternativ och stimulera till diskussion. Inte heller på det teoretiska området existerar i det här fallet någon absolut sanning, komplett sammanställning eller bästa möjliga kunskap. De valda teorierna och resonemangen utgör ett urval som utgår från en bred organisationsvetenskaplig grund och har kvalitetssäkrats externt, men i slutändan är det författarnas bild och analys som förmedlas. För rapportens innehåll och slutsatser svarar stiftelsen Leading Health Care och författarna ensamma.

Avgränsningar

Fokus i den här rapporten ligger framför allt på att förstå och beskriva de förutsättningar under vilka kunskap produceras inom Nationellt system för kunskapsstyrning. Det innefattar att analysera hur arbetet organiseras, hur fokusområden väljs ut och avgränsas, hur arbetsprocesserna ser ut och vilka aktörer som deltar, vilka outputs (formella såväl som informella) som genereras, vilka de tilltänkta mottagarna är och hur det sammantagna arbetet förhåller sig till andra kunskapsproducerande aktörer. Val som görs i dessa olika avseenden är centrala för att förstå vilken typ av kunskap som tas fram och vilken räckvidd den kunskapsbaserade styrningen kan ha i olika situationer. Vår analys görs utifrån ett fokus på kunskapsproduktionens organisering (se definition i Appendix). Vi bedömer inte det medicinska innehållet i kunskapsstyrningens arbete eller ”riktigheten” i framtagna kunskapsunderlag.

I en andra fas kommer vi under 2022 att fokusera närmare på de förutsättningar under vilka kunskap konsumeras, eller omsätts i praktik. Det innefattar hur vårdprofessionella använder sig av olika kunskapsunderlag i sitt dagliga arbete, men också vilken roll som kunskapsunderlag spelar i beslut av mer generell eller strategisk karaktär, särskilt i relation till förändringsprocesser. Implementering, mottagande och resultatuppföljning är områden där aktörer inom Nationellt system för kunskapsstyrning själva efterfrågar utvecklade underlag. Det är också ett område som är centralt att undersöka för att fastställa vilka styrande effekter systemet i praktiken har, och var tyngdpunkten i en utveckling av systemet bör ligga.

Nationellt system för kunskapsstyrning i korthet²

Nationellt system för kunskapsstyrning bildades 2018 till följd av en rekommendation från SKR:s förbundsstyrelse till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning (SKR 2017), med efterföljande politiskt ställningstagande i varje region. Rekommendationen innehåller förbindelser om att samarbeta, finansiera och bygga upp/anpassa en gemensam kunskapsstyrningsorganisation på nationell, regional och lokal nivå. Huvudsyftet är att skapa förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet (ibid).

Organisation

Organisatoriskt består Nationellt system för kunskapsstyrning på central nivå av nationella programområden (NPO), nationella samverkansgrupper (NSG) och nationella arbetsgrupper (NAG). Ett NPO består i regel av diagnosorienterade expertgrupper som leder och samordnar arbetet inom ett visst område samt tar fram olika slags kunskapsstöd.³ Ett NSG består i stället av arbetsgrupper med tvärgående expertis inom fält som alla NPO antas behöva, till exempel nationella kvalitetsregister, patientsäkerhet, metoder för kunskapsstöd samt uppföljning och analys.⁴ En NAG driver speciella frågor som beslutats om i ett NPO/NSG och fungerar alltså som en slags undergrupp till dessa. Exempelvis bedrivs framtagandet av så kallade personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp normalt inom ramen för en NAG.

Bemanning

Programområden och arbetsgrupper bemannas huvudsakligen av medicinska specialister, som utnämns av sina respektive hemregioner. Det eftersträvas att grupperna ska ha en sammansättning med representation från både primärvård och specialistvård. Även representanter för kvalitetsregister och vårdprogram, samt patientföreträdare ska finnas med. I några grupper ingår även kommunrepresentanter. Till varje programområde hör en processledare med koordinerande och administrativa uppgifter.

² Denna redogörelse bygger till stor del på det presentationsunderlag som konsultbolaget Lumell Associates har tagit fram som del av arbetet med en utvecklingsplan för kunskapsstyrningssystemet (2021).

³ Organisering och arbetsprocesser ser ut på ett likartat sätt för princip alla sjukdomsområden utom cancer. NPO cancersjukdomar utgörs av Regionala cancercentrum i samverkan, som sedan 2010 samordnar kunskapsstyrningen inom området.

⁴ Många av dessa verksamhetsområden har tidigare legat inom SKR eller hos myndigheter.

Output

Vid början av 2022 har totalt 26 programområden och 8 samverkansgrupper bildats. 13 personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp har godkänts,⁵ och ett tjugotal ytterligare vårdförlopp är på remiss. Nationellt system för kunskapsstyrning har också tagit fram fyra nationella vårdprogram.⁶ Även andra typer av riktlinjer och rekommendationer har sammanställts, bland annat avseende rutiner vid covid-19 inom olika vårdområden. Vidare har en stor mängd aktiviteter för erfarenhetsutbyte och lärande genomförts, bland annat nationella konferenser, lärandeträffar och webinarier kring specifika teman, och processledarmöten tvärs NPO som stöd vid utveckling av vårdförlopp. Vidare beskrivs mjuka aspekter som kompetensutveckling, nätverkande (kontaktvägar) och lärande som positiva resultat från systemet (Lumell Associates 2021).

Ledning och styrning

Som övergripande forum i Nationellt system för kunskapsstyrning finns en nationell styrgrupp med ansvar för att på tjänstemannanivå vara ett stöd och en arena för dialog mellan huvudmännen och staten i kunskapsstyrningsfrågor, godkänna verksamhetsplaner, fördela gemensamma medel och arbeta med vissa prioriteringsfrågor (www.kunskapsstyrningvard.se). Styrgruppen godkänner även vårdförloppen och utfärdar rekommendationer till regionerna om att besluta och påbörja införandet av dem.

Programområden och arbetsgrupper bemannas och finansieras i huvudsak av regionerna, som avsätter tid och resurser för att koordinera arbetet inom specifika områden ("vårdskap"). På central nivå har SKR en central roll i samordningen, och har på regionernas uppdrag inrättat en nationell stödfunktion som bidrar med sakkunniga och processtöd. SKR ingår med representanter i SKS och dess beredningsgrupp samt har värdskapet för de nationella samverkansgrupperna. SKR sluter även överenskommelser med regeringen på områden som helt eller delvis bidrar till kunskapsstyrningen. Bland annat ingår en satsning på personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp som en del i överenskommelsen om en sammanhållen, säker och jämlik vård (senast avseende 2022). Den extra finansiering som medföljer ska ses som ett sätt för staten att underbygga utvecklingsarbetet med kunskapsstyrning i regionerna (Vårdanalys 2021).

Kommunikation

Kunskapsstöd från Nationellt system för kunskapsstyrning samlas och publiceras på en webbplats som administreras av SKR (www.kunskapsstyrningvard.se). Här kan även kunskapsunderlag från andra aktörer (exempelvis specialistföreningar) läggas upp, efter kvalitetssäkring inom respektive NPO. De personcentrerade och sammanhållna

⁵ Se lista i källförteckning.

⁶ Se lista i källförteckning.

vårdförloppen publiceras sedan våren 2020 även på webbplatsen www.nationellt-kliniskt-kunskapsstod.se, som sedan tidigare innehåller nationella rekommendationer från lokala kunskapsstöd i Region Stockholms län, Region Jönköpings län och Region Skåne. Regioner för även ut kunskapsstöd lokalt i egna kommunikationskanaler.

Nationella samarbeten

Nationellt system för kunskapsstyrning ingår i det så kallade Partnerskap till stöd för kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvård. Partnerskapet består i övrigt av myndigheterna Socialstyrelsen, SBU, Läkemedelsverket, TLV, Folkhälsomyndigheten och E-hälsomyndigheten. Partnerskapet syftar bland annat till ökad samverkan, dialog och samordning gällande kunskapsutveckling, stöd för implementering och kunskapsstöd (SOU 2020:36). Bland annat ska urvalet och framtagandet av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen ske i samråd med myndigheter inom ramen för partnerskapet. I samarbetet ingår även att förtydliga relationen mellan och användningsområdena för de olika slags kunskapsstöd som de olika aktörerna tar fram.⁷

Lokal nivå

Regionerna har inom ramen för den gemensamma rekommendationen förbundit sig att anpassa och långsiktigt säkra sina regionala och lokala kunskapsstyrningsorganisationer utifrån den nationella strukturen (SKR 2017). På sjukvårdsregional och lokal nivå (det vill säga i regionerna) finns regionala och lokala programområden (RPO respektive LPO) som ska återspegla de nationella programområdena. Tanken med RPO är att skapa en länk mellan den lokala och den nationella nivån och underlätta överföringen av kunskapsstöd till den operativa verksamheten i regionerna (jfr SOU 2020:36). Det kan handla om att bidra med regionala behovsinventeringar och omvärldsbevakning till det nationella programområdet eller att stödja tillämpning av nationella kunskapsunderlag och beslutsstöd lokalt.

Den lokala kunskapsstyrningsorganisationen är fortfarande under uppbyggnad och det finns vissa variationer framför allt i mindre regioner. Det varierar även hur långt regionerna har kommit med resurssättning för införande av vårdförloppen. Lumell Associates (2021) bedömer att över 5000 personer sammantaget är involverade i den organisationsstruktur som byggts upp inom systemet nationellt, regionalt och lokalt.

Pågående utvecklingsarbete

Aktuellt strategiskt utvecklingsarbete inom Nationellt system för kunskapsstyrning inkluderar framtagande av en långsiktig utvecklingsplan och finansieringsram för

⁷ Jfr "Vägledning kunskapsstöd: Beskrivning av kunskapsstöd hos Socialstyrelsen och Nationellt system för kunskapsstyrning - nuläge och framåtblick" (Nationellt system för kunskapsstyrning 2021).

kunskapsstyrningssystemet, vilken bland annat ska specificera de långsiktiga planeringsförutsättningarna för övergången från uppbyggnad till driftsfas inom systemets olika delar. Arbetet förväntas utmynna i en förnyad rekommendation till regionerna om gemensamt ställningstagande för fortsatt utveckling av kunskapsstyrningssystemet inför kommande femårsperiod.

Kunskapsstyrningens historik, utveckling och ambitioner

Vad är kunskapsstyrning?

Sverige började begreppet kunskapsstyrning användas på 1990-talet inom hälso- och sjukvårdssektorn. Det användes initialt för att beteckna statens styrning av hälso- och sjukvården i riktning mot en fortlöpande utveckling och kvalitetsförbättring på basis av bästa tillgängliga kunskap (Garpenby 2016). Syftet med kunskapsstyrning har beskrivits om ”att i ökad utsträckning åstadkomma en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården så att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom olika verksamheter samtidigt som icke evidensbaserade eller skadliga metoder rensas ut” (Ds 2014:9, s. 53-54). Kunskapsstyrningen ska stödja hälso- och sjukvårdens övergripande mål som utgår från kriterierna för god vård, det vill säga att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv (jfr t ex Socialstyrelsen 2009).⁸

Medan övergripande syfte och mål för kunskapsstyrningen har varit relativt stabila över tid, noterar vi en större variation i uppfattningarna om hur och med vilka verktyg kunskapsstyrning de facto ska praktiseras. En möjlig inriktning beskrivs i Riksrevisionens översiktsrapport om statlig och regional styrning på vårdområdet (Riksrevisionen 2017). Här anges att kunskapsstyrning i huvudsak bygger på ”olika former av kunskapsstöd och föreskrifter som statliga myndigheter ansvarar för, och som riktar sig mot huvudmännen och den verksamhet dessa ansvarar för” (s. 17). Kunskapsstöd kan finnas i många olika former – till exempel handböcker, riktlinjer, vägledningar, beslutsstöd, rekommendationer och forskningsresultat (SKR 2022). Ett exempel är så kallade standardiserade vårdförlopp, som internationellt sett kommit att bli en allt vanligare metod för att öka kunskapsgenomslaget i hälso- och sjukvården. Tanken är att vårdförloppen på ett enkelt och tydligt sätt ska förmedla de bästa och mest aktuella metoderna enligt forskning och beprövad erfarenhet om hur insatser längs patientens hela vårdkedja ska hanteras och resurssättas för att förloppet ska bli så högkvalitativt och tidseffektivt som möjligt (Vårdanalys 2021). Även om de riktlinjer, råd och rekommendationer som framgår i kunskapsstöden är frivilliga att följa, så betonas vikten av bred implementering och följsamhet till dem för att uppnå önskade effekter i kunskapsstyrningen (jfr SOU 2017:48).

En bredare tolkning av vad kunskapsstyrning syftar till ges i underlagsdokumenten till det regionala samarbetet kring Nationellt system för kunskapsstyrning, där

⁸ Dimensionerna inom god vård kan spåras till internationell forskning om vilka områden som är väsentliga för en högkvalitativ hälso- och sjukvård. En ofta citerad rapport är *Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st Century* (Institute of Medicine 2001) där riktmärken ges för att erbjuda en vård som är patientsäker, behovsgrundad, patientcentrerad, given i rätt tid, effektiv och jämlik.

ambitionerna beskrivs i termer av att skapa ett ”lärande och stödjande system” för hälso- och sjukvården. Det innebär att ”bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje enskilt patientmöte, att patientmötet följs upp och analyseras på såväl individnivå som på gruppnivå och att ny kunskap snabbt kan omsättas i verksamheten. [Det innebär också att] identifiering och prioritering av nya förbättringsområden tillsammans med patienten är en del av vardagen” (SKR 2017, s. 5). I denna skrivning betonas alltså kunskapens tillgänglighet och användbarhet för vårdpersonalen, samt behovet av patientinvolvering och individanpassning. Styrningen handlar om att skapa förutsättningar inom varje organisation och för varje individ att ta till sig och tillämpa ny kunskap, vilket exempelvis kan åstadkommas genom insatser inom utbildningsområdet, utveckling av kvalitetsledningssystem och brett tillgängliggörande av forskningsresultat. Till skillnad från regelstyrning betonas inom denna inriktning vikten av att utveckla kritiskt tänkande, vilket innebär ett lokalt ställningstagande till befintlig information. Därmed medges (och förväntas) även vissa lokala och situationsbaserade variationer i hur kunskapen omsätts i praktik (Garpenby & Carlsson 1999/2014).

En tredje definition av kunskapsstyrning ges i slutbetänkandet av Statens vård- och omsorgsutredning, där kunskapsstyrning beskrivs som ”en successiv process där kunskap sprids, resultat följs upp och ny kunskap skapas med stöd av uppföljningen” (SOU 2012:33, s. 137). Utredningen menar att kunskap bör och kan ligga till grund för strukturerade beslutsprocesser från professionell till politisk nivå. Den nyligen avslutade utredningen om Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (SOU 2020:36) ansluter sig till ett liknande synsätt i sin definition av kunskapsstyrning som ”alla de aktiviteter som behövs på alla nivåer för att varje patientmöte ska vara grundat på bästa möjliga kunskap” (s. 53). I tillägg till central riktlinjeproduktion och lokal evidensbaserad praktik⁹ så har denna inriktning ett starkt fokus på resultatuppföljning, datasammanställning och öppna jämförelser. Uppföljningen ska kunna identifiera brister och ojämlikheter och därmed peka ut områden där det är viktigt att ny standardiserad kunskap genereras. Uppföljningen ska även kunna ge information om hur befintliga kunskapsunderlag används och vilka effekter det får. Essensen i kunskapsstyrning förstås som att beslut på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, från klinisk praktik till nationellt policyskapande, blir så välinformerade som möjligt om kunskapsgenerering och analys sker utifrån en särskild systematik (SOU 2020:36, bilaga 4).

Som framgår av ovanstående kortfattade genomgång finns det bara inom svenskt utredningsväsende en mångfald av olika definitioner av och synsätt på kunskapsstyrning. De lägger olika vikt vid top-down respektive bottom-up-processer, och har olika avgränsningar för vilken typ av verksamheter och beslut som omfattas. Kunskapsstyrning

⁹ Att väga samman vetenskapligt stöd med professionella erfarenheter och patientens uppfattning (se t ex Bohlin & Sager 2011).

inbegriper en mjuk (frivillig) styrning av verksamheter och vårdprofessionella utifrån kunskapsunderlag, men kan även sägas omfatta (upp)styrning av själva kunskapsproduktionen och formerna för kunskapens spridning. Sammanfattningsvis har kunskapsstyrning beskrivits som en ”mångsidig styrform” vars faktiska innehåll är otydligt behöver och problematiseras (Garpenby 2016). Vi tror att otydligheten kring hur teori och praktik hänger samman delvis består i en otillräcklig analys av och förståelse för kunskapsstyrningens underliggande beståndsdelar (kunskap, styrning) och hur de kan kopplas ihop. Frågor som behöver redas ut inkluderar bland annat vilken kunskapsteori som systemet bygger på och vilka styrningslogiker man utövar (jfr LHC 2021). Andra viktiga frågor är från vilken nivå som styrningen utövas, och mot vilka mottagare. Vi återkommer till dessa områden i vår organisationsteoretiska genomlysning i nästa rapportdel.

Vad är nytt i den ”nya” kunskapsstyrningen?

Trots att man vid en jämförelse av dagens vård med läget för ett par hundra år sedan kanske kan tro annorlunda, så menar historiker att läkekonsten alltid har byggt på den kunskap som för tillfället ansetts som den bästa tillgängliga. I och med medicinska framsteg och hälso- och sjukvårdens uppbyggnad som system, så har kunskapsutvecklingen och kunskapens spridning formaliserats. Idag omtalas hälso- och sjukvårdssektorn ofta som ”kunskapsintensiv”, vilket i det här sammanhanget förknippas med höga utbildningskrav, en hög grad av specialisering och stor professionell autonomi i den dagliga verksamheten (SOU 2021:71).

Ingen av dessa karakteristika kan beskrivas som nya. Det som har förändrats över tid är synen på variationer i klinisk praxis. Från att tidigare ha betraktats som en naturlig del av – och kanske till och med en tillgång för – hälso- och sjukvården, har variationer (särskilt omotiverade sådana) alltmer kommit att uppfattas som ett problem som borde åtgärdas (Garpenby & Carlsson 1999/2014). Det gäller särskilt ur det nationella perspektivet, där målet att erbjuda en likvärdig vård över hela landet nu är centralt. Allmänhetens möjlighet att öppet ta del av resultat från sjukvården har förstärkt detta som politisk fråga, och motiverat utvecklingen av olika statliga insatser på området.

En av de tidigaste åtgärderna var etableringen av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) under senare delen av 1980-talet. Under 1990-talet utvecklades också uppdraget till Socialstyrelsen, som fick ett ansvar att utveckla nationella riktlinjer för sjukdomsområden. Vid mitten av 1990-talet enades staten och landstingen genom de så kallade Dagmaröverenskommelserna om satsningar för att göra hälso- och sjukvården ”mer kunskapsbaserad”. Här fanns olika målsättningar samlade, såsom högre krav på den vetenskapliga dokumentationen för nya behandlingsmetoder och större enhetlighet i dokumentering och analys av verksamhetens resultat.

Praktiskt ledde det bland annat till att landstingen bildade nationella programråd inom vissa sjukdomsområden (cancerområdet byggdes upp tidigt), en samverkansmodell för ordnat införande läkemedel, samt uppbyggnaden av nationella kvalitetsregister. På nationell nivå bildades 2015 även Rådet för styrning med kunskap där nio myndigheter ingår. Rådet ska vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörandet av forskning och innovationer avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Professions- och specialistföreningar har hela tiden haft ett parallellt inflytande genom framtagande av riktlinjer, datainsamling och kunskaps-spridning inom sina sakområden.

Mot bakgrund av denna korta historiska återblick så kan etableringen av Nationellt system för kunskapsstyrning 2018 ses som ett led i sedan länge pågående kunskapsstyrningsambitioner inom hälso- och sjukvården, där sättet som arbetet organiserats har förändrats många gånger, med mer eller mindre formaliserade (om)fördelningar av ansvar och deluppgifter (jfr Regionrevisorerna i Stockholm 2020).¹⁰

Ambitioner med Nationellt system för kunskapsstyrning

Utöver vad som framgår av rekommendationen bakom bildandet av Nationellt system för kunskapsstyrning och tillhörande underlagsdokument, så har våra intervjuer gett värdefull information om hur verksamma inom kunskapsstyrningen uppfattar syftena med och motiven bakom den nya organiseringen. Ambitionerna såsom respondenterna beskriver dem återges här som en bakgrundsbild till vår utredning i nästa rapportdel av teoretiska möjligheter och de facto realiserad praktik.

Den stora merparten av de intervjuade beskriver satsningen på Nationellt system för kunskapsstyrning som något i grunden positivt. ”Ett lovvärt initiativ till solidariskt samarbete mellan regioner som man inte kan vara emot”, som en respondent uttrycker det. Flertalet informanter lyfter behoven att lägga ökat fokus på kvalitet och (medicinska) resultat, att stäva mot ökad jämlikhet/minskad variation i vården mellan regioner, att stärka patientperspektivet samt att öka effektiviteten i användningen av befintliga resurser.

Ambitionerna beskrivs som relevanta och eftersträvansvärda. I dessa delar är kunskapsstyrningens officiella målbild och vision väl kommunicerad och förankrad. När det gäller arbetets inriktning och omfattning spänner respondenternas uppfattningar och prioriteringar över ett brett spann, som innefattar alla de

¹⁰ För en utveckling om begreppen organisation respektive organisering, och varför vi främst lägger vikt vid det senare, se rapportens Appendix.

kunskapsstyrningsperspektiv som beskrivits i historiken ovan. Nedan listas, utan inbördes rangordning, några av de ambitioner vi har stött på:

- *Effektiviserad kunskapsbildning*: Att samla, samordna och tillgängliggöra befintlig kunskap på ett mer effektivt sätt.
- *Utökad kartläggning och jämförande analys*: Att få bättre beskrivningar av vårdens produktion och resultat över hela landet.
- *Normering*: Att definiera en nationellt gemensam bottenribba eller ambitionsnivå för vårdkvalitet inom olika områden.
- *Mer inkluderande process*: Att ta med fler aktörer i framtagandet av kunskapsstöd, framför allt patientrepresentanter (och även att tydligare betona patientens samskapande roll i vårdmötet generellt).
- *Horisontellt nätverkande*: Att etablera samverkans- och dialogforum interregionalt på huvudmänna- och vårdområdesnivå, samt nationellt med myndigheter.
- *Vertikalt nätverkande*: Att förbättra kommunikationsvägarna mellan specialister, från den nationella nivån till vårdmötet.
- *Förbättrad implementering*: Att föra in evidens och best practice på ett mer strukturerat sätt i vårdverksamheterna, så att kunskapen snabbare kommer till användning.
- *Lokalt kvalitetsarbete*: Att främja lärandeloopar och verksamhetsutveckling i enskilda vårdverksamheter.

