

Ds 2014:9

En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss – hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)

– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/>

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2014

ISBN 978-91-38-24088-5
ISSN 0284-6012

Innehåll

1	Sammanfattning.....	5
2	Författningsförslag.....	11
2.1	Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)	11
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa	18
2.3	Förslag till förordning om ändring i kungörelsen (1942:725) med närmare föreskrifter angående tillämpning av lagen den 18 juli 1942 (nr 723) om skyddsympning inom försvarsväsendet	23
2.4	Förslag till förordning om ändring i författningssamlingsförordningen (1976:725).....	24
2.5	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:58) om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar	28
2.6	Förslag till förordning om ändring i smittskyddsförordningen (2004:255).....	29
2.7	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.....	35
2.8	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:824) med instruktion för Kammarkollegiet	37
2.9	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2011:582) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	38

2.10	Förslag till förordning om statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst	39
	Kunskapsstyrningsrådet	40
	Huvudmannagruppen	41
	Åtterrapporering	41
3	Inledning	43
4	Kunskapsstyrning och samverkan – bakgrund och slutsatser	47
4.1	Statens vård- och omsorgsutredning m.m.	47
4.2	Kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik	51
4.3	Tidigare utredningar om kunskapsstyrning	56
4.3.1	Ansvarskommittén	56
4.3.2	Utredningen om kunskapsutveckling inom socialtjänsten	58
4.4	Samverkan	61
4.4.1	Mot en effektivare kunskapsstyrning – samverkan mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting m.m.	61
4.4.2	Myndigheternas samordningsgrupp, MSG	62
4.4.3	Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning, NSK	64
4.4.4	Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning inom socialtjänsten, NSK-s	67
4.5	Överenskommelser och strategisk utveckling	68
4.5.1	Överenskommelsen för kunskapsstyrning och vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2014	69
4.5.2	Överenskommelser rörande socialtjänst	70
4.5.3	Regeringens plan för riktade insatser inom området för psykisk ohälsa, PRIO-planen	72
4.6	Sammanfattande slutsatser	75

5	Utgångspunkter för förslagen	79
5.1	Kunskapsstyrning – en nyckelfråga.....	80
5.2	Många aktörer kräver ett gott samspel.....	82
5.2.1	Tre centrala utgångspunkter för en statlig kunskapsstyrning.....	83
5.2.2	De statliga myndigheternas roll och ansvar	86
5.3	Förvaltningspolitiska utgångspunkter – styrning och samverkan.....	87
6	Förslag	93
6.1	Frågor om kunskapsstyrning och samverkan bör regleras.....	96
6.2	Socialstyrelsen – ett nav för den statliga kunskapsstyrningen.....	107
6.3	Ett samlat ansvar för Statens beredning för medicinsk utvärdering gällande kunskapsöversikter	110
6.4	Ett breddat uppdrag för Myndigheten för vårdanalys.....	117
6.5	Ett samlat ansvar för smittskyddsfrågor m.m.....	119
6.5.1	Inledning	119
6.5.2	Nuvarande ansvarsfördelning.....	122
6.5.3	Tidigare utredningar	124
6.5.4	Närmare om skälen för förslagen.....	127
6.5.5	Det nya gränssnittet mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.....	130
6.5.6	Särskilt om bemyndigande att meddela föreskrifter.....	133
6.5.7	Särskilt om beredskapsfrågor	135
6.6	Ändringar som berör Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.....	136
6.7	Uppdrag till Statskontoret	139
7	Kostnader, konsekvenser och genomförande	141
7.1	Kostnader	141
7.2	Konsekvenser.....	143

7.3	Genomförande.....	145
8	Författningskommentar	147
8.1	Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) ...	147
8.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.....	149

1 Sammanfattning

I denna promemoria läggs förslag som ska leda till en förbättrad statlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Myndigheternas kunskapsstyrning ska bli samordnad, effektiv och anpassad till de behov patienter, brukare, olika professioner och huvudmän har. Förslagen ska också leda till en stärkt samverkan mellan statliga myndigheter sinsemellan och med kommuner och landsting. Förslagen klargör också att patienters och brukares kunskaper måste beaktas i myndigheternas arbete med kunskapsstyrning.

Kunskapsstyrning definieras i promemorian som de olika former av kunskapsstöd och bindande föreskrifter som statliga myndigheter ansvarar för och som riktar sig mot huvudmännen och den verksamhet dessa ansvarar för. Kunskapsstyrning är en förutsättning för en evidensbaserad praktik, dvs. att patienter och brukare ges vård och insatser som baseras på bästa tillgängliga kunskap. En evidensbaserad praktik där överksamma eller skadliga metoder rensats ut leder till ökad trygghet och säkerhet för patienter och brukare samt ger stora samhällsekonomiska effekter.

En viktig bakgrund till denna promemoria är Statens vård- och omsorgsutredning (dir. 2011:4) och de konstaterade problem som lyfts fram i slutbetänkandet *Gör det enklare!* (SOU 2012:33). De slutsatser och förslag som Statens vård- och omsorgsutredning lade fram har bl.a. lett till att regeringen valt att göra en stegvis reformering av myndighetsstrukturen på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens områden. Som ett första steg inrättades Inspektionen för vård och omsorg, därefter omvandlades Apotekens service AB till E-hälsomyndigheten och i det tredje steget fördes uppgifter från Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut till den nya Folkhälsomyndigheten. Denna promemoria utgör det fjärde steget i detta förändringsarbete.

Kunskapsstyrning och samverkan

En grundläggande utgångspunkt för förslagen är att kunskapsstyrning är en nyckelfråga för att möta kommande utmaningar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Effekten av en välfungerande kunskapsstyrning visar sig i mötet mellan enskilda patienter och brukare och olika professioner. För att detta möte ska resultera i att den enskilde får vård och insatser som vilar på bästa tillgängliga kunskap måste hela kedjan fungera, där staten är en aktör bland flera. En väl fungerande kunskapsstyrning hänger således nära samman med en välutvecklad samverkan mellan staten och ansvariga huvudmän i kommunsektorn.

Tre centrala perspektiv måste genomsyra den statliga kunskapsstyrningen, denna måste vara anpassad till patienters och brukares, olika professioners och huvudmännens behov. Eftersom individer kan ha sammansatta behov måste sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst lyftas fram och onödiga gränser mellan verksamheterna tas bort.

Förslagen som läggs i promemorian syftar till att skapa ett nytt, långsiktigt hållbart system vad gäller den statliga kunskapsstyrningen. Regeringens styrning av myndigheterna ska bli mer samlad och strategisk, framför allt genom att det formaliseras vilka krav den statliga kunskapsstyrningen ska uppfylla. Åtta statliga myndigheter (E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket) bedöms ha centrala roller för den statliga kunskapsstyrningen och föreslås ingå i ett strategiskt råd, Rådet för statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Kunskapsstyrningsrådet). Kunskapsstyrningsrådet har till uppgift att se till att den statliga kunskapsstyrningen är samordnad, effektiv och anpassad till de behov patienter och brukare, personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har. Kunskapsstyrningen ska kommuniceras på ett samordnat sätt genom effektiva kanaler. Myndigheterna ska företrädas av respektive myndighetschef och deltagandet i rådet är obligatoriskt. Dessa krav och formerna för myndigheternas samverkan föreslås bli reglerade i en förordning.

Som ett led i att minska risken för en splittrad kunskapsstyrning och öka överskådligheten av den formella regleringen på området införs en gemensam författningssamling där alla myndigheter som har föreskriftsbemyndiganden kungör sina föreskrifter. Det föreslås att Socialstyrelsens författningssamling blir den gemensamma författningssamlingen.

Genom sammansättningen av myndigheter i Kunskapsstyrningsrådet breddas kunskapsstyrningens innehåll. Fortes deltagande skapar en brygga mellan forskarsamhället och myndigheterna. Genom att Inspektionen för vård och omsorg deltar kan dess erfarenheter och iakttagelser från tillsynen tas tillvara i arbetet med att utforma kunskapsstyrningen. Regeringen får genom den formella regleringen bättre förutsättningar för uppföljning av myndigheternas arbete samt möjlighet till ansvarsutkrävande.

Huvudmännen har det fulla operativa ansvaret för verksamheterna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst men idag saknas en formell plats för dessa i de statliga myndigheternas kunskapsstyrningsarbete. En sådan plats skapas genom att det inrättas ett rådgivande organ, Huvudmannagruppen för behovsanpassad kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Huvudmannagruppen), bestående av förtroendevalda i kommuner och landsting. Härigenom möjliggörs delaktighet i den statliga kunskapsstyrningens inriktning och utformning.

Renodling av myndigheternas uppdrag m.m.

Det föreslås även att vissa myndigheters uppdrag renodlas för att förtydliga myndigheternas roller, underlätta samverkan samt minska risken för dubbelarbete.

Socialstyrelsen får genom de förslag som läggs nya centrala uppgifter i det myndighetsgemensamma kunskapsstyrningsarbetet. Socialstyrelsens generaldirektör blir ordförande i Kunskapsstyrningsrådet och Huvudmannagruppen. Socialstyrelsen blir också utgivare av den gemensamma författningssamlingen vilket dels innebär ett redaktionellt ansvar, dels att Socialstyrelsen blir den centrala punkten för kommunicering av föreskrifter. Socialstyrelsens uppdrag förtydligas genom att vissa uppgifter flyttas till andra myndigheter. På så sätt ges Socialstyrelsen möjlighet att bli

en tydlig, renodlad utvecklingsinriktad kunskapsmyndighet med expertkompetens för hälso- och sjukvård och socialtjänst och som har stabsliknade uppgifter.

SBU föreslås få ett samlat ansvar för systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta innebär att Socialstyrelsen inte längre ska göra sådana kunskapsöversikter utan att SBU ska göra dessa på förfrågan från Socialstyrelsen. Förslaget syftar till att ge Socialstyrelsen förutsättningar att mer samlat arbeta med kunskapsstöd som vilar både på vetenskap och beprövad erfarenhet. Med det breddade uppdraget avseende socialtjänsten blir SBU:s nuvarande namn delvis missvisande. Det föreslås därför att myndigheten byter namn till Statens beredning för social och medicinsk utvärdering.

Mot bakgrund av de starka samband som finns mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och för att stärka patient- och brukarperspektivet föreslås att Myndigheten för vårdanalys uppdrag ska omfatta hela socialtjänstens område och den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Detta innebär att myndighetens namn blir delvis missvisande. Det föreslås därför att myndigheten byter namn till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Som ett led i att renodla Socialstyrelsens uppdrag ges Folkhälsomyndigheten ett samlat ansvar för smittskyddsfrågor, dvs. de myndighetsuppgifter som följer av smittskyddslagen (2004:168) inklusive de nationella vaccinationsprogrammen. Detta innebär att Folkhälsomyndigheten blir förvaltningsmyndighet för smittskyddet med ansvar för normering, förvaltningsuppgifter och beredskap inom området. En principiell utgångspunkt för den föreslagna ansvarsfördelningen är att Folkhälsomyndigheten ska ha ansvar för uppgifter som i huvudsak rör befolkningsskydd. Socialstyrelsen ska vara ansvarig myndighet för vård och behandling av och insatser till enskilda på individnivå inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Som en konsekvens av denna ansvarsfördelning föreslås även att Folkhälsomyndigheten tar över Socialstyrelsens uppdrag att vara nationell kontaktpunkt enligt WHO:s hälsoreglemente enligt lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

I syfte att effektivisera det administrativa stödet till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) föreslås att Socialstyrelsen blir

världmyndighet för nämnden istället för Kammarkollegiet. Nämndens ställning som en myndighet ändras inte genom detta förslag.

Genomförande och konsekvenser

De förslag som läggs innebär att flera myndigheter kommer behöva arbeta på ett nytt sätt vad gäller samverkans- och kunskapsstyrningsfrågor. För att säkerställa att de förslag som läggs leder till åsyftat resultat föreslås att Statskontoret får i uppdrag att följa och utvärdera de förändringar avseende samverkan och kunskapsstyrning som föreslås. Statskontoret bör även följa upp att den renodling som förslagen innebär leder till en ökad effektivitet och ett minskat dubbelarbete samt redovisa eventuella besparingsmöjligheter till följd av föreslagna förändringar.

De föreslagna förändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2015. Förslagen kommer att finansieras inom befintliga ramar. Förslagen att samla smittskyddsfrågorna på Folkhälsomyndigheten och ansvaret för systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter på SBU innebär överföring av uppgifter från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten respektive SBU. Breddningen av Myndigheten för vårdanalys uppdrag innebär att medel kommer att tillföras myndigheten. Som en konsekvens av förslaget att byta världmyndighet för HSAN kommer resurser för uppdraget att föras över från Kammarkollegiet till Socialstyrelsen.

Förslagen bedöms ge positiva effekter i kommunsektorn. Förslagen ska bidra till att huvudmännen ges ett bättre stöd för en evidensbaserad hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta leder både till minskade kostnader och en ökad trygghet och säkerhet för patienter och brukare. Det dubbelarbete som myndigheterna gör idag som en följd av oklara ansvarsgränser kommer att minska eller helt upphöra. Renodlade uppdrag underlättar också samverkan mellan myndigheterna vilket är en förutsättning för en effektiv och samstämd statlig kunskapsstyrning.

2 Författningsförslag

2.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 7 §, 2 kap. 7 §, 3 kap. 8 och 10 §§, 8 kap. 1, 7 och 12 §§ samt 9 kap. 3 och 4 §§ smittskyddslagen (2004:168) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

7 §¹

Socialstyrelsen ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Socialstyrelsen ska följa och vidareutveckla smittskyddet.

Folkhälsomyndigheten ska som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd ska fungera effektivt.

Folkhälsomyndigheten ska följa och vidareutveckla smittskyddet och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Folkhälsomyndigheten ska följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt.

¹ Senaste lydelse 2013:634.

2 kap.**7 §²**

Regeringen eller, *efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen* får meddela *närmare* föreskrifter

- om anmälan enligt 5 §,
- om uppgifter som avses i 6 § 5,
- om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om viss sjukdom,
- om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om till vem anmälan *skall* göras,
- om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om kravet på att anmälan *skall* ske utan dröjsmål, *samt*
- om undantag för uppgift i anmälan enligt 6 § vid viss sjukdom.

Regeringen eller *den myndighet som regeringen bestämmer* får meddela föreskrifter

1. om anmälan enligt 5 §,
2. om uppgifter som avses i 6 § 5,
3. om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om viss sjukdom,
4. om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om till vem anmälan *ska* göras,
5. om undantag från anmälningsskyldigheten enligt 5 § i fråga om kravet på att anmälan *ska* ske utan dröjsmål, *och*
6. om undantag för uppgift i anmälan enligt 6 § vid viss sjukdom.

3 kap.**8 §³**

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel *skall* genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel *ska* genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

² Senaste lydelse 2006:194.

³ Senaste lydelse 2004:877.

Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får *Socialstyrelsen* besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel *skall* genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Hälsokontroll enligt första och andra *stycket* får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Smittskyddsläkaren *skall* verkställa *Socialstyrelsens* beslut enligt andra *stycket*.

Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom får *Folkhälsomyndigheten* besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel *ska* genomgå hälsokontroll på platsen för inresan.

Hälsokontroll enligt första och andra *styckena* får inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.

Smittskyddsläkaren *ska* verkställa *Folkhälsomyndighetens* beslut enligt andra *stycket*.

10 §⁴

Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får *Socialstyrelsen* besluta att ett visst område *skall* vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det.

Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får *Socialstyrelsen* i det enskilda

Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får *Folkhälsomyndigheten* besluta att ett visst område *ska* vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det.

Om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen får *Folkhälsomyndigheten* i det en-

⁴ Senaste lydelse 2004:877.

fallet medge undantag från beslutet om avspärning. skilda fallet medge undantag från beslutet om avspärning.

8 kap.

1 §⁵

Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. avslag på begäran om upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,

4. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 5 kap. 18 §,

5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 5 kap. 18 §,

6. karantän enligt 3 kap. 9 §,

7. avslag på ansökan om att karantän *skall* upphöra enligt 3 kap. 11 §, eller

7. avslag på ansökan om att karantän *ska* upphöra enligt 3 kap. 11 §, eller

8. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 11 §.

Chefsöverläkares beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § i fråga om den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

Socialstyrelsens beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärning får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller *Socialstyrelsen* enligt denna lag får inte överklagas.

Folkhälsomyndighetens beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärning får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller *Folkhälsomyndigheten* enligt denna lag får inte överklagas.

⁵ Senaste lydelse 2004:877.

7 §⁶

När muntlig förhandling hålls i mål om isolering enligt 5 kap. 1 § eller fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § ska förvaltningsrätten höra lämplig sakkunnig, om det inte är uppenbart obehövt.

Regeringen eller, *efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen* ska för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten.

Regeringen eller *den myndighet som regeringen bestämmer* ska för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten.

Från en verksamhet där sekretess gäller enligt 25 kap. 1-5 §§ eller 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska utan hinder av sekretessen lämnas ut sådana uppgifter om den smittade som behövs för en sakkunnigs uppdrag.

12 §⁷

Polismyndighet *skall* lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren

Polismyndighet *ska* lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren

1. för att genomföra tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,

2. för att föra den som *skall* isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen,

2. för att föra den som *ska* isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen,

3. för att återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut *skall* vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,

3. för att återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut *ska* vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,

⁶ Senaste lydelse 2009:840.

⁷ Senaste lydelse 2004:877.

4. för att genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och *därvid* upprätthålla ordningen,

5. för att föra den som *skall* hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen *skall* äga rum, eller

6. för att återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats.

Polismyndigheten *skall* lämna biträde på begäran av *Socialstyrelsen* för att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och för att upprätthålla dessa avspärningar.

4. för att genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och *då* upprätthålla ordningen,

5. för att föra den som *ska* hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen *ska* äga rum, eller

6. för att återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats.

Polismyndigheten *ska* lämna biträde på begäran av *Folkhälsomyndigheten* för att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och för att upprätthålla dessa avspärningar.

9 kap.

3 §

Regeringen får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som *skall* vara anmälningspliktiga.

Regeringen eller, *efter regeringens bemyndigande*, *Socialstyrelsen* får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som *skall* vara smittspårningspliktiga.

Regeringen får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som *ska* vara anmälningspliktiga.

Regeringen eller *den myndighet som regeringen bestämmer* får meddela föreskrifter om vilka andra smittsamma sjukdomar än allmänfarliga som *ska* vara smittspårningspliktiga.

4 §

Regeringen eller, *efter regeringens bemyndigande*, *Socialstyrelsen* får meddela de *ytterligare* föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd *samt till skydd för enskilda*.

Regeringen eller *den myndighet som regeringen bestämmer* får meddela de föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om undantag från lagens tillämpning på Försvarsmakten, i den mån föreskrifterna inte gäller tvångsåtgärd mot enskild.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2015.

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

Härigenom föreskrivs att 5, 10–13, 16 och 30 §§ lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Socialstyrelsen skall vara nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet och ansvara för de uppgifter den är skyldig att fullgöra enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen.

Föreslagen lydelse

5 §

Folkhälsomyndigheten ska vara nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet och ansvara för de uppgifter den är skyldig att fullgöra enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen.

10 §

Myndigheter, kommuner och landsting som inom sina respektive ansvarsområden får information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa *skall* omedelbart underrätta *Socialstyrelsen* om det misstänkta hotet. Underrättelsen *skall* innehålla de uppgifter som *Socialstyrelsen* behöver för att kunna bedöma om det föreligger ett internationellt hot mot människors hälsa.

Myndigheter, kommuner och landsting som inom sina respektive ansvarsområden får information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa *ska* omedelbart underrätta *Folkhälsomyndigheten* om det misstänkta hotet. Underrättelsen *ska* innehålla de uppgifter som *Folkhälsomyndigheten* behöver för att kunna bedöma om det föreligger ett internationellt hot mot människors hälsa.

På begäran *skall* myndigheter, kommuner och landsting inom sina respektive ansvarsområden snarast möjligt lämna

På begäran *ska* myndigheter, kommuner och landsting inom sina respektive ansvarsområden snarast möjligt lämna den in-

den information som *Socialstyrelsen* behöver för att kunna fullgöra sin informations-skyldighet till Världshälsoorganisationen.

Berörda myndigheter, kommuner och landsting *skall* informera *Socialstyrelsen* om vilka åtgärder som har vidtagits och som kommer att vidtas med stöd av denna lag. *Socialstyrelsen* *skall* lämna information om åtgärderna till berörda myndigheter, kommuner och landsting.

formation som *Folkhälsomyndigheten* behöver för att kunna fullgöra sin informations-skyldighet till Världshälsoorganisationen.

Berörda myndigheter, kommuner och landsting *ska* informera *Folkhälsomyndigheten* om vilka åtgärder som har vidtagits och som kommer att vidtas med stöd av denna lag. *Folkhälsomyndigheten* *ska* lämna information om åtgärderna till berörda myndigheter, kommuner och landsting.

11 §

Socialstyrelsen *skall*, om den får information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa, skyndsamt och senast inom 24 timmar underrätta Världshälsoorganisationen om det misstänkta hotet.

Om Världshälsoorganisationen har fått information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa i landet *skall* *Socialstyrelsen*, på begäran från Världshälsoorganisationen, skyndsamt och senast inom 24 timmar efter begäran lämna information till Världshälsoorganisationen om hälsoläget i landet.

Folkhälsomyndigheten *ska*, om den får information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa, skyndsamt och senast inom 24 timmar underrätta Världshälsoorganisationen om det misstänkta hotet.

Om Världshälsoorganisationen har fått information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa i landet *ska* *Folkhälsomyndigheten*, på begäran från Världshälsoorganisationen, skyndsamt och senast inom 24 timmar efter begäran lämna information till Världshälsoorganisationen om hälsoläget i landet.

Socialstyrelsen skall lämna information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa till berörda myndigheter, kommuner och landsting.

Folkhälsomyndigheten ska lämna information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa till berörda myndigheter, kommuner och landsting.

12 §¹

Om det bedöms nödvändigt för att skydda mot ett internationellt hot mot människors hälsa ska *Socialstyrelsen* och andra berörda myndigheter, kommuner och landsting lämna uppgifter till Världshälsoorganisationen och till berörda utländska myndigheter även om de är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Bestämmelser om skydd mot kränkning av en enskilds personliga integritet genom behandling av personuppgifter finns i personuppgiftslagen (1998:204). *Socialstyrelsen* och andra berörda myndigheter, kommuner och landsting får oavsett bestämmelserna i 33 § personuppgiftslagen överföra personuppgifter till Världshälsoorganisationen och tredje land för att fullgöra sin uppgiftsskyldighet enligt denna lag. Uppgifter som rör någons hälsa får behandlas helt eller delvis automatiserat, om det är nöd-

Om det bedöms nödvändigt för att skydda mot ett internationellt hot mot människors hälsa ska *Folkhälsomyndigheten* och andra berörda myndigheter, kommuner och landsting lämna uppgifter till Världshälsoorganisationen och till berörda utländska myndigheter även om de är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Bestämmelser om skydd mot kränkning av en enskilds personliga integritet genom behandling av personuppgifter finns i personuppgiftslagen (1998:204). *Folkhälsomyndigheten* och andra berörda myndigheter, kommuner och landsting får oavsett bestämmelserna i 33 § personuppgiftslagen överföra personuppgifter till Världshälsoorganisationen och tredje land för att fullgöra sin uppgiftsskyldighet enligt denna lag. Uppgifter som rör någons hälsa får behandlas helt eller delvis automatiserat, om det är

¹ Senaste lydelse 2009:519.

vändigt för att en myndighet, en kommun eller ett landsting ska kunna fullgöra sin uppgiftsskyldighet enligt denna lag.

nödvändigt för att en myndighet, en kommun eller ett landsting ska kunna fullgöra sin uppgiftsskyldighet enligt denna lag.

13 §

Om ett område inom eller utom landet har drabbats av ett internationellt hot mot människors hälsa *skall Socialstyrelsen* förklara området vara drabbat av ett sådant hot. Området *skall* anses vara drabbat till dess *Socialstyrelsen* förklarar området fritt från hotet.

Om ett område inom eller utom landet har drabbats av ett internationellt hot mot människors hälsa *ska Folkhälsomyndigheten* förklara området vara drabbat av ett sådant hot. Området *ska* anses vara drabbat till dess *Folkhälsomyndigheten* förklarar området fritt från hotet.

16 §

Innan ett fartyg anlöper första svenska hamn eller senast vid ankomsten till hamnen *skall* befälhavaren på fartyget lämna information om hälsotillståndet ombord till Tullverket eller Kustbevakningen om

Innan ett fartyg anlöper första svenska hamn eller senast vid ankomsten till hamnen *ska* befälhavaren på fartyget lämna information om hälsotillståndet ombord till Tullverket eller Kustbevakningen om

1. befälhavaren har anledning att anta att smittämnen eller andra ämnen som kan utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa finns ombord,

2. fartyget kommer från en hamn i ett område som har förklarats drabbat av ett internationellt hot mot människors hälsa och ankomsten sker inom inkubationstiden för en smittsam sjukdom, eller

3. det ombord på fartyget finns en person som har vistats inom ett område som har förklarats drabbat av ett internationellt hot mot människors hälsa under sådan tid att inkubationstiden för en smittsam sjukdom inte har gått ut vid fartygets ankomst till hamnen.

När Tullverket eller Kustbevakningen har fått sådan information som avses i första

När Tullverket eller Kustbevakningen har fått sådan information som avses i första

stycket, *skall* myndigheten omedelbart underrätta smittskyddsläkaren och *Socialstyrelsen* om innehållet i informationen. Gäller sådan information fartyg som tillhör och bemannas av Försvarsmakten *skall* även generalläkaren omedelbart underrättas.

Vad som sägs i första och andra *stycket* om fartyg och hamn *skall* även gälla luftfartyg respektive flygplats. Den skyldighet som befälhavare på luftfartyg har att lämna information enligt första stycket gäller dock endast i förhållande till Tullverket.

stycket, *ska* myndigheten omedelbart underrätta smittskyddsläkaren och *Folkhälsomyndigheten* om innehållet i informationen. Gäller sådan information fartyg som tillhör och bemannas av Försvarsmakten *ska* även generalläkaren omedelbart underrättas.

Vad som sägs i första och andra *styckena* om fartyg och hamn *ska* även gälla luftfartyg respektive flygplats. Den skyldighet som befälhavare på luftfartyg har att lämna information enligt första stycket gäller dock endast i förhållande till Tullverket.

30 §

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela de *ytterligare* föreskrifter *till skydd för enskilda* som behövs för att hindra att smittämnen eller andra ämnen som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela de föreskrifter som behövs för att hindra att smittämnen eller andra ämnen som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2015.

2.3 Förslag till förordning om ändring i kungörelsen (1942:725) med närmare föreskrifter angående tillämpning av lagen den 18 juli 1942 (nr 723) om skyddsympning inom försvarsväsendet

Härigenom föreskrivs att 4 § kungörelsen (1942:725) med närmare föreskrifter angående tillämpning av lagen den 18 juli 1942 (nr 723) om skyddsympning inom försvarsväsendet ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

	4 § ¹	
<i>Socialstyrelsen</i> får efter		<i>Folkhälsomyndigheten</i> får
hörande av generalläkaren med-		efter hörande av generalläkaren
dela föreskrifter för hur skydds-		meddela föreskrifter för hur
ympningen <i>skall</i> verkställas.		skyddsympningen <i>ska</i> verk-
		ställas.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2015.

¹ Senaste lydelse 1994:384.

2.4 Förslag till förordning om ändring i författningssamlingsförordningen (1976:725)

Härmed föreskrivs att bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725)¹ ska ha följande lydelse.

Bilaga 1²

Nuvarande lydelse

Författningssamlingar för centrala myndigheter

Utgivande myndighet	Benämning	Förkortning	Särskild föreskrift
Finansinspektionen	Finansinspektionens författningssamling	FFFS	
<i>Folkhälsomyndigheten</i>	<i>Folkhälsomyndighetens författningssamling</i>	<i>FoHMFS</i>	
Försvarsmakten	Försvarsmaktens författningssamling	FFS	Utnyttjas också av Fortifikationsverket, Totalförsvarets forskningsinstitut och Försvarets materielverk
Lotteriinspektionen	Lotteriinspektionens författningssamling	LIFS	

¹ Förordningen omtryckt 2006:66.

² Senaste lydelse 2013:1033.

<i>Läkemedels- verket</i>	<i>Läkemedels- verkets författ- ningssamling</i>	<i>LVFS</i>	
Migrations- verket	Migrations- verkets för- fattningssam- ling	MIGRFS	

Skogsstyrel- sen	Skogsstyrel- sens författ- ningssamling	SKSFS	
Socialstyrel- sen	Socialstyrel- sens författ- ningssamling	SOSFS	<i>Utnyttjas också av Rättsmedicinalverket och Inspektionen för vård och omsorg</i>
Statens energimyndi- ghet	Statens energi- myndighets författningssam- ling	STEMFS	

Sveriges geologiska undersök- ning	Sveriges geo- logiska under- sökningssam- ling	SGU-FS	
<i>Tandvårds- och läke- medelsför- månsverket</i>	<i>Tandvårds- och läke- medelsför- månsverkets författningssam- ling</i>	<i>TLVFS</i>	<i>Utnyttjas också av E- hälsomyndigheten</i>

Tillväxt- verket	Tillväxt- verkets för- fattningssam- ling	TVFS	Utnyttjas också av Verket för innovations- system och Rådet för Europeiska social- fonden i Sverige
---------------------	--	------	---

Föreslagen lydelse

Författningssamlingar för centrala myndigheter

Utgivande myndighet	Benämning	Förkort- ning	Särskild föreskrift
Finans- inspek- tionen	Finans- inspektionens författnings- samling	FFFS	
Försvars- makten	Försvars- maktens för- fattningssam- ling	FFS	Utnyttjas också av Fortifikationsverket, Totalförsvarets forsk- ningsinstitut och För- svarets materielverk
Lotteri- inspek- tionen	Lotteri- inspektionens författnings- samling	LIFS	
Migrations- verket	Migrations- verkets för- fattningssam- ling	MIGRFS	
Skogsstyrel- sen	Skogsstyrel- sens författ- ningssamling	SKSFS	

Socialstyrelsen	Socialstyrelsens författningssamling	SOSFS	<i>Utnyttjas också av E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Läke-medelsverket, Rättsmedicinalverket och Tandvårds- och läke-medelsförmånsverket</i>
Statens energimyndighet	Statens energimyndighets författningssamling	STEMFS	

Sveriges geologiska undersökning	Sveriges geologiska undersöknings författningssamling	SGU-FS	
Tillväxtverket	Tillväxtverkets författningssamling	TVFS	Utnyttjas också av Verket för innovationssystem och Rådet för Europeiska socialfonden i Sverige

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2015.

2.5 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:58) om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar

Härigenom föreskrivs att 4 § förordningen (1998:58) om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställighet av lagen (1997:982) om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar och denna förordning.

4 §

Folkhälsomyndigheten får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställighet av lagen (1997:982) om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar och denna förordning.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2015.

2.6 Förslag till förordning om ändring i smittskyddsförordningen (2004:255)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddsförordningen (2004:255)

dels att 7 f § ska upphöra att gälla,

dels att 5–7, 7 b–e, 7 g och 10–12 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §¹

Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter om

– anmälan enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168),

– uppgifter som avses i 2 kap. 6 § 5 smittskyddslagen,

– undantag från anmälnings-skyldigheten enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen i fråga om viss sjukdom,

– undantag från anmälnings-skyldigheten enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen i fråga om till vem anmälan *skall* göras,

– undantag från anmälnings-skyldigheten enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen i fråga om kravet på att anmälan *skall* ske utan dröjsmål, *samt*

– undantag för uppgift i anmälan enligt 2 kap. 6 § smittskyddslagen vid viss sjukdom.

Folkhälsomyndigheten får meddela föreskrifter om

1. anmälan enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168),

2. uppgifter som avses i 2 kap. 6 § 5 smittskyddslagen,

3. undantag från anmälnings-skyldigheten enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen i fråga om viss sjukdom,

4. undantag från anmälnings-skyldigheten enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen i fråga om till vem anmälan *ska* göras,

5. undantag från anmälnings-skyldigheten enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen i fråga om kravet på att anmälan *ska* ske utan dröjsmål, *och*

6. undantag för uppgift i anmälan enligt 2 kap. 6 § smittskyddslagen vid viss sjukdom.