När det gäller beslutet att organisera kunskapsstyrningen på ett nytt sätt lyfter respondenterna också många olika motiv. Vanligt förekommande uppfattningar kring varför en reform varit behövlig, och varför den nya organisationen ser ut som den gör, listas nedan (motiven är inte ömsesidigt uteslutande och många respondenter anger flera av dem).

- *Effektivitetshöjande motiv*: Något nytt behövde ske då tidigare satsningar på nationella riktlinjer, kvalitetsregister och öppna jämförelser inte gett tillräckliga resultat i form av kvalitetshöjningar i vården.
- *Utökat inflytande för sjukvårdshuvudmännen*: Det fanns en ambition från regionerna att ta en tydligare roll i arbetet med god vård/framtidens vård.
- *Bättre nationell samordning/mer homogenisering*: En drivkraft har varit att minska spretigheten med de 21 regionerna genom ett gemensamt system (några talar här om ett substitut för statlig styrning).
- *Mer oberoende roll*: Att skapa ett mer fristående och transparent system för framtagande av kunskapsstöd än vad professionsförbund och myndigheter tidigare kunnat erbjuda.

- *Inspiration från internationell best practice:* En förlaga har framför allt varit sjukvårdssystemet Intermountain i USA, som är känt för sitt framgångsrika kvalitetsarbete (och där centrala beslutsfattare tidigt gjorde studiebesök).¹¹
- *Inspiration från regional best practice:* Idéer kring organisering och arbetssätt har också hämtats från välfungerande regionala modeller med programgrupper inom vissa diagnosområden.
- *Stärkt lokal förankring:* Konstruktionen med regionalt utsedda experter samt lokala motsvarigheter till den centrala organisationen förväntas stärka legitimiteten och förenkla implementeringen av framtagna riktlinjer (jämfört med riktlinjer från nationella myndigheter).

Sammanfattningsvis visar intervjuerna på att ”den nya kunskapsstyrningen” innefattar ambitioner och förhoppningar på flera olika nivåer och ledder i hälso- och sjukvårdssystemet, från den nationella arenan till det enskilda vårdmötet. Flera olika slags arbetsprocesser inbegrips, från central riktlinjeproduktion till professionellt nätverkande och lokalt kvalitetsarbete. Processerna förväntas inkludera en mångfald av aktörer, men även leda till en ny roll för Nationellt system för kunskapsstyrning som aktör i sin egen rätt.

En central fråga för den här rapporten är vad av allt detta som rimligen kan göras och åstadkommas inom ramen för den organisation som man har byggt upp och de verktyg man arbetar med. Ska Nationellt system för kunskapsstyrning inbegripa ”allt”, eller finns det målområden som är mer ändamålsenliga att fokusera på? I nästa del vänder vi oss till den organisationsvetenskapliga forskningen för perspektiv på dessa frågor.

¹¹ Jfr SKL (2014) Intermountain Healthcare – Styrning för kvalitet i ett högpresterande system. I fas 2 av vår studie planeras en uppdaterad jämförelse av organisering och funktionssätt inom Nationellt system för kunskapsstyrning respektive Intermountain.

Del 2: Organisationsteoretisk genomlysning

Kunskap och kunskapsproduktion

Kunskap är inte ett särskilt lättfångat begrepp, vilket en mängd tänkare alltsedan antikens dagar har konstaterat. Platon var en av de först kända som intresserade sig för kunskapsbegreppet. Filosofer har framför allt ägnat sig åt att analysera hur kunskap kan etableras och vad som konstituerar säker kunskap – om det räcker att förnuftsmässigt fastställa vissa förhållanden eller om det krävs hjälp av sinnenas vittnesbörd, det vill säga kunskap på empirisk väg. I modern tid har kunskapsteorin kommit att handla om bland annat hur enskild kunskap förutsätter hela system av kunskaper för att komma till sin rätt, samt hur färdigheter som individen tillägnar sig kan betraktas som en särskild form av kunskap ("hur-kunskap"). Även former för personlig eller "tyst" kunskap har uppmärksammats. Utan att närmare specificera vilken form som avses används kunskapsbegreppet ofta i meningen "välbestämd föreställning om ett visst förhållande eller sakläge" (Garpenby & Carlsson 1999/2014).

Kunskap som fenomen eller resurs har vissa speciella egenskaper, bland annat att den inte förbrukas utan tvärtom förökas genom spridning. Ofta görs också antaganden om att kunskap har en inneboende komplexitet -- den finns inte färdig utan måste utvecklas – och ett normativt antagande om att kunskap kännetecknas av en viss användbarhet – den har en koppling till verkligheten. En distinktion som synliggör detta är den mellan data, information och kunskap (Blum 1984). Med data avses fakta av olika slag utan krav på en sammanhängande presentation. Information är data som har organiserats och sammanställts, ofta med syftet att kommunicera innehållet till andra. Kunskap, slutligen, är information som har absorberats, bearbetats och tolkats med hjälp av mottagarens egen föreställningsram.

Blums kunskapsdefinition bygger alltså på förutsättningarna hos varje enskild organisation och individerna i denna organisation att ta till sig och omsätta information. Inom ramen för diskussioner inom hälso- och sjukvården om bästa tillgängliga kunskap¹² har fokus dock främst legat på det föregående steget – hur underlag bör tas fram, värderas och sammanställas för att anses trovärdiga och brett användbara. Särskilt intresse har riktats mot systematiska metoder för att generera forskningsbaserad kunskap, så kallad evidens. Den drivande visionen inom evidensbaserad medicin är att vården blir bättre om medicinska beslut i större utsträckning baseras på forskning som fyller vissa förutbestämda krav på vetenskaplighet. En central tanke är att finns en

¹² Se exempelvis <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/arbete-evidensbaserat/>

varierande kvalitet i den stora mängden forskningsresultat som publiceras och att man genom systematisk genomgång och värdering av dessa kan skapa en samlad bild av det rådande kunskapsläget. Denna idé bygger på en kunskapssyn där vetenskaplig kunskap i princip är kumulativ och koherent (Fernler & Helgesson 2016).

Värden som lyfts fram inom evidensrörelsen i relation till bedömningen av vad som utgör god kunskap inkluderar bland annat intern validitet (tydligt påvisbara effekter på studiens urvalsgrupp) och starka linjära samband (specificering av faktorer som orsakat effekterna). I relation till forskningsmetoder värderas transparens och replikerbarhet högt. Tillsammans anses detta garantera att den framtagna kunskapen är tillförlitlig och objektiv – alltså inte ett utslag av slump eller individuellt godtycke (Sager & Pistone 2019). Detta ska i sin tur göra det möjligt för vårdpersonal i praktiken att välja en behandling som är baserad på solid vetenskap.

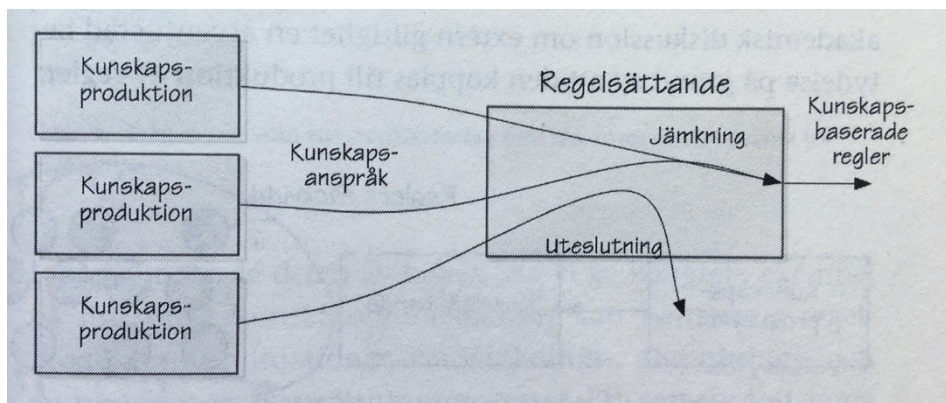
Synsättet är utvecklat utifrån den medicinska vetenskapens förutsättningar, men har ibland lyfts fram som en förebild för hur kunskap inom andra vetenskapliga discipliner borde produceras och presenteras. Det finns förespråkare av ett mer evidensbaserat beslutsfattande inte bara vad gäller kliniska beslut, utan även för organisering, inriktning och fördelning av resurser i hälso- och sjukvården (se t ex SOU 2020:36, bilaga 4). Kritiker menar dock att evidensbaserings kunskapsdefinition har sina begränsningar, särskilt när man rör sig utanför det strikt medicinska fältet. Exempelvis har SBU i flera rapporter fört diskussioner kring svårigheterna med att inkludera samhällsvetenskaplig forskning om vårdens styrning och organisering i traditionella evidensbaserade kunskapssammanställningar (t ex SBU 2010, SBU 2018). Det beror bland annat på att organisationsförändringar inte lämpar sig för kontrollerade experiment, eftersom de relevanta utfallen alltid är kontextberoende (Lee 2012, LHC 2015).¹³

En mer grundläggande kritik av evidensbaserings tillämplighet utanför medicinen rör frågan om den vetenskapliga kunskapsbasens räckvidd. Som Fernler och Helgesson (2016) påpekar, har vetenskapen inte ensamrätt på att besvara frågor om hur något är, bör vara eller hur en förändring till det bättre på bästa sätt ska komma till stånd. I synnerhet normativa frågor hör i lika hög grad till politikens som vetenskapens domäner. I politiska sammanhang betraktas det som självklart att det finns olika svar på dessa frågor. Det finns heller ingen samhällsföreställning om att den politiska processen bör vara neutral eller standardiserbar.

Jämförelsen mellan forskning och politik är inte bara en intressant empirisk beskrivning, den har även genererat teoretiska insikter kring hur kunskapsproduktion går till i

¹³ En annan orsak är att kunskapsutveckling inom samhällsvetenskaperna i hög grad sker på teoretisk, snarare än empirisk grund. En studie av införandet av en viss organisationsmodell kan ge viktiga insikter om införandet av en annan modell, givet att modellerna har (i teoretiskt hänseende) liknande egenskaper. För att se parallellerna och hitta den relevanta forskningen krävs dock sakkunskap inom fältet snarare än en systematisk algoritm (jfr Krohwinkel & Mannerheim 2019).

praktiken. Inom fältet vetenskapsstudier har forskare riktat sin uppmärksamhet mot vetenskapligt arbete och analyserat förloppen med inspiration från bland annat politisk förhandlingsteori (t ex Latour 1988). I korthet visar studierna att vetenskaplig kunskap inte alls är så stabil och entydig som den ibland framställs. Följer man utvecklingen av vetenskapliga kunskapsanspråk ser man att kunskap regelmässigt är såväl osäker och tvetydig som omstridd.¹⁴ Det är först i takt med att en grupp experter lyckas övertyga varandra och enas om hur ett fenomen ska avgränsas, definieras, mätas och tolkas, som ett gemensamt kunskapsunderlag kan utarbetas.



Figur 1. Jämkning respektive uteslutning av kunskap i regelproduktion Källa: Fernler och Helgesson (2016, s. 37).

En konsekvens av processperspektivet på kunskapsproduktion är att betydelsen av organiseringen blir central. Hur arbetet struktureras och fördelas, hur arbetsprocesser utformas och utvecklas, vilka intressenter som inkluderas och på vilket sätt, men även vilka övergripande idéer som styr – kommer att påverka vilken kunskap som tas fram och hur den sprids. Arbetet kan resultera i att man etablerar kunskapsbasen till en regel, men även mindre formellt kunskapsutbyte och relationsskapande kommer ske som följd av organiseringen. Detta får i förlängningen betydelse för den framtagna kunskapens relevans, räckvidd och legitimitet i olika sammanhang, med olika slags styrande effekter som följd (se även vidare under Styrningslogiker och verktyg nedan).

Kunskap i kunskapsstyrningen

En första aspekt som varit framträdande i våra intervjuer med verksamma inom Nationellt system för kunskapsstyrning är att kunskapsbegreppet i detta sammanhang i huvudsak avser utsagor och underlag baserade på medicinsk vetenskap. Detta kan te sig självklart för många inom speciellt läkarprofessionen, men är värt att förtydliga mot

¹⁴ En möjlig effekt av Coronapandemierfarenheten som nyligen beskrivits av organisationsforskare (Bergh & Hallonsten 2021) är att allmänheten kan ha fått med sig en större förståelse för pluraliteten hos vetenskaplig kunskap, och att forskningen sällan kan ge entydiga svar på hur politiker eller samhället bör besluta och agera i komplexa frågor. Andra bedömare menar dock att pandemin snarare lett till en större polarisering mellan grupper som har tilltro till respektive förkastar vissa kunskapsanspråk.

bakgrund av kunskapsbegreppets enorma bredd utanför vårdområdet, och även med hänsyn till den mångfald av professioner med olika utbildningsbakgrunder som är verksamma inom hälso- och sjukvården.

Mot bakgrund av ovanstående beskriver respondenterna det som att kunskapsproduktionen inom Nationellt system för kunskapsstyrning framför allt sker inom de nationella programområdena, vars indelningar i stort bygger på sjukdomsområden och därtill hörande medicinska specialiteter. De kunskapsunderlag som produceras och det kunskapsutbyte som sker där avser i första hand att ge vägledning till vårdprofessionella i olika diagnostiserings- och behandlingssituationer. Den kliniska kunskapen som behövs i vårdmötet är alltså i fokus när det gäller det kunskapsinnehåll som Nationellt system för kunskapsstyrning producerar.¹⁵

Inom de nationella samverkansgrupperna hanteras en rad insatsområden av mer övergripande art, exempelvis frågor kring användning av kvalitetsregister, införande av läkemedel och medicin-tekniska produkter, utveckling av vårdinformationssystem, metoder för uppföljning och analys, mm. Ett fåtal respondenter uttrycker farhågor kring en ”överanvändning av systemet” för frågor som inte kan beskrivas med traditionella evidenskriterier. En betydligt vanligare uppfattning är dock att arbetet inom NSG handlar om att erbjuda stödfunktioner (infrastruktur/databearbetning/processtöd) snarare än att driva kunskapsutveckling i sin egen rätt. En konsekvens är att arbetet inom samverkansområdena endast i begränsad mån integreras processuellt med den medicinska kunskapsproduktionen inom NPO:erna.

De processer för kunskapsproduktion och kunskapsmanställning som är tydligast etablerade inom Nationellt system för kunskapsstyrning rör framtagandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, samt i andra hand nationella vårdprogram. Innan något av dessa underlag utarbetas har flera försteg passerats där lämpliga insatsområden valts ut och definierats. Insatsområden kan hittas på olika sätt, där identifiering av skillnader i utfall inom diagnosområden över landet är en huvudmetod. Här används i huvudsak datadriven analys, men även mer kvalitativa jämförelser mellan olika regioners arbetssätt och erfarenheter kan spela in. Att identifiera områden där det finns kunskapsgap eller kunskapsbrist är en annan metod. Här lutar man sig i hög grad mot andras evidenssammanställningar, exempelvis rapporter från SBU och internationella motsvarigheter. Det kan också komma direkta förfrågningar utifrån, exempelvis från myndigheter eller huvudmän, om områden där kunskapsunderlag fattas eller behöver uppdateras. En allmän prioritering inom de flesta NPO har varit att inledningsvis fokusera på områden som rör relativt stora patientgrupper.

¹⁵ Dock berörs flera andra typer kunskaper när man talar om vad kunskapsstyrningen ska åstadkomma (exempelvis implementeringskunskap, lokal förbättringskunskap och ett allmänt kunskapslyft hos vårdprofessionella kring hur man tillämpar vetenskapliga rön). Dessa frågor hänförs i hög grad till den lokala kunskapsstyrningsorganisationen att hantera, vilken vid tiden för vår studie beskrivs som under uppbyggnad. Vi kommer titta närmare på detta i fas 2 av studien.

Nya insatsområden inventeras och väljs ut av varje NPO på ett decentraliserat sätt. När ett nytt insatsområde identifierats föranleder detta ofta en särskild organisering i form av etablering av en ny arbetsgrupp. Gruppernas arbetsformer varierar stort. Vissa grupper lutar sig mycket mot ”det generiska ramverket/processen för att ta fram vårdförlopp” (ref.), medan andra grupper har starka experter med egna idéer om lämplig metod. Utöver själva arbetsprocessen så diskuteras hur arbetsgruppernas bemanning och sammansättning behöver se ut för att säkerställa de framtagna kunskapsunderlagens förankring och legitimitet. Ofta inbegrips specialister från flera NPO, representanter från relevanta NSG och även externt rekryterade patientrepresentanter.

En allmän uppfattning är att riktlinjer från Nationellt system för kunskapsstyrning har potential att uppfattas som mer neutrala än motsvarande underlag som tas fram av professionsföreningar. Argumentet är att professionsföreningar tenderar att fokusera snävt på att säkerställa den senaste kunskapen inom det egna specialistområdet och attrahera resurser till detsamma. Nationellt system för kunskapsstyrning ska i högre grad ta i beaktande på vad som är möjligt och görbart i hälso- och sjukvårdssystemet i stort. Att de specialister som deltar i NPO är utsända av sina regioner snarare än att de arbetar som fristående experter förväntas också bidra till att kunskapsunderlag från Nationellt system för kunskapsstyrning ska få en bredare förankring och uppfattas som mer användarvänliga än motsvarande underlag från en nationell myndighet.

Vad gäller arbetsgruppernas sammansättning upplever respondenterna en varierande grad av inkludering. Trots att grupperna har en ambition om brett och multiprofessionellt deltagande tycker några intervjuade att kunskapsproduktionen som de facto bedrivs tenderar att bli specialistvårdscentrerad. Kritik har exempelvis framförts mot en otydlig roll för primärvården i framtagandet av vårdförlopp, varmed kunskaper kring individanpassning och omhändertagande av individer med komplex behovsbild befaras förbises (Lindfors 2022). Likande diskussioner har förts kring realiseringen av patientkunskap inom vårdförloppen, där farhågor finns att så kallade ”spetspatienter” i grupperingarna kan tilta skrivningarna mot orimligt höga krav på patienters egen agens i vårdförloppen.

Styrning – logiker och verktyg

I varje social relation – mellan individer, grupper eller formella organisationer – uppstår situationer då individer/aktörer vill påverka andra individer/aktörer i syfte att förändra preferenser och beteenden. Detta kan benämnas styrning. Inom samhällsvetenskapen används begreppet i första hand för att beskriva former för påverkan inom och mellan organisationer och organisatoriska nivåer i system.

Bilaterala styrrelationer kan sorteras i grundformer som tvång, sanktioner, utbyte, auktoritet, övertalning och förändring av omgivning eller villkor (t ex Lundquist 1987). Dessa kategorier är dock sällan meningsfulla för att förstå åtgärder och handlingsmönster i komplexa samhällen där en mångfald av aktörer samtidigt är involverade i att utforma och/eller vara föremål för olika sorters styrning. Inom organisations- och förvaltningsforskningen brukar man istället tala om *styrlogiker* för att beskriva hur olika sammansatta former av styrning fungerar inom en sektor.

Tre idealtypiska styrlogiker som brukar lyftas fram är *marknad*, *hierarki* och *nätverk* (Adler 2001, Freidson 2001). Marknadslogiken vilar på prismekanismen som underliggande princip. Konkurrens och valfrihet är centrala förutsättningar, och incitament i form av belöningsystem anses viktigt för att motivera människor. Med hierarki som huvudsaklig logik är utgångspunkten istället att formella beslut och reglering har stor betydelse för människors beteende. Rättssäkerhet och likvärdighet är värden som betonas. Nätverkslogiken vilar istället på professionellt handlingsutrymme och tillit som viktiga medel och tillmäter relationer och samarbete stor betydelse (jfr SOU 2018:38). I praktiken kan styrlogikerna kombineras och justeras på olika sätt för att matcha behoven i en viss sektor eller verksamhet. De brukar därför betraktas som en uppsättning verktyg snarare än konkurrerande angreppssätt.

	Marknad	Hierarki	Nätverk
<i>Medel</i>	Konkurrens/jämförelser/ rationella val	Reglering, formell be- slutslinje	Handlingsutrymme/tillit
<i>Motivation/ incita- ment</i>	Individuella mål Yttre incitament	Rollfördelning	Inre motivation Gemensamma mål och värderingar
<i>Ansvarsutkrävande</i>	Mätbara resultat i förhål- lande till mål, effektivitet Extern granskning och jämförelse	Regelefterlevnad, en- hetlighet, transparens Uppföljning "i linjen"	Förmåga till anpass- ning/flexibilitet, lärande, innovation Kollegial granskning
<i>Fokus</i>	Resultat	Process	Relationer
<i>Riktning</i>	n/a ("osynlig")	Top-down	Bottom-up
<i>Bygger på</i>	Optimering (automatisk)	Förutsägbarhet	Samarbete

Tabell 1. Olika styrlogikers karaktärsdrag. Källa: Anpassad från Adler (2001); Freidson (2001).

Rådande inriktning på styrningen påverkas bland annat av trender i samhället. Under 1980 –2000-talen blev styrning med hjälp av *marknad* och *hierarki* mer framträdande inom offentlig sektor, i viss mån på bekostnad av de värden som betonas med nätverksstyrning (Ahlbäck Öberg & Widmalm 2016). Denna utveckling har varit ämne för debatt i forskningskretsar under en längre tid, men diskussionen har under senare år även förts publikt i form av en mer generell kritik mot de idéer som brukar gå under benämningen *New Public Management* (NPM).¹⁶ Delvis som en reaktion på detta har nätverkslogiken kommit att förordas mer. Vanliga argument är att nätverkslogiken är särskilt tillämplig inom sektorer som präglas av komplexitet och variation, medan marknad och hierarki i dess renodlade former lämpar sig bättre för verksamheter av mer statisk och förutsägbar karaktär.¹⁷

Vid valet av kombination av styrverktyg behöver både fördelarna och nackdelarna med logikerna och dess ingående komponenter beaktas. Exempel på baksidor av marknadsstyrning är att aktörernas egenintressen kan bli drivande där det råder informationsasymmetri mellan utförare och finansiär, ibland med sänkt kvalitet som följd.¹⁸ Baksidorna med renodlad hierarkisk styrning handlar istället om att styrningen är trubbig där det förekommer variation – en tydlig regel är effektiv där alla ska behandlas lika oavsett behov, men fungerar dåligt där insatserna behöver anpassas beroende på behov och situation för att generera mer jämlika utfall. Nätverksstyrning ger utrymme för att hantera en större variation, men medför risken att särintressen hos tongivande grupperingar eller personer kan komma att påverka utfallet. Det kan medföra skevheter i fokus eller generera skillnader som inte är motiverade. Bristande styrning i samverkanssituationer kan också leda till att alltför lite blir gjort (jfr Anell & Mattisson 2009).

Nya styrförsök utvecklas ofta för att hantera oönskade effekter av nuvarande styrning. Snarare än att helt byta logik brukar reformerna inrikta sig på att introducera verktyg från den ena logiken i den andra. Exempel kan vara reglering av marknader, konkurrensutsättning av verksamheter som tidigare främst varit regel- eller professionsstyrda, eller ökad tillsyn och uppföljning av professionsdrivna verksamheter. En annan vanlig reformstrategi är att laborera med styrningens styrka, exempelvis genom att göra regler

¹⁶ New Public Management är ett samlingsnamn för ett kluster av idéer som hämtats från det privata näringslivet. Här nämns ibland två grupper av komponenter – management eller mer företagsefterliknande komponenter (t.ex. indelning i resultatenheter, interndebiteringssystem, starkt resultatfokus) och dels marknadisering eller mer marknadsefterliknande komponenter (t.ex. konkurrens, upphandling, privatisering, avreglering, valfrihet). Centralt för New Public Management är att offentlig sektor antas bli mer effektiv och mindre kostsam om den efterliknar idealbilden av en marknad (Hood 1991).

¹⁷ För en tidig diskussion av kunskapsstyrning ur ett nätverksperspektiv, se Calltorp m fl (2006).

¹⁸ Marknadslogikens tillämplighet bygger på möjligheten att åstadkomma fungerande konkurrens samt att aktörer kan fatta rationella beslut. Forskningen har rest invändningar mot dessa antaganden när det gäller marknadiseringen i offentlig sektor utifrån så basala premisser som att prismekanismen (utvärdering av kvalitet i relation till pris) generellt sett inte fungerar i ett system där finansiärs- och användarrollerna är separerade (jfr Hagbjer & Krohwinkel 2018).

som tidigare varit frivilliga till tvingande eller tvärtom, att koppla regelefterlevnad till ekonomiska incitament, eller att justera villkoren för deltagande i nätverkssammanhang.

Styrning i kunskapsstyrningen

I bakgrundsavsnittet om kunskapsstyrningens historik, utveckling och ambitioner hävdade vi att kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården inte är något nytt fenomen, men att formaliseringen av styrningen successivt ökat. Etableringen av Nationellt system för kunskapsstyrning kan ses som ett led i detta. De bakomliggande styrambitionerna är mångfacetterade och adresserar olika typer av brister i föregående organisering. Flera av de personer vi intervjuar lyfter att Socialstyrelsen inte fått tillräckligt genomslag för sitt riktlinjearbete, vilket motiverar en ny organisation med bättre professionell och lokal förankring. Andra lyfter tvärtom att professionsföreningar och regioner tidigare arbetat för fristående, vilket har lett till ojämlikheter som motiverar fler centralt utformade standards och nationella jämförelser av vårdresultat. En del av intervjupersonerna vi pratat med uppfattar att etableringen av Nationellt system för kunskapsstyrning kan tolkas mer brett som en av reaktionerna mot styrfilosofin NPM. En mer formaliserad roll för kunskapsstyrningen innebär att den medicinska kunskapsgrunden kommer tillmätas större betydelse i vårdens styrning relativt ekonomiskt grundade styrmedel, menar man.

Bredden i de bakomliggande ambitionerna med styrningen återspeglas när vi granskar de ingående delarna i Nationellt system för kunskapsstyrning. En vanlig beskrivning är att kunskapsstyrningen inbegriper de tre fokusområdena kunskapsstöd, uppföljning och analys, samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap (www.kunskapsstyrningvard.se).¹⁹ Kunskapsstöd handlar till stor del om central riktlinjeproduktion, vilket ryms inom den hierarkiska logiken. Uppföljning och analys kan avse regelefterlevnad, men har inom Nationellt system för kunskapsstyrning framför allt utvecklats på en mer aggregerad nivå, utifrån bland annat kvalitetsregisterdata.²⁰ Öppna jämförelser kan associeras med en marknadslig styrlogik såtillvida att mått och indikatorer förutsätts utgöra grund för rationella val eller prioriteringar (jfr Krohwinkel m fl 2019). Stöd till lokal verksamhetsutveckling ligger nära idén om systematiskt kvalitetsarbete, vilket med sin betoning på kontinuerligt kollegialt lärande ofta kopplas till en nätverkslogik. Stödet kan dock utformas på olika sätt med varierande betoning på ”hårda drivkrafter” som mätning och uppföljning, alternativt ”mjuka drivkrafter” som engagemang, deltagande och relationsbyggande (jfr Palmberg & Palmberg Broryd 2014). Här återstår det

¹⁹ Det är värt att betona att Nationellt system för kunskapsstyrning endast producerar frivilliga former av styrning inom alla tre fokusområdena (till skillnad från exempelvis bindande regler från myndigheter och obligatoriska rapporteringskrav från huvudmännen). Det har föranlett interna diskussioner om de kunskapsunderlag som produceras ska omtalas som styrande, eller snarare som stödjande eller vägledande (ref Vägledning kunskapsstöd). I teoretiskt hänseende utgör både tvingande bestämmelser och valbara rekommendationer ”styrning” av olika styrka, varför vi använder samtliga begreppen här.

²⁰ Ett uttryck för detta är att uppdragen för nuvarande samverkansgrupp för uppföljning och analys och samverkansgrupp för nationella kvalitetsregister slås samman från början av 2022.

ännu att se vilka val de lokala programorganisationerna inom Nationellt system för kunskapsstyrning kommer att göra.

I praktiken är de flesta intervjuade överens om att de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen utgör det mest konkreta och välkända styrverktyget från Nationellt system för kunskapsstyrning. Det kan bero på att arbetsprocesserna för framtagande och publicering är välutvecklade, men också på att liknande styrverktyg (standardiserade vårdförlopp) sedan länge tillämpas med bred acceptans inom i synnerhet cancerområdet. Flera respondenter påpekar även att den statliga finansieringen av förloppen, som ges inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och SKR om en sammanhållen, säker och jämlik vård, har bidragit till deras prioritet inom Nationellt system för kunskapsstyrning såväl som synlighet externt.²¹

Kunskapsutbytet och relationsskapandet mellan specialister beskrivs av många intervjuade som en sidoeffekt av den mer standardiserade kunskapsproduktionen, medan andra beskriver detta som ett huvudmål i sig. Oavsett orsakskedjan så anser merparten de intervjuade att de nätverk och kommunikationskanaler som byggts upp förtjänar att lyftas fram som ett av de viktigaste resultaten hittills av etableringen av Nationellt system för kunskapsstyrning. Storleken på grundfinansieringen är en av de externa styrkomponenter som påverkar avvägningen mellan nätverksaktiviteter och aktiviteter med mer formella outputs på ett övergripande plan. Inom de operativa arbetsgrupperna upplever några respondenter dock att inriktningen mot produktion av kunskapsunderlag har skett på ett närmast rutinmässigt sätt. I ett medskick inför 2022 års verksamhetsplanering betonas behovet av en förstärkt initial analys och bedömning av om ett vårdförlopp/vårdprogram är den mest ändamålsenliga insatsen inom det aktuella vårdområdet, eller om det finns alternativa styrverktyg att överväga.²² Motsvarande avvägningar kring ett fokus på implementering av färdiga riktlinjer kontra mer flexibelt nätverkande kommer behöva göras på lokal nivå.

Utöver att ta fram klinisk vägledning, uttrycker några respondenter en förhoppning om att Nationellt system för kunskapsstyrning även ska kunna stärka den medicinska kunskapens betydelse för annan, mer övergripande styrning av hälso- och sjukvården. Några regioner har exempelvis börjat föra lokala diskussioner kring kopplingen mellan kunskapsstyrning och avtalsstyrning, där exempelvis indikatorer på följsamhet till vårdförlopp skulle kunna utgöra underlag för ersättning till vårdgivare. Det finns dock inga centrala processer där man i dagsläget arbetar med detta. Snarare beskriver

²¹ Även om produktionsförutsättningarna varit goda, så är det förutsättningarna för mottagande bland vårdprofessionella och tillämpningen i faktiska vårdssituationer som kommer bli avgörande för styreffekterna. Bland annat behöver risken för uppmärksamhetssträngsel mot andra former av styrning beaktas. Detta är aspekter som vi kommer titta närmare på i projektets fas 2.

²² Utifrån ett organisationsvetenskapligt perspektiv är det både möjligt och troligt att de olika styrformerna som kunskapsstyrningen inbegriper passar olika bra (är ändamålsenliga) för olika delar av vården. Detta belyses mer ingående i avsnittet om systemsyn.

flertalet intervjuade att Nationellt system för kunskapsstyrning medvetet avgränsat sig bort från organisations- och ledarskapsfrågor, då dessa anses ligga inom ramen för det kommunala självstyret och dessutom inte kan evidensbaseras med de metoder som utgör kunskapsstyrningens kärna (jfr. tidigare avsnitt om Kunskap och kunskapsproduktion).

System och systemsyn

När ”hälso- och sjukvårdssystemet” omtalas lekmannamässigt är det ofta en synonym för sektorn i stort med alla dess ingående aktörer. Den teoretiska definitionen av system har dock en något annan innebörd, som beskrivs nedan.

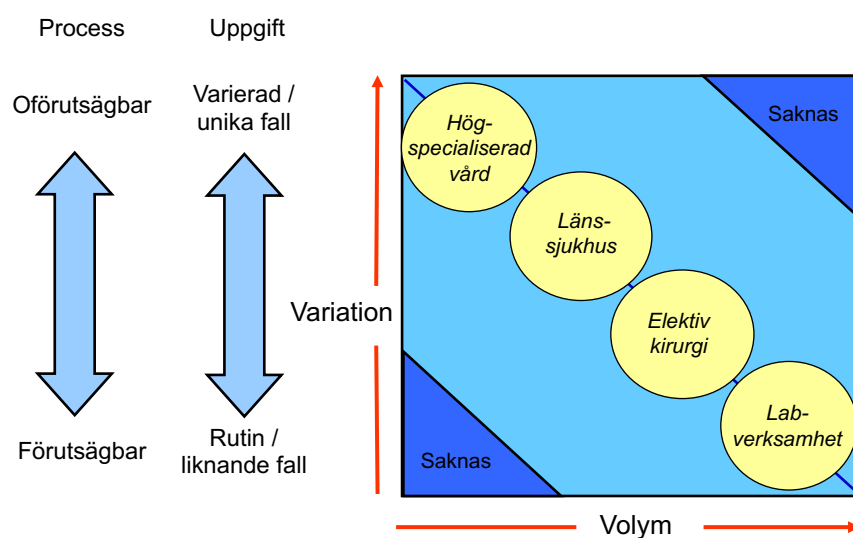
Systemsynsättet inom organisationsforskningen bygger på komplexitets- och systemteori och appliceras vanligtvis på samhällsproblem och -sektorer där flertalet aktörer av olika slag gemensamt bidrar till utfallet över tid. Ett systemperspektiv tar avstamp i verklighetens komplexitet och utgår från alla företeelser är sammanlänkade och påverkar varandra ömsesidigt. Fokus riktas mot det relationella i systemet, snarare än individuella prestationer och resultat. Genom sin samverkan skapar enskilda komponenter i ett system något större än vad de olika delarna i sig själva tillför. Om systemet ger upphov till svaga eller oönskade resultat söks förklaringar ofta i det sätt på vilket systemet uppmuntrar eller hindrar aktörer från att interagera (Quist & Fransson 2014).

Genom att betrakta offentlig verksamhet som system snarare än en uppsättning enskilda organisationer eller enheter, är avsikten alltså att flytta uppmärksamheten till helheten och kopplingarna mellan systemets olika delar samt möjliga orsakssamband (SOU 2013:40). Inom hälso- och sjukvården lyfts helhetssyn och systemansats exempelvis fram som nödvändigt för att lösa nuvarande problematik kring samordning av vård och omsorg om äldre och andra med behov av insatser från flera vårdgivare samtidigt. Omvänt så förklaras svaga effekter eller kort varaktighet i förändringsprojekt ofta med att man förbisett att ta hänsyn till systemet kring försöket – det vill säga att beroendet av andra aktörer är bristfälligt beaktade.

I synsättet ligger samtidigt en kritik mot traditionella antaganden om enkla samband, till exempel tron på en tydlig och linjär styrkedja. Det betyder inte att system är totalt ostyrbara. Ett syfte med systemsynsättet är snarast att öka sannolikheten för att styr- och utvecklingsambitioner formuleras på ett ändamålsenligt sätt och får önskade konsekvenser (cf. Stacey 1996). För att åstadkomma detta behöver man dock komma vidare från det slentrianmässiga konstaterandet att ”allt är komplext”, och sätta fokus på att sortera och se skillnaderna mellan olika typer av verksamheter och behov inom ett uppdragsområde. Forskning som tillämpar systemteori för att ta fram modeller för produktionsplanering (operations management) inom hälso- och sjukvården har exempelvis konstaterat att vårdverksamhet rymmer allt från enkla till komplexa uppdrag, och att organiseringen behöver se olika ut beroende på sammanhang och förutsättningar.

En sådan modell presenteras av Slack m fl (2013), som tittar specifikt på matchen mellan verksamhetslogik och möjligheterna att uppnå effektivitetsvinster genom standardisering. Här konstateras att organisering utifrån vårdprocesser knutna till specifika medicinska tillstånd som har standardiserats på en övergripande nivå kan vara

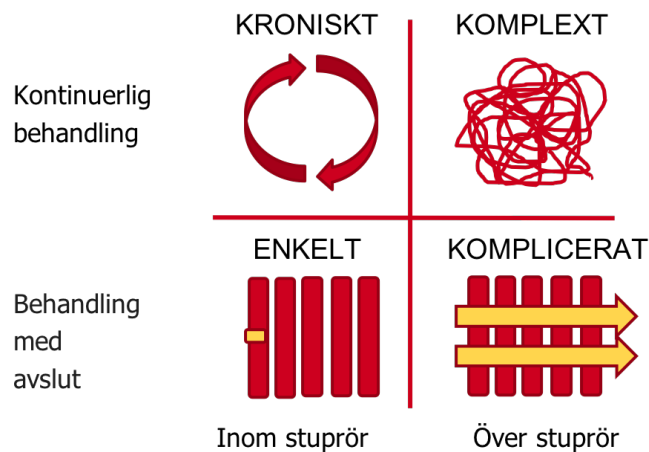
funktionellt för vissa avgränsade delar av vården som består av aktiviteter med höga volymer, relativt låg variation och ett förutsägbart förlopp. Här finns det tillräckligt många och tillräckligt lika patienter för att fördelarna med en standardiserad flödesorganisering ska överväga dess nackdelar. I verksamheter som präglas av stor variation, där varje patienttillstånd är unikt, skulle flödet behöva justeras vid varje tillfälle och organisering utifrån vårdprocesser blir därmed mindre ändamålsenligt.²³



Figur 2. Vårdprocesser utifrån grad av variation och volym. Källa: Slack m fl (2013), egen bearbetning.

Ett annat exempel på tillämpad systemteori inom hälso- och sjukvården är LHC:s fyrfältare, som definierar olika patientgrupper utifrån tidsperspektivet i de insatser dessa är i behov av, samt antalet enskilda vårdgivare som behöver involveras för att tillgodose behoven. Matrisen illustrerar hur olika kombinationer av dessa parametrar resulterar i organisatoriskt enkla, komplicerade, långvariga respektive komplexa vårdbehov.

²³ Problem med att standardisera flöden på en övergripande nivå utesluter dock inte att man kan skapa lokala lösningar med mer effektiva arbetsrutiner utifrån behoven hos de patienter som ska vårdas. Lokala lösningar försvårar samtidigt en central uppföljning utifrån till exempel diagnos. Här behöver avvägningar göras mellan lokalt utvecklade kvalitet och behoven av enhetlighet i systemet.



Figur 3. Fyra behovsgrupper inom hälso- och sjukvården som ger olika förutsättningar för styrning. Källa: LHC, 2016.

Ramverket används för att synliggöra vilka olika krav på tillgänglighet, kontinuitet och samordning som olika behovsgrupper ställer, samt hur många och vilka slags kontakter och relationer som därmed behöver etableras mellan vårdgivare. Det kan understödja diskussioner kring vilken typ av vårdinsatser som är ändamålsenliga för vilka patientgrupper.²⁴ Det kan också visa på bristande koherens mellan hur dagens hälso- och sjukvård är organiserad och styrs, och möjligheterna att på ett effektivt och högkvalitativt sätt tillgodose olika målgruppers behov.

Systempåverkan i kunskapsstyrningen

En vanlig uppfattning som lyfts i våra intervjuer är att Nationellt system för kunskapsstyrning är etablerat med ett systemperspektiv som utgångspunkt. Med det menas framför allt att det övergripande syftet – att skapa förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet – inte sätter upp några begränsningar i vilka vårdområden eller behovsgrupper som adresseras. I den bakomliggande rekommendationen finns inte heller någon inriktning mot särskilda problemområden angivet, utan ”nationella programområden tillsätts utifrån vad som bedöms ge förutsättningar för en effektiv kunskapsstyrning för hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet”. I praktiken har detta inneburit att NPO:er bildats med utgångspunkt i etablerade medicinska specialiseringar, som bygger på att sjukdomar delas upp utifrån de organ i kroppen där de förekommer.²⁵ Valet beskrivs som pragmatiskt orienterat och få respondenter känner till om gruppindelningen föregåtts av några analytiska diskussioner kring alternativ.

²⁴ Gällande digitala vårdlösningar, se Krohwinkel 2017; om nära vård-insatser, se LHC/SKR 2020; om hur styrverktyg behöver anpassas för att stödja de olika gruppernas vårdprocesser, se Krohwinkel m fl 2019; om vilken typ av risker och fel som kan förväntas inom de olika vårdprocesserna, se Krohwinkel & Winberg 2019.

²⁵ I huvudsak har den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10-SE använts.

En andra observation rör inriktningen på och innehållet i de personcentrerade sammanhållna vårdförlopp som enligt många av de vi pratat med utgör en central produkt av många av NPO:ernas arbete. I överenskommelsen mellan staten och SKR där finansiering för framtagande av förloppen ingår, definieras en rad kriterier för vad dessa ska omfatta: ”Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, uppföljning och rehabilitering, då detta är relevant. De personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp som tas fram ska kunna [...] inbegripa flera specialiteter; starta i primärvården och vid behov innefatta socialtjänstinsatser; innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar; och främja hälsa i hela förloppet” (Socialdepartementet & SKR 2022).

Här uttrycks alltså en mycket bred ambitionsnivå där styrmedlet vårdförlopp förväntas kunna användas betydligt vidare än för diagnosspecifikt omhändertagande. De intervjuade beskriver dock att riktlinjearbetet i praktiken kommit att inriktas i första hand mot kvaliteten på vården inom enskilda sjukdomstillstånd, snarare än helhetsorienterad vård när det gäller exempelvis multisjuka patienter (jfr även Vårdanalys 2021). Och även om det är teoretiskt möjligt att omfatta allt från diagnosticering till eftervård i ett förlopp, så har den övervägande delen av de publicerade förloppen fokus på utredning av nydebuterade symptom, alltså fasen fram till dess att en initial diagnos etablerats. I termer av de behovsgrupper som definieras i figur 3 ovan så placerar merparten av respondenterna alltså in förloppen i de nedre två rutorna.

Flera olika förklaringar nämns av de intervjuade till varför framtagna förlopp har fått ett snävare fokus än vad finansiären önskar sig. En vanlig förklaring handlar om hur kunskapsproduktion och -sammanställning i praktiken sker, och att det är lättare att ta fram evidens för hantering entydiga och linjära tillstånd (Sager & Pistone 2019). Det övergripande syftet med förloppen är, enligt det standardiserade försättsblad som tagits fram, ”att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling”. Här upplever många av de inblandade att tidsaspekterna i insatsflödet inom den utredande enheten haft prioritet över potentiellt mer tidskrävande åtgärder som etablering av kontakter till andra vårdgivare.

En annan förklaring till vårdförloppens snäva fokus är att tillämpningen i vårdverksamheterna förväntas gå smidigare då man kan bygga vidare på tidigare flödesarbete som i hög grad skett specialistorienterat (jfr Krohwinkel m fl 2019). Även uppföljningen av vårdförloppens införande blir enklare om man kan bygga på etablerade sjukdomspecifika indikatorer som förekommer i existerande kvalitetsregister.²⁶ Liknande

²⁶ Den stora merparten av indikatorerna som ligger till grund för uppföljning av de enskilda vårdförloppen består i dag av processmått. De flesta av vårdförloppen som beslutades under 2020 har också lämnat förslag på indikatorer som på något sätt mäter utfall. De är i princip uteslutande av medicinsk karaktär. För reformens övriga mål – personcentring, tillgänglighet och effektivitet – saknas i stor utsträckning indikatorer (Vårdanalys 2021, s. 142).

argument lyfts för varför det är svårt att inbegripa preventiva insatser i förloppen (jfr LHC/SKR 2020 om utmaningarna att följa upp insatser som syftar till att minska vårdkonsumtionen).

Vi noterar att även om de flesta av de vi intervjuat för nyanserade diskussioner kring möjligheterna respektive svårigheterna att ta fram och tillämpa vårdförlopp inom olika slags vårdverksamheter, så har vi inte hittat någon problematisering av den övergripande ändamålsenligheten i styrverktyget varken i överenskommelsen eller i kunskapsstyrningens formella underlagsdokument. Många respondenter uttrycker sig som att man ”har börjat med det enkla och kommer ta det andra senare”.²⁷ Ett fåtal intervjuade ställer sig tvekan till om vårdförlopp även kan adressera komplexa problem och behovsbilder. Framför allt intervjuade med primärvårdskoppling lyfter att den typen av standardisering som vårdförloppen innebär riskerar att leda till undanträngningseffekter, där patienter som inte passar i den sjukdomsspecifika mallen hamnar mellan stolarna. Några vi talat med nämner den utredning som Vårdanalys (2021) nyligen gjort kring kunskapsläget kring standardiserade vårdförlopp, där det lyfts att effekterna är oklara samtidigt som förloppen kan begränsa vårdpersonalens handlingsutrymme och bidra till en ökad administrativ börda. Kring dessa aspekter behövs mer kunskap och systematik i kunskapsstyrningens arbete framöver, menar man.