¹ Senaste lydelse 2006:1433.

6 §²

Folkhälsomyndigheten ska fortlöpande sammanställa och utvärdera anmälningar till myndigheten enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) och på begäran från *Socialstyrelsen*, Inspektionen för vård och omsorg eller andra myndigheter inom smittskyddet tillhandahålla sådan information.

Folkhälsomyndigheten ska också med lämpliga mellanrum sända ut redogörelser med sådan information till berörda myndigheter, läkare och veterinärer.

7 §³

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vilka smittsamma sjukdomar, utöver de allmänfarliga sjukdomarna, som anges i bilaga 1 till denna förordning som *skall* vara smittspårningspliktiga och som därmed *skall* bli föremål för smittspårning enligt föreskrifterna i 3 kap. 4 § första stycket smittskyddslagen

Folkhälsomyndigheten ska fortlöpande sammanställa och utvärdera anmälningar till myndigheten enligt 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2004:168) och på begäran från Inspektionen för vård och omsorg eller andra myndigheter inom smittskyddet tillhandahålla sådan information.

Folkhälsomyndigheten får meddela föreskrifter om vilka smittsamma sjukdomar, utöver de allmänfarliga sjukdomarna, som anges i bilaga 1 till denna förordning som *ska* vara smittspårningspliktiga och som därmed *ska* bli föremål för smittspårning enligt föreskrifterna i 3 kap. 4 § första stycket smittskyddslagen

7 b §⁴

Socialstyrelsen ska följa utvecklingen inom vaccinområdet och årligen den 1 oktober till regeringen lämna en lägesrapport om de nationella vaccinationsprogrammen. Läges-

Folkhälsomyndigheten ska följa utvecklingen inom vaccinområdet och årligen den 1 oktober till regeringen lämna en lägesrapport om de nationella vaccinationsprogrammen.

² Senaste lydelse 2013:900.

³ Senaste lydelse 2004:168.

⁴ Senaste lydelse 2012:622.

rapporten ska omfatta en uppföljning av nuvarande program samt utvecklingen av nya vacciner och vilken planering som myndigheten har i fråga om att bedöma vacciner enligt 7 c–7 d §§.

Lägesrapporten ska omfatta en uppföljning av nuvarande program samt utvecklingen av nya vacciner och vilken planering som myndigheten har i fråga om att bedöma vacciner enligt 7 c–7 d §§.

7 c §⁵

Socialstyrelsen ska fortlöpande följa och göra en bedömning av att de nationella vaccinationsprogrammen uppfyller kraven i 2 kap. 3 d–3 e §§ smittskyddslagen (2004:168).

Om *Socialstyrelsen* finner att de nationella vaccinationsprogrammen behöver ändras ska myndigheten till regeringen senast den 1 oktober lämna förslag om de ändringar av programmen som *Socialstyrelsen* anser vara nödvändiga.

Folkhälsomyndigheten ska fortlöpande följa och göra en bedömning av att de nationella vaccinationsprogrammen uppfyller kraven i 2 kap. 3 d–3 e §§ smittskyddslagen (2004:168).

Om *Folkhälsomyndigheten* finner att de nationella vaccinationsprogrammen behöver ändras ska myndigheten till regeringen senast den 1 oktober lämna förslag om de ändringar av programmen som *Folkhälsomyndigheten* anser vara nödvändiga.

7 d §⁶

Socialstyrelsens förslag till ändringar av nationella vaccinationsprogram enligt 7 c § ska i tillämpliga delar innehålla en analys av

1. sjukdomsburden i samhället, i hälso- och sjukvården och för enskilda individer,

2. vaccinationens förväntade påverkan på sjukdomsburden och på sjukdomens epidemiologi,

Folkhälsomyndighetens förslag till ändringar av nationella vaccinationsprogram enligt 7 c § ska i tillämpliga delar innehålla en analys av

⁵ Senaste lydelse 2012:622.

⁶ Senaste lydelse 2012:622.

3. det antal doser som bedöms krävas för att uppnå önskad effekt,
 4. de målgrupper som ska erbjudas vaccination,
 5. vaccinetts säkerhet,
 6. vaccinationens påverkan på verksamhet i landsting, kommuner och hos privata vårdgivare,
 7. vaccinetts lämplighet att kombinera med övriga vacciner i de nationella vaccinationsprogrammen,
 8. allmänhetens möjlighet att acceptera vaccinet och dess påverkan på attityder till vaccinationer generellt,
 9. vilka andra tillgängliga, förebyggande åtgärder eller behandlingar som kan vidtas eller ges som alternativ till vaccination i ett nationellt vaccinationsprogram,
 10. vaccinationens samhällsekonomiska effekter och dess kostnader och intäkter i staten, kommunerna och landstingen,
 11. möjligheterna till uppföljning av vaccinationens effekter i de avseende som anges i 1–10 samt statens beräknade kostnader för sådan uppföljning,
 12. behovet av informationsinsatser i förhållande till allmänheten och vårdgivare och kostnaden för dessa insatser, samt
 13. medicinetiska och humanitära överväganden.
- Samtliga faktorer ska redovisas utan inbördes rangordning.

7 e §⁷

Innan *Socialstyrelsen* lämnar förslag till regeringen, ska *Socialstyrelsen* höra *Folkhälsomyndigheten*, Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, kommuner och landsting samt de andra myndigheter och organisationer som *Socialstyrelsen* bestämmer.

Innan *Folkhälsomyndigheten* lämnar förslag till regeringen, ska *Folkhälsomyndigheten* höra Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, kommuner och landsting samt de andra myndigheter och organisationer som *Folkhälsomyndigheten* bestämmer.

⁷ Senaste lydelse 2013:900.

7 g §⁸

Socialstyrelsen får meddela *Folkhälsomyndigheten* får föreskrifter om meddela föreskrifter om

1. till vilka åldersgrupper vaccinationer enligt 2 kap. 3 c–3 e §§ smittskyddslagen (2004:168) ska erbjudas,
2. antalet doser som ska ges av varje vaccin,
3. med vilka intervall vaccinet ska ges, samt
4. de ytterligare villkor som ska gälla för nationella vaccinationsprogram enligt 2 kap. 3 c–3 e §§ smittskyddslagen.

10 §

Generalläkaren har tillsynen över smittskyddet inom Försvarsmakten. Generalläkaren får efter samråd med *Socialstyrelsen* meddela föreskrifter om undantag från smittskyddslagens (2004:168) tillämpning på Försvarsmakten, i den mån föreskrifterna inte gäller tvångsåtgärd mot enskild.

Generalläkaren har tillsynen över smittskyddet inom Försvarsmakten. Generalläkaren får efter samråd med *Folkhälsomyndigheten* meddela föreskrifter om undantag från smittskyddslagens (2004:168) tillämpning på Försvarsmakten, i den mån föreskrifterna inte gäller tvångsåtgärd mot enskild.

11 §

Socialstyrelsen skall i enlighet med 8 kap. 7 § andra stycket smittskyddslagen (2004:168) för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten i mål om isolering enligt 5 kap. 1 § eller fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § smittskyddslagen.

Folkhälsomyndigheten ska i enlighet med 8 kap. 7 § andra stycket smittskyddslagen (2004:168) för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten i mål om isolering enligt 5 kap. 1 § eller fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § smittskyddslagen.

⁸ Senaste lydelse 2012:622.

12 §

Socialstyrelsen får meddela de *Folkhälsomyndigheten* får
ytterligare föreskrifter som krävs meddela de föreskrifter som
för ett ändamålsenligt smitt- krävs för ett ändamålsenligt
skydd *samt till skydd för en-* smittskydd.
skilda.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2015.

2.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

Härigenom föreskrivs att 3–7 och 9 §§ förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §

Socialstyrelsen skall efter samråd med berörda kommuner och landsting besluta vilka hamnar och flygplatser som *skall* vara karantänshamnar respektive karantänsflygplatser.

Folkhälsomyndigheten ska efter samråd med berörda kommuner och landsting besluta vilka hamnar och flygplatser som *ska* vara karantänshamnar respektive karantänsflygplatser.

4 §

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vilken personal och vilken utrustning som karantänshamnar och karantänsflygplatser *skall* ha.

Folkhälsomyndigheten får meddela föreskrifter om vilken personal och vilken utrustning som karantänshamnar och karantänsflygplatser *ska* ha.

5 §

Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter om
– vilka misstänkta eller konstaterade fall av sjukdomar som *skall* rapporteras till *Socialstyrelsen* enligt 10 § första stycket lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, och

Folkhälsomyndigheten får meddela föreskrifter om
1. vilka misstänkta eller konstaterade fall av sjukdomar som *ska* rapporteras till *Folkhälsomyndigheten* enligt 10 § första stycket lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa, och

– vilka uppgifter en under rättelse som avses i 10 § första stycket lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa *skall* innehålla.

2. vilka uppgifter en under rättelse som avses i 10 § första stycket lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa *ska* innehålla.

6 §

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vilka åtgärder till skydd för människors hälsa som ansvariga myndigheter och kommuner får vidta mot drabbade fartyg och luftfartyg.

Folkhälsomyndigheten får meddela föreskrifter om vilka åtgärder till skydd för människors hälsa som ansvariga myndigheter och kommuner får vidta mot drabbade fartyg och luftfartyg.

7 §

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om

- vem som får utfärda intyg,
- skyldighet att visa upp intyg och om undantag från sådan skyldighet, och
- andra behövliga föreskrifter om intyg enligt lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

Folkhälsomyndigheten får meddela föreskrifter om

1. vem som får utfärda intyg,
2. skyldighet att visa upp intyg och om undantag från sådan skyldighet, och
3. andra behövliga föreskrifter om intyg enligt lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

9 §

Socialstyrelsen får meddela de *ytterligare* föreskrifter *till skydd för enskilda* som behövs för att hindra att smittämnen eller andra ämnen som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder.

Folkhälsomyndigheten får meddela de föreskrifter som behövs för att hindra att smittämnen eller andra ämnen som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2015.

2.8 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:824) med instruktion för Kammarkollegiet

Härigenom föreskrivs att 11 § förordningen (2007:824) med instruktion för Kammarkollegiet ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

11 §¹

Myndigheten utför administrativa och handläggande uppgifter åt

1. Fideikommissnämnden,
2. Statens skaderegleringsnämnd,
3. Skiljenämnden i vissa trygghetsfrågor,
4. Statens överklagandenämnd,
5. *Resegarantinämnden,*
6. *Arvsfondsdelegationen, och*
7. *Hälso- och sjukvårdens*

ansvarsnämnd.

Myndigheten utför även efter överenskommelse uppgifter åt

1. Alkoholsortimentsnämnden,
2. Kärnavfallsfonden,
3. Prövningsnämnden för stöd till kreditinstitut, och
4. Nämnden mot diskriminering.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2015.

¹ Senaste lydelse 2011:583.

2.9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2011:582) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Härigenom föreskrivs att 4 § förordningen (2011:582) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

	4 §	
<i>Kammarkollegiet</i> utför administrativa och handläggande uppgifter åt myndigheten.		<i>Socialstyrelsen</i> utför administrativa och handläggande uppgifter åt myndigheten.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2015.

2.10 Förslag till förordning om statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Denna förordning syftar till att säkerställa att den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utgör ett stöd för huvudmännen i arbetet med att ge patienter och brukare en god vård och insatser av god kvalitet.

Kunskapsstyrningen ska vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov patienter, brukare, personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har.

Kunskapsstyrningen ska bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

2 § Med statlig kunskapsstyrning avses de olika former av kunskapsstöd samt föreskrifter som statliga myndigheter ansvarar för och som riktar sig mot huvudmännen och den verksamhet de ansvarar för.

Med hälso- och sjukvård och socialtjänst avses hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

3 § De statliga myndigheter som har ansvar för kunskapsstyrning eller som har centrala roller för att bidra till framtagandet av underlag för kunskapsstyrning ska samverka i ett rådgivande organ, Rådet för statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Kunskapsstyrningsrådet).

Det ska även finnas ett rådgivande organ där representanter för huvudmännen erbjuds att delta, Huvudmannagruppen för behovsanpassad kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Huvudmannagruppen).

4 § Av bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725) framgår att de myndigheter som ingår i Kunskapsstyrningsrådet och som har bemyndigande att meddela föreskrifter ska ge ut sina föreskrifter i en gemensam författningssamling.

Kunskapsstyrningsrådet

5 § Kunskapsstyrningsrådet ska bestå av myndighetscheferna för E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Statens beredning för social och medicinsk utvärdering och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

6 § Socialstyrelsens generaldirektör ska vara ordförande i Kunskapsstyrningsrådet. En av myndighetscheferna i rådet ska vara vice ordförande. Vice ordförande ska utses av de myndighetschefer som ingår i rådet.

7 § Kunskapsstyrningsrådet ska ha till uppgift att

1. säkerställa att den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad och effektiv,
2. säkerställa att patienters och brukares synpunkter och erfarenheter beaktas i myndigheternas arbete med kunskapsstyrning,
3. säkerställa att statens kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst utgår ifrån huvudmännens framförda behov av kunskapsstyrning för att ge patienter och brukare en god vård och insatser av god kvalitet,
4. samordna kommunikationen av den statliga kunskapsstyrningen gentemot användarna,
5. samordna myndigheternas föreskriftsarbete och utgivningen i den gemensamma författningssamlingen, och
6. vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörandet av forskning och innovationer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

8 § Kunskapsstyrningsrådet ska vid fullföljandet av sina uppgifter beakta den information som Huvudmannagruppen lämnar.

Huvudmannagruppen

9 § Huvudmannagruppen ska ha till uppgift att informera Kunskapsstyrningsrådet om områden där huvudmännen har behov av statlig kunskapsstyrning samt hur denna bör utformas och kommuniceras.

10 § Huvudmannagruppen ska bestå av tretton ledamöter, varav tre ledamöter ska företräda landstingen och tio ledamöter ska företräda kommunerna. Varje ledamot ska ha en ersättare.

11 § Huvudmannagruppen ska ledas av ordföranden för Kunskapsstyrningsrådet.

12 § Ledamöterna och ersättarna ska utses av regeringen. Till ledamot eller ersättare får endast utses den som är ledamot eller ersättare i kommun- eller landstingsfullmäktige.

13 § Huvudmannagruppen ska utses på fyra år. Mandattiden räknas från och med den 1 juli året efter det år då val av fullmäktige har ägt rum i landet.

Återrapportering

14 § Ordföranden för de rådgivande organen ska senast den 1 mars varje år lämna en redogörelse till regeringen (Socialdepartementet) om hur dessa fullföljt sina uppgifter under det senaste kalenderåret.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2015.

3 Inledning

Bakgrunden till denna promemoria är de motiv och den problem-bild som regeringen beskriver i direktiven till Statens vård- och omsorgsutredning.¹ I direktiven gavs utredaren i uppdrag att ge förslag på hur ansvarsfördelningen kan tydliggöras mellan myndigheterna på vård- och omsorgsområdet och effektiviteten ökas för såväl enskilda myndigheter som för staten som helhet. I det sammanhanget skulle utredningen särskilt granska Socialstyrelsens uppdrag, funktion och ändamålsenlighet i vård- och omsorgssystemet.

Andra viktiga uppdrag till utredaren var att ge förslag som bidrar till förtydligade och förbättrade samverkansytor mellan staten och huvudmännen i arbetet med riktlinjer och regelverk. Utredaren skulle också i arbetet beakta myndigheternas ändamålsenlighet utifrån huvudmännens perspektiv – landsting och kommuner – och gentemot utförarna av verksamheterna, oavsett om verksamheten är privat eller offentligt driven.

I utredningens slutbetänkande *Gör det enklare!* (SOU 2012:33) redovisade utredningen sin bedömning att utmaningarna inom vård- och omsorgssektorn medför ett stort behov av förändringar under de kommande åren. Utredningen lyfte särskilt fram att allt fler frågor kommer att kräva samarbete på nationell nivå. Bland de områden som nämndes märks vård och omsorg på lika villkor, stöd till patienters och brukares inflytande, kvalitetsutveckling, IT-samordning, kunskapsstyrning, prioriteringar och ledarskap. Det konstaterades att kunskapsstyrning är en nyckelfråga för att klara de kommande utmaningarna. Utredningen föreslog i betänkandet en ny myndighetsstruktur med fyra myndigheter som skulle ge en långsiktigt hållbar statlig struktur som klarar att svara mot verk-

¹ Dir. 2011:4.

samheternas behov och efterfrågan. Utredningen framhöll att den nya strukturen inte i sig ger svar på alla frågor och utmaningar som konstaterats men den skulle göra det enklare att hantera dem.

Utredningen fick både ett positivt och negativt mottagande av remissinstanserna. Starkt stöd gavs för den problembeskrivning och de utmaningar som utredningen identifierat men det framfördes även kritik mot utredningen och dess förslag. Viktiga kritikpunkter var bland annat att socialtjänstens verksamhet inte behandlats, att förslagen till ny myndighetsstruktur uppfattades som orealistiska och saknade konsekvensbedömningar och därför inte kunde ligga till grund för förändringar, att tidplanen för ett genomförande var orealistisk m.m.

Regeringen har inte följt Statens vård- och omsorgsutrednings förslag fullt ut utan har gjort vägvalet att göra en stegvis reformering av myndighetsstrukturen men aviserat sin avsikt att återkomma mer samlad till flera av de frågor som utredningen och dess direktiv tog upp.² Det gäller exempelvis behovet av en utvecklad samverkan och ökad tydlighet kring statens kunskapsstyrning samt ett förtydligande av Socialstyrelsens roll, funktion och ändamålsenlighet i vård- och omsorgssystemet vilket var en central fråga i direktiven till utredningen.

Mot denna bakgrund görs i denna promemoria en sammanhållen bedömning av vilka ytterligare förändringar som behöver genomföras vad gäller kunskapsstyrning och samverkan. En renodling av vissa myndighetsuppdrag görs för att tydliggöra myndigheternas roller samt för att underlätta och effektivisera samverkan och därigenom minska risken för dubbelarbete. Socialstyrelsens roll och funktion utvecklas.

Genom de förslag som nu läggs fram skapas långsiktiga förutsättningar för en fungerande samverkan mellan myndigheterna sinsemellan och mellan statens myndigheter och kommuner och landsting vilket är en förutsättning för en effektiv statlig kunskapsstyrning. Denna samverkan vilar på en tydlig ansvarsfördelning mellan staten och kommunsektorn och tydliga gränssnitt mellan myndigheterna. En annan grund för förslagen är de principer som gäller för regeringens styrning av sina myndigheter. Den statliga kunskapsstyrningens innehåll breddas genom förslagen och pa-

² Prop. 2012/13:116, *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet*, s. 47 ff.

tient- och brukarinflytandet i myndigheternas arbete med kunskapsstyrning uppmärksammas särskilt.

Som en följd av de förslag som läggs kommer det att finnas behov av att se över instruktionerna för vissa myndigheter. Några förslag i denna del läggs inte i promemorian utan översynen av instruktionerna bör ske i särskild ordning inom regeringskansliet.

Genom förslagen aktualiseras namnändringar på vissa myndigheter. Det föreslås att Statens beredning för medicinsk utvärdering byter namn till Statens beredning för social och medicinsk utvärdering och att Myndigheten för vårdanalys byter namn till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

En central utgångspunkt för förslagen är den rådande ansvarsfördelningen mellan staten och kommuner och landsting. Förslagen påverkar inte denna ansvarsfördelning eller innehållet i den kommunala självstyrelsen i någon riktning. När begreppet huvudmän används i betänkandet så avses den nivå som är politiskt ansvarig gentemot medborgarna och där dessa kan utkräva ansvar från sina förtroendevalda. Huvudmännen är även ansvariga gentemot staten utifrån de författningar som beslutats av riksdag och regering som avgör omfattningen av den kommunala självstyrelsen. Huvudmännen kan överlämna driften av verksamheten till privata eller ideella aktörer men inte ansvaret för verksamheten. Det är denna ansvarsrelation mellan staten och kommunsektorn som promemorian syftar på när begreppet huvudmän används.

I promemorian används begreppen patient (hälso- och sjukvård) och brukare (socialtjänst) i enlighet med de rekommendationer som Socialstyrelsen står bakom. Med brukare avses alla som får individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten.³ När begreppet socialtjänst används så avses även funktionshindersområdet och frågor som regleras i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I promemorian används begreppsparet vård och insatser. Med detta avses vård som ges inom hälso- och sjukvårdens ram och därmed jämförlig verksamhet, exempelvis tandvård, samt insatser som ges med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och LSS. Begreppsparet inrymmer således vitt

³ <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013maj>, utskriftsdatum den 9 januari 2014.

skilda åtgärder, dels sådana som vilar på frivillig grund och som kan vara av servicekaraktär, dels tvångsåtgärder. Begreppsparet vård och omsorg förekommer i promemorian i sammanhang då källor som använt detta refereras.

De förslag som läggs i promemorian påverkar inte den ställning eller rättigheter som patienter och brukare har enligt gällande lagstiftning. I promemorian betonas vikten av att den vård och de insatser som patienter och brukare får baseras på bästa tillgängliga kunskap. Förslagen klargör också vikten av att myndigheterna i sitt arbete med kunskapsstyrning använder patienters och brukares synpunkter och erfarenheter som en viktig kunskapskälla.

Med statlig kunskapsstyrning avses i denna promemoria både de olika former av kunskapsstöd och bindande föreskrifter som statliga myndigheter ansvarar för och som riktar sig mot huvudmännen och den verksamhet de ansvarar för. Föreskrifter har en viktig roll inom området då de fyller ut gällande lagstiftning och utgör grund för förvaltningsbeslut och tillsyn.

I promemorian klargörs att den statliga kunskapsstyrningen syftar till att vara ett stöd för huvudmännen i arbetet med att ge patienter och brukare en god vård och insatser av god kvalitet. Förslag lämnas beträffande den kunskapsstyrning som tas fram av statliga myndigheter, annan kunskapsstyrning är inte föremål för överväganden. Begreppet kunskapsstyrning och dess historik och innehåll redovisas utförligt i kapitel 4.

Promemorian behandlar inte alla ansvarsområden som ligger under Socialdepartementet utan innehållet fokuserar på hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialförsäkringssystemet ingår inte och läkemedelsområdet behandlas bara marginellt. Promemorian behandlar inte heller alla myndigheter som har koppling till hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Varken Statens institutionsstyrelse, Myndigheten för internationella adoptioner, Hjälpmedelsinstitutet, Myndigheten för handikappolitisk samordning eller Barnombudsmannen omfattas av några överväganden i denna promemoria.

4 Kunskapsstyrning och samverkan – bakgrund och slutsatser

Inledning

Inledningsvis i detta avsnitt redovisas kort Statens vård- och omsorgsutredning och de förändringar av myndighetsstrukturen som regeringen beslutat om (avsnitt 4.1). Vidare beskrivs kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik som begrepp (avsnitt 4.2) följt av tidigare utredningar av betydelse för utvecklingen av kunskapsstyrning som en styrform bland andra (avsnitt 4.3). Därefter beskrivs samverkan som sker mellan myndigheter och mellan staten och kommunsektorn kring kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik (avsnitt 4.4). Den strategiska utvecklingen som pågår i form av gemensamma överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting exemplifieras genom några överenskommelser där frågor kring kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik är framträdande (avsnitt 4.5). Avslutningsvis redovisas några slutsatser utifrån redovisat innehåll (avsnitt 4.6).

4.1 Statens vård- och omsorgsutredning m.m.

I detta avsnitt redovisas sammanfattat Statens vård- och omsorgsutredning och de beslut som regeringen tagit gällande förändringar av myndighetsstrukturen.

Regeringen beslutade år 2011 att tillsätta en särskild utredare som skulle se över hur staten, genom sina myndigheter, ska verka för ett effektivt och långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem, med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser i syfte att

främja hälsa och minska ohälsa och framtida vårdbehov samt för att åstadkomma en jämlik vård och omsorg i hela landet.¹ Bl.a. fick utredaren i uppdrag att:

- Kartlägga statens del i vård- och omsorgssystemet genom en beskrivning av rådande myndighetsstruktur, och bedöma om den är ändamålsenlig och effektiv.
- Se över ansvarsfördelningen mellan myndigheterna inom området och vid behov lämna förslag som tydliggör ansvarsfördelningen och undanröjer eventuella överlappningar.
- Särskilt analysera Socialstyrelsens roll och funktionalitet i vård- och omsorgssystemet.
- Se över den kunskapsstyrning, forskningsfinansiering och kunskapsgenerering som myndigheterna bedriver och vid behov lämna förslag som samordnar myndigheternas arbete inom området.
- Klargöra det statliga ansvaret för att säkerställa efterlevnaden av regelverk och riktlinjer på området.
- Lämna förslag på hur regeringens styrning av berörda myndigheter och verksamheter kan utformas.
- Lämna förslag på hur myndighetsstrukturen kan effektiviseras.

Utredningen, som tog namnet Statens vård- och omsorgsutredning, lämnade i oktober 2011 sitt delbetänkande *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem – en kartläggning* (SOU 2011:65) där de fyra första delarna i uppdraget redovisades. Av delbetänkandet framgår att utredningen såg behov av en genomgripande översyn av statens sätt att styra och stödja vård- och omsorgssystemet. Myndighetsstrukturen behöver omprövas, ansvarsfördelningen förtydligas, arbetssätten moderniseras och ledar- och medarbetarskapet vidareutvecklas menade utredningen. Utredningen bedömde att fem faktorer har särskilt stor betydelse för vården och omsorgen; resursutmaningen, internationaliseringen, kunskaps- och IT-utvecklingen, att patienter och brukare vill ha mer makt över sin egen vård och omsorg samt den ökade mångfalden i produktion och finansiering

I maj 2012 lämnade utredningen sitt slutbetänkande *Gör det enklare!* (SOU 2012:33). I slutbetänkandet slogs fast att kunskapsstyrning är en nyckelfaktor för att kunna hantera många av de ut-

¹ Dir. 2011:4.

maningar och frågor som sektorn står inför. Utredningen redovisade också att flera initiativ är tagna gällande kunskapsstyrningen men att det också återstår frågor att utveckla.

I slutbetänkandet angavs att de utmaningar vård- och omsorgssektorn står inför medför ett stort behov av förändringar inom sektorn de kommande åren. På grund av de betydande förändringar som vården och omsorgen går igenom finns en stor efterfrågan från aktörerna inom vården och omsorgen på en ökad nationell samordning inom flera viktiga områden. Utredningen pekade på ett antal konkreta problemområden; kunskapsstödet är splittrat, tillsynen är för svag, riktlinjer har inte tillräcklig genomslagskraft, dialogen med forsknings- och utbildningssektorn är bristfällig, det finns brist på samordning av IT-strukturer och kommunikationskanaler och det finns behov av vidareutvecklad strategisk styrning.

I slutbetänkandet angavs att den då gällande myndighetsstrukturen, där flera olika myndigheter utarbetar kunskapsstöd inom sitt sakområde, bromsar utvecklingen av samlade underlag som integrerar olika perspektiv. Det stora antalet myndigheter bidrar till att kunskapsstödet till sektorn är splittrat och otydligt vilket leder till att verksamheterna inte får det behovsanpassade och användarvänliga stöd de behöver. Vården och omsorgen för enskilda patienter och brukare blir härigenom mindre sammanhållen och sämre än den kunde vara. Vad gäller råd och riktlinjer måste dessa tas fram och uppdateras snabbare med utgångspunkt från de frågor som uppstår i det praktiska arbetet.

Som en lösning på ovanstående problem föreslog utredningen en ny myndighetsstruktur med fyra nya myndigheter; en kunskapsmyndighet med samlat ansvar för alla typer av kunskapsstöd till vården och omsorgen, en inspektionsmyndighet med samlat ansvar för tillstånd, legitimationer, godkännanden och tillsyn, en myndighet som förvaltar och utvecklar sektorns IT- och kommunikationslösningar samt en myndighet som följer den övergripande utvecklingen av hälsa, funktionshinderfrågor, vård- och omsorg. Dessa förslag skulle enligt utredningen ge en långsiktigt hållbar statlig struktur som kan svara mot verksamheternas behov och efterfrågan.

Utredningens problemanalys fick ett starkt stöd av remissopinionen men det framfördes kritik mot vissa av utredningens förslag såsom den föreslagna myndighetsstrukturen. En allvarlig

kritik var att utredningen, framförallt förslagen, har en tydlig hälso- och sjukvårdsinriktning samt att socialtjänstområdet och omsorgsfrågor behandlas mycket kortfattat.²

Regeringen valde, för att svara mot den presenterade problem-bilden, att istället göra stegvisa förändringar och påbörjade under år 2012 en förändring av myndighetsstrukturen som till vissa delar sammanfaller med Statens vård- och omsorgsutrednings förslag. Som ett första steg fann regeringen att det var motiverat att gå vidare med tillsynsreformen och bildade den 1 juni 2013 en fristående tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamheter enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, Inspektionen för vård och omsorg. Syftet med inrättandet av den nya myndigheten var att tillsynsarbetet ska stå självständigt från normering, kunskapsutveckling och bidragsgivning. Myndigheten tog över Socialstyrelsens tillsynsverksamhet, vilket innebär att Socialstyrelsens dubbla roll som både normerande och granskande myndighet upphörde.³

Som ett andra steg bildades den 1 januari 2014 E-hälsomyndigheten som övertog Apotekens Service Aktiebolags verksamhet. Myndigheten ska verka för sådana funktioner och system som främjar en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelsdistribution på den omreglerade apoteksmarknaden. Myndigheten ska bl.a. ansvara för register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering. Myndigheten ska vidare samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsområdet. Myndigheten ska även ansvara för att förvalta, sammanställa och tillhandahålla nationell läkemedelsstatistik.⁴

Det tredje steget innebar att en ny myndighet för folkhälsa, Folkhälsomyndigheten, bildades den 1 januari 2014. Myndigheten övertog de uppgifter som Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet tidigare ansvarade för. Till den nya myndig-

² Se exempelvis remissvar från Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse.

³ Ds 2012:20 *Inspektionen för vård och omsorg – en effektiv tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst* och prop. 2012/13:20 *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

⁴ Ds 2012:21 *Ny myndighet för infrastrukturfrågor för vård och apotek* och prop. 2012/13:128 *Ny myndighet för hälso- och vårdinfrastruktur* samt förordningen 2013:1031 med instruktion för E-hälsomyndigheten.

heten överfördes också Socialstyrelsens uppgifter inom områdena folk- och miljöhälsoberättelser och inom ramen för miljömålsarbetet samt vissa av de uppgifter som Socialstyrelsen haft enligt miljöbalken, plan- och bygglagen (2009:900) och andra författningar inom dessa områden.⁵ Syftet med den nya myndigheten var att förbättra förutsättningarna för ett mer effektivt kunskapsbaserat arbete inom folkhälsoområdet. Regeringen bedömde att sammanslagningen av de tidigare myndigheternas verksamheter i en myndighet skulle ge ökade förutsättningar för att angripa folkhälsofrågorna samlat och integrerat och för att utveckla formerna för ett kunskapsstöd som leder till att effektiva och verksamhetsnära metoder får praktiskt genomslag hos ansvariga huvudmän. Det bedömdes även att Sverige genom åtgärden skulle kunna bidra till att på ett mer effektivt sätt delta i samarbetet inom EU och i det internationella samarbetet inom området.⁶

4.2 Kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik

I slutbetänkandet från Statens vård- och omsorgsutredning, se ovan, slogs fast att kunskapsstyrning är en nyckelfaktor för att kunna hantera många av de utmaningar och frågor som sektorn står inför. Utredningen redovisade att flera initiativ är tagna gällande kunskapsstyrningen men att det också återstår frågor att utveckla. Som framgår ovan fick utredningens problemanalys ett starkt stöd av remissopinionen men det fanns också invändningar. En allvarlig kritik var att utredningen hade ett snävt hälso- och sjukvårdsperspektiv. Frågor gällande socialtjänsten belystes mycket sparsamt, det får till följd att frågan om kunskapsstyrning inom socialtjänsten i denna promemoria behöver belysas särskilt.