Några intervjuade antyder att matchningen mellan verksamhetslogik och de styrverktyg som används har börjat diskuteras på ett mer informellt plan inom Nationellt system för kunskapsstyrning. I samband med verksamhetsplaneringen inför 2022 har man uttryckligen poängterat vårdförlopp bara är en möjlig produkt som ett NPO kan sikta mot. Det har också nyligen publicerats kunskapsstöd som, trots att de tagits fram inom arbetsprocessen för vårdförlopp, har ett bredare fokus och tillämplighet. Det exempel som flertalet intervjuade nämner här är den så kallade ”Generiska modellen för rehabilitering”, som ska kunna användas oavsett hälso- och funktionstillstånd, diagnos och patientgrupp. Målgruppen är de nationella arbetsgrupper som utvecklar vårdförlopp för olika hälsotillstånd, och syftet med modellen är att förenkla inkludering av mer långsiktiga åtgärder som involverar fler aktörer i förloppen.

Några respondenter reflekterar kring om utveckling av ”add-ons” till vårdförloppen kan vara en intressant möjlighet även på andra tvärgående områden som är svåra att få med inom ramen för den diagnosspecifika kunskapsproduktionen. Ett exempel skulle kunna vara hur olika aspekter av nära vård kan inbegripas (se vidare vår fallstudie senare i rapporten). Andra ställer sig tvekan till om tillägg av fler riktlinjer inom ramen för samma mall kan lösa problemet med varierande tillämplighet för standardiserade förlopp. Det kan behövas mer dynamiska typer av verktyg eller stöd som i högre grad

²⁷ Detta anges även uttryckligen på försättsbladet till de mer nyligen publicerade vårdförloppen: ”För några av de första vårdförloppen görs avgränsningar i hur stor del av vårdkedjan de omfattar. Ytterligare delar av vårdkedjan bearbetas och presenteras då framöver.”

betonar kontaktskapande och relationsbyggande mellan olika vårdaktörer kring en patient, snarare än ordningen på specifika åtgärder. Man lyfter dock att det i dagsläget är oklart i vilken mån vårdförlopp och andra typer av kunskapsstöd faktiskt kan bidra till ökad samverkan och kontinuitet (jfr Vårdanalys 2021).

En diskussion som vi fört med några av de intervjuade rör den bredare frågan hur vårdförlopp, och kunskapsstyrningens arbete i allmänhet, förhåller sig till hälso- och sjukvårdens nuvarande organisationsstruktur. De flesta verkar överens om att det i arbetet inom Nationellt system för kunskapsstyrning inte ingår att föreslå hur en förändrad organisation mer ändamålsenligt skulle kunna möta olika vårdbehov. Kunskapsproduktionen och kunskapsinnehållet rättar sig efter etablerade specialistområden, vårdnivåer och organisationsenheter (ibland benämnda som stuprör). Kunskapsstyrningen följer också de vedertagna avgränsningarna av hälso- och sjukvårdssystemet utåt. Även om några kunskapsunderlag föreskriver kontakter med ”externa” aktörer inom välfärdssystemet så är det vårdproducenter med regionalt huvudmannaskap som är aktiva mottagare av styrningen. Kommuner har hittills inte integrerats annat än som representanter i enskilda arbetsgrupper, trots att det fanns en uttrycklig ambition i rekommendationen att ”hitta former för kopplingen till det gemensamma arbetet med kommunerna” (SKR 2017). Vissa respondenter menar att det kommer vara svårt få in omsorg och bredare hälsokunskap som integrerade delar i vårdförloppen så länge kunskapsstyrningens organisation speglar rådande uppdelningar inom vård- och omsorgssystemet.²⁸

En sista punkt rör hur kunskapsstyrningen förhåller sig till medicinsk, teknologisk och organisatorisk utveckling inom systemet. Detta diskuteras av de intervjuade främst i termer av att hitta arbetsprocesser för kontinuerlig uppdatering av publicerade kunskapsstöd i och med att ny evidens genereras. Vi uppfattar att annan typ av innovation inom hälso- och sjukvårdssystemet inte varit ett fokusområde hittills.²⁹ Hur Nationellt system för kunskapsstyrning ska förhålla sig till bredare utvecklingstrender såsom omställningen mot nära vård, utvecklingen av digitala vårdformer och politiskt motiverade ”satsningar” inom strategiska vårdområden (precisionsmedicin mm) är mycket sparsamt berört. Våra fallstudier om nära vård samt hanteringen av coronapandemin syftar till att kasta ljus på några av de relevanta frågorna (se vidare rapportens del tre.)

²⁸ Statskontoret (2018) drog liknande slutsatser i sin utvärdering av verksamheten inom Rådet för styrning med kunskap. Man konstaterade att Rådet initiala ambitioner att integrera socialtjänsten och hälso- och sjukvården inte på motsvarande sätt realiserats i arbetsprocesser och produkter.

²⁹ En Nationell samverkansgrupp för forskning och life science har etablerats. Enligt www.kunskapsstyrningvard.se är det huvudsakliga uppdraget att klargöra forskningens roll i kunskapsstyrning, samt se till att forskningens resultat blir integrerat i nationella programområden.

Nationellt, regionalt och lokalt

Enligt Nationalencyklopedin betyder begreppet nationellt ”sådan som en nation, alltså ett land, gör eller har på egen hand, exempelvis ett nationellt försvar. Det kan också avse det som man tycker är typiskt för ett folk i ett land. Slutligen kan nationellt betyda sådant som gäller för hela landet.”

Inom statsvetenskapen används begreppet nationellt ofta för att avgränsa styrformer och politiska processer inom ett land från sådana som berör flera länder – motsatsen är alltså det internationella. Nationellt sätts dock ofta även i motsats till lokalt och synliggör då det inom organisationsvetenskapen klassiska dilemmat mellan centralisering och decentralisering av beslut, exempelvis inom offentlig förvaltning. Diskussionen om huruvida kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården bäst bedrivs ”top-down” eller ”bottom-up” (Fernler 2012) är ett exempel på detta. Nationellt motsvarar i detta sammanhang centralt utformad styrning och/eller ansvar som utgår från staten eller nationella myndigheter. Det lokala innefattar då kommuner och regioner som huvudmän, men även kan avse ledarskap, initiativ och ansvarstagande på den operativa verksamhetsnivån. Till exempel har debatten om lämplig detaljeringsgrad i styrningen av vårdverksamheter förts huvudsakligen i spektrat mellan centralt utformade riktlinjer och professionell autonomi i vårdverksamheten (se även avsnittet om Styrlogiker och verktyg).³⁰

Fördelar med centralstyrning som ofta nämns i litteraturen är en större överblick och bättre möjligheter till jämförelser mellan områden/verksamheter. Styrningen kan då rikta in sig på att sätta en lägstanivå eller säkra likabehandling. Centralstyrning ger även möjlighet till prioritering mellan områden på övergripande nivå, vilket anses kunna leda till effektivisering i systemet som helhet. Att regler och rekommendationer är lika över hela landet anses ge stabilitet och förutsägbarhet för de verksamheter (eller medborgare) som styrningen avser. Slutligen anses centralstyrning ofta ge stordriftsfördelar i beslutsfattandet, samt möjligheter till bättre underbyggda beslut då utredningsresurserna i den centrala förvaltningen antas vara större (Entreprenörskapsforum/LHC/Fores 2016). För att centralstyrning ska få önskad effekt underlättar det om mottagarna är någorlunda lika. Om utförarorganisationerna däremot är olika till sin karaktär, och de dessutom skiljer sig åt vad gäller mognadsgrad och mottaglighet för förändringar, kan i realiteten en variation i hur valda lösningar implementeras

³⁰ En viktig insikt från organisationsforskningen är att det krävs olika slags styrningsunderlag för att fatta beslut och främja utveckling på central respektive lokal nivå. Att de data som är relevanta att agera på centralt respektive lokalt skiljer sig i aggregeringsnivå, detaljeringsgrad och tidskritiskhet är relativt välkänt. Mer sällan problematiseras de risker som uppstår när användningen av data avviker från syftet då de samlades in. Ett exempel ges i Riksrevisionens granskning av svenska kvalitetsregister (Riksrevisionen 2013), som beskriver hur det ursprungliga syftet med registren – lokal kvalitetsutveckling utifrån enskilda klinikers behov – i många fall kommit i skymundan samtidigt som det sekundära syftet – styrning och uppföljning – har stärkts. Man problematiserar motivationseffekter av att data som samlats in för beskrivande ändamål lyfts upp för styrning uppifrån, och konstaterar bland annat att täckningsgraden är direkt beroende av att vårdpersonalen ser datan som fortsatt användbar för lokalt kvalitetsarbete.

sällan undvikas. En annan risk med centralstyrning är att beslutsfattarna ersätter lokal-känedom med detaljerade regler och uppföljningar som hämmar situationsanpassade lösningar och innovation (Fernler 2012).

Fördelar med lokalt utformad styrning är att besluten kan anpassas till de lokala förutsättningarna avseende exempelvis befolkningsunderlag, geografi och utförlanslandskap (inom vården även: typ av processer/patientbehov, jfr avsnittet om System och system-syn). Ett vanligt argument för lokal styrning är att legitimiteten kan öka när besluten fattas av politiker och tjänstemän som är nära medborgarna, eller av chefer nära verksamheten. En annan viktig aspekt är att besluten och även återkopplingen ofta går snabbare på det lokala planet. Därmed kan det gå fortare att genomföra något, och även att rätta till mindre lyckade lösningar. Lokal styrning kan dock leda till stora skillnader inom systemet, exempelvis mellan olika delar av landet, vilket kan uppfattas som ojämlikhet. En annan nackdel som lyfts är att decentralisering ibland genomförs så att den lokala nivån ges inflytande utan att behöva ta ansvar, eller tvärtom, ges ansvar utan att kunna utöva inflytande (Rothstein 2010).³¹

Om man ser till den empiriska verkligheten är dikotomin centralt/lokalt överförenklad, och de flesta välfärdssystem styrs de facto genom en mix av olika styrformer från aktörer på flera olika nivåer. Forskare med fokus på svensk hälso- och sjukvård har uttryckt det som att systemet är polycentriskt (Karlsson & Lundbäck 2021) och karakteriseras av mångfaldig styrning (Helgesson 2012). Praktiskt innebär det att styrförsök med olika avsändare som stat, myndigheter, regioner och kommuner, verksamhetsledningar, bransch- och professionsföreningar, med mera pågår samtidigt och parallellt. Här ingår det regionala huvudmannaskapet inom hälso- och sjukvården som ett av mellanleden.

Statsvetare har noterat att samtidigt som flernivåmodellen ofta kritiserats för rörlighet, så är det vanligt förekommande att politiker, tjänstemän och utredare föreslår att utöka antalet parter som ges inflytande över olika genomförandeprocesser (Rothstein 2010). Speciellt i samband med strategiska satsningar är det vanligt att nya organisationer skapas för att arbeta fokuserat med ett nytt uppdrag. Rothstein menar att detta inte självklart leder till ökad tydlighet och effektivitet, speciellt om organisationen i fråga har svaga befogenheter att de facto besluta om införandet. Andra forskare har dock argumenterat för att det finns många fördelar med modellen där en mångfald av organisationer har intresse och inflytande över samma fråga. En fördel att det blir mer transparens kring vilka olika perspektiv och värdeavvägningar som en viss fråga

³¹ I båda fallen leder et till en särkoppling mellan formella och reella mandat (jfr Brunsson 2003). Ett exempel på detta är när utökat ansvar för en enhet inte åtföljs av motsvarande budgetmedel. Ett annat exempel skulle kunna vara processer för medborgarinflytande som utvecklas utan att centrala beslutsprocesser förändras för att systematiskt ta de insamlade åsikterna i beaktande.

inrymmer. Om dessa avvägningar görs inom en och samma nationella myndighet – eller annat statligt organ – finns risk att de osynliggörs för extern insyn (jfr Helgesson 2012).

Liknande argument återfinns bakom den svenska förvaltningsmodellen och den samverkan mellan kommuner och regioner som sker inom ramen för SKR och inom de sex sjukvårdsregionerna. En bärande tanke i samverkansmodellen är att dra nytta av den centrala överblicken, samtidigt som skillnader i hur olika huvudmän väljer att organisera sin verksamhet ska kunna leda till erfarenhetsutbyte och lärande. Under senare decennier har förstärkt nationell samordning kommit att föreslås som ett svar på alltför många frågor inom välfärdssektorerna, då det ses som en mellanväg för att reducera rörligheten i flernivåstyrningen och samtidigt behålla perspektivseende och lokal förankring (jfr. SOU 2011:65). En kritik mot modellen är att den bygger på uppdragsfördelning i flera led, vilket kan försvåra ansvarsutkrävande och insyn.

Beslutsnivåer i kunskapsstyrningen

Nationellt system för kunskapsstyrning är ett exempel på förstärkt samordning inom kunskapsproduktion och -spridning som bland annat motiveras av behovet att minska skillnader i utfall och öka jämlikheten i den hälso- och sjukvård som erbjuds över landet. Som beskrivits i bakgrundshistorien har etableringen föregåtts av flera tidigare nationella satsningar inom kunskapsstyrningens område, men då i huvudsak genom uppdrag till myndigheter, i form av myndighetssamarbeten eller genom överenskommelser mellan staten och de regionala huvudmännen representerade genom SKR. Nationellt system för kunskapsstyrning skiljer sig från sina föregångare såtillvida att etableringen och utbyggnaden av kunskapsstyrningsorganisationen kommit till genom en regiongemensam rekommendation, utan direkt inblandning av staten. Även SKR har en jämförelsevis nedtonad roll som stödfunktion till Nationellt system för kunskapsstyrning snarare än som huvudaktör/avtalspart.³²

Det faktum att Nationellt system för kunskapsstyrning har ett oprövat mandat och att organisationen är i utvecklingsfas har öppnat upp för breda ambitioner och förhoppningar kring vad ”den nya kunskapsstyrningen” ska åstadkomma i hälso- och sjukvårdssystemet. I våra intervjuer formuleras syften och mål på flera olika nivåer och led, från den nationella arenan till det enskilda vårdmötet. Som vi beskrivit i tidigare avsnitt inbegrips flera olika slags arbetsprocesser, från central riktlinjeproduktion

³² Av våra intervjuer framkommer dock att SKR:s roll inom Nationellt system för kunskapsstyrning inte är tydligt kommunicerad externt, och även är föremål för interna diskussioner. Flertalet intervjuade på verksamhetsnivån uppfattar det som att ”SKR driver kunskapsstyrningen”. Flertalet respondenter som har den formella ansvarsuppdelningen klar för sig beskriver att de uppgifter som utförs eller förväntas utföras av SKR:s kansli successivt har utökats i och med att Nationellt system för kunskapsstyrning byggts ut. Frågan om en lämplig resurssättning av kansliet framöver är en av de frågor som Lumell Associates utreder inom ramen för framtagandet av en långsiktig utvecklingsplan och finansieringsram för kunskapsstyrningssystemet.

till professionellt nätverkande och lokalt kvalitetsarbete. Processerna förväntas inkludera en mångfald av aktörer, men även leda till en ny roll för Nationellt system för kunskapsstyrning som aktör i sin egen rätt.

Några intervjupersoner med lång erfarenhet upplever att en utveckling har skett över tid i den roll som eftersträvas. Man beskriver det som att ”först var det regionernas gemensamma struktur, men nu är det ett nationellt system”. Denna semantiska justering – som även återspeglas i det formella namnet – kan tyckas marginell, men kan även ses som en indikation på vilka arbetsprocesser som fokuseras internt. I linje med detta beskriver flertalet av respondenterna att det är den centrala organisationsnivån med nationella programområden och samverkansgrupper som hittills har fått mest resurser och uppmärksamhet, medans uppbyggnaden av de regionala och lokala motsvarigheterna ses som ett senare steg i etableringen.

En konsekvens är att gemensamma och allmängiltiga processer i kunskapsstyrningsarbetet har kommit att betonas över de lokala processerna. Konkret betyder det att samverkan i första hand sker kring de två delkomponenterna framtagande av kunskapsstöd och stöd till uppföljning, med standardisering, öppna jämförelser och aggregerad analys i fokus. Detta har en hierarkisk implikation i det att de nationella grupperingarna uppfattas som kunskapsproducenter, medan vårdverksamheterna beskrivs som mottagare. Komponenten stöd till lokal kvalitetsutveckling och förändringsledarskap beskrivs som fortsatt viktig, men förväntas i högre grad tillgodoses av huvudmännen separat (jfr rapportens del ett om olika perspektiv på kunskapsstyrning, där top-down-perspektivet bara är ett av flera möjliga synsätt.)

Att det nationella i kunskapsstyrningen har kommit att betonas får även konsekvenser för vilka externa samarbetspartners som ses som centrala. Många intervjuade lyfter fram att Nationellt system för kunskapsstyrning har lyckats bli en motpart eller samtalspartner till de nationella myndigheterna (framför allt de myndigheter som ingår i det så kallade Partnerskapet). Man beskriver att personliga relationer har byggts upp mellan NPO-representanter och myndighetstjänstemän, främst vid Socialstyrelsen. Det har blivit lättare för regionerna att utse och tillsätta experter i olika regeringsuppdrag, och NPO:erna har blivit en naturlig ingång för externa intressenter som söker specialistkunskap inom ett visst sjukdomsområde. I de flesta fall beskrivs upparbetade samarbeten och efterfrågan på den nationella/centrala nivån. Vissa respondenter beskriver även en ökad lokal och/eller verksamhetsnära efterfrågan på expertis och stöd, som verkar öka i och med att vårdförlopp publiceras inom olika verksamhetsområden.

Samtidigt som en stor del av arbetet hittills koncentrerats centralt, så beskriver många respondenter att Nationellt system för kunskapsstyrning eftersträvar en ”nischning” där de framtagna kunskapsstöden tydligt ska rikta sig till vårdprofessionella som möter patienter i klinisk verksamhet. Riktlinjer och vårdprogram från Socialstyrelsen uppfattas i jämförelse mer ha karaktären av ledningsstöd på huvudmannanivå, medan

kunskapssammanställningar från SBU ses som forskningsnära produkter som kan användas som underlag till riktlinjeproduktion, men har begränsad tillämpbarhet direkt i vårdpraktiken.

Förutom att innehållet i kunskapsstöden alltså till viss del skiljer sig, så förväntas den lokala programorganisation som är under uppbyggnad inom Nationellt system för kunskapsstyrning också ge en komparativ fördel gentemot myndigheterna i implementeringen. Flera intervjuade tror också att rekommendationerna från Nationellt system för kunskapsstyrning kommer bli både mer användarvänliga och bättre förankrade i klinisk praktik som följd av konstruktionen där medicinska experter är ”utsända” av sina regioner (snarare än att de arbetar i egen regi eller som representanter för professionsföreningar).³³ Några intervjuade uttrycker dock tveksamheter kring organisationsmodellen och menar att systemet är stort om man ser till antalet undergrupper, samtidigt som det är litet om man ser till storleken på varje enskild gruppering (normalt en ordförande, en representant från varje sjukvårdsregion plus processledare). Detta beskrivs som en medveten avvägning för att få beslutskraft centralt, men kan medföra svårigheter för vissa gruppledamöter att få gehör lokalt.

En ytterligare reflektion kring beslutsnivåer i kunskapsstyrningen som flera av respondenterna lyfter rör kopplingarna till den politiska nivån. Sammanfattningsvis framstår dessa som vaga och i behov av förtydliganden på flera plan. Intervjupersoner inom Nationellt system för kunskapsstyrning uttrycker tveksamheter kring hur man ska förhålla sig till politiska prioriteringar som inte är grundade i medicinsk evidens. Ett exempel som återkommer är utfästelser om utökade screeningprogram inom olika sjukdomsområden utan att den medicinska nyttan är belagd. Ett par respondenter reflekterar kring det faktum att en lägre andel av regiondirektörerna idag har en medicinsk bakgrund, och funderar på hur det kan påverka möjligheterna för kunskapsstyrningen att få genomslag i politiken.

Flera intervjupersoner med erfarenhet eller pågående arbete på politisk nivå är å sin sida bekymrade för att de nationella programområdena har både initiativ- och beslutanderätt för riktlinjeproduktion inom sina respektive områden. Farhågor lyfts att helhetsperspektivet kan gå förlorat då varje gruppering arbetar relativt fristående utifrån huvudsakligen medicinska kriterier, vilket främjar ambitionshöjande och kostnadsdrivande drivkrafter som kan bli svåra att sammantaget hantera inom ramen för nuvarande hälso- och sjukvårdsbudgetar. Värt att notera här är att Nationellt

³³ Hur detta ser ut i praktiken kommer vi att titta närmare på i fas 2 av vår studie, som fokuserar på hur kunskapstillämpningen sker. Flertalet respondenter även på central nivå uttrycker dock farhågor kring att en stor och växande nationell struktur med tillhörande standarder och mallar för det lokala arbetet kan komma att uppfattas mer som en administrativ överbyggnad än som ett stöd. Man uttrycker att verksamhetsutveckling lokalt riskerar att glömmas bort i systemet, då feedbacklooparna är normalt långa mellan lokala resultat och central riktlinjeproduktion. Man ser också risker för uppmärksamhetssträngsel och resursknapphet då kunskapsstyrningen ska samsas med andra utvecklingsinitiativ som kräver lokal framdrift (jfr även fallstudien om nära vård senare i denna rapport).

system för kunskapsstyrning inte har mandat eller arbetsprocesser på plats för att göra prioriteringar mellan vårdområden. Dessa så kallade horisontella prioriteringar sker idag på olika sätt lokalt hos huvudmännen, samt i vissa fall nationellt då det gäller högspecialiserad vård.³⁴

En orsak till kunskapsstyrningens otydliga roll i förhållande till politiska beslutsprocesser kan vara att samverkansformen per se medför en oklar balans mellan uppdragstagande och utövande av mandat. Det reser frågor kring kunskapsstyrningens möjligheter och skyldigheter att leverera kunskaps- och beslutsunderlag till regionala respektive nationella fora, men även möjligheter och skyldigheter för kunskapsstyrningen att beakta liggande politiska prioriteringar och strategiska vägval.