Kunskapsstyrning beskrivs av Statens vård- och omsorgsutredning som en successiv process där kunskap sprids, resultat följs upp och ny kunskap skapas sedan med stöd av uppföljningen. Begreppet kunskapsstyrning används i olika sammanhang men saknar en entydig definition menar utredningen. Dock är en vanlig tolkning att kunskapsstyrning är ett system som syftar till att i ökad ut-

⁵ Ds 2012:49 *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet* och prop. 2012/13:116 *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet*.

⁶ Prop. 2012/13:116, *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet*, s. 35 ff.

sträckning åstadkomma en evidensbaserad praktik så att kvalitets-säkrad kunskap sprids och används inom olika verksamheter samtidigt som icke evidensbaserade eller skadliga metoder rensas ut. Kunskapsstyrning ska ses som en *förutsättning* för att kunna åstadkomma en evidensbaserad praktik och kan ske i flera olika former.

Socialstyrelsen har en lång historik inom området kunskapsstyrning. Myndigheten lanserade begreppet God vård redan år 2007 och begreppet god kvalitet i socialtjänsten året därpå. Myndigheten ser dessa som samlingsbegrepp för de egenskaper en god vård respektive en god kvalitet i socialtjänsten ska innehålla. Utvecklingen av begreppen har fortsatt och de begrepp som används är God vård och omsorg vilka utgår från lagstiftningen i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Socialstyrelsen inledde under år 2013 ett internt utvecklingsarbete med syftet att förtydliga hur Socialstyrelsen kan bidra till kunskapsstyrning samt hur detta kan visualiseras med stöd i det tidigare använda ”kunskapshjulet”. Som ett resultat av arbetet utvecklades en modell som är tillämplig för merparten av myndighetens kärnverksamhet.

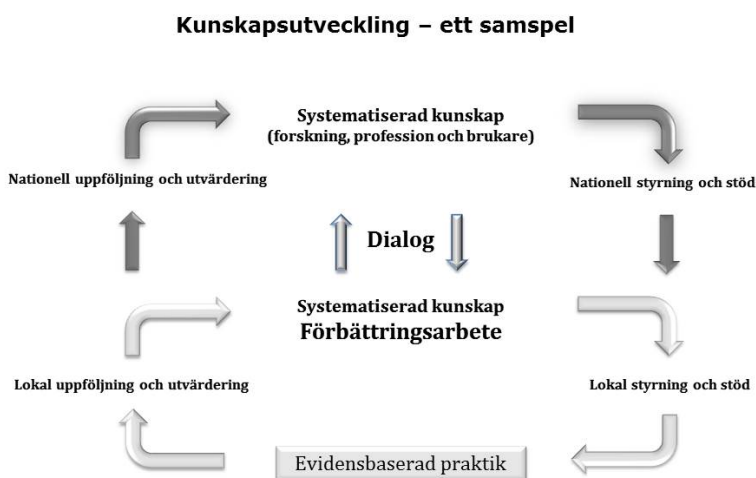
Kunskapsstyrning måste enligt Socialstyrelsen ses som ett system som har aktörer på flera nivåer. Socialstyrelsen pekar på det samspel som sker mellan den nationella, regionala och lokala nivån som en förutsättning för att systemet som helhet ska vara effektivt. Myndigheten pekar också på kopplingen mellan kunskapsstyrning och begreppet evidensbaserad praktik (EBP) som innebär att beslut och behandling eller insatser för patienter och brukare baseras på bästa tillgängliga kunskap.⁷

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) uttalar sig på liknande sätt om evidensbaserad praktik inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. SKL uttalar att det är ineffektivt att inte använda bästa tillgängliga kunskap och understryker att det är en förutsättning för att välfärdsresurser används effektivt att verksamheterna byggs på kunskap. En evidensbaserad praktik är en följd av ständigt, systematiskt lärande där kunskap från brukaren och patienten, praktiker och från forskningen vägs samman och används.⁸ I plattformen

⁷ Socialstyrelsen, *Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning. Rapport från ett utvecklingsprojekt 2013*, s. 9.

⁸ Sveriges Kommuner och Landsting, *Evidensbaserad praktik i socialtjänst och hälso- och sjukvård*, positionspaper beslutat i januari 2012.

för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten används följande modell:⁹



Kunskapsstyrning som företeelse har sin grund i hälso- och sjukvården och i traditionen av och det författningsmässiga stödet för att professionen ska arbeta med krav på vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet med kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet har kommit långt, det finns en infrastruktur som stödjer en evidensbaserad praktik som nationella kvalitetsregister, öppna jämförelser, nationella riktlinjer och det finns en etablerad samverkan mellan de sex sjukvårdsregionerna och de statliga myndigheter som verkar mot hälso- och sjukvårdsområdet. En viktig förklaring till detta är professionerna inom hälso- och sjukvården som länge engagerat sig i arbetet med att utveckla verksamheten med stöd av evidensbaserade metoder och praktik. Många initiativ pågår och det finns också positiva resultat som går att hänföra till en ökad kunskapsbaserad vård.

⁹ Socialdepartementet, *Plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten – en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting*, bilaga till protokoll vid regeringsammansammanträde 2010-06-17 nr. III:8. Se vidare i avsnitt 4.5.2.

Inom socialtjänsten ser förutsättningarna annorlunda ut, traditionen saknas och det finns inte samma författningsstöd för en socialtjänst baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet som det gör för hälso- och sjukvården och, sedan den nya skollagen infördes, även i skolan.¹⁰ De beslut som fattas inom socialtjänsten är ofta förvaltningsbeslut som kan överklagas, det ställer särskilda krav på rättssäkerhet. En annan skillnad är att inom socialtjänstens verksamhet har de förtroendevalda en operativ roll och tar beslut på förslag av professionen. En avgörande skillnad mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är att det finns 20 landsting (sex sjukvårdsregioner) medan det finns 290 kommuner (med kommunalförbund) med sinsemellan olika förutsättningar. Mediankommunen i Sverige har cirka 15 000 invånare vilket innebär att den regionala nivån blir viktig som stöd för olika typer av utvecklingsarbete när det gäller socialtjänst.

Det finns också andra skillnader mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Såväl kunskapsstyrningen som kunskapsutvecklingen i socialtjänstens verksamheter behöver bygga på en delvis annan logik än den som finns inom hälso- och sjukvården. När det gäller den vetenskapliga delen av kunskapsbasen bygger evidensbegreppet oftast på den medicinska forskningens tradition. Här är randomisering och standardisering av brukare en central faktor. Forskning inom socialt arbete skiljer sig från den kunskapssyn som oftast förekommer inom den medicinska vetenskapstraditionen. Forskningen inom socialt arbete kan sällan bygga på standardisering och kontroll. Följden blir att denna forskning sällan kan peka ut tydliga kausala samband, sammanhang och kontexten påverkar utfall. Evidensbaserade metoder i socialt arbete behöver därför ge utrymme åt kunskaper om hur olika faktorer samverkar, motverkar eller påverkar varandra i ett förändringsförlopp. Det betyder att evidensbaserat socialt arbete behöver baseras på forskning som bygger på metod och design som svarar på frågor som hör till det sociala arbetets praktik.

I sammanhanget är det viktigt att lyfta fram att det inom socialtjänsten skett en märkbar förändring vad gäller intresset för forskningsbaserat socialt arbete sedan år 2000. I en studie från början av 2000-talet av drygt 800 slumpvis valda arbetsenheter från

¹⁰ 1 kap. 5 § skollagen (2010:800).

socialtjänstens samtliga arbetsområden uppgav mellan 10 och 20 procent att någon standardiserad bedömningsmetod användes. För missbruksenheterna var andelen högre och uppgick till 43 procent.¹¹ I senare studier har Socialstyrelsen i enkätundersökningar riktade till kommunala enhetschefer inom individ- och familjeomsorg samt omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättningar konstaterat att intresset är stort och ökande när det gäller en evidensbaserad praktik. Från år 2007 till år 2010 ökade andelen med ett uttalat intresse från 68 till 72 procent. Andelen som uppgav att de använde evidensbaserade behandlingsinsatser var cirka 25 procent för båda åren medan användningen av standardiserade bedömningsinstrument ökade från 63 till 71 procent. Av undersökningen framkommer att det var vanligare med denna positiva inställning hos chefer med en längre erfarenhet och bland dem som arbetade i storstadskommuner. Evidensbaserade/manualbaserade behandlingsinsatser var vanligare för områdena barn och unga och missbruk medan standardiserade bedömningsinstrument var vanligare på enheter som arbetar med ungdomar, äldre och personer med missbruksproblem.¹²

Trots skillnaderna mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst är det viktigt att betona att sambanden mellan verksamheterna är starka. Särskilt tydligt blir detta utifrån ett individperspektiv där den enskilde ofta har sammansatta behov som kräver insatser från flera håll. Det finns också en betydande samsyn när det gäller evidensbaserad praktik och samma modell, den så kallade EBP-modellen, används för både hälso- och sjukvård och socialtjänst av SKL i deras positionspapper gällande evidensbaserad praktik.¹³ Det finns också överenskommelser mellan staten och SKL där strategiska frågor som ligger i gränslandet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst uppmärksammas, se avsnitt 4.5.

¹¹ Socialstyrelsen, *Systematisk bedömning inom socialtjänsten*, 2004.

¹² Socialstyrelsen, *Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007 och 2010. Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden*, 2011, art. nr 2011-12-31.

¹³ Sveriges Kommuner och Landsting, *Evidensbaserad praktik i socialtjänst och hälso- och sjukvård*, positionspapper beslutat januari 2012.

4.3 Tidigare utredningar om kunskapsstyrning

4.3.1 Ansvarskommittén

Begreppet kunskapsstyrning tas upp av Ansvarskommittén och i dess slutbetänkande *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft* (SOU 2007:10). Kommittén för bl.a. fram att den statliga styrningen riktad mot kommunsektorn huvudsakligen ska inriktas mot normering och kunskapsstyrning.

För kunskapsstyrning talar både kvalitets- och effektivitetsskäl menar kommittén och det finns även likvärdighetsskäl då medborgare, varhelst de bor, ska kunna få del av tjänster med hög kvalitet. Ansvarskommittén ger inte någon entydig definition av begreppet kunskapsstyrning men understryker att det inte rör sig om någon ny styrform och att den inte heller ersätter någon existerande modell eller enskild styrform. Det handlar i stället om att i allt högre grad, oavsett vilka former som kommer till användning, utveckla, sprida och tillämpa kunskaper om vad som ger effekt i en specifik verksamhet eller i förhållande till en viss målgrupp, det vill säga åstadkommer en kunskapsbaserad verksamhet.¹⁴ Kommittén har som utgångspunkt att det är svårt att överföra kunskap mellan olika aktörer och den statliga kunskapsstyrningen måste kombineras med krav på kommuner och landsting att ta emot ny kunskap och omsätta den i praktiskt handlande. En förbättrad styrning kräver utvecklade system för nationell informationsförsörjning och staten bör, enligt kommittén, ta ett tydligt ansvar för uppföljning och utvärdering av verksamheternas utveckling och resultat ur medborgarnas perspektiv.

Ansvarskommittén resonerar om statlig kunskapsstyrning gentemot den kommunala sektorn men konkretiserar endast beträffande hälso- och sjukvården där även kommittén föreslår ett ramverk för kunskapsstyrning där Socialstyrelsen får ett samordningsansvar för myndigheternas kunskapsstyrningsarbete. Kommittén menar att kunskapsstyrning sedan länge är en etablerad styrform inom hälso- och sjukvården. När det gäller områden som socialtjänst och skolan nämns dessa men utan exemplifiering eller konkretion.

¹⁴ Ansvarskommittén, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, slutbetänkande SOU 2007:10, s. 102.

Socialstyrelsen tar i sitt remissvar över Ansvarskommitténs betänkande upp frågan om kunskapsstyrning och hur kommittén har använt begreppet.¹⁵ Socialstyrelsen konstaterar en viss otydlighet kring begreppen normering, tillsyn och kunskapsstyrning och menar att innebörden i begreppet kunskapsstyrning behöver konkretiseras för att därigenom leda till en bättre diskussion om dess möjligheter och begränsningar. Begreppet kunskapsstyrning förutsätter att "kunskapen" finns framtagen och är tillgänglig. Som också kommittén konstaterar varierar kunskapsläget betydligt inom olika samhällssektorer, t.ex. hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola. En förutsättning för att kunna styra med kunskap blir då ytterligare satsningar på forskning, uppföljning och utvärdering, systematisering av befintlig kunskap samt statistikproduktion. Kunskap om hur implementering av kunskap ska stödjas har ökat under senare år men är fortfarande relativt svag menar Socialstyrelsen. Några slutsatser kan dock dras, bland annat att implementering är en process över tid, inte en enstaka händelse samt att det krävs kunskap om förutsättningar för implementering (och inte bara kunskap om den intervention som ska spridas). Aktiv kunskaps-spridning förutsätter således både långsiktighet och resurser.

Socialstyrelsen tar även upp i remissvaret att frågor som behöver klargöras är hur staten ska uppmuntra kommuner att implementera evidensbaserade metoder respektive att medverka i vetenskapligt utvecklingsarbete. Det är svårt att motivera till deltagande i ett utvecklingsarbete eftersom det på kort sikt ställer krav på extra resurser samt att medarbetare fränkopplas från ordinarie arbetsuppgifter menar Socialstyrelsen.

Av remissammanställningen på Ansvarskommitténs betänkande framgår att förslaget om att Socialstyrelsen skulle få ett samordningsuppdrag gällande kunskapsstyrningen fick ett starkt stöd, dock fanns det tveksamheter hos vissa av de berörda myndigheterna. Socialstyrelsen var inte negativ till förslaget i sig men ifrågasatte hur långt man kan gå i styrambitioner utan att myndigheternas autonomi påverkas.¹⁶

¹⁵ Socialstyrelsen, *Remissyttrande över Ansvarskommitténs slutbetänkande*, dnr 00-3436/2007, s. 2-3.

¹⁶ Socialstyrelsen, *Utredningsdirektiv. Socialstyrelsens strategier för kunskapsstyrning*, dnr 00-506/08-34, s. 12.

4.3.2 Utredningen om kunskapsutveckling inom socialtjänsten

Som anges ovan innehåller Ansvarskommitténs betänkande inga konkreta förslag om hur kunskapsstyrningen inom socialtjänsten ska kunna förstärkas. Frågan behandlades däremot av den av regeringen tillsatta Utredningen om kunskapsutveckling inom socialtjänsten.¹⁷ I utredarens uppdrag ingick att analysera och lämna förslag på hur de statliga resurser som idag avsätts till socialtjänstens verksamhetsområde på bästa sätt kan bidra till att stödja kunskapsutvecklingen inom detta område. Utredaren skulle även analysera och lämna förslag på åtgärder som främjar att ny kunskap tas fram, sprids och tillämpas i praktiken. I direktiven till utredningen angavs bl.a. att utredaren ska lämna förslag på "hur staten kan utveckla sin kunskapsstyrning och sitt stöd till effektivitet och kvalitet i det sociala arbetet bl.a. genom nationella riktlinjer, kunskapssammanställningar samt öppna redovisningar av kvalitet och resultat." Med detta knyter utredningen direkt an till Ansvarskommitténs förslag om att stärka den statliga kunskapsstyrningen av välfärdstjänsterna inom kommunsektorn.

Utredningen konstaterar i betänkandet *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren* (SOU 2008:18) att kunskapsbasen för insatserna inom socialtjänsten är outvecklad. Arbetet bedrivs i huvudsak på grundval av professionella erfarenheter i kombination med lagstiftning och riktlinjer för ärendehandläggning. I för liten utsträckning bedrivs socialtjänsten utifrån kunskap om effekten av olika insatser, arbetssätt och metoder.

Det finns därför enligt utredningen ett behov av insatser till stöd för en fortsatt kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Detta kräver ett målmedvetet och starkt engagemang hos huvudmännen, liksom ett strategiskt utformat stöd från statens sida. Det långsiktiga målet ska vara att utveckla en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Med detta begrepp menar utredningen en praktik som är baserad på en sammanvägning av brukarens erfarenheter, den professionelles expertis samt bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap.

¹⁷ Dir. 2007:91.

Utredningen konstaterar vidare att relationen mellan kunskap och praktik varken är enkel eller enkelriktad. Kunskap ska spridas och/eller implementeras i praktiken och det är angeläget att så sker i ökad utsträckning, men det är också viktigt att erfarenheter från praktiken utgör underlag för – och blir en del av – en kontinuerlig och ökande kunskapsutveckling. I likhet med Ansvarskommittén konstaterar utredaren att det också kan vara svårt att överföra kunskap mellan olika aktörer. Utredningen hänvisar i denna del till expertrapporten *Mot bättre vetande – Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård*¹⁸ där det görs en åtskillnad mellan data, information respektive kunskap. Med data avses i rapporten fakta av olika slag utan några krav på en sammanhängande presentation, medan information är data som organiserats och sammanställts – men som mottagaren ännu inte tagit till sig och bearbetat och tolkat med hjälp av sin egen föreställningsram. Utifrån denna distinktion närmar man sig begreppet kunskapsstyrning och menar att kunskap inte kan överföras "förpackad" av en part för att nyttjas av en annan. Utredningen citerar följande ur expertrapporten.

”Man styr således inte genom någon färdig eller given kunskap som överförs till en annan mottagare. Däremot kan man påverka mottagaren i dennes kunskapsbildningsprocess. Med kunskapsstyrning avser vi en planerad överföring av relevant information och/eller systematiska förändringar av verksamhetens villkor så att kunskapsbildningen underlättas.”

Med utgångspunkt i denna diskussion framstår enligt utredningen kunskapsstyrning som ett relevant begrepp för hur man från såväl nationellt som lokalt håll kan påverka en verksamhets organisation och inriktning. Enligt utredningen handlar kunskapsstyrning inom socialtjänsten om hur kommuner systematiskt dokumenterar och följer upp sitt arbete liksom om hur de förmår tillägna sig relevant kunskap, men också om hur staten genom olika insatser kan bidra till utvecklingen av en evidensbaserad praktik. Detta förutsätter insatser på såväl lokal som nationell nivå, liksom det förutsätter ett långsiktigt engagemang från alla berörda parter.¹⁹

¹⁸ Kommitténs om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation betänkande *God vård på lika villkor* (SOU 1999:66), bilaga 6.

¹⁹ SOU 2008:18, *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren* s. 66.

Enligt utredaren är formerna för statligt stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten till stora delar projektbaserade, kortsiktiga och sker utan tydlig samordning mellan forskning, praktik, utbildning och implementering. Utvecklingen av evidensbaserad praktik förutsätter insatser inom flera områden. Utredaren pekar ut fyra angelägna utvecklingsområden. Det finns behov av:

- Mer forskning och kvalificerade utvärderingar av det sociala arbetets resultat, kvalitet och effektivitet.
- Bättre förutsättningar för professionen att utveckla en evidensbaserad praktik.
- En bättre struktur för verksamhetsuppföljning.
- Ett förtydligat brukarperspektiv i relation till socialtjänstens arbete.

Vidare framhålls att det är viktigt att insatserna samordnas och sker utifrån gemensamma prioriteringar på nationell respektive lokal nivå. Utredningen föreslog att såväl staten som huvudmännen skulle bidra till denna kunskapsutveckling. Huvudmännens medverkan skulle handla om engagemang, medan statens bidrag skulle vara ett strategiskt utformat stöd.

De förslag som Utredningen om kunskapsutveckling inom socialtjänsten lade resulterade år 2010 i en central överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten.²⁰ Plattformen betonar behovet av att formulera långsiktiga mål och strategier och lyfter fram vikten av stöd till det lokala utvecklings- och förbättringsarbetet.

I plattformen återfinns de fyra punkter som utredaren föreslog som utvecklingsområden, se ovan. Därefter har regeringen tecknat årliga skriftliga överenskommelser med SKL om en evidensbaserad praktik i socialtjänsten; dessa vilar på den gemensamma plattformen. Det övergripande målet är att brukarna ska få ta del av insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap. Den senaste överenskommelsen för år 2014 omfattar barn-, ungdoms- och missbruksvård och stöd till personer med funktionsnedsättning liksom insatser för e-hälsa, se nedan avsnitt 4.5.

²⁰ Socialdepartementet, *Plattform för arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten – en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting*, bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2010-06-17 nr. III:8.

4.4 Samverkan

I detta avsnitt redovisas olika former av samverkan där flera haft sin grund i de tankar om kunskapsstyrning som styrform som fördes fram av Ansvarskommittén.

4.4.1 Mot en effektivare kunskapsstyrning – samverkan mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting m.m.

Socialstyrelsen har arbetat länge med kunskapsstyrning som begrepp, bl.a. genom kopplingen till arbetet med nationella riktlinjer. Under hösten år 2008 inleddes i Socialstyrelsen arbetet med att ta fram strategier för myndighetens arbete med kunskapsstyrning.²¹ Det övergripande syftet med utredningen var att utarbeta långsiktiga nationella strategier för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst samt lämna förslag på vilka som bör vara Socialstyrelsens verktyg i dessa strategier. Tidsperspektivet för utredningen angavs vara tiden fram till år 2020. Myndigheten bedrev då (2008) redan arbete på flera områden med relevans för kunskapsstyrning. Det gällde till exempel arbetet med nationella riktlinjer, kunskapsöversikter, indikatorer för god vård och god kvalitet i socialtjänsten, informationsförsörjning och öppna jämförelser. I direktiven hänvisas också till Ansvarskommitténs överväganden och förslag om den statliga styrningen av kommunsektorn och som redovisades i dess slutbetänkande.²²

Parallellt med Socialstyrelsens dåvarande interna arbete med strategin för kunskapsstyrning gjordes en gemensam kartläggning och analys av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Rapporten fick namnet *Mot en effektivare kunskapsstyrning*. Kartläggningen avser hälso- och sjukvården. Uppdraget gavs till en extern konsult våren 2009. Från båda organisationernas sida var det angeläget att få en samlad bild av huvudmännens kunskapsstyrning och hur samspelet med den nationella nivån fungerade och uppfattades. Särskilt intressant angavs det vara att undersöka hur

²¹ Socialstyrelsen, *Utredningsdirektiv. Socialstyrelsens strategier för kunskapsstyrning*, beslutade av GD 2008-11-17, dnr 00-509/08-34.

²² Ibid., s. 2-3.

kunskapsstyrningen integreras i övriga styrprocesser samt hur Socialstyrelsens kunskapsstyrning och SKL:s samordningsroll kan utvecklas.²³ Med detta fokus fick rapporten en tyngdpunkt i frågor som rör implementering av riktlinjer och andra kunskapsunderlag.

Viktiga slutsatser från denna kartläggning är att utvecklingen inom området kräver en samsyn kring vad kunskapsstyrning innebär. En iakttagelse som görs i rapporten är att implementering av riktlinjer och andra kunskapsunderlag lyfts fram medan vad som krävs för att skapa och säkerställa att det finns system för en långsiktig kunskapsbildning och kunskapsutveckling inte ges samma framskjutna plats.

En viktig slutsats i rapporten är att kunskapsstyrning ställer stora krav på analyskapacitet och processledning inom de centrala ledningsstaberna i landstingen. Ordnat införande och aktiv utmönstring av medicinska teknologier är en viktig del av en fungerande kunskapsstyrning. Av en enkät som gjordes under kartläggningen framgår att de olika landstingen hade olika kapacitet och hade valt olika lösningar. Övergång till kunskapsstyrning pekar på en ny situation i vården och att detta kräver att kunskaps- och beslutsstöd måste vara mycket konkreta och lätt tillgängliga. Av enkätsvaren framkom också kritik mot den splittrade statliga kunskapsstyrningen och huvudmännen pekade på behov av mer samordning. Vidare ställdes krav på snabbare utvärderingar av medicinska teknologier. Huvudmännen var nöjda med Socialstyrelsens nationella riktlinjer men ansåg att det var viktigare att de uppdateras än att nya tillkommer. Det fanns också starka önskemål om riktlinjer/vägledning inom mer begränsade områden.²⁴

4.4.2 Myndigheternas samordningsgrupp, MSG

I regleringsbrevet för år 2007 gavs de fyra myndigheterna Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och dåvarande Läkemedelsförmånsnämnden följande uppdrag: ”Kunskapsspridningen till hälso- och sjukvården

²³ Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, *Mot en effektivare kunskapsstyrning. Kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården*, Socialstyrelsen, dnr. 2009-10-124.

²⁴ *Ibid.*, s. 9.

skall planeras och utföras på ett sådant sätt att staten så långt möjligt uppfattas som en samordnad aktör av huvudmännen.”

Myndighetscheferna bildade Myndigheternas samordningsgrupp (MSG) som är ett beredningsorgan och kom därefter överens om övergripande principer för samordning. Några år senare kom Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut, numera Folkhälsomyndigheten, in i gruppen. Syftet med gruppen var att komma fram till en gemensam planering i frågor där ett nära samarbete krävs och få till stånd en tidsmässig samordning av projektarbete och planerade publikationer.

Alla myndigheter har två representanter i gruppen, företrädesvis chefer på enhetschefsnivå. Gruppen träffas oftast i samband med NSK-möten²⁵ där samma personer deltar för sina myndigheters räkning. Gruppen har ett roterande ordförandeskap och den som för tillfället är ordförande företräder myndigheterna på NSK-gruppens möten. Gruppen behandlar frågor inom hälso- och sjukvårdsområdet. Uppgifter som gruppen hanterar är:

- Avstämning av nya och centrala uppdrag där samverkan mellan myndigheterna kommer att krävas.
- Utbildning och kompetensutveckling. Gruppen har anordnat kurser i systematiskt översiktsarbete (GRADE) och frågan om hur man ska hantera områden där kunskapsstödet har ett svagt vetenskapligt stöd är uppmärksammat.
- Gruppen har genomfört en myndighetsgemensam förfrågan till verksamhet/profession om vilket kunskapsstöd vården behöver. Denna förfrågan genomfördes av SBU som även tidigare årligen ställt frågor till professionen om behovet av kunskapsstöd.²⁶

I maj 2011 gav regeringen Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att se över den så kallade God vårdmodellen som används inom bl.a. arbetet med de nationella riktlinjerna. I uppdraget ingick även att koordinera myndigheternas verksamhetsplaner när det gäller val av ämnesområden, publicering av kunskapssammanställningar, rapporter, riktlinjer eller liknande

²⁵ Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK), se avsnitt 4.4.3.

²⁶ Socialstyrelsen, underlag från myndighetsrepresentant i MSG 2013-10-15.

produkter som är ämnade att användas av huvudmännen i deras verksamheter. Uppdraget slutredovisades i januari 2012.²⁷

I rapporten till regeringen konstateras att myndigheternas instruktioner och regeringsuppdrag kan överlappa varandra vilket kan leda till dubbelarbete och ibland motsägelsefulla budskap. Myndigheterna behöver därför koordinera delar av sina respektive verksamheter mot andra myndigheter i syfte att uppnå en bättre effekt och en mer samordnad kommunikation med målgrupperna. Samordningen kan även ge synregieffekter i form av ökad trovärdighet och effektivitet. Myndigheterna konstaterar vidare att det finns initiativ som stödjer samordning av kunskapsstyrningen och hänvisar till MSG. Myndigheterna är eniga om att det med hänsyn till de stora och ofta komplicerade frågorna finns ett behov av att utveckla samverkan och MSG:s arbetssätt.

4.4.3 Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning, NSK

Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) som bildades i januari 2009 består av företrädare för de sex sjukvårdsregionerna och de fem myndigheterna Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Gruppen som arbetar enbart med hälso- och sjukvårdsfrågor har sitt ursprung i den så kallade Regiongruppen som bestod av företrädare för de sex sjukvårdsregionerna, Läkemedelsverket, dåvarande Läkemedelsförmånsnämnden, Socialstyrelsen och SBU. Regiongruppen tog under hösten 2007 – våren 2008 fram ett diskussionsunderlag vars syfte var att föreslå nya vägar för samverkan mellan de regionala sjukvårdshuvudmännen och de fyra ovan nämnda myndigheterna.²⁸ I diskussionsunderlaget refereras

²⁷ Socialstyrelsen, *Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård*, dnr 21615/2011, 2012-01-10.

²⁸ Regiongruppen, *Samverkan kring nationella kunskapsunderlag – För en effektivare kunskapsstyrning av svensk hälso- och sjukvård – ett diskussionsunderlag*, 2008-05-09.

till Ansvarskommittén som betonat vikten av den långsiktiga statliga styrningen för hälso- och sjukvården.²⁹

Målet angavs vara att nationella kunskapsunderlag ska utnyttjas effektivare. En sådan utveckling kräver enligt Regiongruppen förändring både av nationella och regionala aktiviteter och strukturer där fokus ligger på mötet mellan dessa nivåer. Båda nivåernas aktörer har ett omfattande eget arbete att göra. En central utgångspunkt i diskussionsunderlaget är att huvudmännen ses som kompetenta aktörer med ansvar för att integrera underlagen i egna kunskaps- och styrningsprocesser och inte som passiva ”mottagare” av kunskapsunderlag.

I diskussionsunderlaget togs det upp att de fyra myndigheterna hade kritiserats för att inte i tillräcklig utsträckning samordna sin verksamhet. Myndigheterna hade initierat olika åtgärder för att öka samverkan men det fanns fortfarande åtskilligt att förbättra. I diskussionsunderlaget anges att den gemensamma ambitionen är att SBU i möjligaste mån står för de systematiska översikter som behövs som underlag för prioritering och rangordning av nationella riktlinjer. Läkemedelsverket samordnar om möjligt sina detaljerade rekommendationer för farmakologisk terapi med Socialstyrelsens riktlinjer och detsamma kan i vissa fall även gälla för Läkemedelsförmånsnämndens genomgångar. I en bra samordning anges också ingå synkroniserade kommunikations- och informationsinsatser.³⁰

Regiongruppen föreslog fem åtgärder för att åtgärda ovanstående problem. Ett av dessa förslag var att skapa en formell struktur för samverkan genom inrättandet av en permanent grupp bestående av representanter för hälso- och sjukvårdsregionerna och de nationella aktörerna. Syftet angavs vara fortlöpande informationsutbyte och gemensam planering. Denna formella struktur blev NSK som år 2010 utökades med myndigheterna Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut, nuvarande Folkhälsomyndigheten.

²⁹ Ansvarskommittén, slutbetänkande *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, SOU 2007:10, respektive sekretariatsrapport nr. 2 till Ansvarskommittén *Hälso- och sjukvården*, SOU 2007:12.

³⁰ Regiongruppen, *Samverkan kring nationella kunskapsunderlag – För en effektivare kunskapsstyrning av svensk hälso- och sjukvård – ett diskussionsunderlag*, 2008-05-09, s. 5-6.

Övriga förslag som Regiongruppen redovisade i diskussionsunderlaget var:

- Samverkan vid val av område för kunskapsunderlag

Den nationella och den regionala nivån bör gemensamt definiera kriterier för val av områden där kunskapsunderlag behövs. På det sättet säkerställs att frågeställningar som är väsentliga för huvudmännen blir belysta.

- Samverkan i arbetet med kunskapsunderlag

Samverkan handlar bl.a. om val och nyttjande av experter i arbetet med kunskapsunderlag. En tidig delaktighet ökar bl.a. beredskapen hos huvudmännen för ny kunskap.

- Samverkan i arbetet med kvalitetsindikatorer

Socialstyrelsen har ansvaret för ta fram indikatorer. Samverkan syftar till att indikatorerna ska tillgodose olika intressenters behov av information om hälso- och sjukvårdens kvalitet.

- Samverkan för större nytta av nationella kunskapsunderlag

Nationella kunskapsunderlag gör bara nytta om de fångas upp och integreras i regional eller lokal styrning t.ex. i vårdprogram och vid beslut om resursfördelning.