³⁴ Inom Partnerskapet för kunskapsstyrning, där myndigheter och regioner samverkar, har det inrättats en nationell expertgrupp med uppdrag för att utveckla horisontella prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Prioriteringscentrum vid Linköpings Universitet är värd för detta arbete som inleddes under hösten 2020 och beräknas pågå åtminstone till 2022. Se <https://liu.se/artikel/prioc-nationell-expertgrupp>

Del 3: Fallstudier

I den här rapportdelen presenteras två fallstudier som underlag för en diskussion om kunskapsstyrningens funktion i relation till utvecklingsbehov inom hälso- och sjukvården. Två sinsemellan olika typer av förändringstryck och utvecklingsbehov som varit högaktuella i svensk hälso- och sjukvård under studieperioden lyfts fram: dels hanteringen av Coronapandemin, dels omställningen till nära vård.

Nära vård är ett exempel på en långsiktig systemreform som kallats ”det kanske mest omfattande reformarbetet som pågår just nu på vårdområdet” (SOU 2021:71, s. 58). Den organisatoriska omställningen som nära vård medför kan tillsammans med den medicinska utvecklingen och digitaliseringen beskrivas som pågående revolutioner som förväntas få stor påverkan på utformningen av framtidens hälso- och sjukvårdssystem (Krohwinkel & Mannerheim 2019).

Coronapandemin under 2020-2022 har inneburit att ”den svenska hälso- och sjukvården har genomgått prövningar som saknar motsvarighet under modern tid” (SOU 2021:89, s. 34). Behovet att hantera och i den mån det är möjligt, förebygga Covid-19-smitta har varit akut och högprioriterat i hela det svenska samhället, men omställningstrycket på sjukvården blir förhoppningsvis av mer övergående karaktär i och med att immunitet utvecklas och vacciner reducerar sjukdomens allvarlighetsgrad.

Urvalet av fall synliggör dels hur Nationellt system för kunskapsstyrning kunnat agera och bidra under akut omställningstryck orsakat av en specifik medicinsk problematik, dels vilken roll man tagit i mer långsiktiga, tvärgående omställningsprocesser. Nedan beskriver vi hur beslutsunderlag efterfrågats och tagits fram i de båda fallen. Innan detta ger vi en kort introduktion till hur fallen kan ses mot bakgrund av organisations-teori om förändring, styrning av och under förändring, samt kunskapsstyrningens möjliga roll däri.

Om inre och yttre förändringstryck

Utvecklingsbehov och impulser till förändring kan genereras på olika sätt, där en vanlig uppdelning inom organisationsvetenskapen är den mellan yttre och inre drivkrafter. Yttre drivkrafter uppkommer genom händelser i organisationens omvärld som påverkar exempelvis efterfrågan på de producerade tjänsterna eller tillgången på arbetskraft. Inre drivkrafter förknippas med egendefinierade behov att förändra organisationens processer i syfte att uppnå exempelvis förbättrad effektivitet, arbetsmiljö eller kundrelationer (Jacobsen 2019). En närliggande kategorisering är den mellan externt, mer eller mindre oförutsett och/eller påtvingat förändringstryck respektive intentionell, planerad förändringsstrategi.

Inom komplexa organisationer är den uppdelningen dock sällan praktiskt relevant, eftersom även strategiska reformförsök initierade av den egna ledningen kan uppfattas som utifrån/uppifrån kommande krav på verksamheterna, såtillvida att bilden av förändringsbehoven inte delas inom alla delar av organisationen. Omvänt kan yttre förändringar i exempelvis kunders beteenden och preferenser (inom vården ofta omtalat som en utvecklad patientroll) uppfattas som mer relevanta att ta hänsyn till inom de verksamheter som har direkt kundkontakt, än hos den mer distanserade ledningen. Mot bakgrund av denna komplexitet lyfter organisationsteorin även fram drivkrafternas klarhet och styrka som avgörande för hur själva förändringsprocessen fortlöper. Hur syftet med förändringen tolkas och vilken prioritet detta har bland organisationens medarbetare kommer påverka hur stort motstånd respektive engagemang man kan förvänta sig. Här visar erfarenheten att förändringstryck som kommer utifrån och upplevs som akut ("en yttre fiende") ofta genererar stor enighet och uppslutning, medan internt genererade förändringsförsök av mer långsiktig karaktär löper större risk att uppfattas som ett av flera (ibland motstridiga) mål för verksamheten.

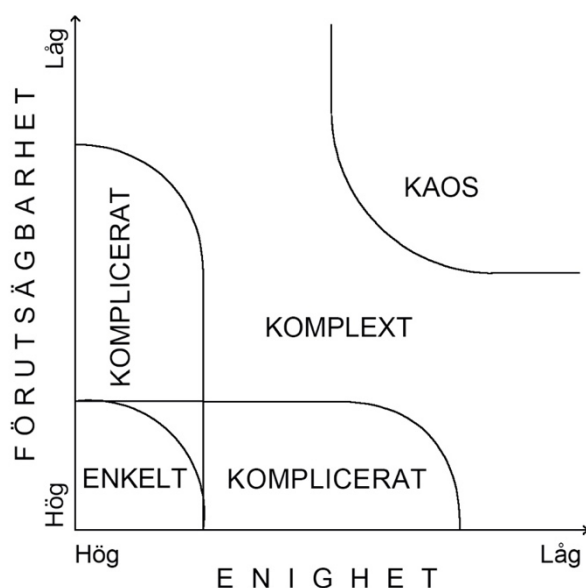
Beslutsunderlag och styrning i och av förändringsprocesser

Frågan om vilken typ av förändrings- eller utvecklingsprocess det är fråga om är nära sammankopplad med frågan om i vilken mån processen är styrbar, och vilka beslutsunderlag och styrverktyg såfall är lämpliga. Här spänner organisationsforskningen över hela fältet, från teorier som förespråkar detaljplanering och rationell "programmering" av önskade skeenden, till teorier som menar att faktiska utfall av förändringsförsök är svårstyrda och ofta ganska arbiträra (se Vedung 2009 för en översikt).

Ett försök att sortera och sätta olika logiker i relation till varandra har gjorts av Stacey (1996), som beskriver hur olika angreppssätt blir tillämpliga beroende på i vilken grad det råder förutsägbarhet respektive enighet kring problem och mål i ett förändringsförsök.

När det finns stor enighet och hög förutsägbarhet anses uppdraget vara organisatoriskt enkelt. Inblandade aktörer är överens om vad som behöver göras och många uppgifter kan automatiseras. Om förutsägbarheten istället är hög medan enigheten är låg kring vilka resultat som är önskvärda behöver man i regel förhandla och kompromissa i organisationen för att hitta en legitim process. Råder det hög enighet om målsättningarna men en osäkerhet kring hur målen ska uppnås, kan gemensamma visioner om vad uppdraget ytterst syftar till vara en bättre väg framåt än förutbestämda planer. I komplexa uppdrag – det vill säga om det finns olika uppfattningar om hur problem ska lösas samtidigt som det är svårt att förutsäga konsekvenserna – behöver man ofta pröva sig fram till en lösning och söka efter kreativa och innovativa metoder. Studier med ett

komplexitetsteoretiskt perspektiv fokuserar därför särskilt på organisationers förmåga till flexibilitet och agilt beslutsfattande.³⁵



Figur 4. Staceys förutsägbarhets- och enighetsmatris. Källa: Anpassad från Stacey (1996.)

I praktiken påverkas mängden beslutsunderlag och detaljeringsgraden i beslutsprocesser ofta av praktiska förutsättningar såsom resurstillgång, tidskritiskhet och hur in/stabil omvärlden ter sig (ref.). Säkerhet kring rådande kunskapsläge i de frågor som förändringen berör kan ses som del av detta.

Hur kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården ska ses i ett bredare förändrings- och utvecklingsperspektiv är dock en mycket sparsamt behandlad fråga. Garpenby (2004) skriver i ett förord till nytryck av en SOU-bilaga från 1999 att man borde ”uppmärksamma frågan om hur kunskapsstyrning – i olika former – ska samspela med fortgående omställningar i sektorn som hänger samman med t ex en förändrad patientroll och begränsningar av resurser”. Området har dock, så vitt vi kan se, inte behandlats utförligt i varken förarbeten eller strategier för uppbyggnaden av Nationellt system för kunskapsstyrning. Här betonas att viktiga delkomponenter för en effektiv kunskapsstyrning är ett lokalt ledarskap som möjliggör arbete med ständiga förbättringar i verksamheterna, inklusive förbättringsområden som identifieras tillsammans med patienten (SKR 2017). De utvecklingsprocesser som avses är dock av en mer inkrementell, kontinuerlig och verksamhetsnära art än de omvärldsdrivna förändringar och strategiska skiften inom hälso- och sjukvårdssystemet som Garpenby beskriver och som vi

³⁵ Om vi inte kan förutspå något och inte heller vet hur vi ska gå till väga för att lösa problem befinner vi oss i kaoszonen, motpolen till enkla uppdrag. Traditionella metoder för att planera, samordna och förhandla är i denna kontext otillräckliga och undvikande är en vanlig strategi, som dock är ödeläggande på lite längre sikt. Stacey menar därför att organisationer bör eftersträva att undvika kaoszonen så långt det går.

tar oss an i denna rapport. Fallen Corona och nära vård utgör båda exempel på omfattande och genomgripande förändringstryck som kunskapsstyrningen behöver förhålla sig till och hitta en roll i. Vi hoppas att fallbeskrivningarna ska ses som ett underlag för att lyfta frågorna för framtida diskussion, och återkommer med våra egna reflektioner i slutsatskapitlet.

Nära vård

Förändrade vårdbehov i befolkningen, medicinsk och teknisk utveckling samt brister i termer av bland annat tillgänglighet och kontinuitet ligger till grund för pågående reformer på vårdområdet. En central del är det som har kommit att benämnas ”omställningen mot nära vård”. Utgångspunkten är att det krävs en omfattande och långsiktig utveckling av hela vårdssystemet för att vården och omsorgen ska vara fortsatt effektiv och av hög kvalitet. Utvecklingsarbetet handlar också om att möta invånarnas behov på ett bättre sätt och att organisera vården efter olika målgruppers skilda förutsättningar och preferenser (SOU 2018:39, s. 21).

Den 1 januari 2019 infördes en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) om att regionerna ska organisera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet så att vården kan ges nära befolkningen. Innehållet i den nära vården är dock inte närmare reglerat. Att vården är nära kan innebära geografiskt nära, men ibland kan närheten också åstadkommas med hjälp av tekniska och digitala lösningar (prop. 2017/18:83).

Regeringen har framför allt kopplat omstruktureringen mot nära vård till en resursförstärkning av primärvården (prop. 2019/20:164). SKR menar dock att även om primärvården utgör en kärna i den nära vården och många initiativ tas där, så ska nära vård snarare ses som ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg, där utgångspunkten bör vara en helhetssyn på individens behov och livssituation.³⁶ Nära vård förknippas med ökad kontinuitet, trygghet och samordning samt olika aspekter av tillgänglighet. Vården bör också i högre grad inriktas på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. En mer tillgänglig, proaktiv vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att befintliga resurser kan användas bättre och därmed räckta till fler. Det förutsätter dock en omställning på alla vårdnivåer från specialistvård till primärvård, och bör även inkludera den kommunala omsorgen. Utvecklingen mot nära vård förväntas därmed även ha effekter på samarbetsklimatet inom och mellan olika delar av vård- och omsorgssystemet.

Sammanfattningsvis omfattar omställningen mot nära vård många olika komponenter där några som ofta nämns är:

- Förflyttning av resurser från slutenvård till öppenvård.
- Ett förbättrat samspel mellan vård och omsorg, särskilt kring individer med komplexa behov.
- Ökat nyttjande av digitaliseringens möjligheter för att erbjuda och utveckla vård.
- Ett ökat fokus på preventiva insatser för att undvika att vårdbehov uppstår.

³⁶ <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html>

- Ökad betoning på personcentrerad vård, inklusive delaktighet och stöd till egenvård.

Nära vård i vårdpraktiken

Omställningen till nära vård pågår runt om i landet inom ramen för olika regionala och kommunala strategier och satsningar. Regeringen och SKR har sedan 2019 ingått överenskommelser om att stödja utvecklingen. Överenskommelserna ger ekonomiska incitament för regionerna för att arbeta med omställningen och konkretiserar i viss mån vilken typ av insatser som omställningen kan innebära. 2021 års överenskommelse omfattar totalt drygt 6 miljarder kronor, varav 5 miljarder tillfaller regionerna, 1 miljard går till kommunerna och en liten del till SKR:s samordningskansli (Socialdepartementet & SKR 2022b).³⁷

Under 2020 genomförde Socialstyrelsen en uppföljning som visar att utvecklingsarbeten i riktning mot nära vård pågår i samtliga regioner (Socialstyrelsen 2021). De faktiska åtgärder som genomförs eller planeras inom olika regioner är dock av något olika omfattning och karaktär, där allt från enstaka projekt till en helt förändrad förvaltningsstruktur kan gå under benämningen nära vård. Nära-vård-satsningar som de flesta av regionerna beskriver berör nya former för att leverera vård. Det innefattar bland annat att skapa bättre förutsättningar för vård i hemmet samt utvecklingsarbete för att ta tillvara teknikens möjligheter att effektivisera vården och/eller stärka patientens roll i sin egen vård.

En inventering av nära vård-arbetet i sju regioner identifierade två olika typer av insatser som var vanligt förekommande (LHC/SKR 2020): fokuserade satsningar på en specifik mindre patientgrupp med omfattande behov och vårdkonsumtion (t ex mobila team, uppsökande verksamhet, hälsocoach); samt satsningar på utvalda tekniska lösningar för att kompensera för geografiska utmaningar, förbättra tillgänglighet och möjliggöra egenvård (t ex hemmonitorering, distansmöten och digital rådgivning, mobilappar med egenvårdsstöd vid långvariga sjukdomar). Vissa regioner arbetar med att utveckla vårdcentrum eller närvårdscenter med ett bredare utbud och kompetens än vanliga vårdcentraler, ibland i gemensam regi med kommunerna. Fokus på samverkan och fungerande flöden mellan vård och omsorg har också drivits på av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården (SFS 2017:612). Likaså har fokus på fast läkarkontakt som en del av nära vård ökat efter att detta betonats i regeringens inriktningsbeslut (prop. 2019/20:164).

En del av de beskrivna åtgärderna är sådant som regionerna arbetat med sedan en längre tid tillbaka, men valt att integrera eller presentera som en del av omställningsarbetet då det är i linje med de grundläggande idéerna bakom reformen. Pågående

³⁷https://skr.se/download/18.71a6757217b07d9b39fb939b/1629783112706/God_och_nara_vard_2021_uppdaterad.pdf

kvalitetsarbete, arbete med personcentrerade förhållningssätt och samverkansprojekt med kommunerna är exempel på sådant som inlemmats under nära vård/omställnings-begreppet (LHC & CHI 2020). Samtidigt visar kartläggningar att omställningen fortfarande befinner sig i ett inledande skede. Enligt en aktuell utvärdering från Vårdanalys finns få indikationer på att reformen så här långt har lett till måluppfyllelse i termer av tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Det syns heller inga stora effekter på den aggregerade vårdkonsumtionen eller bemanningen. En förklaring kan vara att de åtgärder som genomförs ofta handlar om avgränsade satsningar, som ännu inte har resulterat i några större strukturomvandlingar eller någon mer omfattande omfördelning av resurser (Winbladh m fl 2021). En annan förklaring kan vara att det är svårt att följa upp de förändringar som åstadkommit inom ramen för de etablerade uppföljningssystemen (LHC/SKR 2020).

Kunskapsunderlag för nära vård

Som framgår har någon form av omställningsarbete har inletts i alla regioner, och på en övergripande nivå verkar det råda en samsyn kring behovet av att ställa om hälso- och sjukvården mot en nära vård. Något som sannolikt bidragit till att skapa legitimitet för reformarbetet är den omfattande dialog som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (REF) förde med berörda aktörer under arbetets gång. Utredningen har bidragit till att förankra utgångspunkter och övergripande inriktning, men upplevs inte som ett kunskapsunderlag för *hur* omställningen ska ske lokalt i regionerna (Winbladh m fl 2021). Det finns inga nationella riktlinjer eller liknande på området, utöver vad som nämnts ovan om inriktningsbeslut och överenskommelser.

Många regioner har genomfört någon form av eget utrednings- och analysarbete som utgångspunkt för omställningsarbetet mot en nära vård, vilket exempelvis har syftat till att identifiera utmaningar och förutsättningar för utvecklingen av hälso- och sjukvården i den egna regionen. Regionerna har också i varierande omfattning tagit fram mål, handlingsplaner och indikatorer för omställningsarbetet. I vissa fall har specifika strategidokument för omställningen mot en nära vård tagits fram (exempelvis Region Uppsala 2018, Region Gävleborg 2018), i andra fall beskrivs omställningen mot en nära vård som en del i en mer övergripande strategi för hur hälso- och sjukvården ska utvecklas i framtiden (exempelvis VGR 2017, Region Kronoberg 2017, Region Jönköpings län 2020). Omställningen betraktas vanligen som en långsiktig process och en del av regionerna beskriver hur arbetet kommer att bedrivas i olika faser under de närmaste 5–10 åren.

En intervjustudie från 2021 kring statlig och samregional styrning mot bland annat nära vård fann att även om nationella kunskapsunderlag är något som ofta omnämns som önskvärt, så menar många intervjuade på regional nivå att regionerna själva har bäst förutsättningar att bedöma hur vården i den egna regionen kan och bör organiseras (Winbladh m fl 2021). Det finns också olika utgångslägen i olika regioner, inte

minst beroende på om det är en storstads- eller glesbygdsregion. Målen kan vara gemensamma, exempelvis kring ökad patientdelaktighet och utveckling av en effektiv samverkan med kommunerna, men vägarna dit behöver vara olika beroende på de enskilda regionernas förutsättningar. En del intervjupersoner efterfrågar dock en tydligare samordning på nationell nivå för att underlätta lärande mellan regioner och skapa ökad tydlighet kring hur den nationella uppföljningen ska se ut.³⁸

Många regioner har gjort egna utvärderingar av mer begränsade nära vård-projekt. Det pågår en diskussion kring i vilken utsträckning projektuppföljning kan ligga till grund för kunskapsunderlag av bredare relevans, och vilka metoder som annars är lämpliga. En fråga som lyfts är behovet att arbeta mer systematiskt kring bedömning av ändamålsenligheten i nya vårdformer och insatser – det vill säga vi vilken utsträckning de är lämpliga att erbjuda till olika målgrupper. En särskild utmaning med att utvärdera preventiva åtgärder är att man behöver värdera konsekvenser som kunde ha uppstått om åtgärden inte hade satts in (den så kallade kontrafaktiska situationen), vilket ofta är behaftat med en hög grad av osäkerhet (LHC/SKR 2020).

Nära vård i kunskapsstyrningen

Vi har undersökt kopplingarna mellan kunskapsstyrning och nära vård utifrån flera källor. Dels har vi sökt igenom centrala dokument från Nationellt system för kunskapsstyrning (framför allt den årliga sammanställningen av planerade insatser, samt publicerade vårdförlopp) för att se om/hur området beskrivs där. Vi har också specifikt lyft frågan i våra intervjuer med verksamma inom olika programområden och samverkansgrupper. En sekundär källa är erfarenheter från våra tidigare följeforskningsarbeten kring nära vård och omställning lokalt i flera regioner (se exempelvis LHC & CHI 2020, LHC/SKR 2021, Tyrstrup & Larsson 2017). Redogörelsen nedan bygger på en sammanställd bild från dessa källor.

I rekommendationen som föregick bildandet av Nationellt system för kunskapsstyrning listas nära vård som ett av flera ”tvärgående perspektiv” som alla sjukdomsspecifika grupperingar kommer behöva ta hänsyn till utifrån ett patientperspektiv. Det föreslås att nära vård ska bilda ett programområde ”av mer organisatorisk karaktär” (Rekommendationen, Figur 3. Kunskapsstyrning i samverkan – hälso- och sjukvård. Matrismodell.). I den organisationsstruktur som sedermera etablerades förekommer dock nära vård inte som separat enhet. På webbsidan www.kunskapsstyrningvard.se anges 2022 att NPO Nationellt Primärvårdsråd ”ska bidra i omställningen till Nära vård där primärvården är basen”. Nära vård har dock inte varit ett kärnområde för arbetet inom Nationellt system för kunskapsstyrning fram till dags dato. I dokumentet

³⁸ Vi noterar att SKR:s samordningskansli för Nära vård arbetar med närliggande frågor. Arbetet har bland annat inriktats på spridning av goda exempel, ledarskapsutbildning och -stöd samt olika former av uppföljning av omställningen till Nära Vård. Se <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html>

planerade insatser 2020 i nationella programområden och nationella samverkansgrupper (mars 2020) förekommer begreppet tre gånger över 107 sidor:

- NPO Nationellt primärvårdsråd har en punkt under ”övriga insatser” som heter ”Arbete med digitalvård-glesbygd-nära vård”. Punkten beskrivs inte i detalj.
- NPO Äldres hälsa anger under insatsområde demens att ”rätt diagnos ger förbättrade förutsättningar att få tillgång till personcentrerad, god och nära vård och omsorg”. Innebörden av nära vård diskuteras inte vidare.
- NSG Patientsäkerhet anger att ett framtida utvecklingsområde inom den regionala samverkansgruppen skulle kunna vara ”arbetet med patientsäkerhet kopplat till nära vård och patientkontrakt”. Punkten beskrivs inte i detalj.

I det uppdaterade planeringsdokumentet för 2021 (mars 2021) förekommer begreppet nära vård inte alls.³⁹ Det används inte heller i de personcentrerade sammanhållna vårdförlopp som hittills publicerats (13 st till och med februari 2022). De så kallade ”nulägesbeskrivningar ur ett patientperspektiv” som ligger som bakgrund till förloppen tar i allmänhet ett brett perspektiv på problematiken att leva med den aktuella sjukdomen, vikten av en systemsyn i omhändertagandet, osv – ett synsätt som kan sägas ligga i linje med nära vård-konceptet. Vissa förlopp innehåller bilagor med utvecklade beskrivningar av liknande teman.⁴⁰ Endast en bråkdel av detta adresseras dock i själva förloppen, som i huvudsak avgränsas till diagnosättning utförd av en enskild vårdgivare. Aspekter som berör olika alternativ för organisering av vården är över huvud taget sparsamt behandlade. Ett vårdförlopp har en bilaga med resonemang kring hur implementering kan ske på olika sätt i regioner med olika geografiska förutsättningar. Skrivningar kring vikten av samverkan förekommer, men endast ett fåtal vårdförlopp tar upp kontakter med andra vårdgivare, eller mellan vården och andra samhällsinstanser, som standardsteg i förloppet. Ett gott bemötande är dock något som berörs i samtliga vårdförlopp, då med skrivningar som ligger nära vedertagna principer för personcentrerad vård (se t ex Ekman 2020).