I dag beskrivs NSK som ett organ där parterna samverkar för att ta fram generella principer för att utveckla organisatoriska stödstrukturer, arbetssätt och verktyg för kunskapsstyrning. Vidare arbetar gruppen med val av områden för nationella kunskapsunderlag. En annan uppgift är arbetet med nationella kunskapsunderlag, bl.a. med stöd av nationella programområden. Även arbetet med indikatorer för kunskapsstyrning med fokus på öppna jämförelser och indikatorer för god vård finns med som en uppgift i arbetet. Arbetet syftar till en bättre implementering av nationella kunskapsunderlag.³¹

Landstingen har genom Regiongruppen och NSK tagit initiativ till att utveckla strukturer för kunskapsstyrning på regional nivå samt pilotprojekt för att utveckla programområden på nationell nivå som baseras på överenskommelser om vissa utvecklingsområden för år 2013.

³¹ Möte med företrädare för SKL 2013-09-13, underhandsmaterial.

4.4.4 Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning inom socialtjänsten, NSK-s

Som anges ovan har det under ett antal år funnits samverkansformer mellan vissa myndigheter och mellan dessa myndigheter och företrädare för sjukvårdsregionerna på hälso- och sjukvårdsområdet. Liknande samverkansformer på socialtjänstområdet har utvecklats senare. Under år 2012 tog Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Statens folkhälsoinstitut fram ett strategidokument för den Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning inom socialtjänsten (NSK-s).³² Syftet med denna grupp är att samordna arbetet med strategiska frågor som stödjer utvecklingen av en evidensbaserad praktik inom socialtjänstområdet. I strategidokumentet beskrivs uppdraget på följande sätt:

- Att utifrån respektive aktörs uppdrag bidra till att den kommunala och regionala nivån får bästa möjliga stöd från aktörer på nationell nivå.
- Att fånga upp och väga samman lokala, regionala och nationella perspektiv.
- Att identifiera behov av kunskapsstöd.
- Att bidra till att det nationella stödet blir samordnat, strategiskt och långsiktigt samt anpassat till användarnas villkor.
- Att ställa samman information om pågående arbeten och viktiga händelser nationellt och internationellt inom socialtjänstområdet.
- Att samverka med NSK-gruppen inom hälso- och sjukvården vid behov.

Som bakgrund till gruppens inrättande anges att det finns ett behov av ett långsiktigt och strategiskt forum på nationell nivå där huvudmän och berörda myndigheter kan föra diskussioner med bäring på arbetet med att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Mötesplatsen kan fylla flera funktioner som att underlätta avstämningar av behov och önskemål, prioriteringar, initieringar av gemensamma projekt och implementeringsaktiviteter. Gruppens arbete ska även underlätta möjligheten att i dialog mellan

³² NSK-s Strategidokument, 2012-05-25.

nationell, regional och lokal nivå driva på utvecklingen av en evidensbaserad praktik i socialtjänsten.

I gruppen ingår två representanter från SKL:s socialchefsnätverk, två från SKL:s kommundirektörsnätverk (varav en är ordförande för gruppen), två representanter från SKL:s nätverk för sociala handläggare på läns- och regionförbund, två särskilt utsedda personer från SKL:s regiondirektörsnätverk, två representanter från SKL (varav en är sekreterare i gruppen), två representanter från Socialstyrelsen, två från SBU och två från Folkhälsomyndigheten. Gruppen har ett arbetsutskott där ordföranden, sekreterare och representant från Socialstyrelsen förbereder mötena.

NSK-s uppdrog år 2012 åt en extern konsult att genomföra en utredning. Denna skulle ge underlag för att bättre kunna bedöma hur befintliga kunskapsresurser inom socialtjänsten kan användas bättre och att ge förslag på lämpliga områden för nationella kunskapscentra. Ett syfte var att få en bild av, och kunna bedöma, existerande kunskapscentra respektive uppmärksamma kunskapskluster. Underliggande mål eller värden i arbetet angavs i rapporten vara en bättre organiserad stödstruktur för socialtjänstens kunskapsstyrning och ett effektivare utnyttjande av de idag spridda kunskapsresurserna.³³

4.5 Överenskommelser och strategisk utveckling

Den nationella strategin för God vård lades fast under mitten av 2000-talet i de så kallade Dagmaröverenskommelserna mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL). I överenskommelserna lades stor vikt vid den långsiktiga statliga styrningen över hälso- och sjukvården. Under de följande åren har strategiska satsningar fortsatt i varierande former. Regeringen och SKL har årligen slutit ett antal överenskommelser inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst och det finns också överenskommelser som tydligt fokuserar på frågor i gränslandet mellan dessa två områden. För år 2014 innebär de 12 överenskommelserna att regeringen och SKL har slutit överenskommelser motsvarande en sam-

³³ Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning – socialtjänst (NSK-s), *Nationella och regionala kunskapscentrum inom socialtjänsten*, konsultrapport från Utvecklingspartner i Stockholm AB, 2012.

manlagd omfattning om cirka 5,8 miljarder kronor. I denna redovisning lyfts vissa av dessa fram som har ett särskilt intresse för kunskapsstyrning och en evidensbaserad hälso- och sjukvård och socialtjänst.

4.5.1 Överenskommelsen för kunskapsstyrning och vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2014

Överenskommelsen för kunskapsstyrning och vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2014 bygger vidare på tidigare överenskommelser. För år 2014 omfattar den insatser för fortsatt utveckling av stödstrukturer för kunskapsstyrning, nationella programområden, öppna jämförelser samt fortsatt utveckling utifrån den nationella läkemedelsstrategin och cancerstrategin.³⁴ I överenskommelsen redovisas att en stor del av förklaringen till Sveriges goda resultat inom hälso- och sjukvården baseras på att vården blivit alltmer kunskapsbaserad. Det beror dels på den statliga styrningen som är inriktad på att stödja insatser som baseras på evidens och beprövad erfarenhet, dels på huvudmännen och vårdgivarna som har ansvar för omsättandet av kunskap i vården och implementeringen samt utmönstringen av ineffektiva metoder. Överenskommelsen pekar också på vikten av ett kontinuerligt arbete med att utveckla verksamheten utifrån bl.a. nya forskningsresultat och innovationer.

I överenskommelsen redovisas också att alla landsting arbetar med att stärka kunskapsstyrningen och har de senaste åren utvecklat en ökad samverkan. Under år 2012 genomförde landstingen, inom ramen för en överenskommelse med staten, en kartläggning av sina strukturer för kunskapsstyrning. Det framkom att det fanns ett särskilt behov av stöd kring implementering av kunskapsunderlag, stöd för analys och uppföljning och spridning av kunskap som genereras i vården. Detta ledde bl.a. till ett arbete syftande till att identifiera vilka framgångsfaktorer som finns för att implementera kunskap i vården m.m. I överenskommelsen för 2014 anges att SKL kommer att initiera och samordna insatser för att stödja huvudmännen i deras arbete med kompetensutveckling

³⁴ Socialdepartementet, *Godkännande av en överenskommelse om kunskapsstyrning och vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2014*, S2013/8789/FS (delvis).

inom kunskapsstyrningsområdet i all offentligt finansierad vård. Utgångspunkten för insatserna ska vara de framgångsfaktorer som identifierades i kartläggningen som genomfördes år 2012. SKL ska vidare se över hur framgångsfaktorerna kan knytas närmare till andra pågående insatser som kvalitetsregistersatsningen, cancerstrategin och öppna jämförelser. Avslutningsvis tas upp att parterna (regeringen och SKL) ser det som angeläget att arbetet inom ramen för överenskommelsen samordnas med övriga överenskommelser på hälso- och sjukvårdsområdet och motsvarande insatser inom folkhälsa och socialtjänst för att härigenom kunna bidra till ett mer effektivt stöd för kommuner och landsting.

4.5.2 Överenskommelser rörande socialtjänst

Sedan år 2008 har regeringen ingått flera överenskommelser inom socialtjänstområdet med SKL. Överenskommelserna omfattar olika områden inom socialtjänstens verksamhetsfält. Överenskommelserna om en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och den som avser en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre är de mest omfattande. Båda dessa överenskommelser har utvärderats av Statskontoret.³⁵

Överenskommelsen om en evidensbaserad praktik syftar till att utveckla socialtjänsten i sin helhet. Det övergripande målet är att brukarna ska få ta del av insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap. Den omfattar barn-, ungdoms- och missbruksvård och stöd till personer med funktionsnedsättning. Vidare ingår insatser för e-hälsa.

Överenskommelsen om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre syftar till att främja samverkan mellan kommun och landsting och effektivisera användandet av resurser så att vården i större utsträckning utgår ifrån de mest sjuka äldres behov. Bl.a. handlar det om att minska användningen av olämpliga läkemedel samt stimulera ett systematiskt arbetssätt genom att främja användningen av ett antal kvalitetsregister inom området.

³⁵ Statskontoret, *Evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*, Delrapport 3, dnr 2013:17 och *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL*, Delrapport 4, dnr 2013:16.

Båda överenskommelserna har som en bärande idé att utveckla regionala stödstrukturer av olika strategiska funktioner. Denna organisatoriska struktur har en samordnande roll för läns- gemensamt utvecklingsarbete inom socialtjänsten och vissa delar av hälso- och sjukvården. Verksamma inom dessa är till exempel representanter från forskningsmiljöer, FoU-enheter, socialförvaltningar eller hälso- och sjukvårdsenheter samt plattform- och utvecklingsledare med specifika uppdrag att vara motorer i det lokala utvecklingsarbetet. Den regionala strukturen har byggts upp utifrån lokala och regionala förutsättningar och skiljer sig därför sinsemellan åt avseende organisation, styrning och finansiering.

Statskontoret fick år 2011 regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelserna.³⁶ Av Statskontorets utvärdering framkommer att integrering av e-hälsa i utvecklingsarbetet behöver utvecklas liksom kanalen till privata utförare. Vidare behöver kopplingen till forskningen stärkas liksom samverkan med de stödstrukturer som finns inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utvärderingen visar också att det framförallt är de mindre kommunerna som utnyttjar den resurs som stödstrukturen utgör. För mindre kommuner med begränsade resurser kan den vara avgörande för det egna utvecklingsarbetet menar Statskontoret.

Sammantaget konstaterade Statskontoret att de regionala stödstrukturerna som har byggts upp fyller en viktig funktion för att stödja en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Det är huvudmännen som ansvarar för att kunskap omsätts i den praktiska verksamheten. En förutsättning för en fortsatt positiv utveckling är dock att huvudmännen själva ser värdet av denna stödstruktur som en resurs för lokala och regionala prioriteringar och som ett stöd för sitt lokala utvecklingsarbete.

Av utvärderingen framkommer att det finns indikationer på att huvudmännen avser att överta förvaltning och finansiering av den regionala stödstrukturen. Detta innebär att den regionala stödstrukturen fortsättningsvis kan ses som en viktig dialogpartner och lokal resurs i den statliga kunskapsstyrningen.³⁷

³⁶ Statskontoret, *Evidensbaserad praktik i socialtjänsten. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL, delrapport 3, 2013, dnr 2013:17.*

³⁷ Ibid.

Statskontoret konstaterar sammanfattningsvis att överenskommelserna innebär att staten och huvudmännen pekar ut en gemensam inriktning och verksamheterna får därigenom en tydlig signal om vilka områden som är prioriterade. Dessa områden anses också vara relevanta av såväl huvudmännen som verksamhetsföreträdare. I förberedelsearbetet inför en överenskommelse kan SKL fånga upp kommunernas och landstingens synpunkter, vilket skapar förutsättningar för att satsningen på ett tydligare sätt än annars tar hänsyn till verksamheternas erfarenheter och behov. Detta ökar satsningens legitimitet. Även det faktum att överenskommelserna är fleråriga ger en stabilitet som underlättar huvudmännens planering utifrån överenskommelsernas prioriteringar.³⁸

4.5.3 Regeringens plan för riktade insatser inom området för psykisk ohälsa, PRIO-planen

I maj 2012 antog regeringen en plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa som innehåller en nationell stödstruktur för att stimulera och underlätta implementeringen av vidtagna och fortsatta statligt finansierade kvalitetshöjande insatser inom området. Samtidigt tillsattes en nationell samordningsfunktion på Socialdepartementet. En motsvarande funktion finns även på SKL.

Ett övergripande mål i planen är att den ska bidra till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet. Ett delmål är att den ska bidra till att vården och omsorgen i ökad utsträckning bygger på bästa tillgängliga kunskap.

Det har konstaterats efter samråd med SKL och patient- och brukarorganisationerna att tillgången till kunskapsstöd som stödjer huvudmännens implementering och som är utformad efter hur kunskap tas emot och används i verksamheterna inte är tillräcklig inom området psykisk ohälsa. Dessa synpunkter överensstämde med tidigare dragna slutsatser om en mera aktiv och användarpassad kunskapsstyrning, som Nationell psykiatrisamordning kom fram till i sitt slutbetänkande och i en särskild rapport om statlig styrning.³⁹

³⁸ Ibid.

³⁹ SOU 2006:100 och Rapport 2006:3 från Nationell psykiatrisamordning.

Regeringen gav, mot denna bakgrund, i februari 2013 Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med Läkemedelsverket, SBU, Statens folkhälsoinstitut och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket säkerställa en samordnad och behovsanpassad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa (nedan kallat PRIO-uppdraget). I uppdraget ingår att göra en översiktlig bedömning av vilka kunskapsstöd och implementeringsstöd som behövs inom området. Denna ska främst ske utifrån en aktiv dialog med företrädare för verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och socialtjänst inom området, yrkesverksamma samt personer med patient-, brukar- och närståendeerfarenheter inom området. Myndigheterna ska sedan göra en gemensam planering av sina insatser i nära samverkan med kommuner och landsting.

Socialstyrelsen lämnade en första delrapport av uppdrag till regeringen den 31 januari 2014.⁴⁰ Av rapporten kan vissa slutsatser dras om hur olika aktörer ser på behovet av kunskapsstöd och hur samverkan mellan myndigheterna hittills fungerar. Mot bakgrund av att vissa slutsatser är generella och att rapporten är från 2014 så refereras innehållet förhållandevis utförligt.

Några slutsatser är att verksamheterna inte i första hand efterfrågar kunskap på fler områden utan att den kunskap som finns ska kommuniceras på ett mer lättillgängligt sätt. Kunskapsstöd behöver tas fram målgruppsanpassat för att kunna stödja en implementering. Det finns behov av kunskapsstöd när det gäller insatser för personer som har komplexa svårigheter med flera diagnoser samtidigt och stora behov på olika livsområden. Eftersom det ofta saknas vetenskapliga studier av god kvalitet på dessa områden tycks det finnas ett behov av att myndigheterna utvecklar arbetssätt som innebär att man sammanställer beprövad erfarenhet och pekar ut vad som är bästa tillgängliga kunskap enligt nuvarande kunskapsläge.

Inventeringen av hur patienter, anhöriga och brukare ser på behovet av kunskapsutveckling visar på vissa skillnader jämförda med vad som uttrycks av verksamhetsföreträdarna. Brukarna understryker vikten av ökad kunskap om hur den enskilde kan få stöd att

⁴⁰ Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. Myndighetsgemensam rapport av regeringsuppdrag*, Socialstyrelsens rapportnummer 2014-9.

utvecklas utifrån egna mål och värderingar. De menar också att den kunskap som tas fram även borde behandla maktförhållanden mellan patienter, brukare och vårdpersonal.

Det framgår vidare av inventeringen att patient-, brukar och anhörigorganisationerna och de personer som de företräder kan spela en aktiv roll i framtagande av ny kunskap, implementering och uppföljning. Bland annat lyfts det fram att det saknas systematisk kunskap på nationell nivå om hur patienter och brukare uppfattar vården och omsorgen och hur man värderar kvalitet. Om det på nationell, regional och lokal nivå utvecklas dialogformer där personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa kommer till tals kan kunskapsluckor identifieras utifrån detta perspektiv. En annan möjlighet som förs fram är att implementeringen av arbetsätt och metoder kan underlättas genom att personer med patient- och brukarerfarenhet medverkar på utbildningar. Organisationerna har även framfört att nationella riktlinjer i högre grad borde följas upp ur ett patient-, brukar och anhörigperspektiv. I rapporten ser även myndigheterna ett behov av att brukare och brukarorganisationer görs mer delaktiga i den statliga kunskapsstyrningen.

Myndighetscheferna har under år 2013 fått gemensamma kontinuerliga avstämningar av uppdraget och deltagit aktivt i styrningen av arbetet. Detta har hittills bedömts vara en viktig framgångsfaktor för att myndigheterna ska kunna göra gemensamma behovsanalyser och genomföra en gemensam planering av sina insatser inom området.

Uppdraget har gett positiva effekter konstateras det i rapporten men det lyfts också fram att det finns tydliga utmaningar. Myndigheterna har till exempel olika uppdrag och roller vilket bland annat bidrar till olika syn på kunskap och evidens. Det finns inte heller alltid ett tydligt gränssnitt mellan myndigheternas verksamheter och på vissa områden finns det överlappningar. Myndigheterna styrs till stor del genom olika regeringsuppdrag, vilket kan påverka förutsättningarna för samverkan och gemensam planering. Myndigheterna har även egna etablerade processer för vilka insatser som ska prioriteras, vilket påverkar förutsättningarna för en gemensam planering.

En målsättning för uppdraget är att myndigheterna inom området psykisk ohälsa utvecklar långsiktigt hållbara samverkansformer. Därför kommer myndigheterna att fortsätta arbeta med detta un-

der såväl 2014 som 2015. Viktiga delar av arbetet blir bland annat att förstärka det konkreta samarbetet kring olika projekt, att åstadkomma fler gemensamma kommunikationsinsatser och att undvika omotiverade skillnader i myndigheternas kunskapsunderlag.

4.6 Sammanfattande slutsatser

Av redovisningen ovan framkommer att det råder en betydande samsyn mellan olika intressenter om värdet av en kunskapsbaserad verksamhet. Det finns också ett starkt stöd för uppfattningen att en evidensbaserad praktik är en förutsättning för att patienter och brukare ska kunna ges en god vård och insatser baserade på bästa tillgängliga kunskap. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), som företrädare för kommunsektorn, tydliggör också vikten av ett fungerande samspel mellan staten och kommunsektorn när det gäller utveckling och implementering av en evidensbaserad verksamhet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Det står också klart att ett fungerande samspel mellan kommuner och landsting och den nationella nivån behövs för att stödja arbetet mot en kunskapsbaserad verksamhet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det blir särskilt tydligt i ljuset av den snabba tekniska utvecklingen och nya framsteg vad gäller innovationer och forskningsresultat som sker både nationellt och globalt. En iakttagelse är dock att det trots denna samsyn och många pågående utvecklingsinsatser finns kvarvarande problem och konstaterade behov av förändring. Därför tar promemorian upp förändringar avseende den statliga kunskapsstyrningen och förslag som ska effektivisera den samverkan mellan berörda myndigheter som krävs för att kunskapsstyrningen ska bli välfungerande. För att den ska svara mot individens, huvudmännens och professionernas behov behövs också en fungerande dialog och samverkan kring kunskapsstyrningen mellan myndigheterna och dessa intressenter.

De svårigheter som ligger i de konstaterade problemen har flera orsaker. En är att de statliga myndigheterna är en viktig aktör bland flera som ska åstadkomma en evidensbaserad praktik lokalt där mötet mellan olika professioner och patienter och brukare sker. För att nyttan av en effektiv kunskapsstyrning ska uppstå lokalt så behöver hela kedjan fungera. Det är en utmanande uppgift som

ställer höga krav på en effektiv samverkan på flera nivåer; mellan myndigheterna sinsemellan och mellan myndigheter och kommunsektorn. Helt avgörande är också ett engagemang och stöd från professionerna i vardagens beslutssituationer. En annan avgörande faktor är också att personalen genom sin utbildning är väl rustad för att arbeta evidensbaserat och ges förutsättningar för uppgiften i vardagen. Mot bakgrund av dessa utmaningar krävs ett förändringsarbete som bl.a. tar sin utgångspunkt i de erfarenheter som vunnits i det strategiska utvecklingsarbetet som bedrivits gemensamt mellan staten och kommunsektorn. Identifierade framgångsfaktorer behöver tas tillvara och även patienters och brukares erfarenheter behövs i det arbetet.

En effektiv statlig kunskapsstyrning kräver en fungerande samverkan mellan myndigheterna och trots flera insatser för att nå en bättre samverkan så finns kvarstående problem. En slutsats är att de former som hittills prövats för myndighetssamverkan inte är tillräckliga. Samverkan i sig är komplex och svårigheter kan exempelvis uppstå då myndigheter har olika uppdrag, ansvarsgränserna mellan myndigheterna är otydliga, att de använder olika definitioner och metoder m.m. Detta verifieras exempelvis i PRIO-arbetet.

Det finns inom forskningen om samverkan ett antal slutsatser om vilka framgångsfaktorer som underlättar samverkan. En central sådan är att det måste finnas en tydlig uppgift att samverka kring. Andra förutsättningar för en god samverkan är att det är en av ledningen prioriterad uppgift, att den ligger i linje med och ses som en del av det ordinarie arbetet och att den ges tillräckliga resurser.⁴¹ Av detta följer att samverkan kring kunskapsstyrning behöver ligga på en strategisk nivå, ges ett tydligt uppdrag och uppfattas som en del av myndigheternas ordinarie uppdrag. Om det ställs tydliga krav på samverkan så blir den också möjlig att följa upp som en del av regeringens styrning av myndigheterna.

Samverkan underlättas mellan myndigheter om ansvarsfördelningen är tydlig och klar. Det finns i dag oklarheter och dubbelarbete förekommer. Det leder till ineffektivitet och försvårar sam-

⁴¹ Danemark, Berth, *Samverkan – himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka*, Gleerups, 2000.

verkan och kan därutöver leda till att kommunikationen med kommunsektorn blir otydlig. En slutsats är att den förändring av myndighetsstrukturen som regeringen beslutat om tidigare behöver följas av flera justeringar av myndigheternas uppdrag för att skapa tydligare gränssnitt som i sig kan underlätta samverkan.

Andra iakttagelser är att den rådande ansvarsfördelningen mellan staten och landsting och kommuner bör avspelas i processerna bakom den statliga kunskapsstyrningen. Exempelvis bör det finnas system och strukturer för att huvudmännen som ansvariga för verksamheten ges ett inflytande över vilka områden som kunskapsstyrningen bör uppmärksamma m.m. I *Gör det enklare!* drogs slutsatsen att en förklaring till att den statliga kunskapsstyrningen inte implementerades var en bristande delaktighet från de ansvariga huvudmännen.

Patient- och brukarinflytandet behöver stärkas när det gäller myndigheternas kunskapsstyrning. Det är nödvändigt för att den ska kunna svara mot de starka krav på delaktighet som författningarna på området ger uttryck för. De kunskaper och erfarenheter som patienter och brukare har behöver tas tillvara. Inom ramen för PRIO-uppdraget tas frågan upp och det finns en tydlig vilja hos företrädare för patient- och brukarorganisationer att delta i arbetet med kunskapsstyrning inom det aktuella området men gäller säkerligen för flera.

Den statliga kunskapsstyrningen behöver svara mot de behov som huvudmän och olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst har för beslutssituationerna i vardagen. Det ställer krav på aktualitet och på en effektiv kommunikation av olika typer av kunskapsstöd som behöver vara målgruppsanpassade. Ett problem är att myndigheternas användning av experter är en flaskhals som behöver effektiviseras konstaterade Statens vård- och omsorgsutredning. Expertmedverkan kan ses som en gemensam strategisk fråga för de statliga myndigheterna och kommunsektorn. Mot den bakgrunden borde formerna för en sådan medverkan kunna lösas smidigt genom samverkan så att effektiviteten ökar.

Kunskapsstyrningen baseras i hög grad på vetenskapliga översikter med evidens medan den mer verksamhetsnära kunskapsbasen eller den beprövade erfarenheten inom hälso- och sjukvård och socialtjänst endast är systematiserad och utvärderad i begränsad omfattning och kan därför inte ges samma tyngd. Det bör vara en

nationell uppgift att se till att en kunskapsbaserad verksamhet vilar på både vetenskap och beprövad erfarenhet. Frågan är också ett uttryck för att det finns lokal kunskap som behöver ingå i den kunskapsstyrning som ska användas på flera nivåer. Den så kallade EBP-modellen illustrerar detta tydligt, på nationell nivå behöver det finnas kommunikation och dialog i flera riktningar. Huvudmän och profession, som historien visar, är inte passiva mottagare av kunskapsstöd utan i högsta grad delaktiga i den processen.

Det finns områden som är underbeforskade och där kunskapsstyrningen behöver baseras på bästa tillgängliga kunskap givet det faktiska kunskapsläget och där grunden för ställningstagandet tydligt redovisas. Det är en viktig vägledning för professionerna att få i avvaktan på mera stabila kunskapsunderlag. Professionerna efterfrågar kunskapsstöd med aktualitet och för smalare områden för att möjliggöra en snabbare process. Här finns ett tydligt dilemma för myndigheterna att kunna svara på dessa behov och samtidigt kunna ta fram ”paketlösningar” eller riktlinjer för stora områden. En slutsats är att kraven på en mer behovsanpassad kunskapsstyrning aktualiserar en omprövning av det kunskapsstöd som tas fram av myndigheterna.

Bland överenskommelserna finns exempel på att sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst betonas för att kunna ge vissa målgrupper en god vård och insatser enligt bästa tillgängliga kunskap. Exempel på detta är överenskommelserna om de mest sjuka äldre, missbruk och psykisk ohälsa. Den statliga kunskapsstyrningen behöver också uppmärksamma de starka samband som finns mellan verksamheterna för att kunna tillmötesgå de krav på kunskapsstöd som ställs för vård av och insatser till patienter och brukare som har sammansatta behov.

En annan iakttagelse är att samverkan och utveckling ofta bedrivs inom respektive sektor. Hälso- och sjukvården har sin struktur medan socialtjänsten har sin. Samtidigt finns strategiska satsningar som lyfter särskilda områden i gränslandet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst men där svårigheter att få till gränsöverskridande samverkan konstaterats. En slutsats är att det är viktigt att i ökad utsträckning se till de gemensamma dragen i arbetet med en evidensbaserad praktik, icke minst utifrån ett patient- och brukarperspektiv.

5 Utgångspunkter för förslagen

Inledning

Innehållet i den statliga kunskapsstyrningen liksom formerna för denna behöver utvecklas. Det finns även förändringsbehov vad gäller hur de statliga myndigheterna samverkar med varandra och med andra aktörer. De förslag som läggs i denna promemoria har ett tydligt fokus på dessa frågor. Mot bakgrund av de slutsatser som dragits i föregående avsnitt vilar förslagen på följande principiella utgångspunkter:

- Kunskapsstyrning är en nyckelfråga för att möta kommande utmaningar inom sektorn och den har en nära koppling till samverkan mellan många aktörer.
- Den statliga kunskapsstyrningen och formerna för samverkan måste utgå ifrån rådande ansvarsfördelning mellan staten och kommunsektorn där flera aktörer har olika roller och ansvar.
- Patienter och brukare är en viktig kunskapskälla för myndigheterna i arbetet med kunskapsstyrning. Därför måste dessa grupper synpunkter och erfarenheter beaktas av myndigheterna.
- Den statliga kunskapsstyrningen ska utgå ifrån de behov professionerna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmännen har. En behovsanpassad kunskapsstyrning kan underlätta en implementering.
- För att möta patienters och brukares sammansatta behov måste sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst betonas och onödiga gränser mellan verksamheterna tas bort när det gäller kunskapsstyrning.
- De förslag som läggs ligger i linje med förvaltningspolitiska utgångspunkter gällande styrning och samverkan.

5.1 Kunskapsstyrning – en nyckelfråga

Statens vård- och omsorgsutredning konstaterade i sitt slutbetänkande att kunskapsstyrning är en nyckelfråga för att möta de utmaningar vård- och omsorgssektorn står inför. Denna slutsats är bärande för inriktningen av denna promemoria och de förslag som läggs. Valfungerande samverkansformer mellan myndigheterna är en förutsättning för att den statliga kunskapsstyrningen ska bli effektiv och samstämd.

Kunskapsstyrning kan ses som ett system som syftar till att i ökad utsträckning åstadkomma en evidensbaserad praktik så att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom olika verksamheter samtidigt som icke evidensbaserade eller skadliga metoder rensas ut. Med en evidensbaserad praktik avses en medveten och systematisk strävan att bygga hälso- och sjukvård och socialtjänst på bästa möjliga vetenskapliga grund. Det innebär användning av flera kunskapskällor för beslut om insatser, exempelvis beprövad erfarenhet. Tanken är att personalen ska fatta beslut om lämpliga insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap kombinerad med patientens eller brukarens medverkan och egna erfarenheter. Det är personalens kompetens som utgör grunden för tillämpningen i dialog med den enskilde. Förekomsten av kunskapsstöd och rekommendationer innebär inte att det i alla givna situationer finns svar på hur personalen ska handla men de ska kunna ge vägledning. Det är alltid den professionelle som i varje enskilt fall i samråd med den enskilde måste göra en sammanvägd bedömning utifrån de sammantagna behov av insatser som patienten eller brukaren har.

Det finns många argument för en kunskapsstyrning och en evidensbaserad praktik; ett självklart exempel är att den ger patienter och brukare tillgång till en god vård och insatser som svarar mot de krav som ställs upp i nationella mål och i lagstiftning. I dag finns en betydande samsyn när det gäller vikten av att arbeta med kunskapsstyrning syftande till en evidensbaserad praktik. Denna samsyn betyder dock inte att så sker i alla verksamheter men det finns en positiv utveckling och många initiativ är tagna för att stödja inriktningen och bär nu också frukt. De förslag som läggs i promemorian bygger vidare på denna samsyn och de erfarenheter som vunnits genom de olika initiativen.

Kunskapsstyrning genererar även effektivitetsvinster som blir alltmer viktiga i en sektor där kraven på insatser växer snabbt och kräver prioriteringar mellan olika behov. Det är viktigt att de insatser som ges är effektiva och leder till goda resultat och att ineffektiva – eller till och med skadliga – metoder och behandlingar kan rensas ut. Det finns starka indikationer på att onödiga kostnader som vårdskador eller vårdrelaterade infektioner kan minskas med bättre kunskap hos huvudmän och olika professioner. Vårdskador och vårdrelaterade infektioner innebär varje år dryga kostnader för huvudmännen; kostnaderna för de extra vårddygn för undvikbara vårdskador inom somatisk vård som medför onödigt lidande beräknas uppgå till mellan 6,9 och 8,1 miljarder kronor per år.¹

Andra vinster som kan uppnås med en väl fungerande kunskapsstyrning är att oönskade skillnader inom vården kan jämnas ut genom bättre kunskapsspridning och goda möjligheter till jämförelser. I det så kallade LEV-projektet² refereras till Socialstyrelsens och Sveriges Kommuner och Landstings studier som visar att det finns betydande skillnader i praxis, kvalitet, kostnader och effektivitet mellan olika landsting, skillnaderna kvarstår även när hänsyn tas till strukturella skillnader. I arbetet med öppna jämförelser visas att vissa behandlingar används i för låg utsträckning generellt eller i vissa landsting. Andra exempel är stora skillnader mellan landstingen vad gäller antalet operationer som görs som dagkirurgi eller hög användning av behandlingar som för många patienter inte ger någon nytta. En slutsats från LEV-projektet är att en säker och kunskapsbaserad vård och omsorg, där verkningsfulla metoder får snabbare genomslag i sammanhållna vård- och omsorgskedjor, ökar effektiviteten.³ I delrapporten från projektet redovisades att kostnaden för hälso- och sjukvård per invånare är närmare 20 procent högre i det landsting som har högst kostnader jämfört med det som har lägst kostnad när hänsyn tagits

¹ Sveriges Kommuner och Landsting, *Skador i vården – skadeöversikt och kostnad*, 2013, s. 31 ff. Angivna belopp avser undvikbara vårdskador för vuxna i somatisk slutenvård, till denna kostnad ska läggas kostnader för skador i primärvård och annan öppenvård, psykiatrisk vård samt barnsjukvård. Uppgifterna baseras på en markörbaserad journalgranskning januari-juni 2013.

² LEV-projektet (Långsiktig Efterfrågan på Valfärdstjänster: Hälso- och sjukvård samt äldreomsorg fram till 2050), projekt som initierades genom regeringsbeslut hösten 2006 inom Socialdepartementet. *Den ljusnande framtid är vård*. Delrapport från LEV-projektet (2010).

³ *Ibid.*, s. 36

till strukturella skillnader i enlighet med vad som tillämpas inom utjämningsystemet.⁴ Motsvarande skillnad i kostnad för specialiserad somatisk vård var närmare 30 procent. I rapporten framhålls att det på samma sätt finns stora kommunala kostnadsskillnader för äldreomsorg även när hänsyn tas till strukturella skillnader i utjämningsystemet. Som framgår av ovanstående så finns det också inom socialtjänsten starka motiv för användningen av evidensbaserade metoder men kunskapsläget är sämre beträffande vilka effekter olika metoder har vid insatser. Att förbättra kunskapsläget inom socialtjänsten är därför ett angeläget utvecklingsområde som förväntas leda till en ökad effektivitet och en ökad kvalitet och trygghet för brukarna.

5.2 Många aktörer kräver ett gott samspel

Varje dag i Sverige möter patienter, brukare och anhöriga olika professionella grupper inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dessa möten har olika karaktär och anledningarna till att de äger rum varierar men gemensamt för dem alla är förväntningarna på att få vård och insatser som baseras på bästa tillgängliga kunskap.

Den personal som möter dessa patienter eller brukare har olika professioner och kan vara anställda i landstingets eller kommunens egen verksamhet eller hos en privat eller ideell utförare. Personalen kan ha olika tillgång till stöd för en evidensbaserad praktik. Inom hälso- och sjukvård finns en mångårig tradition av och krav på en verksamhet byggd på vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom socialtjänst pågår utveckling och det finns i dag ett ökat stöd för en evidensbaserad praktik. Dessa verksamheter har olika förutsättningar samtidigt som det är viktigt att se de många beröringspunkter som finns mellan områdena. Både patienter och brukare förväntar sig att bli bemötta utifrån sina samlade behov oavsett hur dessa ser ut. Gränser mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst får därför inte bli ett hinder mot att individen ges en god vård och insatser av god kvalitet, en fungerande samverkan mellan verksamheterna är en förutsättning för ett individuellt gott bemötande.

⁴ Ibid., s. 35-36.

Denna bild åskådliggör att det är inriktningen av verksamheten på den lokala nivån, där mötena sker mellan olika professioner och patienter och brukare, som är avgörande för om det uppstår ett gott omhändertagande som baseras på bästa tillgängliga kunskap när det kommer till beslut om insatser och behandling m.m. Därför är en avgörande utgångspunkt för de förslag som läggs i denna promemoria att syftet med kunskapsstyrning är just detta; vård och insatser som vilar på en evidensbaserad praktik och där personalen ges förutsättningar för och tillgång till bästa tillgängliga kunskap när den behövs för beslut i vardagen. För att detta ska kunna åstadkommas krävs ett väl fungerande samspel mellan flera aktörer: Staten med dess myndigheter, huvudmännen och de privata och ideella utförare som anlitas, personalen inom verksamheterna och patienter och brukare som själva äger erfarenheter och kunskaper som behöver tas tillvara.

Det decentraliserade systemet som innebär att landsting och kommuner har hela ansvaret för verksamheten inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst medför att ansvaret för att genomföra en kunskapsbaserad verksamhet vilar på huvudmännen. Vilken roll och vilket ansvar har då de statliga myndigheterna i relation till huvudmännens ansvar och vilka konsekvenser får detta för utformningen av en statlig kunskapsstyrning?

5.2.1 Tre centrala utgångspunkter för en statlig kunskapsstyrning

Förslagen i promemorian utgår ifrån ställningstagandet att de behov patienter och brukare, personalen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmännen har måste genomsyra den statliga kunskapsstyrningen. Detta är en förutsättning för att huvudmännen ska kunna få ett effektivt stöd i arbetet med att åstadkomma en evidensbaserad praktik till nytta för patienter och brukare.

Patienter och brukare

Patienter och brukare ska erbjudas en god vård och insatser av god kvalitet. Detta förutsätter en kunskapsbaserad verksamhet vilket

den statliga kunskapsstyrningen ska bidra till. Det övergripande syftet med kunskapsstyrning är att patienter och brukare vid varje tillfälle i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten möter personal som ger insatser och behandling som vilar på bästa tillgängliga kunskap. Nyttan av kunskapsstyrning uppstår först i mötet mellan olika professioner och patienter och brukare. Det betyder att det är detta lokala perspektiv som måste vara vägledande för såväl ansvariga huvudmän på lokal och regional nivå som för statliga myndigheter på nationell nivå. Perspektivet innebär att det är av stor vikt att statliga myndigheter samverkar med huvudmännen och har en god bild av hur förhållandena ser ut i verksamheterna. Den regionala nivån blir härigenom en viktig kontaktyta för de statliga myndigheterna liksom de intresseorganisationer som finns för patienter och brukare. Patienter och brukare har genom sina erfarenheter stor kunskap och deras synpunkter behöver därför inhämtas för att säkerställa att deras behov beaktas i utformningen av kunskapsstyrningen.

Personalen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

Den andra utgångspunkten baseras på personalens arbetssituation inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. För att patienter och brukare ska kunna ges en evidensbaserad behandling eller insats krävs en utvecklad samverkan och dialog mellan de olika aktörer som alla har betydelsefulla roller i arbetet med att åstadkomma en evidensbaserad praktik. Staten med dess myndigheter är i det arbetet en aktör bland flera men i slutändan är det personalen som har avgörande betydelse för om patienter eller brukare får en god vård och insatser av god kvalitet.

Varje dag inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten fattas ett oräkneligt antal beslut om behandlingar och insatser av olika slag. Den personal som fattar dessa beslut har oftast krav på sig att agera snabbt och adekvat och detta oavsett hur kunskapsläget ser ut. Det gäller exempelvis personal inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst som behöver ta ställning till interventioner i människors liv. Ett viktigt perspektiv är också att det inom socialtjänsten är förtroendevalda som fattar beslut i individärenden efter förslag

från olika professioner, beslut som kan överklagas till förvaltningsdomstol.

Mot denna bakgrund är det viktigt att personalen som har att fatta eller bereda besluten har enkel tillgång till aktuella och relevanta kunskapsstöd i de beslutssituationer som uppstår i vardagen. För att personalen ska få stöd i beslutssituationen måste de statliga myndigheter som tar fram kunskapsstöd utarbeta snabba och effektiva processer för att sammanställa kunskapen och sedan kommunicera och göra den tillgänglig för personalen i verksamheterna i bearbetad skick så snart som möjligt. Myndigheterna bör i större utsträckning än i dag kunna publicera information om aktuellt kunskapsläge vid flera tillfällen under processen med att ta fram ett kunskapsstöd i slutgiltigt bearbetad form. I detta sammanhang är det av betydelse att den personal som har behov av informationen är välutbildad inom sina respektive områden och kan förväntas kunna ta till sig och värdera information i olika slags bearbetad form. Dessa förhållanden har stor betydelse för de statliga myndigheterna och är en viktig utgångspunkt för de förslag som senare redovisas.

Landsting och kommuner – ansvariga för verksamheten

Den tredje utgångspunkten baseras på huvudmännen och det uttalade ansvar de har för att bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst. Verksamheten ska bedrivas i enlighet med de regelverk som beslutats om på nationell nivå, bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt socialtjänstlagen (2001:453). Båda dessa är så kallade ramlagar som lämnar utrymme för kommuner och landsting att, inom givna ramar, självständigt utforma verksamheten.

I lagstiftningen finns dock preciserade krav på att hälso- och sjukvård ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och det finns också preciserade krav på innehållet i en god vård.⁵ I socialtjänstlagen anges att de insatser som ges ska hålla en god kvalitet. Det är huvudmännen som skapar förutsättningar lokalt och regionalt för att kunna bedriva en kunskapsbaserad verksamhet. Det kan exempelvis innebära att personalen ges tillgång till

⁵ Se exempelvis patientsäkerhetslagen (2010:659) och hälso- och sjukvårdslagen.

det kunskapsstöd som behövs, möjligheter att dokumentera sin verksamhet för att möjliggöra uppföljning och kunskapsutveckling, tillgång till en god kompetensutveckling och forskning, systematisk uppföljning av patienters och brukares synpunkter och erfarenheter m.m. För att implementera kunskapsstyrning i den dagliga verksamheten behövs funktionella strukturer för kunskaps-spridning både regionalt och lokalt. Sådana strukturer finns redan i dag, se avsnitt 4.5.2.

För att stödja utvecklingen av en kunskapsbaserad verksamhet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver den statliga kunskapsstyrningen svara mot huvudmännens behov av stöd. Huvudmännen behöver därför också ges delaktighet vid utformningen av den statliga kunskapsstyrningen.

5.2.2 De statliga myndigheternas roll och ansvar

De statliga myndigheternas roll och ansvar för kunskapsstyrning på statlig nivå behöver således utgå från dessa tre perspektiv:

- Det är i mötet mellan professioner och patienter eller brukare som nyttan av en kunskapsstyrd verksamhet uppstår genom att vård och insatser baseras på bästa tillgängliga kunskap.
- Personalen behöver aktuell, relevant och tillgänglig målgruppsanpassad kunskap i vardagen för att säkerställa att beslut kan tas med bästa tillgängliga kunskap.
- Huvudmännen, landsting och kommuner, behöver en statlig kunskapsstyrning som stödjer deras arbete med att åstadkomma en kunskapsbaserad verksamhet och som tydligt utgår ifrån deras olika behov. Den ska utformas på ett sådant sätt att den når både privata, ideella och offentliga aktörer.

Vidare behöver det finnas effektiva kanaler för de statliga myndigheterna för att ta vara på den kunskap som utvecklas lokalt och regionalt. Sådana kanaler behöver också inkludera patienters och brukares erfarenheter och synpunkter. En utvecklad samverkan och dialog behövs mellan staten och landsting och kommuner om såväl innehåll som utformning av kunskapsstyrningen.

Det är vidare en viktig nationell uppgift att göra forskningsresultat och innovationer tillgängliga på ett målgruppsanpassat sätt, uppmärksamma underbeforskade områden och att sprida kun-

skaper från en aktiv omvärldsbevakning till ansvariga huvudmän och professioner. Att identifiera kunskapsluckor, systematisera dessa och föra informationen vidare till forskningen är en uppgift som ligger på statlig nivå.

De förslag som nu läggs fram ska stödja att en evidensbaserad praktik implementeras. Förslagen grundas på en tydlig ansvarsfördelning och effektiv samverkan mellan staten och kommunsektorn. De vilar på en utveckling av God vård-modellen och EBP-modellen som båda speglar samspelet mellan nationell, regional och lokal nivå med syftet att nå en evidensbaserad praktik och ett ständigt lärande genom samverkan och dialog mellan olika nivåer. Genom de förslag som läggs fram lyfts vikten av att kunskapsstyrningen utformas med hänsyn till de erfarenheter och synpunkter patienter och brukare har. De förslag som presenteras innehåller också en tydlig struktur för att möjliggöra en aktiv dialog mellan huvudmän och myndigheter. En breddad statlig kunskapsstyrning leder också till en bättre dialog mellan myndigheterna och forskarsamhället.

5.3 Förvaltningspolitiska utgångspunkter – styrning och samverkan

Vissa förvaltningspolitiska utgångspunkter är av grundläggande betydelse för de förslag som läggs i promemorian på så sätt att dessa sätter ramarna för vilka förslag som kan läggas och också anger de övergripande mål som förslagen avser att uppnå.

Regeringen har i propositionen *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt* (prop. 2009/10:175) angett att det övergripande målet för regeringens förvaltningspolitik är en innovativ och samverkande statsförvaltning som är rättssäker och effektiv, har en väl utvecklad kvalitet, service och tillgänglighet och därigenom bidrar till Sveriges utveckling och ett effektivt EU-arbete. Samverkan, inte minst myndigheter emellan, måste utvecklas ytterligare, dels av effektivitetsskäl, dels för att medborgare, företag och andra förväntar sig att staten uppträder samordnat. Statsförvaltningens organisering ska vara sådan att det klart och tydligt framgår vem som är ansvarig för vad. En överskådlig förvaltnings-

struktur och minskad sektorisering eftersträvas i syfte att förenkla för medborgare och företag.⁶

De förslag som redovisas i denna promemoria har i flertalet fall sin grund i förvaltningspolitiska frågeställningar såsom regeringens styrning av sina myndigheter, ansvarsfördelningen mellan stat och kommun, samverkan mellan myndigheter, myndigheternas ansvar, förvaltningens kostnadseffektivitet samt kommunikationsfrågor. Mot bakgrund av att Statens vård- och omsorgsutredning lade ett särskilt förslag om hur samverkan mellan staten och kommunsektorn skulle kunna formaliseras och att detta förslag fick kritik från flera remissinstanser, finns det anledning att i detta avsnitt särskilt belysa den konstitutionella regleringen av relationen mellan regeringen och de statliga myndigheterna, mellan myndigheterna sinsemellan och mellan staten och kommunsektorn vilken är av grundläggande betydelse för de förslag som läggs.

Regeringens styrning och relationen mellan myndigheterna

Relationen mellan regeringen och dess myndigheter grundas ytterst på regeringsformen. Myndigheterna står i lydadsförhållande till regeringen med undantag för den självständighet som följer av regeringsformens bestämmelse om att varken regeringen eller någon annan myndighet får bestämma hur en myndighet i ett särskilt fall ska besluta i ett ärende som rör myndighetsutövning mot enskild eller mot en kommun eller som rör tillämpningen av lag.

Relationen mellan regeringen och myndigheterna är således vertikal där den statliga förvaltningen är regeringens instrument för att förverkliga sin politik. Regeringen styr myndigheterna genom de beslut som regeringen fattar avseende exempelvis instruktioner och regleringsbrev. Därutöver förekommer informella kontakter genom exempelvis de regelbundna möten som Socialdepartementets ledning har med samtliga generaldirektörer för myndigheterna på hälso- och sjukvårds- och socialtjänstområdet under departementet där strategiska frågor diskuteras och information lämnas (den så kallade GD-gruppen).

⁶ Propositionen *Offentlig förvaltning för demokrati, delaktighet och tillväxt* (2009/10:175, bet. 2009/10:FiU, rskr. 2009/10:315).

Relationen mellan myndigheterna däremot är horisontell i det avseendet att de alla lyder under regeringen. Det är regeringen som bestämmer vilka inbördes förhållanden myndigheterna ska ha utifrån de konstitutionella gränser som regeringsformen sätter. Myndigheterna utför sina uppgifter utifrån de mandat regeringen och i vissa fall riksdagen har gett.

I avsnitt 4.6 konstateras att de sätt som regeringen tidigare styrt myndigheternas kunskapsstyrningsarbete på, dvs. genom instruktioner, regleringsbrev och särskilda uppdrag, inte varit tillräckliga för att få till stånd en välfungerande samverkan inom hälso- och sjukvårds- och socialtjänstområdet. I promemorian läggs därför förslag på nya strukturer för kunskapsstyrning och samverkan mellan berörda myndigheter samt mellan dessa myndigheter och huvudmännen. Vissa otydligheter vad gäller myndigheternas mandat undanröjs. Exempelvis har det visat sig att begreppet samordningsansvar har lett till feltolkningar på så sätt att myndigheter med stöd av ett sådant utpekade ansvar har uppfattats ha bestämmanderätt över andra myndigheter, vilket inte är korrekt. De förslag som nu läggs fram stärker och förtydligar regeringens styrning av myndigheterna vad gäller kunskapsstyrning och samverkan och möjliggör en uppföljning av myndigheternas arbete.

Särskilt om samverkan mellan statliga myndigheter och kommunsektorn

En tydlig utgångspunkt för förslagen är den ansvarsfördelning som råder mellan staten och kommunsektorn. Förslagen som läggs fram vilar på en tydlig rollfördelning och ger huvudmännen ett inflytande och delaktighet i kunskapsstyrningen som är förenlig med denna. God vård-modellen och EBP-modellen som beskriver spelet mellan den nationella, regionala och lokala nivån utgör en central utgångspunkt.

Mot bakgrund av det som anges ovan om att kunskapsstyrningen måste utgå ifrån de behov huvudmännen har och att dessa måste få en roll i arbetet med att ta fram kunskapsstyrning läggs förslag om formaliserade samverkansformer mellan myndigheterna och huvudmännen. Det är dock i detta sammanhang viktigt att tydliggöra att staten har flera roller i relation till kommunsektorn, vad gäller vissa statliga uppgifter skulle en nära samverkan mellan

den statliga nivån och kommunsektorn kunna leda till oklarheter i rollfördelningen. Exempelvis fattar riksdag och regering beslut om de lagar och förordningar som styr de kommunala verksamheterna och som därigenom definierar det beslutsutrymme som landsting och kommuner har inom ramen för den kommunala självstyrelsen. Statliga myndigheter meddelar föreskrifter efter bemyndiganden från riksdagen och regeringen. Regelverket utvecklas och konkretiseras genom förvaltningsdomstolarnas dömande verksamhet och statliga myndigheter utövar tillsyn över att landsting och kommuner m.fl. följer gällande regler. Vidare svarar statliga myndigheter för statistik inom området, utvärdering och uppföljning av verksamheter inom kommunsektorn. Statliga myndigheter fattar också olika förvaltningsbeslut rörande exempelvis tillstånd att bedriva verksamheter eller behörigheter för olika professioner. Det är en statlig uppgift att svara för forskning inom området samt att svara för utbildning av akademiskt utbildad personal som verkar inom området.

Kunskapsstyrning som den definieras i denna promemoria inkluderar både föreskrifter och olika former av icke bindande kunskapsstöd. Myndigheternas förhållande till kommunsektorn påverkas av vilken del av kunskapsstyrningen som är aktuell. En och samma myndighet kan både ha normeringsansvar och ett utvecklingsinriktat ansvar som båda täcker in uppgifter som betecknas som kunskapsstyrning. Myndighetsföreskrifter ska följas av kommuner och landsting och innebär därigenom en inskränkning i den kommunala självstyrelsen vars omfattning de facto definieras av innehållet i lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter. Genom tillsyn och förvaltningsdomstolarnas avgöranden utvecklas och konkretiseras innehållet i regelverket och kan även leda till att behov av förtydliganden i författningar aktualiseras. När det gäller socialtjänstens område har även allmänna råd, som formellt inte är bindande föreskrifter, karaktären av kompletterande information om tillämpning liknande förarbeten till författningar.

Frågan är om det är möjligt för statliga myndigheter att ha en utvecklad samverkan med kommuner och landsting gällande kunskapsstyrning och dess innehåll eller om det med hänsyn till ovanstående statliga uppgifter uppstår oklarheter i rollfördelningen.

Statens vård- och omsorgsutredning tog i sitt slutbetänkande upp hur samverkan mellan de statliga myndigheterna och kommunsektorn kan se ut och föreslog inrättandet av ett beslutande råd för nationella riktlinjer med representanter från både kommunsektorn och staten. Rådet skulle besluta om vilka riktlinjer som ska tas fram och även fastställa dessas slutsatser. Bakgrunden till förslaget var att utredningen hade identifierat ett samband mellan bristande implementering av kunskapsstöd och huvudmännens bristande delaktighet i arbetet med att ta fram dessa och exemplifierade särskilt med nationella riktlinjer. Utredningen ansåg även att utformningen av nationella riktlinjer borde ta hänsyn till huvudmännens verksamhetsmässiga och finansiella förutsättningar.⁷

Förslaget kritiserades under remissförfarandet, bland annat anfördes att det skulle skapa oklara ansvarsförhållanden eftersom kommuner och landsting både skulle ta emot och framställa kunskapsstöd.⁸ Kritik riktades också mot förslaget utifrån grunden att riktlinjer ska bygga på tillgänglig kunskap och erfarenhet och att förslaget inte tog hänsyn till rådande ansvarsfördelning. I ett av remissvaren anfördes att ”Det kan inte vara myndigheternas sak att kompromissa med en verklighet där resurserna kan vara begränsade, det är kommunernas sak. Visserligen bör riktlinjer vara genomförbara men det blir bekymmersamt när utredningen anger att det behöver finnas starka kopplingar mellan riktlinjer och praktiska förutsättningar.”⁹

Den befintliga konstitutionella ansvarsfördelningen sätter ramar för hur statliga myndigheter och kommunsektorn kan samverka. Vad gäller vissa myndighetsuppgifter har kommunerna enbart begränsade möjligheter att påverka. Det är myndigheterna som fattar beslut om innehåll och utformning av olika former av kunskapsstöd. Det betyder att huvudmän och professioner behöver bli delaktiga i processen med att utveckla kunskapsstöd men att det är myndigheterna som beslutar i enlighet med det mandat som regeringen och i vissa fall riksdagen bestämt. Härigenom säkerställs att rollerna mellan staten och kommunsektorn inte blir otydliga.

⁷ Statens vård- och omsorgsutredning, *Gör det enklare!* (SOU 2012:33) slutbetänkande, 2012, s. 146 ff.

⁸ Socialstyrelsen, remissvar på *Gör det enklare!* (SOU 2012:33), dnr 1.4-31451-2012, s. 9.

⁹ Äldrecentrum, remissvar på *Gör det enklare!* (SOU 2012:33), s. 3.

6 Förslag

Inledning

Ett övergripande mål för såväl lagstiftning som olika former av kunskapsstyrning är att patienter och brukare ska erbjudas en god vård och insatser som baseras på bästa tillgängliga kunskap. För att kunna åstadkomma detta krävs ett fungerande samspel mellan ett stort antal aktörer. Staten och dess myndigheter är en aktör bland flera som har en central roll i detta samspel men möjligheterna att påverka innehållet i verksamheterna är begränsade. Andra aktörer står verksamheterna betydligt närmare. Den samlade kompetensen som finns inom den statliga sektorn och de påverkansmöjligheter som därigenom finns måste dock användas på ett mer effektivt och samordnat sätt än som sker i dag.

Mot denna bakgrund läggs i detta kapitel förslag som ska leda till att regeringens styrning av sina myndigheter vad gäller kunskapsstyrning blir mer samlad och strategisk. De förslag som läggs ligger också i linje med det utvecklingsdrivna förändringsarbete som redan pågår på olika nivåer vad gäller kunskapsstyrning inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Förslagen syftar till att skapa ett nytt, långsiktigt hållbart system vad gäller de statliga myndigheternas kunskapsstyrningsarbete. Bedömningen är att det nu finns ett flertal betydelsefulla förutsättningar som möjliggör en sådan förändring. Den ombildade myndighetsstrukturen skapar möjligheter för Socialstyrelsen att få en förändrad roll och ger utrymme för en mer utvecklingsinriktad verksamhet. Socialstyrelsen ges också rollen av att vara navet i den statliga kunskapsstyrningen dels genom de uppgifter myndigheten redan har, dels genom att myndigheten tillförs uppgifter som rör kunskapsstyrning och samverkan, se avsnitt 6.2. Den IT-baserade utvecklingen möjliggör effektiva kommunikationsvägar. Kun-

skapsspridning kan underlättas genom gemensamma webbplatser och stora kunskapsmängder kan enkelt göras tillgängliga. Olika utvecklingsinitiativ, ofta med statligt stöd, inom kommuner och landsting har nu skapat bättre fungerande strukturer för stöd och implementering av en evidensbaserad praktik. Det finns också en tydlig samsyn om vikten av att införa en evidensbaserad praktik.

Den allt snabbare tekniska utvecklingen och den ökande mängden resultat från forskning och innovationer kräver att det görs prioriteringar vilka måste vila på välgrundade underlag. De statliga myndigheterna har här en särställning, det är en nationell uppgift att sammanställa befintlig kunskap och förmedla denna i bearbetad form så att de ansvariga i kommunsektorn kan fatta välgrundade beslut. Detta tydliggör behovet av en fungerande samverkan mellan den nationella nivån och kommunsektorn kring kunskapsstyrning.

Ett centralt förslag är att regeringen ska ställa tydliga krav på myndigheternas samverkan kring kunskapsstyrning och dess utformning. Myndighetschefernas ansvar för att kunskapsstyrningen är effektiv, samordnad och behovsanpassad tydliggörs och det ges förutsättningar för uppföljning och ansvarsutkrävande. På så sätt definieras dessa frågor som strategiska. Myndigheternas samverkan formaliseras och styrningen effektiviseras. Kunskapsstyrningen ges ett breddat innehåll och på strategisk nivå skapas möjligheter för överläggningar om frågor kring kunskapsutveckling och därmed sammanhängande frågor. Även olika professionsutbildningars innehåll kan diskuteras, utifrån de krav som en evidensbaserad praktik ställer. De myndigheter som har ansvar för kunskapsstyrning får möjlighet att utifrån en bredare kunskapsbas ta ställning till vilka behov gällande kunskapsstyrning som bör prioriteras men också möjlighet att uppmärksamma andra frågor av betydelse för utvecklingen av en effektiv kunskapsstyrning.

Den statliga kunskapsstyrningen ska vara effektiv och nå de användare som behöver den för sina beslut i vardagen. Det ställer krav på utformning och hur den kommuniceras. Kunskapsstyrningen ska svara mot de behov som olika professioner och huvudmän ger uttryck för. Det kräver kanaler för en dialog och lyhördhet för behovet av en omprövning av nuvarande utformning av kunskapsstöd. Kunskapsstyrningen ska vara samordnad, en tydlig röst från de statliga myndigheter som kommunicerar med kommunsektorn. Det kräver en formaliserad samverkan mellan myndigheterna som

har centrala roller för kunskapsutveckling och kunskapsstyrning. Denna samverkan bygger på regeringens styrning av respektive myndighet och på det mandat myndigheten ges. Alla myndigheter är skyldiga att samverka när så krävs enligt gällande regelverk men förslagen i denna promemoria går längre genom att precisera vissa frågor som myndigheterna ska samverka kring.

En grundläggande utgångspunkt är att myndigheternas kunskapsstyrning ska vara behovsanpassad. Förslagets utformning klargör att huvudmännen som ansvariga för verksamheten ska vara delaktiga i hur den statliga kunskapsstyrningen utformas. Ansvariga huvudmän har i dag inte någon formell roll i processen som styr myndigheternas kunskapsstyrning men deras medverkan är av central betydelse för att myndigheterna ska kunna göra rätt avvägningar om vilka områden för kunskapsstyrning som bör prioriteras och hur kunskapsstyrning kan kommuniceras på ett effektivt sätt för att öka möjligheterna att nå rätt målgrupper m.m.

Förslagen om en tydligare statlig kunskapsstyrning tar även upp att patienters och brukares synpunkter och erfarenheter ska beaktas i myndigheternas arbete med kunskapsstyrning.

Andra förslag i promemorian syftar till en renodling av vissa myndigheters uppdrag för att tydliggöra myndigheternas roller, underlätta en samverkan samt minska risken för dubbelarbete. Ett förslag gäller att Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) får ett samlat ansvar för systematiskt framtagna vetenskapliga kunskapsöversikter inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Folkhälsomyndigheten får ett samlat ansvar för smittskyddet vilket innebär att Folkhälsomyndigheten tar över smittskyddsfrågorna från Socialstyrelsen.

För att stärka patient- och brukarperspektivet samt för att betona sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst ges Myndigheten för vårdanalys ett utvidgat uppdrag avseende hela socialtjänstområdet, istället för dagens uppdrag som enbart omfattar frågor som ligger i gränssnittet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

6.1 Frågor om kunskapsstyrning och samverkan bör regleras

Förslag: Målet med den statliga kunskapsstyrningen och vilka krav kunskapsstyrningen ska uppfylla för att uppnå målet bör regleras. Vidare bör formerna för samverkan kring kunskapsstyrning mellan myndigheterna och mellan myndigheterna och huvudmännen regleras. Det bör skapas en gemensam författningssamling där myndigheterna som har föreskriftsbemyndigande kungör sina föreskrifter.

Skälen för förslaget: Kunskapsstyrning är en strategisk fråga som kräver en långsiktig inriktning. De sätt regeringen har styrt myndigheternas kunskapsstyrningsarbete på tidigare, t.ex. genom bestämmelser i myndigheternas instruktioner och särskilda uppdrag, har visat sig inte vara tillräckligt effektiva. Det finns därför behov av att tydligare formulera kraven på den statliga kunskapsstyrningen och att utveckla samverkan dels mellan myndigheter, dels mellan myndigheter och huvudmän.

Genom att regeringen reglerar övergripande frågor som rör myndigheternas arbete med kunskapsstyrning i en förordning tas ett samlat grepp om den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. I förordningen regleras vad målet med den statliga kunskapsstyrningen är och vilka krav kunskapsstyrningen måste uppfylla för att uppnå detta mål. Det fastslås att med statlig kunskapsstyrning avses de olika former av kunskapsstöd samt föreskrifter som statliga myndigheter ansvarar för och som riktar sig mot huvudmännen och den verksamhet de ansvarar för. Anledningen till att föreskrifter ingår i begreppet kunskapsstyrning är att dessa har en viktig roll då de fyller ut gällande lagstiftning och utgör grund för förvaltningsbeslut och tillsyn.

De statliga myndigheternas arbete med kunskapsstyrning formaliseras på så sätt att det inrättas två strategiska organ, Rådet för statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Kunskapsstyrningsrådet) respektive Huvudmannagruppen för behovsanpassad kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst (Huvudmannagruppen). Dessa organ ger

en formell struktur för samverkan dels mellan de myndigheter som har centrala roller för kunskapsstyrningen, dels mellan myndigheterna och huvudmännen. Genom den nya förordningen skapas ett ramverk och system för den statliga kunskapsstyrningen och frågans strategiska vikt lyfts.

Kunskapsstyrningen stärks genom reglerade krav

Syftet med den nya förordningen är att säkerställa att den statliga kunskapsstyrningen utgör ett stöd för huvudmännen i arbetet med att ge patienter och brukare en god vård och insatser av god kvalitet. Genom detta krav synliggörs att det är huvudmännen, utifrån gällande lagstiftning, som har det fulla ansvaret för verksamheterna och att staten utöver sin styrande och granskande roll har i uppgift att stödja huvudmännen att uppnå de olika krav lagstiftningen ställer på verksamheterna.

Vidare anges i förordningen att kunskapsstyrningen ska vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov patienter, brukare, personal och huvudmän har. Kunskapsstyrningen ska bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kravet att kunskapsstyrningen ska vara samordnad innebär att den ska vara samstämd, det ska inte förekomma att myndigheter sprider motstridiga budskap eller meddelar föreskrifter som inte är koordinerade med andra myndighetsföreskrifter. I detta ligger också att kommunikeringen av kunskapsstyrningen ska vara samordnad, för att minska att kunskapsstyrningen upplevs som splittrad är det av vikt att staten ”talar med en röst”. En samordnad kommunikering ökar också överskådligheten och tillgängligheten för dem som har nytta av och berörs av olika kunskapsstöd och föreskrifter.

Att kunskapsstyrningen ska vara effektiv innebär att den ska kunna tillämpas i verksamheterna och innebära ett verkligt stöd i arbetet med en evidensbaserad praktik. Det handlar om att snabbt göra den statliga kunskapsstyrningen tillgänglig för dem som har behov av den och att den är anpassad till verksamheterna både till innehåll och till form. Myndigheternas processer måste vara uppbyggda så att de som använder kunskapsstyrningen så snart som

möjligt kan få tillgång till nödvändigt stöd för sina beslut. Det innebär också att den lämpligaste formen av kunskapsstyrning ska användas.

En central utgångspunkt i denna promemoria är att den statliga kunskapsstyrningen måste utgå ifrån patienters, brukares, personalens inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmännens perspektiv och svara mot de behov dessa grupper har. Nyttan med den statliga kunskapsstyrningen uppstår i mötet mellan patienter eller brukare och olika professioner och genom de beslut som fattas vid detta möte. Det är huvudmännen som har ansvaret för att patienter och brukare får vård och insatser som vilar på bästa tillgängliga kunskap. I förordningen anges därför att den statliga kunskapsstyrningen ska anpassas till de behov dessa grupper har. Ytterst handlar det om huvudmännens behov av stöd för att ge patienter och brukare en god vård och insatser av god kvalitet. I detta ligger att de statliga myndigheterna i sitt kunskapsstyrningsarbete måste ta hänsyn till huvudmännens behov både vad gäller val av områden som hur kunskapsstyrningen bör utformas och kommuniceras.