Utifrån ovanstående är det ingen drastisk slutsats att beskriva systemomställningen till nära vård som osystematiskt behandlad i de kunskapsunderlag som Nationellt system för kunskapsstyrning hittills tagit fram. Nära vård har dock varit föremål för diskussioner inom olika NPO:er samt vid gemensamma lärträffar under året (bland annat presenterade SKR:s nära vård-samordnare sitt arbete vid en konferens hösten 2021). Primärvårdsrådet har också sedan 2019 haft kontinuerliga avstämningar med SKR

³⁹ En motsvarande sökning på orden *omställning/digital/distans* i båda årens planeringsdokument ger att begreppet omställning (i betydelsen vårdsystemutveckling) inte förekommer i något av dem, termen digital(a) används främst i rent teknisk bemärkelse (digitala arbetsytor, stödsystem osv). Ordet distans förekommer en gång, då med hänvisning till vårdprofessionellas möjlighet till distansarbete inom provanalys (ej relaterat till tillgänglighet eller nya vårdformer).

⁴⁰ Ett exempel är vårdförloppet för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, som i appendix bland annat tar upp behovet av trafikmedicinsk utredning i anslutning till diagnosättning. Även den så kallade generiska modellen för rehabilitering inbegriper ett relativt utförligt appendix om koordineringsinsatser mellan olika vårdgivare samt med berörda myndigheter utanför hälso- och sjukvården.

kring uppföljningsindikatorer i primärvården, vilket till viss del kopplas till omställningen till nära vård. Vi vet också att några regioner lokalt initierat ”sammanhangsdialoger” kring kopplingen mellan kunskapsstyrning och nära vård, digitalisering och personcentrering i bredare bemärkelse.⁴¹ Inom de funktioner som ansvarar för strategisk eller verksamhetsnära utveckling av nära vård lokalt, så ses dock sällan underlag från kunskapsstyrningen som centrala för arbetet. Nära vård och kunskapsstyrning beskrivs lokalt ofta som två separata utvecklingsprojekt som behöver förhålla sig till varandra.

Våra intervjuer ger några olika förklaringar till ovanstående bild. En uppfattning är att nära vård framför allt är en primärvårdsfråga och borde kunna hanteras inom det programområde som behandlar dessa frågor (Primärvårdsrådet). De flesta respondenter har dock en bredare syn på vad nära vård är och kan innebära för hälso- och sjukvården som helhet. En vanlig uppfattning är samtidigt att kunskapsstyrningen inte har till uppgift att inkorporera övergripande trender inom vårdutvecklingsområdet. Speciellt inte då dessa berör organisatoriska frågor och frågor om ekonomisk effektivitet, vilket anses falla inom de enskilda regionernas beslutsmandat.

Många ser omställningen mot en nära vård som en brett spridd, men i hög grad underifrån driven utvecklingsstrategi, där lokala projekt tillåts utvecklas relativt fritt med stort utrymme att testa och experimentera med olika idéer. Kunskapsstyrningens roll i detta beskrivs som svår att hitta, eftersom valet av områden bygger på att det finns ett visst mått av jämförbarhet (och ofta även en önskan om större likriktning) mellan de vårdprocesser som fokuseras. Att evidens kring de komponenter som ingår i nära vård är svår att systematisera på samma sätt som rent medicinska behandlingsalternativ nämns mera sällan, men är en underliggande anledning till att nya leveransformer inte naturligt kommer in i kunskapsunderlag till exempelvis vårdförloppen. En vanlig uppfattning är att kunskapsstyrningen bör koncentrera sig på den kliniska kunskapen, ”man ska inte förskriva utförandet eller driva teknikutvecklingen”.

Flertalet respondenter menar att trots att kunskapsstyrningen inte direkt adresserar nära vård, så inkorporeras de underliggande idéerna i vårdförloppens konstruktion, och även till viss del i arbetet med att ta fram dem.⁴² Att vårdförloppen är

⁴¹ En i sammanhanget intressant iakttagelse från Winbladh m fl (2021) är att det inte framgår av avtal och andra dokument att omställningen mot en nära vård utgör ett tydligt område för samverkan inom samverkansregionerna för hälso- och sjukvård generellt (bilaga 4 s. 26). Det beskrivs dock att omställningen mot en nära vård ofta diskuteras vid samverkansnämndens möten. Engagemanget gäller även här främst information och erfarenhetsutbyte snarare än gemensamt utvecklingsarbete.

⁴² En liknande förhoppning uttrycks i den senaste överenskommelsen mellan staten och SKR om en sammanhållen, jämlik och säker vård 2022. Här står att: ”Vården behöver komma närmare patienterna. Detta är en förutsättning för en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård där omställningen till Nära vård är central. Vårdförlopp ska minska variationen i vårdprocesser, men de behöver samtidigt lämna utrymme för lokala anpassningar och för professionella bedömningar av den enskilda patienten” (s. 24). Om och isåfall hur omställningen till nära vård ska beaktas organisatoriskt i vårdförloppen berörs inte vidare.

”personcentrerade” uttrycker en ambition om individorientering, delaktighet och samskapande, vilket även kommer till uttryck i att patientens egna åtgärder (efter förmåga) tydligt specificeras för varje utrednings- eller behandlingssteg. Att vårdförloppen är sammanhållna betyder att de ska ”se till hela patientens resa”. De förlopp som hittills tagit fram har varit mer avgränsade i både i tiden och vad gäller involverade vårdgivare, men detta ses som ett utvecklingsområde för kunskapsstyrningen framöver. Att det finns kommunrepresentanter i vissa arbetsgrupper ses som ett steg i enlighet med nära vård, likaså nämns att det i många grupper finns patientrepresentanter som jobbar aktivt med bland annat egenvårdsfrågan. Nära vård beskrivs här främst som ett ”förhållningssätt” som kunskapsstyrningen bör ansluta sig till, snarare än att det innebär att ta ställning till konkreta utvecklingsmöjligheter i vården.

Några respondenter lyfter farhågan att kunskapsstyrningen genom sin organisering utifrån vedertagna diagnosområden, val av väldefinierbara vårdprocesser och fokus på de medicinska komponenterna i vården kan komma att konservera nuvarande utformning av hälso- och sjukvårdssystemet, och i förlängningen motverka reformer som den mot nära vård. På politisk nivå finns också en oro att de vårdprocesser som föreskrivs av kunskapsstyrningen genom exempelvis vårdförlopp kan åtföljas av krav på resurser, som skulle kunna bli konflikterande med strategiska beslut kring resursförflyttningar som tagits mot bakgrund av exempelvis nära vård. Frågan om kunskapsstyrningens kopplingar till nära vård blir här ett exempel på den bredare problematiken kring hur kunskapsstyrningen kan och bör förhålla sig till politiska prioriteringar. Vi återkommer till denna diskussion i slutkapitlet.

Coronapandemin

I slutet av 2019 upptäcktes en ny virusstam som kan smitta människor med allvarlig luftvägssjukdom. Viruset har namnet SARS-CoV-2 (SARS-coronavirus-2) och kallas i dagligt tal för ”coronaviruset”. Covid-19 är det officiella namnet för sjukdomen som orsakas av det nya viruset. Coronaviruset har haft allmän spridning i det svenska samhället (och över hela världen, därav beteckningen pandemi) sedan tidig vår 2020. Den har klassats som en allmänfarlig sjukdom, vilket motiverat omfattande restriktioner i olika delar av samhället för att begränsa smittspridningen. Nära 16 000 personer i Sverige har avlidit med covid-19 under pandemins första två år. Under Q1 2022 har pandemin delvis ändrat karaktär, då en stor del av befolkningen har fått ta del av de vaccin som utvecklats mot viruset, samtidigt som en mindre sjukdomsframkallande variant nu dominerar spridningen. Med anledning av detta har Folkhälsomyndigheten i februari 2022 gjort en hemställan till regeringen om att sjukdomen covid-19 inte längre ska vara en samhällsfarlig och allmänfarlig sjukdom och att anmälningsplikten vid smitta ska tas bort. I samband med detta har de flesta politiskt beslutade restriktioner på olika verksamheter och rekommendationer till privatpersoner om särskilda förhållningssätt för att begränsa smittan också avvecklats.

Den 30 juni 2020 tillsatte regeringen en kommission för utvärdering av de åtgärder som vidtagits för att begränsa spridningen av covid-19, den så kallade Coronakommissionen. Kommissionen har i ett delbetänkande (SOU 2021:89) sammanfattat hur hälso- och sjukvården sett ut under pandemin, med förutsättningar och utmaningar (s. 34-36). Nedanstående empiriska beskrivningar av pandemins konsekvenser i vården bygger i hög grad på deras redogörelser.

Praktiska konsekvenser av covid-19 i vården

I mars och april 2020 ökade antalet inläggningar på sjukhus och IVA mycket snabbt. Detta gällde framför allt Stockholm och Västra Götaland. Den andra vågen började i oktober 2020, men antalet inläggningar ökade då inte i samma takt som under våren 2020 – även om de till slut steg till de allra högsta nivåerna under pandemin på många sjukhus. Lokalbehovet för patienter med covid-19 har varit stort i alla regioner vilket ställt krav på snabb omDispositionering av befintliga resurser. Kommissionen bedömer att hälso- och sjukvården i stort klarade av denna omställning. Patienter med behov av sjukhusvård för covid-19 tycks överlag ha fått dessa tillgodosedda, inklusive tillgång till IVA-vård. Kommissionen betonar samtidigt att priset för omställningen har varit högt för vårdpersonalen. Det fanns en personalbrist redan före pandemin som blev än mer accentuerad i och med att patienters vårdbehov och sjukfrånvaron hos personalen ökade kraftigt. Vården har fått hantera pandemin genom att kräva övertid och

förskjutning av semestrar hos den befintliga personalen. Vårdpersonal har också vittnat om hur oro och stress för smitta och otillräcklighet påverkat arbetssituationen.

Kommissionen beskriver vidare hur vården av covid-19-patienter trängt undan annan vård och verksamhet. De fysiska besöken inom primärvård och specialiserad vård har minskat (men de digitala besöken har ökat) och planerade operationer har ställts in. Rehabilitering av både covid-19-sjuka och patienter med annan diagnos har också fått stå tillbaka. Kommissionen bedömer att de prioriteringar som vården tvingats göra har kännetecknats av pragmatism och rimliga överväganden. De påpekar dock att det ännu inte går att bedöma de långsiktiga hälsoeffekterna av den inställda och uppskjutna vården, inklusive de fall då människor avstått ifrån att söka vård för att undvika att bli smittade, smitta andra eller belasta vården.

Sammanfattningsvis konstaterar kommissionen att svensk hälso- och sjukvård har styrkor som kommissionen bedömer har varit viktiga för förmågan att hantera pandemin: goda medicinska resultat, en högt utvecklad högspecialiserad vård och en hög grad av digitalisering. Samtidigt fanns ett antal svagheter i svensk sjukvård redan före pandemin som kan ha påverkat dess förmåga att hantera virusutbrottet. Det handlar exempelvis om bemanningsproblem, svårigheter att dela data och samordningsbrister. Kommissionen bedömer dock att samverkan mellan regioner och mellan regioner och kommuner har förbättrats och fördjupats under pandemin. Det har delvis skett genom vårddyrkenas egna organisationer och SKR har spelat en viktig samordnande roll. Digitala arbetssätt har blivit vanligare, mobila team har kommit till och gemensamma utbildningar har genomförts. Samtidigt har många utvecklingsprojekt fått stå tillbaka. Kommissionen anser att det är särskilt angeläget att utveckla digitala system som kommunicerar med varandra och ger möjlighet att utbyta information och att utveckla formerna för nationell uppföljning utifrån realtidsdata. Kommissionen anser även att det är viktigt att bygga upp kunskap om postcovid och att sprida denna inom primärvården och andra vårdformer som möter dessa patienter.

Kunskapsunderlag om covid-19

Det har genomgående funnits ett intensivt sökande efter kunskap om hur patienter med covid-19 skulle behandlas. Sjukdomens utbredning – och kunskapsutvecklingen kring den – har i hög grad gått snabbare än de gängse processerna för publicering och granskning i välrenommerad internationell litteratur medger. Kunskapsinhämtningen och kunskapsspridningen kring IVA-vård under pandemin har därför i stor uträkning skett på informell basis. Det skedde genom ett intraprofessionellt lärande som styrdes upp av dynamiska nätverk. ESICM – European Society of Intensive Care Medicine – bidrog med viktig information, liksom svenska nyskapade ”professorsnätverk” [sic].

Ofta har en eller två läkare på infektionsklinikerna haft ansvar för att både inhämta aktuell kunskap och se till att den spridits till alla berörda inom sjukhuset/regionen. Infektionsklinikernas läkare har i stor utsträckning ansvarat för regionala och lokala behandlings-PM, lathundar, rondstöd, checklistor, digitala föreläsningar och information på sjukhusens intranät.

Svenska Infektionsläkarföreningen, SILF, har sedan slutet av mars 2020 tagit på sig en central roll i den nationella kunskapspridningen. Man har haft tätt återkommande webinarier kring behandlingen av covid-19-patienter, vilka uppges initialt ha varit mycket viktiga för IVA-enheternas kunskapsinhämtning. I juni 2020 lanserades det första nationella vårdprogrammet, Nationellt vårdprogram för misstänkt och bekräftad covid-19, som tagits fram av Svenska Infektionsläkarföreningen, Svenska Hygienläkarföreningen och Föreningen för Klinisk Mikrobiologi. Vårdprogrammet har uppdaterats två gånger sedan dess.⁴³ I maj 2020 utkom Socialstyrelsen med en första vägledning avseende rehabilitering i samband med covid-19. Rekommendationen har sedan dess reviderats och kompletterats med delar fokuserade specifikt på sjukhusvård och på primärvården. Båda kunskapsunderlagen har "godkänts" av NPO Infektionssjukdomar och finns att tillgå på www.kunskapsstyrningvard.se. På webbplatsen finns också ett antal riktlinjer samlade kring hantering av coronasmitta i samband med andra medicinska behandlingar. Ett sammantaget intryck, enligt Coronakommissionen, är dock att "man saknade nationell styrning för att sprida vetenskapliga rön och ta fram behandlingsriktlinjer" (s. 456).

De nationella riktlinjerna från Folkhälsomyndigheten har framför allt varit av värde för smittskyddsarbetet avseende skyddsutrustning, epidemiologisk övervakning, smittspårning, smittfriförklaring och riktlinjer kring diagnostik. [...] Samtliga kliniker har svarat att även regionala som lokala riktlinjer tagits fram. Dessa har utgått från de nationella riktlinjerna men anpassats efter lokala förhållanden.⁴⁴ De lokala enheterna för smittskydd och vårdhygien har spelat stor roll i detta arbete då de nationella riktlinjerna ibland upplevts som otydliga, otillräckliga och emellanåt ändrats ganska tvärt.

Coronapandemin i kunskapsstyrningen

Vi har undersökt kunskapsstyrningens del i arbetet med att ta fram kunskapsunderlag under coronapandemin. Vi lutar oss i hög grad mot Coronakommissionens redogörelse för kunskapspridningen, och har även gått igenom de faktiska underlag som nämns. I

⁴³ Den medicinska kunskapsutvecklingen har framför allt gällt en effektivare och mer precis tolkning av hur många tillstånd med nedsatt syresättning som kan behandlas utan respirator. Det har också visat sig att sådan behandling är mindre lungskadande än tidigt insatt respiratorbehandling. Dessutom har viktiga perspektiv tillkommit avseende hur snabbt svår lungskada läker. Sammantaget har dessa lärdomar gjort att behandlingen blivit mer precis, kunnat anpassas till den enskilda patientens förutsättningar och inneburit en bättre prognos.

⁴⁴ De lokala anpassningarna har ofta involverat en inskräpning av de nationella reglerna. Några sjukhus valde en högre skyddsnivå vid personkontakter i inledningen av pandemin, då man uppfattade att Folkhälsomyndigheten underskattat smittrisen.

tillägg till detta har alla våra intervjuer med verksamma inom Nationellt system för kunskapsstyrning innehållit frågor kring hur arbetet och arbetssätten i coronarelaterade frågor sett ut under perioden. Ett par intervjuer med verksamma inom infektionsområdet har mer specifikt koncentrerats kring detta. Förutom frågor kring framtagande av de relevanta medicinska underlagen samt andra processer relaterade till hanteringen av pandemin har frågorna även berört hur kunskapsstyrningens interna arbetssätt och samverkan med andra har påverkats av pandemin, och vilka lärdomar man kan dra från det.

För det första kan konstateras att Nationellt system för kunskapsstyrning inte har varit en central aktör i framtagandet av kunskapsunderlag för behandling av covid-19. Detta framgår bland annat av att Nationellt system för kunskapsstyrning inte figurerar i Coronakommissionens redogörelse för hur kunskapsutveckling och -spridning gått till. Kunskapsutbyte har skett i informella professionella nätverk, och riktlinjeskrivande har i hög grad övertagits av olika professionsföreningar. Anledningen till att arbetsfördelningen sett ut på detta sätt är enligt de flesta respondenter att kunskapsutvecklingen inom covid-området gick för snabbt för att Nationellt system för kunskapsstyrning skulle hinna med att etablera motsvarande processer. Detta särskilt då organisationen fortfarande var i uppbyggnadsfas. Våren 2020 hade många regioner inte hunnit etablera sina lokala programområdesgrupper, och kunskapsstyrningen var därmed omogen att ta huvudansvaret i en så akut fråga.

Våra intervjuer ger dock vid handen att vissa undergrupper inom kunskapsstyrningen, framförallt en tvärgående NAG om post-covid som var operativ från hösten 2020 till början av 2021, har haft en aktiv roll i att ta fram underlag. Det gäller bland annat patientinformation om långvariga covid-symptom som senare publicerats på 1177. Arbetsgruppen har också varit involverad i framtagandet och kvalitetssäkringen av den vårdriktlinje som senare publicerades av Socialstyrelsen. En anledning till att riktlinjearbetet överfördes till myndigheten uppges vara att den kom att involvera organisatoriska frågor exempelvis kring lokaliseringen av post-covid-kliniker, vilket ansågs ligga utanför kunskapsstyrningens fokusområden. Kunskapsutbytet kring covid-19 och post-covid fortsätter efter arbetsgruppens avvecklande via en digital "tillfällig samverkansyta" där representanter från flera berörda NPO (infektion, lungmedicin, rehab, primärvård, barn och unga, m fl) deltar tillsammans med myndighetsrepresentanter.

Nationellt system för kunskapsstyrning har också varit aktivt involverade i kunskaps-spridningen i covid-relaterade frågor, där flera NPO med stöd från SKR arrangerat digitala kunskapsseminarier för vårdpersonal kring bland annat hygienriktlinjer och vaccintutveckling. De uppbyggda strukturerna för att samla experter för dessa sammankomster upplevs generellt fungerat bra. Kunskapsstyrningens webbplats www.kunskapsstyrningvard.se har också haft en central funktion i att samla covid-relaterade riktlinjer från flera aktörer. Här uppges flera respondenter att man på grund av

tidspressen haft en mer flexibel inställning än brukligt till publicering och spridning av icke-myndighetsproducerat material.

Flera respondenter menar vidare att de strukturer och relationer som etablerats mellan regionerna i och med uppbyggnaden av Nationellt system för kunskapsstyrning indirekt kan ha underlättat hanteringen av coronapandemin. För många av de konkreta utmaningar som sjukvården brottats med under pandemin, såsom brist på material, utrustning, brist på IVA-vårdplatser, så har etablerade och nyskapade nätverk mellan regionerna möjliggjort utbyte av erfarenheter, stöttning och hjälp. Ett konkret exempel är läkemedelsförsörjningen som har fungerat samregionalt.⁴⁵ Ett annat exempel är utökad regional samverkan inom produktionsplanering, främst gällande beläggning och tillgänglighet på IVA-platser. Flera respondenter anger att regionalt informationsutbyte och jämförelser av vårdutnyttjande förbättrats under pandemin, bland annat som resultat av arbetet inom ett av hälso- och sjukvårdsdirektörerna initierat nätverk.⁴⁶ De flesta uppfattar dock att Nationellt system för kunskapsstyrning inte har någon formell roll i frågor kring hälso- och sjukvårdens beredskap, något som bekräftas av den nyligen avslutade utredningen SOU 2022:6.

Vad gäller interna arbetsprocesser under pandemin rapporteras viss negativ påverkan på arbetstakten i de flesta arbetsgrupper, dock främst inledningsvis. Vissa grupper har haft en intensifierad mötesfrekvens – bland annat har en taktisk samverkansgrupp i covid-relaterade frågor träffats varannan vecka sedan sommaren 2020. Utöver detta nämner många respondenter att nya och mer flexibla arbetssätt utvecklats både i kunskapsproduktionen och i administrationen. Liksom i övriga tjänstemannasektorn har en snabb omställning till digitala mötesformer skett. Detta har förenklat möjligheterna för personer från olika delar av landet att delta, samtidigt som en del av det mer informella relationsbyggandet har gått förlorat.

Många upplever att pandemin har lett till förstärkt samverkan mellan Nationellt system för kunskapsstyrning och både myndigheter och professionsföreningar. Under perioden har man haft intensifierad kommunikation, fattat snabbare beslut och prövat nya mer interaktiva spridningsmetoder. En förutsättning har varit coronafrågans allmänna prioritering inom samhället och vårdsystemet, och den stora efterfrågan på

⁴⁵ Den 1 april 2020 beslutade samtliga regiondirektörer att ge regionerna Skåne, Stockholm, Västra Götaland och Östergötland (Fyrlän) mandat att köpa in läkemedel för nationellt behov för att stärka läkemedelsförsörjningen. Målsättningen var att kunna tillgodose prognostiserad förbrukning i riket för att motverka brist på definierade läkemedel under covid-19 pandemin. En ny funktion, "Nationellt kontrolltorn", bildades vars uppdrag var att övervaka tillgången till läkemedel, prognostisera och omfördela läkemedel mellan olika delar av landet samt att ta emot erbjudanden om inköp. Kontrolltornet bemannades av personal från regionerna och SKR (SOU 2021:89, s 387-88).