Närmare om Kunskapsstyrningsrådet

Kunskapsstyrningsrådets uppgift är att se till att den statliga kunskapsstyrningen uppfyller de krav som anges i förordningen. I Kunskapsstyrningsrådet ingår ett antal myndigheter som är centrala för utvecklingen av den statliga kunskapsstyrningen. Det rör sig antingen om myndigheter som har ansvar för kunskapsstyrning eller som har centrala roller för att bidra till framtagandet av underlag för kunskapsstyrning. Dessa myndigheter är E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, SBU samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Genom att rådet är sammansatt av myndigheter som har olika perspektiv och kompetenser kan den statliga kunskapsstyrningen breddas.

Kunskapsstyrningsrådet är ett strategiskt råd utan egen beslutsrätt och har heller ingen operativ roll. Samtliga myndigheter har ett ansvar för att samordning sker och deltar i rådet med de mandat

som regeringen gett dem. Inrättandet av rådet innebär inte att myndigheternas beslutsrätt flyttas eller påverkas i någon riktning.

Vad gäller Inspektionen för vård och omsorgs roll i rådet är det av vikt att de iakttagelser inspektionen gjort i samband med tillsynen kan återföras in i kunskapsstyrningsarbetet. Inspektionen för vård och omsorg har därför en viktig roll att ge Kunskapsstyrningsrådet information om hur föreskrifter tillämpas i praktiken och om det finns behov av nya eller ändrade föreskrifter eller någon form av kunskapsstöd.

Fortes roll i Kunskapsstyrningsrådet baseras på den särskilda ställning som forskningsrådet har inom sektorn. Genom medverkan i rådet kan Forte bidra med närheten till forskarsamhället och dess perspektiv på frågor om kunskapsutveckling och forskningsläget och forskningsbehov. Genom medverkan i rådet skapas också möjlighet till nära kontakter på strategisk nivå med företrädare för olika verksamheter inom hälso- och sjukvårds- och socialtjänstområdet. Detta uppdrag ligger väl i linje med myndighetens instruktionsenliga uppgift att främja och stödja behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet samt inom social- och folkhälsovetenskap.¹

Vad gäller E-hälsomyndigheten har denna i uppgift att verka för sådana funktioner och system som främjar en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelsdistribution samt upprätthållandet av samhällsnyttig infrastruktur och informationsdatabaser som ska vara tillgängliga för bl.a. apotek och vårdgivare. Myndigheten ska även samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen e-hälsoområdet. E-hälsofrågor är intimt länkande till kunskapsstyrningen och ger framför allt förutsättningar till implementering och uppföljning. Myndighetens kompetens vad gäller kommunikation och infrastrukturfrågor är värdefull för att skapa en samordnad kommunikation av kunskapsstyrningen. Av dessa skäl har E-hälsomyndigheten en roll att spela i Kunskapsstyrningsrådet.

Det krävs ett tydligare ramverk inom vilket de statliga myndigheterna ska samverka för att de ska kunna fullfölja sina respektive

¹ 1 § förordningen (2007:1431) med instruktion för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.

kunskapsuppdrag fullt ut. Erfarenheterna från PRIO-uppdraget² visar att det är nödvändigt att myndighetscheferna tar ett tydligt ansvar för myndigheternas samverkan kring kunskapsstyrningsfrågor. Därför ska myndigheterna i Kunskapsstyrningsrådet representeras av respektive myndighetschef. För att understryka frågans vikt är uppdraget att delta i rådets arbete obligatoriskt och kan inte delegeras. Det måste klart framgå att det är alla myndigheters ansvar, vilket i praktiken innebär myndighetschefens ansvar, att samverkan kommer till stånd och att syftet och målet med den statliga kunskapsstyrningen uppnås.

Mot bakgrund av Socialstyrelsens centrala roll för kunskapsstyrningen placeras Kunskapsstyrningsrådet organisatoriskt inom Socialstyrelsen som får ett administrativt ledningsansvar. Rådet ska dock vara ett från myndigheten fristående organ, se vidare avsnitt 6.2. Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande för rådet och har ansvar för att leda rådets arbete.

För att inrättandet av Kunskapsstyrningsrådet ska kunna leda till en bättre samverkan som i förlängningen leder till bättre kunskapsstyrning innehåller förordningen bestämmelser med obligatoriska uppgifter för rådet. För att undvika detaljreglering överläts det däremot till de deltagande myndigheterna att bestämma hur rådet ska arbeta för att fullfölja uppgifterna. För att regeringen ska ha möjlighet att följa upp Kunskapsstyrningsrådets arbete införs en bestämmelse om årliga återrapporteringskrav gällande rådets samtliga uppgifter. Därutöver förutsätts regeringen följa upp rådets verksamhet genom regelbundna kontakter. Sådana kontakter kan initieras av båda parter om det finns skäl för detta.

Utöver de uppgifter som regleras i förordningen ger naturligtvis Kunskapsstyrningsrådet en plattform för att diskutera andra strategiska myndighetsgemensamma frågor. Inrättandet av Kunskapsstyrningsrådet ska ses som ett komplement till de strukturer för samverkan som finns idag, dessa kan dock behöva justeras mot bakgrund av de förslag som nu läggs för att stärka samverkan mellan olika aktörer.

² Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. Myndighetsgemensam rapport av regeringsuppdrag*, Socialstyrelsens rapportnummer 2014-9.

En huvudsaklig uppgift för Kunskapsstyrningsrådet är att säkerställa att den statliga kunskapsstyrningen är samordnad och effektiv för att därigenom stödja huvudmännen. De deltagande myndigheterna har ett ansvar för att redan på ett tidigt stadium samverka med varandra om planerade projekt rörande framtagande av kunskapsunderlag eller kunskapsstöd, antagande av nya eller ändrade föreskrifter eller andra åtgärder som innebär att kunskap sprids. Genom att detta arbete sker i Kunskapsstyrningsrådet uppstår ett antal olika effekter:

- Myndigheterna får tillgång till bättre beslutsunderlag.
- Myndigheterna får möjlighet att i god tid överväga om kunskapsstöd eller föreskrifter som de är ansvariga för bör ändras, kompletteras eller tas bort till följd av andra myndigheters åtgärder.
- Risken för en splittrad kunskapsstyrning minskar.
- Myndigheter som inte är direkt berörda av planerade åtgärder kan bidra med sin kompetens och andra perspektiv vilken medför att kunskapsstödens och föreskrifternas kvalitet höjs.
- De erfarenheter som Inspektionen för vård och omsorg får genom sitt tillsynsuppdrag får en plats i processen att ta fram kunskapsstyrning, vilket saknas idag.
- Samtliga myndigheter har tillgång till samma information.
- Genom SBU:s och Fortes deltagande kan kunskapsluckor identifieras och hanteras på ett mer samordnat sätt.
- En tänkbar följd är även att det ges utrymme för att i mer formaliserade former diskutera hur processerna för att ta fram kunskapsstöd kan effektiviseras, exempelvis genom att användningen av experter samordnas.
- Läkemedelsverkets rekommendationer gällande läkemedelsterapi kan samordnas med andra behandlingsrekommendationer.

Genom att myndigheterna får tillgång till rådets samlade kompetenser ökar möjligheterna att det tas fram effektiva kunskapsstöd som både har sådan form och sådant innehåll att de kan implementeras på ett bra sätt. I uppgiften att säkerställa att kunskapsstyrningen är effektiv ligger därför att rådet måste diskutera om föreskrifter är den lämpligaste formen av kunskapsstyrning i det aktuella fallet. Myndigheterna måste ha effektiva processer så att bindande föreskrifter kan tas fram snabbt och med bibehållen kva-

litet, att bruket av föreskrifter diskuteras i Kunskapsstyrningsrådet får inte förhindra ett effektivt föreskriftsarbete. Det är viktigt att poängtera att förordningen inte ändrar i nuvarande ansvarsfördelning, det är fortfarande den myndighet som har ett av regeringen givet bemyndigande att meddela föreskrifter som själv fattar beslut om att anta föreskrifter och ansvarar för dess innehåll och utformning.

Kunskapsstyrningsrådets roll i beredningsprocessen att ta fram föreskrifter varierar beroende på vilka slags föreskrifter som aktualiseras. Exempelvis måste vissa föreskrifter tas fram med kort varsel på grund av tidsfrister som följer av rättsakter från EU eller eftersom det som ska regleras kräver skyndsam hantering. I sådana fall är Kunskapsstyrningsrådet i huvudsak ett forum för informationsutbyte. Utrymmet för att diskutera just valet av föreskrifter som form av kunskapsstyrning är även begränsat när det gäller föreskrifter som kompletterar socialtjänstlagen. Denna lag är en ramlag som kompletteras med myndighetsföreskrifter. Eftersom beslut som fattas med stöd av denna lag är förvaltningsbeslut som kan överklagas till domstol ställs särskilda krav på förutsebarhet och rättssäkerhet och därför finns behov av just bindande myndighetsföreskrifter. Sådana föreskrifter utgör också grund för tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg.

En viktig utgångspunkt för den statliga kunskapsstyrningen måste vara att nyttan av en effektiv kunskapsstyrning uppstår för patienter och brukare då vård och insatser baseras på bästa tillgängliga kunskap i mötet med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. En kunskapsstyrning som saknar ett sådant perspektiv riskerar att rekommendera insatser som inte kan användas i praktiken eller som patienter och brukare väljer bort. Lagstiftningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst³ utgår också ifrån detta perspektiv. Kunskapsstyrningsrådet ska därför ha till uppgift att säkerställa att patienters och brukares synpunkter och erfarenheter beaktas i myndigheternas arbete med kunskapsstyrning. Hur myndigheterna ska inhämta dessa grupper synpunkter regleras inte men exempelvis kan detta ske genom

³ Se t.ex. 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) och 6 § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

regelbundet återkommande hearings, referensgrupper eller liknande.

Kunskapsstyrningsrådet ska även vara ett forum för samverkan kring strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörande av forskning och innovationer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. För fullgörandet av denna uppgift spelar Forte en viktig roll som en brygga mellan de statliga myndigheterna och vetenskapssamhället.

Eftersom målet med den statliga kunskapsstyrningen är att vara ett stöd för huvudmännen i arbetet med att ge patienter och brukare en god vård och insatser av god kvalitet har Kunskapsstyrningsrådet även i uppgift att säkerställa att kunskapsstyrningen är anpassad till huvudmännens framförda behov av kunskapsstöd. Hur detta ska gå till anges nedan.

Närmare om Huvudmannagruppen

Det är huvudmännen som har det fulla operativa ansvaret för verksamheterna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. De statliga myndigheterna har i detta avseende i huvudsak en stödjande roll. För att kunskapsstyrningens mål ska uppfyllas måste myndigheterna i sitt kunskapsstyrningsarbete samverka med huvudmännen. I dagsläget finns ingen formaliserad process för hur denna samverkan ska gå till.

Staten måste agera på ett sådant sätt att den kunskap som produceras verkligen stärker huvudmännens förutsättningar att nå lagstiftningens krav att patienter och brukare ska få en god vård och insatser av god kvalitet. Detta förutsätter att det från början finns en nära dialog med huvudmännen om vad som krävs för att förbättringar ska ske och vilka de relevanta målgrupperna för olika typer av kunskapsstöd är.

För att skapa ett forum där huvudmännens behov kan diskuteras inrättas ett rådgivande organ, Huvudmannagruppen. Denna grupp har till uppgift att informera Kunskapsstyrningsrådet om områden där huvudmännen har behov av statlig kunskapsstyrning samt hur den statliga kunskapsstyrningen bör utformas och kommuniceras. Gruppen fyller även en funktion som mottagare av information från Kunskapsstyrningsrådet. Genom förslaget får hu-

vudmännen en formell plattform och plats i myndigheternas kunskapsstyrningsarbete.

Kunskapsstyrningsrådet ska vid fullföljandet av sina uppgifter beakta den information Huvudmannagruppen lämnar. Det är i detta sammanhang viktigt att klargöra att det mot bakgrund av rådande ansvarsfördelning är de statliga myndigheterna som har ansvar för och beslutanderätt över vilket sorts kunskapsstöd som ska tas fram, innehållet i detta och hur det ska kommuniceras. Kravet på att kunskapsstyrningen ska vara behovsanpassad innebär dock att myndigheterna måste vara lyhörda för de behov som framförs.

Huvudmannagruppen leds av Kunskapsstyrningsrådets ordförande, på så sätt kopplas de båda rådgivande organen ihop. Eftersom det ytterst är förtroendevalda som är ansvariga för verksamheterna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst består Huvudmannagruppen av tretton ledamöter och ersättare som är ledamöter eller ersättare i kommun- eller landstingsfullmäktige. Ledamöterna utses av regeringen och ska utgöra ett representativt urval som motsvarar landets sammansättning av stora, medelstora och små kommuner respektive landsting.⁴ Deltagandet i Huvudmannagruppen är frivilligt.

En samordnad kommunikation av den statliga kunskapsstyrningen

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten berörs av ett stort antal regelverk och styrmedel som kommer från flera håll, däribland myndigheter. Det är flera myndigheter som tar fram och sprider en stor mängd olika kunskapsstöd och föreskrifter genom egna kommunikationskanaler. Detta medför att den statliga kunskapsstyrningen uppfattas som splittrad och inte blir så effektiv som den kunnat vara. I Statens vård- och omsorgsutrednings slutbetänkande konstateras att det finns en efterfrågan från flera landsting och kommuner att de olika kunskapsunderlag som tas fram bör ha en gemensam avsändare.⁵ I remissvar över betänkandet framfördes

⁴ Antalet kommuner utgår ifrån Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning, http://www.skl.se/kommuner_och_landsting/fakta_om_kommuner/kommungruppsindelning, utskiftsdatum den 27 februari 2014.

⁵ SOU 2011:65, *Statens roll i framtidens vård- och omsorgssystem*, s. 60.

också att det kan vara en särskild poäng att medborgare och andra intressenter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst kan vända sig till en utpekad myndighet – en ”single point of contact” – och få ta del av kunskaper som omfattar flera myndigheters ansvarsområden.⁶

Det är väsentligt att kunskapsstyrningen kommuniceras på ett sådant sätt att den blir tillgänglig och användbar för användarna så att den kan leda till förbättringar i verksamheterna. Kunskapsstyrningsrådet ska därför ha till uppgift att samordna kommunikationen av den statliga kunskapsstyrningen gentemot användarna.

Myndigheterna bör i större uträkning än idag utnyttja gemensamma webbportaler såsom Kunskapsguiden.se för att samla kommunikationen av kunskapsstyrningen. På en sådan webbportal kan myndigheterna publicera alla sina relevanta kunskapsstöd, kunskapsunderlag och föreskrifter. För att skapa en överskådlighet av rättsläget vad gäller olika förvaltningsärenden kan webbportalen innehålla länkar till relevant praxis och lagstiftning. Genom en nyhetsbevakningstjänst där intresserade mottagare kan få information om t.ex. områden där kunskapsläget utvecklas snabbt eller nya och ändrade föreskrifter kommuniceras informationen på ett effektivt sätt. Vidare ger sådana webblösningar möjlighet att målgruppsanpassa den information som ges och skapar en tydlig kontaktyta in mot myndigheterna.

Att den statliga kunskapsstyrningen kommuniceras genom en gemensam kanal oavsett avsändare förtar inte myndigheterna rätten att genom egna kanaler sprida den information som de anser vara relevant för deras verksamhetsområde. Kravet på en samordnad kommunikation i den föreslagna förordningen medför dock att myndigheternas kommunikationsarbete måste förändras.

Behovet av ökad samordning av kommunikationen rör även myndigheternas föreskrifter. Regeringen har tidigare aviserat att det finns behov av att överväga hur regelstyrningen kan förtydligas genom en samlad författningssamling på vård- och omsorgsområdet.⁷ Till skillnad från icke bindande kunskapsstöd är kungörandet av föreskrifter författningsreglerat.⁸ Av denna reglering följer att

⁶ Läkemedelsverkets remissvar över SOU 2012:33, dnr 56:2012/510709 s. 3.

⁷ Prop. 2012/13:116, *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet*, s. 48.

⁸ Se lagen (1976:633) om kungörande av lagar och andra författningar samt författningssamlingsförordningen (1976:725).

myndigheter ska kungöra sina föreskrifter i en författningssamling, regeringen beslutar om vilka myndigheter som ska ge ut egna författningssamlingar och vilka som ska utnyttja andra myndigheters författningssamlingar. Syftet med denna reglering är att föreskrifter ska kungöras på ett enhetligt sätt vilket ökar tydligheten och gör det enkelt att ta reda på vilka regler som gäller.⁹

Av de myndigheter som ingår i Kunskapsstyrningsrådet har i dagsläget E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket bemyndigande att meddela föreskrifter. Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ger ut egna författningssamlingar. E-hälsomyndigheten utnyttjar Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets författningssamling. Inspektionen för vård och omsorg utnyttjar Socialstyrelsens författningssamling men i dagsläget har myndigheten ännu inte antagit några föreskrifter. Även Rättsmedicinalverkets föreskrifter ges ut i Socialstyrelsens författningssamling.¹⁰

Genom att samla de föreskrifter som ovanstående myndigheter meddelar i en gemensam författningssamling blir det enklare att få information om vilka regler som gäller. Överskådligheten ökar genom att alla föreskrifter finns tillgängliga på en plats. En förutsättning för att detta ska ske är dock att nya eller ändrade föreskrifterna utöver kungörandet i författningssamlingen kommuniceras på ett tydligt och effektivt sätt, exempelvis genom en gemensam webbportal.

Mot bakgrund av Socialstyrelsens roll som nav för kunskapsstyrningen och att Kunskapsstyrningsrådet finns inom myndigheten är det lämpligt att myndigheterna kungör sina författningar i Socialstyrelsens författningssamling. I praktiken innebär detta att Socialstyrelsen får samma relation till dessa myndigheter som myndigheten har idag gentemot Rättsmedicinalverket och Inspektionen för vård och omsorg, dvs. den myndighet som har regeringens bemyndigande att meddela föreskrifter fattar beslut om att anta föreskrifter och ansvarar för dess innehåll och utformning. Som en följd av detta uppdrag är det lämpligt att

⁹ Prop. 1975/76:112, *Proposition om kungörande av lagar och andra författningar*, s. 57 ff.

¹⁰ Bilaga 1 till författningssamlingsförordningen (1976:725).

Socialstyrelsen får i uppgift att utveckla metoderna för kommunikeringen av föreskrifter. Förslaget innebär att de övriga myndigheterna inte längre ska ge ut egna författningssamlingar.

De bestämmelser som reglerar kungörandet i gemensamma författningssamlingar ändras inte genom förslaget. Socialstyrelsen kommer enligt gällande regler som utgivande myndighet vara ansvarig för att utse en utgivare för författningssamlingen som ger tillstånd till att föreskriften trycks, oavsett vilken myndighet som utfärdat föreskriften. Tillstånd till tryckning får dock bara meddelas efter att myndigheten som antagit föreskrifterna godkänt att föreskriften trycks. Rubriken till föreskrifterna kommer även i fortsättningen att innehålla namnet på den myndighet som beslutat föreskriften. Kostnaden för författningssamlingen ska i enlighet med nu gällande regler fördelas mellan myndigheterna, den myndighet som utnyttjar Socialstyrelsens författningssamling ska svara för uppkomna trycknings- och distributionskostnader.¹¹

Inrättandet av Kunskapsstyrningsrådet ger ett formellt ramverk som skapar förutsättningar för en mer formaliserad samverkan kring föreskriftsfrågor. I Kunskapsstyrningsrådet kommer det att utbytas information om kommande föreskrifter eller föreskriftsändringar vilket minskar risken för att myndigheterna meddelar motstridiga föreskrifter. En gemensam författningssamling bidrar till att regelverket blir mer tillgängligt och överskådligt och det skapas en gemensam kanal för alla bindande myndighetsföreskrifter. Kunskapsstyrningsrådet ska därför ha till uppgift att samordna myndigheternas föreskriftsarbete och utgivningen i den gemensamma författningssamlingen.

6.2 Socialstyrelsen – ett nav för den statliga kunskapsstyrningen

Förslag: Genom att renodla och vidareutveckla Socialstyrelsens uppdrag får myndigheten en tydlig roll som ett nav för den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

¹¹ 10, 14, 18 b och 19 §§ författningssamlingsförordningen.

Skälen för förslaget: Socialstyrelsen har i dag genom sitt breda och mångfacetterade uppdrag en särställning bland myndigheterna på området vad gäller kunskapsstyrning. Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för bl.a. hälso- och sjukvård och socialtjänst med omfattande normeringsrätt på en rad olika områden och ansvar för patientsäkerhetsfrågor. Myndigheten ansvarar för en mängd olika förvaltningsärenden såsom beslut om behörigheter för olika professioner, statsbidrag och kurser för specialistläkare. Uppdraget innefattar ansvar för Rättsliga rådets avgöranden och Rikssjukvårdsnämndens beslut. Socialstyrelsen har därutöver ett brett kunskapsstyrningsuppdrag. I Socialstyrelsens nuvarande organisation ingår kunskapsstyrning i verksamhetsgrenen *kunskap*. Enligt Socialstyrelsens årsredovisning för år 2013 uppgick kostnaden för denna verksamhet till cirka 597 000 tkr vilket utgör cirka 54 procent av myndighetens totala kostnader. Myndigheten tar fram en mängd olika kunskapsstöd och förfogar över en bred analyskompetens. Riktlinjer, rekommendationer och vägledningar är uttryck för myndighetens roll på området där även andra typer av kunskapsunderlag och kunskapsstöd ingår. Ansvar för statistik och olika typer av register ingår också i den redovisade verksamheten. Myndigheten ansvarar för termer och definitioner och för uppföljning och utvärdering. Myndigheten har även stabslänkande uppgifter gentemot regeringen på så sätt att den ska bistå med analys och underlag för beredningsändamål inom sitt verksamhetsområde.

Socialstyrelsen har till följd av de förändringar som vidtagits tidigare, framför allt bildandet av Inspektionen för vård och omsorg, fått en ny roll som öppnar för utvecklingsfrågor och en tydlig kunskapsstödjande roll gentemot kommunsektorn. Mot bakgrund av detta, och då myndigheten genom sitt nuvarande uppdrag besitter särskild kompetens och erfarenhet, faller det sig naturligt att Socialstyrelsen har rollen som den sammanhållande aktören och ska utgöra ett nav för den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Genom de förslag som läggs i denna promemoria förtydligas Socialstyrelsens uppdrag och rollen som en viktig aktör vad gäller kunskapsstyrning bekräftas. Nya uppgifter tillförs och andra tas bort som en konsekvens av att gränssnittet gentemot andra myndigheter delvis ändras. Detta resulterar i att Socialstyrelsen ges

bättre möjligheter att bli en tydlig, renodlad utvecklingsinriktad kunskapsmyndighet med expertkompetens för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialstyrelsen får genom de förslag som läggs i avsnitt 6.1 nya centrala uppgifter i det myndighetsgemensamma kunskapsstyrningsarbetet. Socialstyrelsen får genom ordförandeskapet för Kunskapsstyrningsrådet och för den så kallade Huvudmannagruppen ett administrativt ledningsansvar för organens arbete. Socialstyrelsen blir också utgivare av den gemensamma författningssamlingen vilket dels innebär ett redaktionellt ansvar, dels att Socialstyrelsen får en central roll för kommunicering av föreskrifter.

Utöver dessa nya uppgifter föreslås att Socialstyrelsen blir värmyndighet för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd vilket innebär att Socialstyrelsen ger administrativt stöd till nämnden, se avsnitt 6.6.

Genom att gränssnitten gentemot Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Folkhälsomyndigheten ändras blir Socialstyrelsens uppdrag mer renodlat och myndigheten ges ökade förutsättningar att fokusera på sin delvis nya roll. SBU föreslås få i uppdrag att på förfrågan av Socialstyrelsen ta fram systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter inom områdena hälso- och sjukvård och socialtjänst. Denna förändring öppnar för Socialstyrelsen att ta fram en samlad bedömning bestående av såväl vetenskapligt underlag som kunskap från praktiken eller beprövad erfarenhet, se avsnitt 6.3. Genom de förändringar som görs av gränssnittet mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten tydliggörs att Socialstyrelsen är ansvarig för frågor som rör vård och behandling av och insatser till individer medan Folkhälsomyndigheten ansvarar för befolkningsskydd, se avsnitt 6.5.

Genom att regeringen i den föreslagna förordningen ställer vissa krav som den statliga kunskapsstyrningen måste uppfylla skärps även kraven på hur myndigheterna arbetar med dessa frågor. För att uppfylla kraven kommer nuvarande former för kunskapsstyrning och kunskapsstöd behöva analyseras och förändras. Den problembild som förmedlas av Statens vård- och omsorgsutredning och tidigare rapporter gällande kunskapsstöd som exempelvis nationella riktlinjer, dvs. att kunskapsstöden inte svarar mot huvud-

männens behov, att de behöver tas fram snabbare och behöver kommuniceras på ett sätt som underlättar en implementering, tyder på att en översyn är angelägen och att det behövs förändringar. I det förändringsarbetet behöver alla former av kunskapsstöd och processer för att ta fram dessa ses över i förhållande till de nya krav som ställs. Ett led i detta förändringsarbete kan vara att Socialstyrelsen ges ett samlande ansvar för att kommunikationen med kommuner och landsting sker via effektiva kanaler så att kunskapsstöd lätt kan infogas i de beslutsstöd som verksamheterna använder. Detta ligger väl i linje med det utvecklingsarbete som myndigheten redan bedriver.

Förslagen i promemorian innebär att Socialstyrelsens uppdrag ändras dels genom att nya uppgifter tillförs, dels genom att uppdraget renodlas och uppgifter flyttas till andra myndigheter. Som en konsekvens av detta är det nödvändigt att göra en samlad översyn och bearbetning av Socialstyrelsens instruktion. Något konkret förslag till ny instruktion läggs inte i denna promemoria utan detta kommer att hanteras inom Regeringskansliet i särskild ordning.

De förslag som läggs syftar till att utveckla Socialstyrelsen alltmer till en myndighet med tydlig profil vad gäller kunskapsstyrningsfrågor inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Redan i dag är detta en dominerande arbetsuppgift. Med de förslag som aktualiseras i denna promemoria kommer uppdraget att ges en än mer ökad tyngd.

6.3 Ett samlat ansvar för Statens beredning för medicinsk utvärdering gällande kunskapsöversikter

Förslag: Uppdraget att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården bör vara samlat i Statens beredning för medicinsk utvärdering. Myndighetens uppdrag bör breddas till att omfatta även socialtjänsten. Som en följd av det breddade uppdraget bör myndigheten byta namn till Statens beredning för social och medicinsk utvärdering. Nämnden för medicinsk utvärdering bör byta namn till Nämnden för social och medicinsk utvärdering.

Skälen för förslagen: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) arbetar med vad som internationellt kallas Health Technology Assessment (HTA). SBU har i uppdrag att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården ur medicinskt, ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv. Utvärderingarna ska sammanställas och spridas så att vårdgivare och andra kan tillägna sig kunskapen. SBU ska kontinuerligt utveckla sitt arbete med att sprida utvärderingarna så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården. Vidare har SBU bl.a. i uppdrag att systematiskt identifiera, aktivt föra ut kunskap om samt utvärdera behandlingsmetoder i vården, vars effekter det saknas tillräcklig kunskap om. Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan, Nämnden för medicinsk utvärdering, som har till uppgift att fatta beslut om projekt samt att fastställa sammanfattningar och slutsatser i de utvärderingar som myndigheten genomför.¹²

SBU publicerar sina sammanfattningar och slutsatser dels i Gula rapporter som omfattar stora ämnesområden och ett stort antal olika metoder för diagnostik och behandling, dels i Alert-rapporter där systematiska utvärderingar görs av nya och enskilda metoder. Vidare ger SBU ut rapporterna SBU Kommentarer med sammanfattningar och kommentarer till aktuella internationella medicinska kunskapsöversikter som har betydelse även för svensk hälso- och sjukvård. Vad gäller uppdraget att identifiera metoder inom vården som det saknas tillräcklig kunskap om har SBU tagit fram en databas där identifierade vetenskapliga kunskapsluckor sammanställs på ett systematiskt sätt. SBU har även en stödfunktion i form av en upplysningstjänst dit beslutsfattare inom vården kan vända sig för att få snabba svar på avgränsade medicinska frågor.

Arbetet med rapporter bedrivs i projektform utifrån en enhetlig metodik. Nämnden prioriterar vilka ämnen som ska tas upp, en projektgrupp med olika experter bestämmer vilka frågor som ska ingå och vilka som ska utelämnas samt vilka krav som ska ställas på undersökningarnas vetenskapliga kvalitet. Projektgruppen gör en systematisk sökning av all vetenskaplig litteratur samt urval av studier, en systematisk granskning av forskningsrapporterna samt en

¹² 1, 2 och 4 §§ förordningen (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk utvärdering.

gradering av styrkan i det vetenskapliga underlaget efter det internationella systemet GRADE. Projektgruppen sammanväger slutresultaten, texten bedöms av utomstående granskare samt av SBU:s egna experter innan slutsatserna publiceras.¹³

SBU tar fram rapporter på eget initiativ men även på uppdrag av regeringen eller på förfrågan från andra myndigheter. Rapporterna används bl.a. som underlag för andra myndigheters kunskapsstöd som handböcker, nationella riktlinjer, rekommendationer samt för föreskrifter på hälso- och sjukvårdsområdet. Vad gäller arbete som utförs på förfrågan av andra myndigheter har SBU exempelvis utvärderat kunskapsläget vad gäller diabetes, mat vid fetma, tandvård och dyslexi på förfrågan av Socialstyrelsen samt tagit fram översikter kring exempelvis blödarsjuka, tillväxtrubbningar hos barn och vuxna samt epilepsi på förfrågan av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. I vissa fall finansieras projekten av den förfrågande myndigheten, i andra fall har pengar utbetalats av regeringen och ibland har SBU gjort översikter utan specifik kostnadstäckning. Andra myndigheters önskemål om projekt ingår bland de prioriteringar som SBU:s nämnd fattar beslut om och beslutsprocessen är likadan som vid egeninitierade projekt.

SBU:s uppdrag breddas till att omfatta socialtjänsten

Idag har SBU ett utpekat ansvar för att ta fram vetenskapliga kunskapsöversikter på hälso- och sjukvårdsområdet. Socialstyrelsen har ett liknande uppdrag på socialtjänstområdet.¹⁴ Det föreslås nu att SBU:s uppdrag breddas till att omfatta även socialtjänsten. Skälet till detta är i första hand att det finns starka skäl att stärka sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och arbeta mer gränsöverskridande, vilket även konstateras av Statens vård- och omsorgsutredning.¹⁵ Individer har ofta sammansatta behov som aktualiserar insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det finns därför behov av mer gemensamma och integrerade kunskapsstöd som är sektorsöverskridande. Ett sådant arbete pågår

¹³ SBU:s årsredovisning för 2012 s. 7, 38-39, 57-58 samt <http://sbu.se/sv/Om-SBU/Vart-uppdrag/Rapporterna/>.

¹⁴ 3 § 6 förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁵ SOU 2012:33, *Gör det enklare!*, s. 146.

redan idag. Exempelvis arbetar Socialstyrelsen aktivt med att få till stånd ett integrerat perspektiv som samlat beaktar hälsa, vård och omsorg utifrån målgruppernas behov.¹⁶ Detta återspeglas i myndighetens organisation där den verksamhet som tidigare bedrevs av Institutet för metoder i socialt arbete numera är införlivad i Socialstyrelsens övriga organisation.¹⁷ Genom att ta bort formella gränser mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst som inte är nödvändiga ökar förutsättningarna för att den statliga kunskapsstyrningen ska bli effektiv och funktionell och möta användarnas behov.

Ett annat skäl till att SBU bör utvärdera metoder inom socialtjänsten är att detta område är underbeforskat. Det finns inte samma vetenskapliga tradition på socialtjänstområdet som inom hälso- och sjukvården, vilket leder till att den vetenskapliga grunden för att ta fram kunskapsunderlag ofta är mager eller ibland saknas helt. En breddning av SBU:s uppdrag kan bidra till att socialtjänsten, åtminstone på sikt, blir mer forskningsnära. SBU kan samla identifierade kunskapsluckor inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst i sin databas vilket innebär att bristerna blir tydliga och det skapas incitament att utveckla forskningen på området. Genom att mer verksamhetsnära forskning bedrivs ges förutsättningar för att öka det vetenskapliga inslaget i utbildningarna inom socialt arbete. Det breddade uppdraget öppnar också möjligheter för SBU att utveckla ett samarbete med Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd liknande det myndigheten redan har med Vetenskapsrådet. SBU:s metod innebär att externa experter involveras i projekten, vilket underlättar implementeringen av slutsatserna ute i praktiken. Genom att experter från socialtjänstens område börjar delta i SBU:s arbete kan intresset för utvärdering och evidensbaserade metoder inom socialtjänsten på sikt öka. Att bredda uppdraget för SBU är således ett viktigt steg för att huvudmännen ska kunna bedriva en verksamhet som i högre utsträckning än idag vilar på vetenskaplig grund.

¹⁶ Socialstyrelsens remissvar över SOU 2012:33 s. 4.

¹⁷ Se Socialstyrelsens rapport *Mot bättre vetande – Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) 1992 till 2009.*

SBU får ett samlat uppdrag för vetenskapliga kunskapsöversikter

Socialstyrelsens kunskapsstöd vilar ibland på kunskapsunderlag från SBU men i huvudsak tas alla underlag till vägledningar och riktlinjer fram av myndigheten själv. Det föreslås nu att ansvaret för att göra vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter samlas på SBU. Genom att SBU gör samtliga kunskapsöversikter uppnås en mer samlad utvärderingskompetens och på sikt en mer enhetlig metodik. Förslaget innebär att myndigheternas uppgifter renodlas vilket minskar risken för dubbelarbete och ökar förutsättningarna för en fungerande samverkan. Genom förslaget dras en tydlig skilljelinje mellan uppgiften att ta fram kunskapsunderlag och uppgiften att fatta beslut eller göra prioriteringar.¹⁸

SBU arbetar forskningsnära, har lång erfarenhet och ett högt anseende vad gäller arbetsmetod och vetenskapliga slutsatser. Genom förslaget förtydligas SBU:s roll som den huvudsakliga leverantören av kunskapsunderlag i form av vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter. Socialstyrelsen kommer fortsättningsvis ha en central roll eftersom myndigheten har uppdraget att göra sammanvägda bedömningar av olika kunskapsunderlag inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Härigenom kommer Socialstyrelsen att kunna spegla båda begreppen vetenskap och beprövad erfarenhet i olika kunskapsstöd.

Genom att Socialstyrelsens och SBU:s uppdrag renodlas och förtydligas kan processen med att ta fram vetenskapliga kunskapsunderlag bli mer effektiv och kunskapsstöd kan tas fram snabbare. Detta svarar också mot de behov som användarna av kunskapsstöden framförde till Statens vård- och omsorgsutredning. Speciellt när kunskapsläget är osäkert ansåg användarna att det är viktigt att få information om det finns beprövad erfarenhet som ska följas tills vidare, om det finns metoder som man vet ska undvikas eller om det finns kommande studier som kommer att ge bättre kunskapsstöd inom den närmaste framtiden.¹⁹

¹⁸ Jfr SBU:s remissvar över SOU 2012:33.

¹⁹ SOU 2011:65, *Statens roll i framtidens vård och omsorgssystem – en kartläggning*, s. 60.

Av implementeringsskäl kan det vara positivt att samma budskap publiceras flera gånger i olika former, exempelvis först som en rapport från SBU och sedan i bearbetad form i en nationell riktlinje eller rekommendation från Socialstyrelsen. SBU kommer även i fortsättningen kunna sprida information om sina slutsatser men detta måste ske i enlighet med de nya förordningsreglerade kraven att kommunikationen av den statliga kunskapsstyrningen ska kommuniceras på ett samordnat sätt, se avsnitt 6.1.

Konsekvenser av förslagen

Förslaget att bredda SBU:s uppdrag till att omfatta socialtjänstens område innebär att SBU kommer att fortsätta att arbeta med frågor som utgör myndighetens kärnkompetens men på bredare områden som har tydliga beröringspunkter med varandra. Ett sådant arbete är inte verksamhetsfrämjande då SBU redan i dag har erfarenhet av projekt som rör exempelvis schizofreni, missbruk, program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn, sexuella övergrepp mot barn, ADHD, äldres läkemedelsanvändning och demens. För närvarande pågår flera projekt rörande äldrevård samt ett projekt rörande dyslexi. Det finns likheter i utvärderingsmetodik vad gäller hälso- och sjukvård respektive socialtjänst vilket gör att SBU:s metodik kan användas på de delar av socialtjänsten som involverar behandling och prevention inom exempelvis missbruk, barn och ungdomar, äldreomsorg m.m.

Eftersom SBU ska göra samtliga vetenskapliga systematiska kunskapsöversikter rörande hälso- och sjukvård och socialtjänst kommer Socialstyrelsen, utifrån de behov som har identifierats av Kunskapsstyrningsrådet, att göra förfrågningar hos SBU att göra de översikter Socialstyrelsen bedömer är lämpliga. Detta sker redan i dag. Skillnaden är att Socialstyrelsen istället för att göra egna kunskapsöversikter, kan fokusera på mer verksamhetsnära studier samt på att samla in, systematisera och utvärdera den beprövade erfarenheten inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Förslaget innebär att uppgiften att ta fram vetenskapliga översikter flyttas från Socialstyrelsen till SBU. För att kunna göra beställningar och tillämpa SBU:s översikter kommer Socialstyrelsen i begränsad omfattning behöva ha fortsatt tillgång till personal med liknande kompetens.

Att SBU i högre utsträckning än i dag kommer att ta fram underlag på förfrågan av Socialstyrelsen bedöms inte rubba myndighetens oberoende ställning då oberoendet syftar på vikten av att SBU är fri att bedöma det vetenskapliga underlagets evidens och fritt tillämpa HTA-metodik, vilket förslaget inte ändrar på. Nämnden kommer även i fortsättningen att fatta beslut om projekt samt fastställa sammanfattningar och slutsatser i de utvärderingar som myndigheten genomför. Däremot måste de författningsreglerade kraven på den statliga kunskapsstyrningen som föreslås i avsnitt 6.1 naturligtvis även följas av SBU:s nämnd när beslut fattas om vilka projekt som ska prioriteras. Införandet av Kunskapsstyrningsrådet ändrar inte relationen mellan SBU och andra myndigheter. SBU och dess nämnd fattar fortfarande självständiga beslut. Det gäller också för de översikter som SBU tar fram efter framställan från Socialstyrelsen. Det är den ordning som gäller i dag och förslagen avser inte att ändra på detta.

Vad gäller relationen till Socialstyrelsen förutsätts att det sker en uppdragsdialog med god framförhållning mellan myndigheterna så att de underlag som SBU tar fram svarar mot Socialstyrelsens behov och att Socialstyrelsens framställan är nogga beredd och tydlig. Genom att en långsiktig gemensam planering görs i Kunskapsstyrningsrådet av vilka kunskapsstöd som ska tas fram inom vilka områden bör myndigheterna kunna komma fram till gemensamma synsätt om vad som bör prioriteras.

Som en följd av det breddade uppdraget är SBU:s nuvarande namn delvis missvisande. Myndigheten bör därför byta namn till Statens beredning för social och medicinsk utvärdering. Nämnden bör byta namn till Nämnden för social och medicinsk utvärdering.

6.4 Ett breddat uppdrag för Myndigheten för vårdanalys

Förslag: Myndigheten för Vårdanalys uppdrag bör utvidgas till att omfatta hela socialtjänstens område och den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Som en konsekvens av detta bör myndigheten byta namn till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vidare bör det rådgivande organet inom myndigheten, Patientrådet, byta namn till Patient- och brukarrådet.

Skälen för förslagen: Skälet till att Myndigheten för vårdanalys inrättades år 2011 var att regeringen ansåg att en oberoende uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården är nödvändig, bl.a. för att invånarnas ställning och inflytande ska stärkas.²⁰ Myndigheten har idag till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård samt i gränssnittet mellan vård och omsorg. Denna uppföljning och utvärdering baseras på myndighetens oberoende ställning. Myndigheten ska bl.a. följa upp och analysera vårdens och omsorgens funktionssätt samt effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter.²¹

Idag omfattar Myndigheten för vårdanalys uppdrag bl.a. gränssnittet mellan vård och omsorg. Med detta avses t.ex. missbruksområdet eller kommuners vård av och insatser till äldre.²² Det förslag som nu läggs fram innebär att Myndigheten för vårdanalys uppdrag breddas till att omfatta hela socialtjänsten, dvs. även individ- och familjeomsorg, inklusive den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Motiven för detta är att det finns stora fördelar med att förstärka sambanden mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst utifrån att människor ofta har sammansatta behov som kräver insatser från flera håll. De gränser som finns mellan verksamheterna riskerar att bli ett hinder för adekvata insatser. Formella gränser mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst kan

²⁰ Prop. 2010/11:1 bilaga 12 UO 9, s. 66.

²¹ 1 och 2 §§ förordningen (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vårdanalys.

²² Prop. 2010/11:1 bilaga 12 UO 9, s. 66.

försvåra möjligheterna att ta fram heltäckande uppföljningar som beaktar samtliga faktorer som är relevanta för att huvudmännen ska kunna tillhandahålla en god vård och insatser av god kvalitet. Sådana analyser behövs för att beslutsfattare på olika nivåer ska kunna fatta beslut på välgrundade underlag.

Ett annat motiv för att bredda Myndigheten för vårdanalys uppdrag är att även socialtjänsten bör följas upp ur ett individperspektiv av myndigheten. Brukarperspektivet är av betydelse inom all verksamhet som bedrivs inom socialtjänsten och finns också uttalat i de författningar som styr verksamheten.²³ För socialtjänsten i sin helhet gäller att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. För att insatser som tillhandahålls ska vara effektiva krävs medverkan och delaktighet av den enskilde. Personer som får insatser av socialtjänsten befinner sig ofta i en utsatt situation. En särskild omständighet är att vissa av socialtjänstens insatser vidtas med stöd av tvång enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Det finns därför starka skäl för att förhållandena inom hela socialtjänsten följs upp och utvärderas ur ett brukarperspektiv.

Breddningen av myndighetens uppdrag bidrar till en ökad trygghet för patienter och brukare. Genom det breddade uppdraget blir myndighetens nuvarande namn delvis missvisande. Myndigheten för vårdanalys bör därför byta namn till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vidare bör det rådgivande organet inom myndigheten, Patientrådet, byta namn till Patient- och brukarrådet.

²³ Se exempelvis 1 kap. 1 § 3 stycket socialtjänstlagen (2001:453) och 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

6.5 Ett samlat ansvar för smittskyddsfrågor m.m.

Förslag: Folkhälsomyndigheten föreslås få ett samlat ansvar för smittskyddsfrågor vilket innebär att myndigheten blir förvaltningsmyndighet för smittskyddet med ansvar för förvaltningsuppgifter, normering och krisberedskap. Folkhälsomyndigheten föreslås även bli nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet enligt lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Det tidigare samordningsansvaret för smittskyddet bör tas bort. Föreskriftsbemyndigandena i smittskyddslagen och lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa samt motsvarande förordningar bör föras över till Folkhälsomyndigheten men ändras bland annat på så sätt att Folkhälsomyndigheten inte får bemyndigande att meddela föreskrifter till skydd för enskilda.

Socialstyrelsen behåller den del av ansvaret som myndigheterna har i dag beträffande hälso- och sjukvårdens krisberedskap, katastrofmedicinen och den fysiska beredskapen inom hälso- och sjukvård. Detsamma gäller områden som gränsar till smittskyddet såsom blodsäkerhet, sprututbytesverksamhet, donationsfrågor, hälsoundersökningar av asylsökande och infektionsscreening av gravida.

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten behåller nuvarande delat ansvar för vårdhygien och antibiotikaresistens.

6.5.1 Inledning

Det finns ett starkt samband mellan en effektiv kunskapsstyrning och en välfungerande samverkan mellan myndigheterna. Det finns även samband mellan samverkansfrågor och ansvarsfrågor; samverkan underlättas av att ansvarsgränserna mellan olika myndigheter är tydliga och att myndigheternas uppdrag är renodlade och följer en tydlig verksamhetslogik. En renodling av uppdragen minskar även risken för dubbelarbete och underlättar för huvudmän och verksamhetsföreträdare. Med tydliga uppdrag kan myndigheterna fokusera på sin kärnverksamhet. Ett syfte med regeringens tidigare fattade beslut är att uppnå en myndighetsstruktur med

så tydlig verksamhetslogik som möjligt och förslagen i denna promemoria är en fortsättning på detta arbete.

Det föreslås nu att gränsdragningen mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten vad gäller smittskyddsfrågor ändras. I detta sammanhang avses med smittskyddsfrågor ansvaret för sådana uppgifter som följer av smittskyddslagen (2004:168). I korthet innebär förslagen att Folkhälsomyndighetens uppdrag breddas på så sätt att myndigheten utöver nuvarande smittskyddsuppgifter blir ansvarig för de uppgifter enligt smittskyddslagen som i dag ligger på Socialstyrelsen. Detsamma gäller uppgifter som följer av lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Det förutsätts att regeringen gör motsvarande förändring vad gäller smittskyddsförordningen (2004:255) och förordningen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa (2007:156).

Förslagen innebär att det tydliggörs att Socialstyrelsen är den myndighet som ansvarar för hälso- och sjukvård och socialtjänst vilket innebär att myndigheten ansvarar för förvaltningsärenden, normering och krisberedskap inom dessa områden. Myndigheten har ett tydligt ansvar för patientsäkerhetsfrågor. Folkhälsomyndighetens uppdrag breddas så att denna, utöver de uppgifter den har i dag enligt smittskyddslagen, blir förvaltningsmyndighet för smittskyddet och således ansvarar för normering, förvaltningsuppgifter och krisberedskap inom detta område. Myndighetens uppdrag bör även omfatta vaccinationsprogram och smittspårningspliktiga sjukdomar.

Inga förändringar i ansvarsfördelningen föreslås vad gäller sådana områden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som ligger nära smittskyddsfrågorna såsom exempelvis blodsäkerhet och sprututbytesverksamhet, där ansvaret bör ligga kvar på Socialstyrelsen, eller vårdhygien och antibiotikaresistens där myndigheterna bör ha kvar ett delat ansvar. Förslagen förändrar inte hur smittskyddsarbetet är organiserat i landstingen, inte heller smittskyddsläkarnas ansvar eller uppgifter.

Det huvudsakliga skälet till förslagen är att myndigheterna ska ha så tydliga roller och uppdrag som möjligt. Socialstyrelsen bör ges en tydlig sammanhållande roll och fungera som ett nav för den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, se avsnitt 6.2. Genom att renodla myndighetens uppdrag ges

bättre förutsättningar för att myndigheten ska kunna fokusera på denna delvis nya roll.

Syftet med att bilda Folkhälsomyndigheten var bl.a. att det ger bättre möjligheter att integrera frågor som rör smittskydd och antibiotikaresistens med andra folkhälsofrågor och att det ökar förutsättningarna för att angripa sådana frågor ur ett bredare kunskapsbaserat perspektiv. I samband med att Folkhälsomyndigheten bildades flyttades vissa av Socialstyrelsens uppgifter över till den nya myndigheten men regeringen aviserade samtidigt att det finns skäl att se över andra frågor som rör gränsdragningen mellan Folkhälsomyndigheten och de uppgifter som Socialstyrelsen ansvarar för i dag.²⁴

Vad gäller smittskyddsfrågorna har myndighetsstrukturen och ansvarsfördelningen förändrats till följd av regeringens tidigare fattade beslut. Tillsynen över smittskyddet utövas numera av Inspektionen för vård och omsorg vilket innebär att Socialstyrelsen inte längre har de nära kontakter med verksamheterna som tillsynsansvaret medförde. Folkhälsomyndigheten har fått en annan roll och ett bredare uppdrag än vad Smittskyddsinstitutet hade.

Det har även visat sig att nuvarande ansvarsfördelning mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten medför otydligheter i och med att Socialstyrelsen i dag har ett utpekat samordningsansvar, föreskriftsrätt och ansvar för förvaltningsuppgifter men är beroende av Folkhälsomyndigheten som expertmyndighet. Ansvarsfördelningen medför också risk för dubbelarbete och ineffektiva arbetssätt. Denna bedömning understryks av remissvar från ett antal olika remissinstanser som företräder såväl olika berörda professioner som huvudmän. Nuvarande ansvarsfördelning leder även till svårigheter att bygga upp robusta organisationer då Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten behöver i huvudsak samma slags kompetens där tillgången är begränsad.

Mot bakgrund av detta görs bedömningen att det finns skäl att tydliggöra gränsdragningen mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten vad gäller ansvaret för smittskyddsfrågor. Den principiella grunden för förslagen i detta avsnitt är att Socialstyrelsen bör vara den myndighet som har det huvudsakliga ansvaret för vård och behandling av och insatser till enskilda inom hälso- och sjuk-

²⁴ Prop. 2012/13:116, *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet*, s. 40, 48-49.

vård och socialtjänst. Uppgifter som rör befolkningskydd bör ligga på Folkhälsomyndigheten, vilket ligger i linje med den roll som regeringen avsett att myndigheten ska ha.

6.5.2 Nuvarande ansvarsfördelning

Enligt nuvarande reglering är ansvaret för smittskyddsfrågor delat mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. I smittskyddslagen anges att Socialstyrelsen ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Socialstyrelsen ska följa och vidareutveckla smittskyddet. Vidare har Socialstyrelsen ansvar för att vid behov fatta beslut om hälsokontroller och avspärrning av ett visst område.

Enligt smittskyddslagen ska Folkhälsomyndigheten som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd ska fungera effektivt. Folkhälsomyndigheten har ansvar för att bl.a. ta emot anmälningar från behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom.

I smittskyddsförordningen ges myndigheterna ytterligare uppgifter. Socialstyrelsen ska följa utvecklingen inom vaccinområdet och årligen till regeringen lämna en lägesrapport om de nationella vaccinationsprogrammen. Lägesrapporten ska omfatta en uppföljning av nuvarande program samt utvecklingen av nya vacciner och vilken planering som myndigheten har i fråga om att bedöma vacciner. Socialstyrelsen ska vidare fortlöpande följa och göra en bedömning av att de nationella vaccinationsprogrammen uppfyller kraven i smittskyddslagen och lämna förslag om de ändringar av vaccinprogrammen som Socialstyrelsen anser vara nödvändiga. Innan Socialstyrelsen lämnar förslag till regeringen, ska Socialstyrelsen bl.a. höra Folkhälsomyndigheten. Socialstyrelsen ska även för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten i mål om isolering eller fortsatt isolering enligt smittskyddslagen.

Socialstyrelsens föreskriftsrätt regleras i smittskyddsförordningen. Myndigheten har rätt att meddela föreskrifter om läkares anmälningskyldighet och att vissa smittsamma sjukdomar

ska vara smittspårningspliktiga. Socialstyrelsen har även rätt att meddela föreskrifter om till vilka åldersgrupper vaccinationer ska erbjudas, antalet doser som ska ges av varje vaccin, med vilka intervall vaccinet ska ges, samt de ytterligare villkor som ska gälla för nationella vaccinationsprogram enligt smittskyddslagen. Socialstyrelsen får därutöver meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda.

Folkhälsomyndigheten ska enligt smittskyddsförordningen fortlöpande sammanställa och utvärdera anmälningar till myndigheten och på begäran från Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg eller andra myndigheter med ansvar inom smittskyddet tillhandahålla sådan information. Folkhälsomyndigheten ska också med lämpliga mellanrum sända ut redogörelser med sådan information till berörda myndigheter, läkare och veterinärer. Folkhälsomyndigheten ska på begäran förse Socialstyrelsen med de underlag som Socialstyrelsen behöver för att fullgöra sina uppgifter rörande vaccinationsprogrammen.

Av Socialstyrelsens instruktion²⁵ framgår att Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör smittskydd. Myndigheten ska bl.a. att ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling samt arbeta med och ge stöd till metodutveckling inom sitt verksamhetsområde.

Enligt Folkhälsomyndighetens instruktion²⁶ ska myndigheten bidra till ett effektivt smittskydd i landet genom sjukdomsövervakning, beredskap, diagnostik och kunskapsstöd. Myndigheten ska svara för kunskapsuppbyggnad inom sitt ansvarsområde samt förmedla för ansvarsområdet relevant kunskap till berörda i kommuner, landsting och andra berörda samhällssektorer. Myndigheten ska särskilt följa och analysera beteende- och omvärldsförändringar av betydelse för smittskyddet och hur sådana förändringar påverkar förutsättningarna för smittskyddet i landet. Vidare ska myndigheten följa och analysera utvecklingen av smittsamma sjukdomar och skyddet mot dessa nationellt och internationellt, analysera konsekvenserna av denna utveckling för samhället och den enskilde samt utvärdera effekterna av vaccinationer och andra

²⁵ Förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

²⁶ Förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

smittskyddsåtgärder inom hälso- och sjukvården och andra berörda samhällssektorer.

Vad gäller beredskap ska Socialstyrelsen övervaka planläggningen av bl.a. smittskyddets beredskap. Folkhälsomyndigheten ska inom sitt ansvarsområde ta initiativ till åtgärder som skyddar befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot i kris och under höjd beredskap. Myndigheten ska bistå myndigheter, landsting, kommuner och organisationer med expertstöd vid konstaterade eller misstänkta utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar och vid analys av risker och behov av förebyggande åtgärder när det gäller sådana utbrott. Myndigheten ska även bl.a. upprätthålla laboratorieberedskap, tillhandahålla ett säkerhetslaboratorium, upprätthålla diagnostisk beredskap, inklusive jourverksamhet, och utföra mikrobiologiska laboratorieundersökningar av sådana högsmittsamma ämnen som utgör särskild fara för människors hälsa samt bedriva omvärldsbevakning av sådana högsmittsamma ämnen. Vidare är både Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten ansvariga myndigheter inom samverkansområdet farliga ämnen enligt förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap.

Båda myndigheterna har som instruktionsenlig uppgift att fullgöra de uppgifter som följer av Europaparlamentets och rådets beslut nr 1082/2013/EU av den 22 oktober 2013 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävande av beslut nr 2119/98/EG, samt att fullgöra de uppgifter som ska utföras av ett erkänt behörigt organ enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 851/2004 av den 21 april 2004 om inrättande av ett europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar.

6.5.3 Tidigare utredningar

Frågan om hur ansvaret för smittskyddsfrågor ska fördelas på myndighetsnivå har utretts ett antal gånger. Sedan Smittskyddsinstitutet bildades år 1993 har smittskyddsfrågorna varit delade mellan den myndigheten och Socialstyrelsen. Ansvarsfördelningen mellan myndigheterna har i princip sett likadan ut sedan smittskyddslagen antogs år 2004 med undantag för att Inspektionen för

vård och omsorg numera tagit över Socialstyrelsens tidigare tillsynsansvar.

Genom införandet av smittskyddslagen lagreglerades Smittskyddsinstitutets uppgift att som expertmyndighet följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och föreslå åtgärder för att landets smittskydd ska fungera effektivt. I samband med att smittskyddslagen antogs anförde regeringen att det för att förbättra förutsättningarna för en nationell samordning finns skäl att fastställa vilken instans som under riksdag och regering har det övergripande nationella ansvaret för att befolkningen ges ett gott skydd mot smittsamma sjukdomar. Vid remissbehandlingen framhöll ett par remissinstanser att detta ansvar borde läggas på Smittskyddsinstitutet. Regeringen ansåg dock att uppgiften borde anförtros Socialstyrelsen eftersom den myndigheten redan har ett ansvar för samordningen av smittskyddet såväl i egenskap av tillsynsmyndighet som genom befogenheterna att utfärda allmänna råd och föreskrifter.²⁷

Under år 2008 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare som fick i uppdrag att göra en översyn av de myndigheter som bedriver verksamhet inom smittskyddsområdet, främst Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet. Syftet med uppdraget var att tydliggöra ansvarsfördelningen, effektivisera verksamheten och pröva omfattningen av det offentliga åtagandet. År 2009 lämnade Smittskyddsutredningen sitt betänkande²⁸ där det bl.a. konstaterades att det breddade uppdraget för Socialstyrelsen vad gäller samordning medfört att ansvarsfördelningen mellan Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen uppfattas som oklar. Utredningen föreslog att det istället borde inrättas en ny smittskyddsmyndighet som ges ett samlat ansvar för smittskyddet med undantag för tillsyn och normering. Regeringen bedömde emellertid att den mest ändamålsenliga strukturen för myndigheterna inom smittskyddsområdet var att utgå ifrån ett fortsatt sammanhållet ansvar för smittskyddsverksamheten och närliggande områden i Socialstyrelsen, i kombination med att Smittskyddsinstitutet gavs ett

²⁷ Prop. 2003/04:30, *Ny smittskyddslag m.m.*, s. 171-172.

²⁸ *Ett effektivare smittskydd* (SOU 2009:55).

breddat och fördjupat ansvar för utvecklings-, utvärderings- och uppföljningsarbete inom för smittskyddet relevanta områden.²⁹

Som en följd av regeringens övervägande ombildades Smittskyddsinstitutet år 2010 och fick ett bredare och mer folkhälsoinriktat uppdrag med tonvikt på kunskapsuppbyggnad och kunskapsstyrning. Samtidigt fördes stora delar av forskningsverksamheten till Karolinska institutet, medan myndigheten övertog vissa uppgifter från Socialstyrelsen såsom ansvaret för Nationella rådet för samordning mot hiv/aids och Centrala fält-epidemiologiska gruppen. Under år 2012 ändrades smittskyddslagen och smittskyddförordningen på så sätt att både Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet fick nya uppgifter rörande de nationella vaccinationsprogrammen.

I samband med bildandet av Folkhälsomyndigheten togs återigen frågan om ansvarsfördelningen upp. Ett antal remissinstanser som företräder huvudmän och olika professioner föreslog att Socialstyrelsens smittskydds-enhet borde flyttas och att smittskyddsfrågorna samlas på Folkhälsomyndigheten. Som skäl anfördes främst att ansvarsfördelningen skulle uppfattas som tydligare, att det skulle ge samordningsvinster, minskad gränsdragningsproblematik och underlätta samverkan för huvudmännen. Att föra över normeringen skulle enligt remissinstanserna även medföra att mångåriga gränsdragningsproblem skulle försvinna.³⁰

Regeringen bedömde dock att detta är frågor som fordrar ytterligare analys och hänvisade till att arbetet med att förebygga smittsamma sjukdomar och därmed närliggande frågor, t.ex. vårdhygien, är verksamheter som huvudsakligen utförs av hälso- och sjukvårdspersonal och som är en integrerad del av hälso- och sjukvården. Dessutom finns det tydliga kopplingar till en rad andra områden, t.ex. patientsäkerhetsarbetet, blodsäkerhet och beredskapen inom hälso- och sjukvården. Arbetet bedrivs såväl inom ramen för smittskyddslagen och annan speciallagstiftning, t.ex. i fråga om sprututbyte och blod, som med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och patientsäkerhetslagen (2010:659) och annan grundläggande lagstiftning inom hälso- och sjukvårdens område.

²⁹ Prop. 2009/10:123, *Myndigheterna inom smittskyddsområdet*, s. 12 ff.

³⁰ Se remissvar från Sveriges Kommuner och Landsting, Smittskyddsläkarföreningen, Sveriges läkarförbund, Naturvetarna och Stockholms läns landsting över Ds 2012:49 *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet*.

Om det skulle göras förändringar i ansvarsfördelningen utan närmare analys skulle det enligt regeringen riskera att leda till att kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården splittras ytterligare. Regeringen valde därför att inte göra några förändringar i ansvarsfördelningen utan hänvisade till att frågan kräver ytterligare analys.³¹

I denna promemoria görs bedömningen att förutsättningarna för regeringens tidigare ställningstagande rörande smittskyddsfrågornas hemhörighet har ändrats och att situationen nu är sådan att det går att föreslå en ändrad ansvarsfördelning mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Detta ställningstagande grundar sig på att myndighetsstrukturen på hälso- och sjukvårds- och socialtjänstområdet har förändrats. Frågan har dessutom varit föremål för ett antal olika utredningar och det finns en remissopinion för en ändrad ansvarsfördelning som det bör tas hänsyn till.

6.5.4 Närmare om skälen för förslagen

Genom de stegvisa förändringar som genomförts med bl.a. inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg och Folkhälsomyndigheten har myndigheterna på hälso- och sjukvårds- och socialtjänstområdet fått delvis nya roller, framförallt utövar inte längre Socialstyrelsen tillsyn över smittskyddet.

Enligt nuvarande ansvarsfördelning har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att arbeta med kunskapsutveckling respektive kunskapsuppbyggnad. Båda myndigheterna har ett kunskapsspridningsuppdrag vad gäller smittskyddsfrågor men det är inte tydligt reglerat vilken myndighet som ansvarar för den kunskap som förmedlas och inte heller vem som ska förmedla kunskapen. Socialstyrelsen har ett övergripande ansvar för smittskyddet i landet men det är Folkhälsomyndigheten som har i uppdrag att genom sjukdomsövervakning och diagnostik ta fram ny kunskap som sedan ska ligga till grund för Socialstyrelsens beslut att t.ex. ta fram föreskrifter. Genom att anmälningar om smittsamma sjukdomar görs till Folkmyndigheten är det den myndig-

³¹ Prop. 2012/13:116, *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet*, s. 41-42.

heten som först får vetskap om att läget är sådant att smittskyddsåtgärder måste vidtas. Ansvaret för att fatta beslut om sådana åtgärder ligger dock på Socialstyrelsen. Även vad gäller smittskyddets beredskap är ansvaret delat, Folkhälsomyndigheten ska upprätthålla laboratorieberedskap, diagnosisk beredskap och omvärldsbevakning med det är Socialstyrelsen som övervakar planläggningen av smittskyddets beredskap.

Ett av syftena med de beslut regeringen tidigare fattat och de förslag som läggs i denna promemoria är att skapa en myndighetsstruktur där myndigheterna har tydliga roller och renodlade uppdrag som speglar dessa roller. Så är inte fallet på smittskyddsområdet i dag. Den formella regleringen av myndigheternas uppgifter är inte tydlig vilket medför stora risker för att myndigheterna utför dubbelarbete. Den medför även otydlighet för huvudmännen och olika professioner. Oklara ansvarsgränser kan försvåra samverkan mellan myndigheterna.

Nuvarande ansvarsfördelning är inte heller effektiv. I praktiken är Socialstyrelsen ofta helt beroende av underlag från Folkhälsomyndigheten för att kunna fullgöra sina uppgifter. Även om det är vanligt att underlag måste inhämtas från andra aktörer då ingen myndighet kan ha samtlig relevant sakkunskap, är ansvarsfördelningen på smittskyddsområdet särpräglad. Folkhälsomyndigheten är formellt utpekad som expertmyndighet och utför genom sitt omfattande och detaljerade uppdrag i princip de uppgifter som krävs för ett fungerande smittskydd samtidigt som Socialstyrelsen har föreskriftsrätt och det övergripande ansvaret. I praktiken försvårar ansvarsfördelningen ett effektivt arbetssätt vilket är olämpligt på smittskyddsområdet där åtgärder ofta måste vidtas med kort varsel.

Eftersom Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har delvis liknande uppgifter måste de ha tillgång till personal med liknande kompetens. Vidare måste Socialstyrelsen ha tillgång till samma slags kvalificerade personal som Folkhälsomyndigheten för att kunna beställa och använda underlag från Folkhälsomyndigheten på ett effektivt sätt. Tillgången till kompetens är dock begränsad vilket innebär att den påverkar kompetensförsörjningen.

Mot bakgrund av det som anförs ovan finns det skäl att göra förändringar. Eftersom smittskyddsfrågor är gränsöverskridande och tvärsektorieella krävs tydliga ansvarsgränser mellan myndig-

heterna som vilar på en principiell grund. Bedömningen som görs nu är att ansvarsfördelningen måste utgå ifrån myndigheternas huvudsakliga uppdrag och roller.