⁴⁶ Det så kallade "IVA-samordningsnätverket" initierades av hälso- och sjukvårdsdirektörerna för att bearbeta och sammanställa data från Svenska Intensivvårdsregistret till ett eget dagligen uppdaterat arbetsmaterial som underlag till styrning. Samma data hämtades även av Socialstyrelsen, men med mindre frekvent redovisning/redovisning främst avsedd för extern publik.

kunskapsunderlag. Samtliga kunskapsproducerande aktörer har brottats med tidspress, vilket lett till att rekommendationer och riktlinjer tagits fram/godkänts för publicering med färre referensrundor än vanligt. Det har troligen inte påverkat kvalitén så mycket tror en respondent, men lett till att kritik kring innehållet i högre grad har fått tas publikt efteråt. Flera intervjuade menar att acceptansen för revideringar i efterhand samtidigt har varit större än normalt. Det återstår att se i vilken grad dessa arbetssätt kommer att vara ändamålsenliga efter att pandemin har klingat av.

Slutligen noterar vi från våra intervjuer många intressanta reflektioner kring coronapandemins effekter med en mer indirekt koppling till kunskapsstyrningens roll och funktionssätt. Många intervjuade påpekar att pandemin påvisat brister i samverkan mellan sjukvården och omsorgen, vilken även kan sägas återspeglas i att Nationellt system för kunskapsstyrning "bara" inbegriper den regionalt finansierade hälso- och sjukvården. Man noterar också att pandemin medfört ökade erfarenheter av digital vård och egenvård (självpровtagning mm) hos befolkningen, men att kunskapsstyrningen inte har någon direkt plan för om eller hur detta ska tas in i arbetet framöver. Ett par respondenter reflekterar över vikten av tydlig information i hälsofrågor inte bara till vårdgivare utan även till medborgare, och ställer sig frågan om detta är något som kunskapsstyrningen kan eller bör ta sig an mer systematiskt. Många reflekterar samtidigt kring utmaningarna med att föra ut medicinska och epidemiologiska data och sakkunskap till publika media på ett sätt som minimerar riskerna för snedvridningar och feltolkningar. Några intervjuade tror att frågor kring access, delning och samkörning av data kommer bli lättare att driva inom hälso- och sjukvården i och med att pandemin visat på fördelarna.

Del 4: Sammanfattning och slutsatser

I det här avsnittet återges de centrala delarna av uppdraget, studiens upplägg, våra observationer, analytiska perspektiv och reflektioner. Våra slutsatser kring kunskapsstyrningens möjligheter och begränsningar sammanfattas tematiskt i termer av *ändamålsenlighet* i de olika styrverktyg som står till buds, *räckvidd* genom hälso- och sjukvårdssystemets olika nivåer, samt *relevans* för och bidrag till olika slags utvecklingsprocesser i vården. Sammantaget belyses några viktiga vägval som behöver göras framöver för att tydliggöra hur Nationellt system för kunskapsstyrning kan och bör påverka hälso- och sjukvårdssystemet till det bättre.

Slutsatserna bygger på insikter från organisationsforskningen vi tillämpat, och behöver förstås tillsammans med den kunskapen. Syftet med analysen är att skapa perspektivseende, visa på alternativ och stimulera till diskussion. Våra utvecklingsförslag kan därmed ses som ett komplement till mer intressentbaserade och strategiskt drivna rekommendationer om hur man ska ta satsningen på kunskapsstyrningen framåt.

Sammanfattning

Uppdrag och syfte med studien

- Uppdragsgivare: Avdelningen för vård och omsorg, SKR.
- Uppdragstagare: Leading Health Care (LHC), ideell och oberoende uppdragsforskningsstiftelse. För rapportens innehåll och slutsatser svarar LHC och författarna ensamma.
- Syfte: Att analysera rollen för Nationellt system för kunskapsstyrning i utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet, och komma med framåtsyftande utvecklingsförslag.
- Förutom att beskriva Nationellt system för kunskapsstyrning under normalläge, så ska studien belysa hur kunskapsstyrningen fungerar i relation till förändringstryck och utvecklingsbehov i vården.
- ”Organisationsteoretisk genomlysning” – kunskapsproduktion och styrambitioner inom Nationellt system för kunskapsstyrning analyseras med hjälp av organisationsvetenskaplig forskning kring jämförbara teman.
- Studien pågår 2021-2022. Denna rapport utgör avrapporteringen av fas 1. Fas 2 planeras avrapporteras Q4 2022.
- Extern vetenskaplig kvalitetsgranskning av rapporten vid har skett av Morten Sager, docent och universitetslektor i vetenskapsteori vid Göteborgs Universitet.

Fokus, avgränsningar, metod

- Nationellt system för kunskapsstyrning är vårt studieobjekt. Vi utgår från den organisation som beskrivs på www.kunskapsstyrningvard.se. Studien berör vad den befintliga organisationen gör och kan åstadkomma. Att föreslå organisationsförändringar ligger inte inom ramen för denna fas.
- Fas 1 fokuserar på hur kunskapsproduktionen fungerar. Fas 2 kommer att titta närmare på kunskapsanvändning i olika sammanhang.
- Det empiriska materialet utgörs huvudsakligen av djupintervjuer med centrala aktörer genomförda under 2021, dokument från Nationellt system för kunskapsstyrning samt bakgrundsdokument i form av utredningar och forskningsstudier om (tidigare eller nuvarande) kunskapsstyrning.
- I relation till förändringstryck har två fall djupstuderats:
 - Kunskapsstyrningens möjligheter att agera i och bidra under akut omställningstryck i vården: exemplet coronapandemin.
 - Kunskapsstyrningens roll i mer långsiktiga omställningsprocesser: exemplet god och nära vård.
- Till detta kommer en omfattande organisationsteoretisk litteraturstudie kring relevanta analytiska begrepp som *Kunskap*, *Styrning*, *Nationellt*, *System*.

Utgångspunkter

- Det finns ingen entydig definition av vad kunskapsstyrning är eller bör vara. Begreppet beskrivs som "elastiskt" i tidigare utredningar och forskning. Det finns en bred uppslutning kring kunskap och kunskapspridning som positivt värde-laddade företeelser. Kring styrningsbegreppet råder större ambivalens. Kunskapsstyrningens mål, som formuleras i enlighet med kriterierna för god vård, är dock allmänt vedertagna.
- Olika teoretiska perspektiv på kunskapsstyrning lägger olika vikt vid top-down respektive bottom-up-processer, och har olika avgränsningar för vilken typ av verksamheter och beslut som omfattas. Kunskapsstyrning inbegriper en mjuk (frivillig) styrning av verksamheter och vårdprofessionella utifrån kunskapsunderlag, men kan även sägas omfatta (upp)styrning av själva kunskapsproduktionen och formerna för kunskapens spridning.
- Kunskapsstyrning innefattar i praktiken en rad olika styrlogiker i kombination, bland annat riktlinjeproduktion, professionellt nätverkande, mätning och jämförelser. Styrverktygen har introducerats utifrån olika bevekelsegrunder, vanligen att tidigare styrning behöver kompletteras. Kunskapsstyrning är dock varken en "ny" styrform eller en styrform som kan ersätta styrning utifrån andra logiker (ekonomi, politiska hänsyn, med mera).

"Den nya kunskapsstyrningen"

- Etableringen av Nationellt system för kunskapsstyrning 2018 kan ses som ett led i sedan länge pågående kunskapsstyrningsambitioner inom hälso- och sjukvården, där sättet som arbetet organiserats har förändrats många gånger, med mer eller mindre formaliserade omfördelningar av ansvar och deluppgifter. Den aktuella formen av regiongemensam organisering har skapats med förhoppningen att säkra en bättre lokal och professionell förankring.

- Inom Nationellt system för kunskapsstyrning är bilden samstämmig kring behoven att lägga ökat fokus på kvalitet och medicinska resultat, att stäva mot ökad jämlikhet/minskad variation i vården mellan regioner, att stärka patientperspektivet samt att öka effektiviteten i användningen av befintliga resurser. Den gemensamma visionen och målbilden är väl kommunicerad och förankrad, och ambitionerna upplevs som relevanta och eftersträvansvärda. De formella målformuleringarna är dock så pass generella att de inte ger mycket konkret vägledning kring kunskapsstyrningens innehåll eller urval av ändamålsenliga insatsområden.
- Mer informellt innefattar "den nya kunskapsstyrningen" ambitioner och förhoppningar på flera olika nivåer och ledder i hälso- och sjukvårdssystemet, från den nationella arenan till det enskilda vårdmötet. Flera olika slags arbetsprocesser inbegrips, från central riktlinjeproduktion till professionellt nätverkande och lokalt kvalitetsarbete. Processerna förväntas inkludera en mångfald av aktörer, men även leda till en ny roll för Nationellt system för kunskapsstyrning som aktör i sin egen rätt.
- Uppfattningarna varierar kring ändamålsenligheten i dagens organisering, verktyg och målområden för kunskapsstyrningen. Ett aktuellt frågeområde rör omfattningen på dagens organisation och dess undergrupper, samt resurssättning och kostnadseffektivitet. Ett annat centralt frågeområde rör tillämpbarheten för olika styrverktyg och styrningens omsättning och genomslag i praktiken. Frågorna kring genomslag och effekter ställs både på den politiska nivån och i de mottagande verksamheterna.

Forskningsfråga/perspektiv

- Olika syn på vad kunskapsstyrningen ska omfatta och ta sig an och leder till tvektigheter, och i vissa fall ett upplevt hot om undanträngningseffekter på såväl politisk nivå som verksamhetsnivå. Många av systemets utmaningar med legitimitet och mottaglighet bottnar i dessa skillnader.
- Organisationsvetenskaplig teori om kunskapsproduktion, styrlogiker, systemperspektiv och beslutsnivåer kan användas för att sortera i vad som kan göras, faktiskt görs och lämpligen kan göras inom ramen för nuvarande organisation. Teorin kan också synliggöra lämpliga avgränsningar och randvillkor som kunskapsstyrningen behöver ta hänsyn till för att få bättre genomslag.

Kunskap, styrning och systempåverkan

- En utgångspunkt i rapporten är att former av kunskapsbildning och styrning kan ses som ett utslag av organisering. Kunskapsproduktion förutsätter organiserad verksamhet för att bli till, och hur organiseringen går till kommer vara avgörande för vilken styrning som genereras, och för effekterna av styrningen.
- Den *kunskap* som hanteras i centrala processer inom Nationellt system för kunskapsstyrning är i huvudsak medicinskt inriktad och kopplad till etablerade diagnoser. Icke-medicinska frågor hanteras i samverkansgrupperna, men med betoning på förutsättningar snarare än kunskapsutveckling i sin egen rätt.
- Flera olika typer av kunskaper berörs när man talar om vad kunskapsstyrningen ska åstadkomma, exempelvis implementeringskunskap, lokal förbättringskunskap och ett allmänt kunskapslyft hos vårdprofessionella kring hur man

tillämpar vetenskapliga rön. Dessa frågor hänförs i hög grad till den lokala kunskapsstyrningsorganisationen att hantera.

- *Styrning* produceras formellt tydligast i form av riktlinjer (de så kallade personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen). Därtill spelar mjuk styrning i form av nätverkande mellan experter en stor roll. Möjliga kopplingar mellan vårdförlopp och annan styrning (uppföljning/jämförelser, ersättning) diskuteras nationellt såväl som regionalt.
- Breda ambitioner finns om att personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska kunna utvecklas för en mångfald av olika patientgrupper och behov, även komplexa sådana. Detta uttrycks bland annat i överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKR om finansiering av förloppen. I praktiken har dock vårdförlopp utvecklats främst med fokus på att förbättra insatsflödet och korta tidsåtgången i diagnosspecifik utredningsfas. Det är också här det finns mest evidens för de positiva effekterna av styrverktygets användning.
- Påverkan på *hälso- och sjukvårdssystemet* riktar sig tydligast mot den etablerade sjukvårdsorganisationen med dess medicinska specialtområden och nivåindelningar. Ambitioner finns att inkludera multidisciplinär kunskap och samverkansfrågor, men arbetsprocesserna är outvecklade liksom förståelsen för olika kunskapsgrunder. Preventiva och hälsofrämjande perspektiv anses svåra att inbegripa i den etablerade systematiken. Kommunalt driven vård och omsorg är ännu inte en integrerad del av organisationen.
- Nationellt system för kunskapsstyrning inbegriper ambitioner om påverkan på flera olika systemnivåer. Den centrala organisationsnivån, med framtagande av kunskapsstöd, storskalig uppföljning i kvalitetsregister och myndighetssamarbeten, har hittills varit i fokus. Den lokala organisationen, med fokus på verksamhetsnära förbättrings- och uppföljningsarbete, är fortfarande under uppbyggnad, även om delar av detta arbete förekommer löpande i ordinarie verksamhet.
- Den lokala programorganisationen som är under uppbyggnad kan ge en komparativ fördel gentemot centrala myndigheter i fråga om förankring och implementering av kunskapsstöd. Det förutsätter dock att motsvarande resurser avsätts för den lokala kunskapsbildningsprocessen och nätverkandet i verksamheterna. Utmaningen ligger framledes inte på att ytterligare stärka de nationella eller regionala nivåerna utan att lägga mer kraft på hur kunskap ska omsättas i vårdpraktiken.

Omställning, utveckling och förändringstryck – observationer från fallstudierna

- Nationellt system för kunskapsstyrning har inte varit en central aktör i framtagandet av kunskapsunderlag för covid-19. Förloppet var för snabbt för att man skulle hinna etablera arbetsgrupper och processer, speciellt då organisationen inte var färdigetablerad i pandemins inledningsfas. Kunskapsstyrningens webbplats har dock fungerat som en av plattformarna där (andras) kunskapsstöd spridits. Samverkan mellan regioner och sjukvårdsregioner upplevs ha fungerat bra i mer operativa frågor som vårdplatskoordinering och läkemedelsförsörjning. Här kan den typ av nätverkande som kunskapsstyrningen främjar ha varit en underlättande faktor.

- Omställningen till Nära vård är en övergripande trend/reforminriktning som varit för ospecifik att ta sig an inom ramen för den diagnosorienterade organisationen, alternativt sorterats till det organisatoriska området där Nationellt system för kunskapsstyrning inte aktivt driver kunskapsutveckling. Nya vård- och leveransformer (bland annat relaterade till digitalisering) har hittills fått liten uppmärksamhet. Sammanhangsdialoger kring nära vård i ett kunskapsstyrningsperspektiv har dock nyligen initierats både nationellt och regionalt.
- Det finns en inbyggd motsättning mellan nuvarande betoning inom Nationellt system för kunskapsstyrning på medicinska standarder utifrån diagnoser och nära vårds grundsyn på behovet att möta människors hälsobehov på ett brett och individanpassat sätt. Problematiken kan förväntas öka i och med att vården i högre utsträckning hanterar mer långvariga och komplexa tillstånd som förutsätter en hög grad av variation i omhändertagandet. Både tack vare den medicinska utvecklingen och för att patienterna själva kräver det.
- Det finns inget självändamål i att Nationellt system för kunskapsstyrning måste driva "allt". Styrkan ligger i att sammanställa och sprida befintlig evidensbaserad klinisk kunskap, snarare än att driva innovation, teknikutveckling eller organisationsförändring. Det finns dock en risk att kunskapsstyrningen bidrar till att cementera existerande stuprör och behandlingsalternativ, om man inte samtidigt tar övergripande trender inom vårdutvecklingsområdet i beaktande.

Slutsatser: Styrförutsättningar som behöver tydligas

Nedan listas våra viktigaste slutsatser och medskick från studien som helhet. Slutsatserna sorteras utifrån tre centrala analytiska begrepp: *ändamålsenlighet*, *räckvidd* samt *relevans*. Detta är generiska bedömningskategorier som kan tillämpas på vilken styrmodell eller satsning som helst som har som ambition att påverka utvecklingen av hälso- och sjukvården (eller någon annan verksamhet, för den delen). Vår uppfattning är dock att en diskussion kring ändamålsenlighet, räckvidd och relevans är särskilt angelägen att inleda i relation till styrambitioner som vilar på generiskt positiva värdeord och breda målformuleringar som kunskapspridning, kvalitetsutveckling och lärande. Erfarenheten visar att sådana koncept lätt riskerar att bli urvattnade när de används utan närmare avgränsningar av innehållet, alternativt att satsningarna blir så allomfattande att de kan uppfattas som hotfulla, samtidigt som de förlorar i träffsäkerhet och genomslagskraft. Vi hoppas alltså att vår studie och analys kan bidra till att tydliggöra styrförutsättningar och -begränsningar för Nationellt system för kunskapsstyrning, och därigenom öka sannolikheten för positiva effekter av kunskapsstyrningen inom svensk hälso- och sjukvård.

Ändamålsenlighet i olika styrverktyg

Ändamålsenlighet handlar om vilka styrverktyg som passar för vilka målområden. Forskningen visar på att matchningen mellan verksamhetslogik och styrverktyg är central för att maximera positiva effekter och minimera snedvridningar. Med tanke på heterogeniteten mellan de olika verksamheter som ryms inom hälso- och sjukvården och som därmed är föremål kunskapsstyrningens ambitioner, behöver dessa diskussioner bli mer levande.

- Vårdförlopp passar bäst för tydligt avgränsbara, enkelriktade behandlingsvägar. Var försiktig med att per automatik utvidga verktyget till mer komplexa behov och långvariga processer. Standardiserade verktyg passar bra för de delar av vården som består av insatser med relativt höga volymer, låg variation och ett förutsägbart förlopp. Risker med bristande individanpassning och ökad administrativ börda uppkommer när standardiserade verktyg tillämpas på verksamheter som präglas av stor variation mellan patienttillstånden.
- Var försiktig med att hårdkoppla utfallsindikatorer från vårdförlopp till annan central styrning såsom öppna jämförelser. Det riskerar att leda till "conformance" – att verksamheterna anpassar sig för att uppfylla de valda måtten – snarare än "performance" i form av verklig kvalitetsutveckling. Inskärpning av styrmedel är en vanlig strategi för att driva på implementering, men den samlade erfarenheten visar att detta oftast är kontraproduktivt. En snäv indikatorstyrning kan vara farlig.
- Nätverkande som informellt styrmedel har uppfattats positivt på nationell nivå, och kommer sannolikt spela en stor roll även för kunskapsstyrningens genomslag lokalt. Avsätt tid och resurser för det! Implementeringsprocesser behöver utformas med utrymme för lokalt erfarenhetsutbyte. Utan aktivt medskapande i verksamheterna kommer kunskapsstyrningen uppfattas som ytterligare en central riktlinjeproducent, med välkända förankringsproblem som följd. Risken ökar också för uppmärksamhetsträngsel gentemot annan styrning som uppfattas som hierarkisk.

Räckvidd genom hälso- och sjukvårdens olika nivåer

Räckvidd handlar om hur kunskapsstyrningen tas emot både "uppåt" och "nedåt". Det inbegriper både mandatsgränser mot den politiska nivån, legitimitet och utrymme på verksamhetsnivån och relationer till myndigheter. Ett systemperspektiv innebär att varje kunskaps- och styrningsproducerande aktör behöver förhålla sig till andra aktörer, hitta sin plats och avgränsa sina uppgifter. Diskussionen om vad kunskapsstyrningen ska omfatta och inte behöver konkretiseras.

- Nationellt system för kunskapsstyrning har inte mandat att göra horisontella prioriteringar på övergripande nivå. Kunskapsstyrningen bör däremot ta hänsyn till de prioriteringar och strategier som politiken beslutat. Samtidigt bör kunskapsstyrningen tydligt kunna kommunicera till och få gehör hos politiska beslutsfattare kring områden där det finns tydlig evidens. Det behövs utökade

dialoger kring rollen för medicinsk kunskap gentemot bredare politiska hänsynstaganden och värderingar, samt även i relation till ekonomi- och budgetprocesser, upphandling, avtal och andra ledningsstrategier.

- Stora omställningsprocesser som nära vård, digitalisering, med mera initieras i hög grad utanför kunskapsstyrningen. Varje NPO bör i högre grad diskutera hur nya leveransformer, kontaktkanaler och hjälpmedel kan påverka vårdprocesserna inom det egna området. En tendens är att samverkansgrupper skapas för att ta hand om icke-medicinska frågor. Samverkan där man inte har initiativförmåga eller beslutsmandat riskerar dock att bli resurskrävande diskussionsforum utan mycket utvecklingskraft. Utvecklingsriktningar inom vårdsystemet behöver på ett tydligare sätt komma in i den ordinarie kunskapsproduktionen.
- På verksamhetsnivån är produkter från kunskapsstyrningen ett av många underlag att ta hänsyn till i den lokala verksamhetsutvecklingen. Om de kunskapsunderlag som tas fram på ett tydligt sätt förhåller sig till annan pågående utveckling är det lättare att få gehör och genomslag. Detta inkluderar andra triagerings- och behandlingsstöd som nu implementeras hos både privata och offentliga vårdgivare. Annars riskerar kunskapsstyrningen att uppfattas som ett parallellt projekt till andra stora utvecklingsåtgärder såsom nära vård eller digitalisering.

Relevans för och bidrag till olika slags utvecklingsprocesser

Relevans handlar om i vilken utsträckning kunskapsstyrningen kan bidra till olika typer av utveckling inom hälso- och sjukvårdssystemet. Kvalitetsutveckling sker ofta inom ramen för ett givet system, med förbättringar inom separata verksamheter eller processteg. Större strategiska skiften innebär att även indelningar, funktionssätt och relationer mellan olika delar av systemet förändras. Dessa olika utvecklingsprocesser kräver i hög grad olika angreppssätt och organisering. Diskussionen om kunskapsstyrningen ska ta sikte på att även inkorporera det senare behöver initieras.

- Kunskapsstyrningssystemet har (och har länge haft) sin styrka i att exploatera och sprida befintlig kunskap som kan leda till inkrementella förbättringar och lärande mellan kliniska verksamheter som arbetar inom samma område. Den nuvarande organiseringen med vertikalt diagnosorienterade NPO:er förstärker detta.
- I fråga om mer radikala omställningsprocesser, akuta kriser eller strategiska skiften har kunskapsstyrningen hittills inte haft en framträdande roll. Det är troligt att organisationens styrka även framgent kommer att ligga på att fungera solitt, snarare än att agera snabbt. Produktionstakten i arbetsprocesserna är en kritisk faktor även när det gäller ambitionen att föda in kvalitetssäkrad kunskap i vårdinformationssystem och digitala beslutsstöd. En liten del av den sammanlagda kunskapsproduktionen inom hälso- och sjukvården sker de facto inom ramen för Nationellt Systemet för Kunskapsstyrning, varför man bör inta en roll som katalysator och spridare av kunskap.

- På verksamhetsnivån behöver feedbacklooparna vid användning av kunskapsstöd vara korta. Återkopplingen behöver fokusera på sådant som är lokalt relevant och kunna justeras i och med att förutsättningarna i omvärlden förändras. Fokusera på att stärka detta, snarare än att enbart säkra standardisering och central jämförbarhet medelst etablerade kvalitetsregister. Det finns ett förbättringsutrymme i att öka förståelsen för agila och participativa metoder som utgår från vårdgolvet. Det inbegriper även vårdpersonalens förmåga att ta till sig, omsätta och avväga vetenskapligt stöd tillsammans med professionella erfarenheter och patientens uppfattning.

Avslutande medskick

Nationellt system för kunskapsstyrning uppfattas som ett av de stora utvecklingsprojekten inom svensk hälso- och sjukvård just nu. Det är en stor och bred satsning med stor potential till goda effekter – om ambitionerna och ansträngningarna formuleras och fokuseras rätt.

Hittills har utvecklingsarbetet inom kunskapsstyrning framför allt varit inriktat mot att ta fram processer som syftar till intern legitimitet, det vill säga att säkerställa ett förtroende för kunskapsproduktionen bland professionella experter och peers i form av riktlinjeproducerande myndigheter. En större och svårare fråga, som nu pockar på uppmärksamhet, är hur man kan säkerställa extern legitimitet så att också vårdprofessionella ute i verksamheterna, liksom ytterst ansvariga politiker, kan känna förtroende för den styrning som genereras. En huvudpoäng i den här rapporten har varit att ett sådant förtroende kan skapas genom avgränsningar. Och att om man inte tydliggör avgränsningar medför det risker i form av svagare genomslag.

Det finns tecken på att kunskapsstyrningen uppfattas som övermäktig i vissa vårdverksamheter, med oro för att annat utvecklingsarbete kan komma att nedprioriteras. Detta indikerar att styrvalören i kunskapsstyrningens olika verktyg behöver diskuteras. Ur verksamhetsperspektiv kan de uppfattas som av tvingande karaktär, även om de i formell mening är valbara rekommendationer. Själva omfattningen av satsningen på Nationellt system för kunskapsstyrning gör att det uppfattas som att deltagandet är obligatoriskt, åtminstone av vissa ”på golvet”. Viktigt här är att inse att dylika uppfattningar kan utvecklas enbart utifrån en extensiv retorik kring ambitioner och målområden, även om styrningen de facto är mer avgränsad. En praktisk möjlighet, som även påtalats internt, kan vara att i högre utsträckning tala om stöd eller vägledning, snarare än styrning.

På motsvarande sätt finns indikationer att kunskapsstyrningen kan uppfattas som hotfull från politiskt håll. Trots att urspungsrekommendationen, som ligger till grund för systemet, är politiskt beslutad både i SKR:s styrelse samt regionalt så uppfattas det finns en otydlighet i kunskapsstyrningens roll i förhållande till politiska beslutsprocesser. I vissa led finns den en oro på politisk nivå att de vårdprocesser som föreskrivs av

kunskapsstyrningen genom exempelvis vårdförlopp kan åtföljas av krav på resurser, som skulle kunna bli konfliktterande med strategiska beslut kring resursförflyttningar som tagits mot bakgrund av exempelvis nära vård. Farhågor lyfts att helhetsperspektivet kan gå förlorat då varje gruppering arbetar relativt fristående utifrån huvudsakligen medicinska kriterier, vilket främjar ambitionshöjande och kostnadsdrivande drivkrafter som kan bli svåra att sammantaget hantera inom ramen för nuvarande hälso- och sjukvårdsbudgetar. Utvecklade dialoger krävs kring den politiska insynen och involveringen inom kunskapsstyrningen både på nationell och regional nivå.

Det finns med andra ord flera anledningar att förtydliga förutsättningar och begränsningar för hur Nationellt system för kunskapsstyrning vill och kan agera. En anledning är att elasticiteten i begreppet kunskapsstyrning riskerar att leda till ihållighet om det inte fylls med mer konkret innehåll. En annan anledning är att det i ett dynamiskt hälso- och sjukvårdssystem under utveckling alltid kommer alltid finnas områden som saknas. Det innebär inte att kunskapsstyrningen måste inbegripa ”allt” – tvärtom efterfrågas konsolidering snarare än ytterligare expansion. Eller annorlunda uttryckt: man är inte Systemet utan en väsentlig del av det som aktivt måste förhålla sig till andra väsentliga delar och aktörer. En tredje anledning till avgränsningar är att den kunskapsgrund och de styrverktyg man har tillgång till inom nuvarande organisation inte ändamålsenligt främjar all sorts utveckling, och speciellt när det gäller strategiska skiften och omställningsprocesser behövs även andra typer av beslutsunderlag och värderingsgrundade ställningstaganden.

Om avgränsningar och randvillkor för kunskapsstyrningen kommuniceras tydligare blir de upplevda osäkerheterna kring bland annat undanträngningseffekter mindre, och genomslagskraften blir därmed större.

Appendix

En utgångspunkt i den här rapporten är att former av kunskapsbildning och styrning kan ses som ett utslag av organisering. Kunskapsproduktion förutsätter organiserad verksamhet för att bli till, och hur organiseringen går till kommer vara avgörande för vilken styrning som genereras, och för effekterna av styrningen. Nedan ges en kort bakgrund till den organisationsvetenskapliga synen på organisationer och organisering.

Om organisation och organisering

Organisationer och organisering är två grundläggande begrepp inom organisations-teorin som beskriver en enhet (organisation) respektive en process av pågående aktiviteter (organisering). De teoretiska begreppen är inte knutna till formella organisationer som företag eller myndigheter, utan används för att beskriva och analysera en stor mängd sociala och samhälleliga verksamheter (Eriksson-Zetterquist m fl 2015). Forskningen belyst många företeelser som man kanske inte tänker på som organisationer i första hand, exempelvis kulturevenemang, politiska demonstrationer och familjesammankomster. Enligt en klassisk definition är en organisation ”a system of consciously coordinated personal activities or forces” (Barnard 1938). Det gemensamma är att människor ser fördelar med att samarbeta på olika sätt för att uppnå olika saker.

Vad som utmärker en organisation enligt forskningen har modifierats över tiden. Under 1960-talet betonades ofta att organisationer kännetecknades av en speciell sorts rationalitet som sociologen Max Weber kallar målrationalitet. Fokus låg på organisationers inre funktionssätt. De framställdes som maskinlika konstruktioner med klara och tydliga målsättningar, hierarkiskt ledarskap med en hög grad av detaljplanering och en mängd olika optimeringsbara komponenter.

Under 1970-talet och framöver kom det rationella perspektivet att bli allt mer kritiserat för dess oförmåga att förklara faktiska händelser och processer i organisationer. Organisationer kom i högre grad att betraktas som sociala konstruktioner där individers agerande och uppfattningar gavs större vikt än den formella organisationsstrukturen. De sociala aspekterna av organisationer – att de bidrar med att skapa mening för sina medarbetare eller medlemmar – kom att betonas mer. Samtidigt kom organisationers förhållande till sin omvärld att problematiseras. Organisationer måste hela tiden anpassa sig till externa faktorer som resurstillgång och konkurrenssituation, men även till värderingar, normer och förväntningar i omvärlden som har betydelse för hur organisationen uppfattas där (Brunsson 2003).

I och med att fokus förflyttats från hur organisationer är uppbyggda till vad de gör och hur de ses, så har det blivit allt vanligare att skilja mellan organisation och organisering. Perspektivet grundar sig i organisationsforskaren Karl Weick's bok *The Social Psychology of Organizing* (1969), där han beskriver organisering som den process som skapar organisationer. Att organisationer finns är ett resultat av att vi söker sätt att hantera och kontrollera vår omvärld som leder till social samverkan. Organisering avser den process där människor gemensamt utför en aktivitet, och denna aktivitet leder till att organisationer uppstår.

Medan organisation beskriver något statiskt betonar organiseringsbegreppet det dynamiska. Karakteristiska aktiviteter som studerats är exempelvis strategiformulering, uppgiftsfördelning, resurssättning, rekrytering, produktion och resultatuppföljning. Under de senaste decennierna har organiseringsstudier kommit att intressera sig för hur organisationers gränser skapas och upprätthålls när organisationer bildas, förändras och avvecklas. Barbara Czarniawska, en av de mest kända svenska forskarna med den här ansatsen, skriver:

One often speaks of actors entering and leaving an organization, inhabiting it, moving from one organization to another, crossing the organizational borders, engaging in "gate-keeping". Yet despite such physical, object-like metaphors, one speaks again and again of what people are doing, and how different actors relate to one another. [...] Although many different people may be involved in performing a given net of actions, once no one is doing so any longer, the net ceases to exist. A factory in which no one produces anything anymore is not an organization and may be referred to simply as "that old factory building". It is organizing that makes organizations, not the other way around. (2014, s 316).

För att sammanfatta avser organisering processen där individer koordinerar sitt handlande inom ramen för organisationer, eller vad som blir organisationer genom denna organisering. Perspektivet sätter fokus på aktiviteter och relationskapande. Ur denna process kan det komma olika materiella ting som i vårdsammanhang kan vara exempelvis läkemedel, sjukhusbyggnader och teknisk apparatur eller immateriella företeelser som vårdinsatser, data eller riktlinjer. Organisering kan också generera mer abstrakta effekter som makt, påverkan eller lärande. Samtida policynära forskning har exempelvis intresserat sig mycket för vilken typ av organisering som främjar innovation och innovationers spridning i olika delar av samhället.

Källförteckning

Adler, P. S. (2001). Market, hierarchy, and trust: The knowledge economy and the future of capitalism. *Organization Science* 12(2): 215–234.

Ahlbäck Öberg, S. & Widmalm, S. (2016) Att göra rätt – även när ingen ser på. *Statsvetenskaplig tidskrift* 118(1): 7–17.

Anell, Anders och Mattisson, Ola (2009). *Samverkan i kommuner och landsting: en kunskapsöversikt*. Stockholm: Studentlitteratur.

Barnard, Chester (1938). *The functions of the executive*.

Bergh, Andreas och Hallonsten, Olof (2021). *Enhetslösningarnas tyranni*. Essä #39. Stockholm: Timbro förlag.

Blum, B. I. (1984). *Information systems for patient care*. New York: Springer-Verlag.

Bohlin, Ingemar och Sager, Morten (red.) (2011). *Evidensens många ansikten: evidensbaserad praktik i praktiken*. Stockholm: Arkiv.

Brunsson, Nils (2003). *The Organization of Hypocrisy – Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Stockholm: Liber.

Calltorp, Johan m fl (2006). *Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Czarniawska, Barbara (2014). *A theory of organizing*. London: Edward Elgar Publishing.

Denvall, Verner och Johansson, Kerstin (2012). *Kejsarens nya kläder – implementering av evidensbaserad praktik i socialt arbete*. *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 1, 2012.

Ds 2014:9. *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Pro-memoria från Socialdepartementet.

Ekman, Ingrid (2020). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik*. 2:a upplagan. Stockholm: Liber.

Entreprenörsskapsforum/Fores/LHC (2016). *Välfärden är värd en bättre debatt! Slutrapport från Uppdrag Välfärd*.

Eriksson-Zetterquist, Ulla, Kalling, Thomas och Styhre, Alexander (2015). Organisation och organisering. Stockholm: Liber.

Fernler, Karin (2012). Perspektiv på implementering: Vad är "god" implementering och kan det stödjas? LHC Report nr 8, 2012. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

Fernler, Karin och Helgesson, Claes-Fredrik (2016). Kloka regler: Kunskap i regelsamhället. Stockholm: Studentlitteratur.

Freidson, Eliot (2001). Professionalism: The Third Logic. Blackwell Publishers.

Garpenby, Peter (2016). Kunskapsstyrning – Mångsidig styrform som behöver studeras. Kapitel i Henriksson, Martin (red.). Perspektiv på utvärdering, prioritering, implementering och hälsoekonomi: En hyllningsskrift till Per Carlsson. Linköping: Linköpings Universitet.

Garpenby, Peter och Carlsson, Per (1999/2014). Mot bättre vetande: Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. Nytryck av Bilaga 6 i SOU 1999:66 God vård på lika villkor, Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000.

Fransson; Martin och Quist, Johan (2014). Tjänstelogik för offentlig förvaltning: en bok för förnyelsebyråkrater. Stockholm: Liber.

Hagbjer, Eva och Krohwinkel, Anna (2018). When Market Organization does not Help: High Ambitions and Challenges in the Market for Eldercare. Kapitel i Brunsson, Nils och Jutterström, Mats (red.) Organizing and Reorganizing Markets. Oxford: Oxford University Press.

Helgesson, Claes-Fredrik (2012). Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården. Några viktiga orsaker till mångfaldighet och vad det innebär för de statliga myndigheternas roll. Bilaga 5 i SOU 2012:33. Gör det enklare! Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.

Hood, C. (1991). A public management for all seasons? Public Administration, mars 1991.

Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st Century. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academies Press.

Jacobsen, Dag Ingvar (2019). Organisationsförändringar och förändringsledarskap. Stockholm: Studentlitteratur.

Krohwinkel, Anna m fl (2017). Framtidens styrning och organisering: Systemutmaningar för att realisera digitaliseringens potential i vård och omsorg. Kapitel i Ekholm, Anders (red.). Bortom IT: Om hälsa i en digital tid. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier.

Krohwinkel, Anna (red.) m fl (2019). Värdebaserad vård: En organisationsteoretisk genomlysning av innehåll, ändamålsenlighet och lärdomar för framtiden. LHC Report nr 2, 2019. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

Krohwinkel, Anna och Winberg, Hans (2019). Målgruppsanpassad patientsäkerhet – ett organisationsteoretiskt perspektiv. Kapitel i Ödegård, Synnöve (red.) Säker vård: Nya perspektiv på patientsäkerhet. Lund: Liber.

Krohwinkel, Anna och Mannerheim, Unni (red.) (2019). Moderna Policies: Inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt. LHC Report nr 3, 2019. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

Latour, Bruno (1988). The Pasteurization of France. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Lee, Francis (2012). Att söka sanningen: Om kunskapsstyrning och gränsarbete i systematiska litteraturöversikter. LHC Report nr 7, 2012.

LHC (2015). Förstärkning av svensk forskning om vårdsektorn: Kartläggning av forskare och förslag om nätverk. LHC Report nr 1, 2015.

LHC (2016). Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk. LHC Working Paper 2016:1. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

LHC (2021). Remissvar på betänkandet Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård (SOU 2020:36). Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

LHC och CHI (2020). Om en Omställning: Rapport från ett följeforskningsuppdrag om hälso- och sjukvårdsutveckling i Västra Götalandsregionen. LHC Report nr 3, 2020. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

LHC/SKR (2020). Nära vård: Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter. Februari 2020. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

Lindfors, Oskar (2022). Att styra kunskapen eller att låta kunskapen styra. Läkartidningen, 18 jan 2022.

Lumell Associates (2021). Långsiktig utvecklingsplan för kunskapsstyrningssystemet. Bilder till LHC, 18 november 2021. Stockholm: Nationellt system för kunskapsstyrning.

Lundbäck, Mattias och Karlson, Nils (2021). Myten om centralisering – Om sjukvården som ett polycentriskt system. Stockholm: Ratio.

Lundquist, L (1987). Implementation Steering. An Actor-Structure Approach. Lund: Studentlitteratur.

Palmberg, Margareta och Palmberg Broryd, Klara (2014). Att leda kunskapsbaserad utveckling: Ett kunskapsunderlag. Stockholm: Mementor.

Prop. 2017/18:83. Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.

Region Gävleborg (2018). God och nära vård i Gävleborg.

Region Jönköpings län (2020). Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård 2020-2030.

Region Kronoberg (2017). Närmare kronobergaren. Utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017-2027.

Region Uppsala (2018). Effektiv och nära vård 2030 - Målbild och strategi.

Regionrevisorerna i Stockholm (2020). Nationella riktlinjer och kunskapsstyrning. Rapport nr 2/2020. Stockholm: Region Stockholm.

Riksrevisionen (2013). Riksrevisionen (2013) Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning? RiR 2013:20. Stockholm: Riksrevisionen.

Riksrevisionen (2017). Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet. RiR 2017:3. Stockholm: Riksrevisionen.

Rothstein, Bo (2010). Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik. 3:e upplagan. Falun: SNS förlag.

Sager, Morten och Pistone, Isabella (2019). Kunskap. Kapitel i Krohwinkel, Anna och Mannerheim, Unni (red.). Moderna Policies: Inspel för en framtidsinriktad hälso- och sjukvårdsdebatt. LHC Report nr 3, 2019. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

SBU (2018). Värdebaserad vård: Kartläggning av kunskapsläget. Rapport 285/2018. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

SBU (2010). Triage och flödesprocesser på akutmottagningen: En systematisk litteraturoversikt. Rapport 197/2010. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag.

SFS 2017:612. Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

SKL (2014). Intermountain Healthcare – Styrning för kvalitet i ett högpresterande system.

SKR (2017). Rekommendation till landsting och regioner om etablering av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning: Förbundsstyrelsens beslut. Meddelande från styrelsen 9/2017.

Slack, N. et al (2013). Operations management. 7th ed. Harlow, UK: Pearson Educational Limited.

Socialdepartementet och SKR (2022). Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Socialdepartementet och SKR (2022b). God och nära vård 2022: En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Socialstyrelsen (2009). Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012). Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård. Februari 2012. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2021). Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020: Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.

SOU 2011:65. Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning. Delbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.

SOU 2012:33. Gör det enklare! Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.

SOU 2013:40. Att tänka nytt för att göra nytta – om perspektivskiften i offentlig verksamhet. Slutbetänkande av Innovationsrådet.

SOU 2017:48. Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård. Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.

SOU 2018:38. Styra och leda med tillit: Forskning och praktik. Forskningsantologi från Tillitsdelegationen.

SOU 2018:39: God och nära vård: En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2020:36. Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter. Betänkande av utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning.

SOU 2021:71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. Betänkande av utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.

SOU 2021:89. Sverige under pandemin – Smittspridning och smittskydd. Delbetänkande av Coronakommissionen.

SOU 2022:6. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Slutbetänkande av utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap.

Stacey, R. (1996). Strategic management & organizational dynamics, 2nd edition. London: Pitman Publishing.

Statskontoret (2018). Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Slutrapport. Rapport 2018:23. Stockholm: Statskontoret.

Tyrstrup, Mats och Larsson, Ida (2017). Närvård i västra Sörmland: En berättelse om roller, relationer och avstånd. LHC Report nr 3, 2017. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.

Vedung, Evert (2009). Utvärdering i politik och förvaltning. Stockholm: Studentlitteratur.

VGR (2017). Strategi för omställning av hälso-och sjukvården i Västra Götalandsregionen.

Vårdanalys (2021). Ledas lika, ledas rätt? Kunskapsunderlag om standardiserade vårdförlopp. Rapport 2021:9. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Weick, Karl (1969). The Social Psychology of Organizing.

Winblad, Ulrika m fl (2021). Hur samordnas strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården med behov av investeringar i vårdbyggnader? Bilaga 3 i SOU 2021:71.
Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. Betänkande av utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.

Dokument från Nationellt system för kunskapsstyrning

Vägledning kunskapsstöd: Beskrivning av kunskapsstöd hos Socialstyrelsen och Nationellt system för kunskapsstyrning – nuläge och framåtblick. Framtagen av Nationella samverkansgruppen metoder för kunskapsstöd, 2021-03-30.

Översikt av planerade insatser 2021 i nationella programområden och nationella samverkansgrupper, 2021-03-10.

Sammanfattning av planerade insatser 2020 i nationella programområden och nationella samverkansgrupper, 2020-03-10.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Hjärtsvikt – nydebuterad. Framtaget av Nationellt programområde hjärt- och kärlsjukdomar. Godkänt 2021-02-24.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Höftledsartros – primärvård. Framtaget av Nationellt programområde rörelseorganens sjukdomar. Godkänt 2020-05-15

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Knäledsartros. Framtaget av Nationellt programområde rörelseorganens sjukdomar. Godkänt 2022-02-24

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom. Framtaget av Nationellt programområde äldres hälsa. Godkänt 2021-03-19

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kritisk benischemi. Framtaget av Nationellt programområde hjärt- och kärlsjukdomar. Godkänt 2020-09-25

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Framtaget av Nationellt programområde lung- och allergisjukdomar. Godkänt 2020-09-25

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Osteoporos – sekundärprevention efter fraktur. Framtaget av Nationellt programområde endokrina sjukdomar. Godkänt 2021-02-24

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet. Framtaget av Nationellt programområde rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Godkänt 2021-12-17

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid artrit (RA). Framtaget av Nationellt programområde reumatiska sjukdomar. Godkänt 2020-05-15

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid artrit - Etablerad. Framtaget av Nationellt programområde reumatiska sjukdomar. Godkänt 2021-10-22

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Schizofreni – förstagångsinsjuknande. Framtaget av Nationellt programområde psykisk hälsa. Godkänt 2020-09-25

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Sepsis. Framtaget av Nationellt programområde infektionssjukdomar och Nationellt programområde akut vård. Godkänt 2021-05-21

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Stroke och TIA. Framtaget av Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar. Godkänt 2020-05-15

Nationellt vårdprogram för behandling av distala radiusfrakturer. Framtaget av Nationellt programområde rörelseorganens sjukdomar. Godkänt 2021-04-21

Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom. Framtaget av Nationellt programområde njur- och urinvägssjukdomar. Godkänt 2021-05-10

Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling. Framtaget av Nationellt programområde för levnadsvanor. Godkänt 2021-12-07 (version 1), 2022-02-18 (version 2).

Nationellt vårdprogram för behandling av obstruktiv sömnapné hos vuxna. Framtaget av Nationellt programområde lung- och allergisjukdomar. Godkänt 2021-12-06

Verksamhetsplanering 2022 NPO och NSG – Medskick och frågor. Presentation vid lärandeträff 26 oktober 2021.

Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård.

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprider information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnernätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på
www.leadinghealthcare.se



[leadinghealthcare.se](http://www.leadinghealthcare.se)