Utgångspunkten för förslagen är att Folkhälsomyndigheten är den statliga myndighet som har det övergripande ansvaret för landets folkhälsa och befolkningsskydd medan Socialstyrelsen är den myndighet som har det huvudsakliga ansvaret för landets hälso- och sjukvård och socialtjänst. Ansvaret för sådana uppgifter som har ett huvudsakligt befolkningsskyddsperspektiv ska därför ligga på Folkhälsomyndigheten medan åtgärder som rör hälso- och sjukvård och andra insatser huvudsakligen riktade mot individer ska vara Socialstyrelsens ansvar.

Smittskyddet är tätt sammankopplat med hälso- och sjukvården, smittskyddsfrågor aktualiseras både vad gäller insatser för att behandla patienter och för att förebygga och förhindra smittspridning. Bedömningen är dock att det går att lägga myndighetsansvaret för smittskydd respektive hälso- och sjukvård på två olika myndigheter. Skälet till denna bedömning är att de uppgifter som följer av smittskyddslagen syftar till att bedöma exempelvis vad som är smittsamma sjukdomar i lagens mening, konsekvenserna av ett smittutbrott, risken för smittspridning och hur smittspridning ska förhindras på bästa sätt. Annorlunda uttryckt handlar smittskydd till stor del om preventiva åtgärder som rör flera olika sektorer och aktörer, inte bara hälso- och sjukvården. Åtgärder inom hälso- och sjukvården är i huvudsak reaktiva och har ett individperspektiv på så sätt att de syftar till att behandla en smittsam sjukdom i det enskilda fallet. Även inom landstingen särskiljs smittskyddsfrågorna från hälso- och sjukvård på så sätt att smittskyddsläkarna utför sina uppgifter inom landstingen men i en fristående organisation skild från behandlande läkare som bedriver patientvård.

Smittskyddslagen har ett rent befolkningsskyddsperspektiv, åtgärder som vidtas med stöd av denna lag syftar till att förhindra att smitta sprider sig bland befolkningen. Även de åtgärder i smittskyddslagen som riktar sig mot enskilda (t.ex. isolering) syftar till att skydda befolkningen mot smittspridning, inte den enskilde. Hur hälso- och sjukvården ska arbeta för att behandla en smittsam sjukdom eller hur smittspridning ska förhindras på exempelvis

sjukhus regleras i hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen som syftar till största möjliga patientsäkerhet för individen.

Socialstyrelsen ska således ha myndighetsansvaret för sådana åtgärder inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som är individrelaterade (t.ex. vård och behandling och patientsäkerhet) och där smittskyddsfrågan i sig är utredd. Folkhälsomyndigheten ska ansvara för åtgärder som följer av smittskyddslagen eftersom dessa i huvudsak rör befolkningen i stort och inte är individbaserade. Genom att ansvaret för de uppgifter som följer av smittskyddslagen och smittskyddsförordningen samlas på en myndighet ges bättre förutsättningar för att skapa en robust organisation.

6.5.5 Det nya gränssnittet mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten

Mot bakgrund av regeringens tidigare beslutade förändringar avseende myndighetsstrukturen finns det nu förutsättningar att genomföra ändringar i syfte att uppnå en mer tydlig och verksamhetslogisk ansvarsfördelning. Den principiella utgångspunkten för förslagen är som anges ovan att åtgärder som huvudsakligen syftar till vård och behandling av eller insatser till individer är Socialstyrelsens ansvar. Folkhälsomyndigheten ska ansvara för åtgärder som i huvudsak syftar till att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot.

Smittskyddslagen har ett huvudsakligt befolkningsskyddsperspektiv. Det föreslås därför att de uppgifter Socialstyrelsen i dag svarar för enligt smittskyddslagen och smittskyddsförordningen samlas på Folkhälsomyndigheten som blir förvaltningsmyndighet för smittskyddet. Detta innebär att Folkhälsomyndigheten får ansvar för de förvaltningsuppgifter som följer av smittskyddslagen och smittskyddsförordningen och i princip motsvarande föreskriftsrätt som Socialstyrelsen har i dag (se närmare om föreskrifter i avsnitt 6.5.6) samt ansvar för smittskyddets krisberedskap.

Eftersom Folkhälsomyndigheten blir förvaltningsmyndighet för smittskyddet finns inte längre samma behov av att utpeka en myndighet som ansvarig för samordning av smittskyddet, den uppgiften i smittskyddslagen bör därför tas bort.

Vad gäller vaccinationsprogrammen har dessa ett huvudsakligt befolkningsskyddsperspektiv varför de bör falla under Folkhälso-

myndighetens ansvar.³² Hur själva vaccinationerna ska utföras av vårdpersonal bör dock även fortsättningsvis vara Socialstyrelsens ansvar såsom individrelaterade åtgärder.

Det föreslås inga förändringar vad gäller ansvaret för hälso- och sjukvårdens krisberedskap, katastrofmedicin eller den fysiska beredskapen inom hälso- och sjukvård utan ansvaret ligger kvar på Socialstyrelsen. Katastrofmedicinen och den fysiska beredskapen inom hälso- och sjukvård hänger ihop med Socialstyrelsens krisberedskapsansvar. Även om beredskapslagren huvudsakligen innehåller antiviraler och på så sätt har nära koppling till smittskyddsfrågor används de lagrade läkemedlen inom hälso- och sjukvården i en behandlingssituation som ett led i att hantera effekterna av ett smittutbrott, vilket faller under Socialstyrelsens ansvar.

Vad gäller områden som gränsar till smittskyddet såsom blodsäkerhet, sprututbytesverksamhet, donationsfrågor, hälsoundersökningar av asylsökande och infektionsscreening av gravida görs inte heller några förändringar utan ansvaret för dessa områden ligger kvar på Socialstyrelsen. Visserligen aktualiseras smittskyddsfrågor inom dessa områden men de åtgärder som vidtas har ett huvudsakligt individperspektiv. Åtgärderna vidtas inte för att utreda en smittskyddsfråga eller hindra att smitta sprids bland befolkningen i stort utan det är den enskildes skydd som är i fokus, även om åtgärderna i förlängningen kan bidra till att minska smittspridning bland befolkningen. Socialstyrelsen ska därför fortsätta att vara ansvarig myndighet för dessa områden.

Smittskyddsfrågor har även nära koppling till vårdhygien och antibiotikaresistens. Ansvaret för dessa områden är i dag delat mellan Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Eftersom dessa frågor både har tydliga befolkningsskydds- och individrelaterade sidor finns det skäl att låta ansvaret vara delat mellan myndigheterna, nuvarande ansvarsfördelning mellan myndigheterna följer ovan nämnda principiella grund och det föreslås därför inga förändringar.

I lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa anges att Socialstyrelsen är nationell kontaktpunkt enligt Världshälsoorganisationens internationella hälsoreglemente som antogs i Genève den 23 maj 2005. Som en konse-

³² Prop. 2011/12:123 *Ny ordning för nationella vaccinationsprogram*, s. 32.

kvens av att denna reglering har ett tydligt befolkningsskyddssyfte bör Folkhälsomyndigheten överta ansvaret att vara nationell kontaktpunkt. Av detta följer att Folkhälsomyndigheten ansvarar för kontakter med WHO vad gäller internationella hot mot människors hälsa och för förvaltningsuppgifter såsom att fatta beslut om karantänshamnar och karantänsflygplatser. Som en konsekvens av detta bör Folkhälsomyndigheten få ansvar för de uppgifter som Socialstyrelsen har i dag enligt förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa inklusive föreskriftsrätt. Närmare överväganden rörande bemyndiganden att meddela föreskrifter med stöd av denna reglering och smittskyddslagen redovisas i avsnitt 6.5.6.

Som en konsekvens av den ändrade ansvarsfördelningen förutsätts regeringen ha för avsikt att genomföra ändringar i berörda förordningar såsom Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens instruktioner, kungörelsen (1942:725) med närmare föreskrifter angående tillämpning av lagen den 18 juli 1942 (nr 723) om skyddsympning inom försvarsväsendet samt förordningen (1998:58) om anmälan av vissa allvarliga sjukdomar.

Bedömningen är att den föreslagna ansvarsfördelningen bättre avspeglar de roller myndigheterna har i dag och att den medför färre gränssytor mellan myndigheterna. Ansvarsfördelningen blir tydligare gentemot de olika professioner som redan i dag har kontakt med Folkhälsomyndigheten i samband med att anmälningar om fall av anmälningspliktig sjukdom görs. Kunskapsstyrningen rörande smittskyddsfrågorna får en tydlig hemhörighet vilket ökar tydligheten. En sådan organisatorisk lösning överensstämmer också med utvecklingen inom det internationella smittskyddsarbetet där kopplingen alltmer görs till annat folkhälsoarbete och inte bara hälso- och sjukvård, jfr exempelvis Europaparlamentets och rådets beslut nr 1082/2013/EU av den 22 oktober 2013 om allvarliga gränsöverskridande hot mot människors hälsa och om upphävande av beslut nr 2119/98/EG.

Smittskyddsområdet är sektorsöverskridande vilket innebär att det oavsett vald ansvarsfördelning uppstår gränssytor. Smittskyddsfrågorna kräver därför att både myndigheter och andra aktörer samverkar. Eftersom förslagen innebär att Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens uppdrag renodlas och förtydligas, ökar förutsättningarna för en väl fungerande samverkan. Myndigheterna

måste dock ha tillgång till tydliga regelverk och processer för att gränsdragningsproblematik och otydligheter ska kunna undvikas. Genom inrättandet av Kunskapsstyrningsrådet ges förutsättningar för att i mer strukturerad form än i dag hantera myndighetsgemensamma frågor. Myndigheterna i rådet kommer kunna dra nytta av varandras kompetenser vilket medför att den statliga kunskapsstyrningen blir mer enhetlig, särskilt på områden där myndigheternas ansvar tangerar varandra. I och med att myndigheterna måste samverka kring den gemensamma författningssamlingen kommer även regelgivningen att stramas upp.

6.5.6 Särskilt om bemyndigande att meddela föreskrifter

Smittskyddslagen innehåller bestämmelser om att regeringen kan bemyndiga Socialstyrelsen att meddela föreskrifter. Dessa bestämmelser bör moderniseras på så sätt det inte längre utpekas vilken myndighet som kan få bemyndigande utan att detta överläts till regeringen att bestämma.

Förslaget att Folkhälsomyndigheten ska bli förvaltningsmyndighet för smittskyddet och ha ansvar bl.a. för normering innebär att myndigheten övertar de föreskriftsbemyndiganden som grundar sig på smittskyddslagen och lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa som Socialstyrelsen har i dag. Mot bakgrund av de principiella utgångspunkter som redovisas ovan bör dock inte Folkhälsomyndigheten, med undantag för de skyldigheter som följer av smittskyddslagen vad gäller exempelvis anmälningar och smittspårning, få meddela föreskrifter som rör vård och behandling av enskilda eller skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal. Sådan föreskriftsrätt kommer även i fortsättningen att falla under Socialstyrelsens ansvar i enlighet med de bemyndigande Socialstyrelsen har enligt exempelvis hälso- och sjukvårdslagen, förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. samt patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

De nuvarande bestämmelserna i 9 kap. 4 § smittskyddslagen och 12 § smittskyddförordningen ger Socialstyrelsen rätt att meddela de föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda. Om dessa bestämmelser skulle överföras

oförändrade till Folkhälsomyndigheten skulle myndigheten ges rätt att meddela föreskrifter som krävs till skydd för enskilda. Ett sådant bemyndigande innebär stor risk för att det uppstår oklarheter var gränsen mot Socialstyrelsens föreskriftsrätt går. Det sista ledet i dessa bestämmelser rörande skydd för enskilda bör därför tas bort.

Samma överväganden gäller bestämmelserna i 30 § lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa och 9 § förordningen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa enligt vilka Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter till skydd för enskilda som behövs för att hindra att smittämnen eller andra ämnen som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder. Bestämmelserna bör därför ändras på så sätt att ledet ”till skydd för enskilda” tas bort. Ändringen innebär inte att Folkhälsomyndigheten får ett mer omfattande bemyndigande än vad Socialstyrelsen har i dag.

Konsekvensen av förslaget är att det enbart är Folkhälsomyndigheten som kommer ha bemyndigande att meddela föreskrifter rörande smittskydd. Det finns i dag ett flertal föreskrifter som Socialstyrelsen meddelat med stöd av flera olika bemyndiganden, bl.a. det i 12 § smittskyddsförordningen. Vissa av dessa, t.ex. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om smittspårning (SOSFS 2005:23), reglerar dels frågor som genom nu aktuellt förslag kommer att falla under Folkhälsomyndighetens ansvar, dels frågor som kommer att ligga kvar på Socialstyrelsen. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten kommer därför behöva göra en gemensam översyn av nuvarande föreskriftsbemyndiganden för att identifiera områden där det kan behövas nya eller ändrade bemyndiganden till följd av den ändrade ansvarsfördelningen. Resultatet av ett sådant arbete ska leda till att ingen av Socialstyrelsens föreskrifter fortsättningsvis ska grundas på bemyndiganden i smittskyddslagen eller smittskyddsförordningen. Vidare kan det behöva övervägas om Socialstyrelsen bemyndigande vad gäller patientsäkerhetsfrågor bör vidgas.

6.5.7 Särskilt om beredskapsfrågor

Med begreppet beredskap avses i denna promemoria både krisberedskap och höjd beredskap där krisberedskap tar sikte på fredstida kriser, en planering som samtidigt utgör grunden för den höjda beredskap som krävs i krigssituationer. Det är i detta sammanhang viktigt att betona att smittskyddets beredskap skiljer sig från beredskapen på flera andra områden som exempelvis det kemiska eller radionukleära området. Smittskyddets beredskap bygger i huvudsak på att följa och analysera de kontinuerliga flödena av information om utbrott och andra smittohändelser i Sverige och i utlandet. Utifrån detta lämnas råd och anvisningar till berörda aktörer som andra statliga myndigheter, landsting och kommuner och, i förekommande fall, allmänheten. I denna beredskap ligger även att svara för de nationella bedömningarna avseende smitta i kontakter inom EU och med internationella organ som WHO.

Enligt nuvarande reglering har både Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten ansvar för uppgifter som rör smittskyddets beredskap. Socialstyrelsen har i dag ansvar för att samordna och övervaka planläggningen av smittskyddets beredskap medan Folkhälsomyndigheten ska ta initiativ till åtgärder som skyddar befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot i kris och under höjd beredskap. Vidare ska Folkhälsomyndigheten bistå myndigheter, landsting, kommuner och organisationer med expertstöd vid konstaterade eller misstänkta utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar och vid analys av risker och behov av förebyggande åtgärder avseende hälsohot. Myndigheten ska även upprätthålla erforderlig laboratorieberedskap och diagnostisk beredskap m.m. Båda myndigheterna har enligt förordningen om krisberedskap och höjd beredskap ett särskilt ansvar för krisberedskapen och inför och vid höjd beredskap vad gäller samverkansområdet farliga ämnen. Socialstyrelsen har även ett sådant ansvar vad gäller samverkansområdet skydd, undsättning och vård.

Vad gäller beredskap går det inte att dra en klar gräns mellan smittskyddsåtgärder och andra åtgärder som vidtas inom kommuner och landsting. Utgångspunkten för arbetet med samhällets beredskap är emellertid ansvarsprincipen, dvs. den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden har motsvarande ansvar under kris- och krigssituationer. Ansvarsprincipen innebär

också ett ansvar för varje aktör att samverka med andra.³³ Den föreslagna ansvarsfördelningen på beredskapsområdet innebär inte avsteg från denna princip utan ska ses som en följd av den ändrade ansvarsfördelningen på smittskyddsområdet. Eftersom Folkhälsomyndigheten blir förvaltningsmyndighet för smittskyddet kommer den myndigheten ha beredskapsansvar för smittskyddet medan ansvaret för hälso- och sjukvårdens beredskap, katastrofmedicin och fysisk beredskap ligger kvar på Socialstyrelsen.

Med den föreslagna ansvarsfördelningen kommer Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens krisberedskapsansvar delvis att gå in i varandra, vilket är fallet redan i dag. Situationen kommer vara densamma mellan Folkhälsomyndigheten och länsstyrelsernas ansvar när det gäller beredskapsansvaret för smittsamhetsfrågor inom det primärkommunala området t.ex. vid smittspridning i vattendrag, eller mellan Folkhälsomyndigheten och Statens jordbruksverk vid zoonotiska utbrott. Detta är en följd av att beredskapsansvaret oavsett vald ansvarsfördelning måste vara överlappande, de eventuella oklarheter som kan uppstå vid en kris-situation kring vilken myndighet som ansvarar för vad måste lösas genom fungerande samverkan mellan myndigheterna. I dag sker samverkan exempelvis i myndighetsgemensamma samverkansorgan som Nationella pandemigruppen och Zoonossamverkansgruppen. Mot bakgrund av att dessa grupper är oreglerade läggs inga förslag i denna promemoria avseende hur dessa grupper bör styras eller organiseras.

6.6 Ändringar som berör Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Förslag: Socialstyrelsen bör bli värdmyndighet för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Skälen för förslaget: Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) är en nämndmyndighet som tidigare haft egen anställd personal såsom jurister, assistenter och medicinska konsulter.

³³ Prop. 2009/10:123, *Myndigheterna inom smittskyddsområdet*, s. 67.

Sedan den 1 juli 2011 är Kammarkollegiet värdmyndighet för HSAN och utför enligt förordningen (2011:82) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd administrativa och handläggande uppgifter åt nämnden; dvs. personalen är anställd vid Kammarkollegiet.

Bakgrunden till denna organisatoriska lösning är att HSAN:s uppdrag ändrades år 2011 på så sätt att nämnden inte längre skulle pröva frågor om disciplinpåföljd. I och med detta blev HSAN en förhållandevis liten myndighet med ett fåtal anställda. Regeringen övervägde om HSAN borde vara kvar som myndighet eller om nämnden skulle införlivas i Socialstyrelsen, dvs. en återgång till det som gällde innan nämnden bildades. Regeringen konstaterade att det gagnar både patientsäkerheten och rättssäkerheten att behålla HSAN. Att låta nämnden införlivas i Socialstyrelsen bedömdes vara olämpligt eftersom det ur rättssäkerhetssynpunkt inte är lämpligt att den myndighet som utfärdar föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen och som utövar tillsyn över föreskrifternas efterlevnad också ska pröva ansvarsfrågan samt fatta beslut om påföljd. Däremot framhöll regeringen att det fanns anledning att överväga formerna för myndighetens framtida organisation och att det är angeläget att myndigheten är organiserad på ett sätt som främjar korta handläggningstider.³⁴ Regeringen valde därefter att låta Kammarkollegiet vara värdmyndighet för HSAN vilket innebär ansvar för att utöva administrativa och handläggande uppgifter åt nämnden.

Sedan Inspektionen för vård och omsorg inrättades den 1 juni 2013 är Socialstyrelsen inte längre tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården och därmed inte längre part i HSAN-ärenden. Ett av skälen till att Socialstyrelsen tidigare inte ansågs vara lämplig som värdmyndighet har därmed fallit bort.

Det föreslås nu att Socialstyrelsen blir värdmyndighet för HSAN istället för Kammarkollegiet. Skälen till detta är att de ärenden som HSAN ansvarar för är komplexa och ställer höga krav på en handläggargorganisation som har både medicinsk och juridisk kompetens. Ärendemängden är förhållandevis begränsad vilket innebär att det för närvarande är svårt att vid behov av specialistkompetens anlita lämpliga medicinska bedömare. För att uppnå

³⁴ Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 124-125.

rättssäkerhet och effektivitet bör det vid värdmyndigheten finnas personal som är väl insatt i frågor som rör förutsättningarna för innehav av legitimation att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården. Därigenom kan värdmyndighetens personal vid behov bistå nämnden med expertkunskap vilket kan förkorta handläggningstiderna. Det är idag Socialstyrelsen som har bäst förutsättningar att bistå HSAN så att ärendena kan handläggas både effektivt och rättssäkert.

Förutom att en sådan organisation kan medföra effektivitetsvinster finns praktiska fördelar. Det pågår för närvarande ett arbete inom Regeringskansliet som syftar till att förenkla hanteringen av information till öppenvårdsapotek om HSAN:s beslut att dra in eller begränsa förskrivningsrätt. Frågan har tagits upp i Läkemedels- och apoteksutredningens delbetänkande där det anges att det finns praktiska problem kring hur öppenvårdsapoteken får tillgång till sådan information.³⁵ I betänkandet föreslås därför att receptregistret som förs av E-hälsomyndigheten ska innehålla uppgifter om förskrivningsrättens omfattning. Sådana uppgifter hämtas från registret över hälso- och sjukvårdspersonal som förs av Socialstyrelsen. Genom att Socialstyrelsen blir värdmyndighet för HSAN kan denna informationshantering underlättas.

Visserligen meddelar Socialstyrelsen fortfarande föreskrifter för hälso- och sjukvården vilket gör att det lämpliga i att den myndigheten blir värdmyndighet kan ifrågasättas. Den omständigheten att Socialstyrelsen nu föreslås bli värdmyndighet åt HSAN innebär dock inte någon förändring av nämndens konstruktion som en fristående myndighet. Socialstyrelsen ska inte vara part i HSAN-ärenden utan det är även fortsättningsvis den anmälande myndigheten, dvs. Inspektionen för vård och omsorg, som är den enskilda yrkesutövarens motpart. Socialstyrelsen ska inte heller ha något inflytande över nämnden som sådan. Däremot medför förslaget en skyldighet för Socialstyrelsen att medverka till att HSAN:s administrativa arbete bedrivs så effektivt och rättssäkert som möjligt.

³⁵ SOU 2012:75 *Pris, tillgång och service – fortsatt utveckling av läkemedels- och apoteksmarknaden*, s. 707 ff.

6.7 Uppdrag till Statskontoret

Förslag: Ett uppdrag bör ges till Statskontoret att följa och utvärdera de förändringar avseende samverkan och kunskapsstyrning som föreslås samt att redovisa eventuella besparingsmöjligheter till följd av föreslagna förändringar.

Skälen för förslaget: De förändringar som här föreslås innebär att flera myndigheter kommer att arbeta på nytt sätt med samverkan. Syftet är att åstadkomma en tydlig och koordinerad kunskapsstyrning riktad mot kommunsektorn. Förändringen rör både kunskapsstyrningens innehåll, utformning och hur den kommuniceras. Vidare läggs förslag som renodlar vissa myndigheters uppdrag i syfte bl.a. att åstadkomma en ökad effektivitet och ett minskat dubbelarbete. För att säkerställa att förslagen verkligen leder till åsyftat resultat behövs en uppföljning och utvärdering av myndigheternas förändringsarbete.

Det är viktigt att denna utvärdering görs av en oberoende part som har möjligheter att göra tvärssektoriella jämförelser. Det föreslås därför att Statskontoret ges ett sådant uppdrag. I uppdraget bör ingå att följa upp att den renodling som förslagen innebär leder till en ökad effektivitet och ett minskat dubbelarbete. Vidare bör även Statskontoret redovisa eventuella besparingsmöjligheter till följd av föreslagna förändringar. Utvärderingen bör inledas när förändringarna påbörjas och avrapporteringar bör göras vid flera tillfällen så att regeringen kan göra justeringar i uppdragen till myndigheterna om så krävs.

7 Kostnader, konsekvenser och genomförande

7.1 Kostnader

Förslag: Kostnaderna för ett genomförande av förslagen kommer att rymmas inom befintliga ramar.

Medel motsvarande Socialstyrelsens verksamhet med framtagande av systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter för socialtjänst kommer att föras över till Statens beredning för medicinsk utvärdering. Medel motsvarande Socialstyrelsens verksamhet enligt smittskyddslagen och lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa med tillhörande förordningar kommer att föras över till Folkhälsomyndigheten. Medel kommer att överföras till Myndigheten för vårdanalys för en breddning av uppdraget till att omfatta hela socialtjänstens område och den verksamhet som bedrivs med stöd av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Som en konsekvens av förslaget att byta värdmyndighet för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd kommer resurser för uppdraget att föras över från Kammarkollegiet till Socialstyrelsen.

Skälen för förslaget: Förslagen i denna promemoria innebär att den statliga kunskapsstyrningen ska effektiviseras, bli samstämd och behovsanpassad. Detta ska ske genom att regeringen föreslås tydliggöra syftet och kraven på den statliga kunskapsstyrningen i en särskild förordning. Härigenom formaliseras samverkan mellan myndigheterna, mellan myndigheterna och kommunsektorn och en struktur för samverkan på strategisk nivå etableras. Myndigheternas ansvar för en fungerande samverkan tydliggörs och regeringens styrning och ansvarsutkrävande underlättas. För

deltagande myndigheter kommer inrättandet av Kunskapsstyrningsrådet att effektivisera samverkan utan att innebära några ökade kostnader. Myndigheterna deltar med egna resurser i enlighet med det uppdrag regeringen beslutat om. Inrättandet av Huvudmannagruppen kommer inte att leda till några ökade kostnader för kommuner och landsting.

Socialstyrelsens administrativa ansvar för Kunskapsstyrningsrådet kommer inte att kräva något tillskott av resurser utan ska finansieras inom nuvarande ram. Socialstyrelsens myndighetschef ges uppgiften att vara ordförande för Kunskapsstyrningsrådet och Huvudmannagruppen. Detta kan innebära vissa administrativa kostnader vilka bedöms kunna hanteras inom ram.

Socialstyrelsens ansvar för en gemensam författningssamling är redaktionellt, allt beredningsarbete och beslutsfattande sker i respektive myndighet i enlighet med de bemyndiganden som regeringen beslutat om. Följaktligen kommer inte Socialstyrelsens sammanhållande ansvar för författningssamlingen kräva tillkommande resurser.

Förslagen innebär att gränssnittet ändras mellan Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Uppgifter kommer att föras över från Socialstyrelsen till SBU.

Myndigheten för vårdanalys ges ett utvidgat uppdrag motsvarande hela socialtjänsten och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Förslaget innebär att myndigheten ges möjlighet till mer samlade utvärderingar utifrån ett patient- och brukarperspektiv. Finansieringen av utökningen av uppdraget ska ske genom ett tillskott till myndighetens ramanslag.

Förslaget om ett samlat ansvar för smittskydd innebär att uppgifter enligt smittskyddslagen (2004:168) och lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa och tillhörande förordningar förs över till Folkhälsomyndigheten från Socialstyrelsen.

Kostnader för namnbyte tillkommer för SBU som föreslås byta namn till Statens beredning för social och medicinsk utvärdering samt för Myndigheten för vårdanalys som föreslås byta namn till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Namnbytena medför engångskostnader som bekostas inom ramen för myndigheternas befintliga förvaltningsanslag. De kostnader som kan aktualiseras

avser nytt domännamn, IT-lösningar som kan avse exempelvis webbplattformer samt ny logotyp m.m.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) föreslås byta värmyndighet från Kammarkollegiet till Socialstyrelsen. Som en konsekvens av förslaget kommer resurser för uppdraget att föras över från Kammarkollegiet till Socialstyrelsen.

7.2 Konsekvenser

De förslag som läggs fram förväntas förbättra förutsättningarna för att den statliga kunskapsstyrningen i högre utsträckning än i dag ska vara samordnad, effektiv och behovsanpassad. Förslagen förväntas leda till att både huvudmän och professioner enkelt får tillgång till adekvat kunskapsstöd i olika beslutssituationer i vardagen. Inrättandet av Kunskapsstyrningsrådet innebär en struktur som möjliggör strategiska överläggningar kring kunskapsstyrning och därmed sammanhängande frågor. Regeringens styrning av myndigheterna blir tydligare och uppföljning möjliggörs genom tydliga krav vad gäller kunskapsstyrning. Myndigheternas ansvar för en fungerande samverkan tydliggörs. Samverkan mellan myndigheterna kommer att underlättas av inrättandet av Kunskapsstyrningsrådet och av att vissa myndigheters uppdrag renodlas.

Förslaget att reglera vissa krav som kunskapsstyrningen måste uppfylla innebär att de myndigheter som ingår i Kunskapsstyrningsrådet måste göra en omprövning av sina interna processer kring olika former av kunskapsstöd.

Inrättandet av Kunskapsstyrningsrådet kan skapa effektivare vägar för samverkan mellan verksamhetsföreträdare och forskarsamhället vilket kan ge snabbare nyttiggörande av forskningsresultat och innovationer samt leda till att underbeforskade områden snabbt kan identifieras. Det skapas också en struktur för erfarenhetsåterföring från Inspektionen för vård och omsorgs tillsynsverksamhet. En gemensam författningssamling ska säkerställa att statens normering är samstämd samt göra det enklare för användare att ta del av aktuella föreskrifter. Minskade kostnader kan på sikt uppstå för staten genom effektivare

kommunikation via webblösningar som ökar tillgängligheten för användarna.

Den rådande ansvarsfördelningen mellan staten och kommunsektorn är en utgångspunkt för inrättandet av Huvudmannagruppen. Den föreslagna gruppen kommer att bestå av ett representativt urval av förtroendevalda från kommuner och landsting. Deltagande i gruppen är frivilligt och ska inte medföra några kostnader för kommuner och landsting. Genom Huvudmannagruppen blir förtroendevalda inom kommuner och landsting delaktiga i den statliga kunskapsstyrningens inriktning och utformning. Det kan leda till gemensamma prioriteringar, förbättra förutsättningarna för implementering och skapa en dialog kring kommunikation m.m. Förslaget om inrättandet av Huvudmannagruppen bedöms inte ha någon påverkan på den kommunala självstyrelsen.

Konsekvenser för olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är att de får enklare tillgång till en mer samstämd, aktuell och målgruppsanpassad statlig kunskapsstyrning.

Konsekvenser för patienter och brukare är att deras synpunkter och erfarenheter lyfts fram som en viktig kunskapskälla som ska beaktas av myndigheterna i deras kunskapsstyrningsarbete.

För Socialstyrelsen innebär förslagen i sin helhet att myndighetens centrala roll för kunskapsstyrningen tydliggörs. Myndighetens uppdrag renodlas i och med att vissa uppgifter flyttas, exempelvis smittskyddsfrågor.

För SBU innebär förslagen att myndigheten ges ett samlat ansvar för systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter på hälso- och sjukvårds- och socialtjänstområdet. Myndigheten och dess nämnd blir fortsatt oberoende i sin bedömning av evidens och metodtillämpning.

Genom att Myndigheten för vårdanalys uppdrag breddas till att omfatta hela socialtjänsten stärks patient- och brukarperspektivet. Vidare tas en formell gräns mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst bort vilket ger bättre förutsättningar att ta fram mer heltäckande uppföljningar.

För Folkhälsomyndigheten blir konsekvensen att myndigheten blir en förvaltningsmyndighet med ett samlat ansvar för smittskyddsfrågor samt blir nationell kontaktpunkt enligt WHO:s hälsoreglemente. Tidigare har ansvaret för smittskyddsfrågor varit

delat med Socialstyrelsen och föranlett dubbelarbete som genom förslaget ska upphöra.

Förslaget om HSAN innebär att nämndens stödresurser kommer att finnas vid Socialstyrelsen i stället för vid Kammarkollegiet. Förslaget väntas leda till en effektivare verksamhet då Socialstyrelsen har bättre kapacitet att stödja nämnden i sitt arbete.

Förslagen bedöms ge positiva effekter i kommunsektorn. Förslagen leder till förbättrade förutsättningar avseende införande av en evidensbaserad hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta kan medföra både minskade kostnader och samtidigt ge ökad trygghet och säkerhet för patienter och brukare.

En viktig effektivitetsvinst med förslagen är att det dubbelarbete som i dag sker i myndigheterna utifrån oklara ansvarsförhållanden kommer att minska eller helt upphöra. Renodlade uppdrag underlättar också samverkan. En annan effektivitetsvinst som kan uppkomma är när SBU övertar ansvaret för kunskapsöversikter, det öppnar för nya arbetssätt vid framställning av kunskapsstöd och en effektivare användning av experter. Parallella processer kan korta ledtider och ses som en effektivisering.

De uppgifter som förs över till SBU respektive Folkhälsomyndigheten ska inte längre utföras av Socialstyrelsen. För att de effektivitetsvinster som förslagen rörande ändrade gränsdragningar mellan myndigheterna förväntas medföra ska kunna realiseras måste myndigheterna anpassa sina verksamheter utifrån de nya ansvarsgränserna.

Det föreslås att ett uppdrag ges till Statskontoret att följa upp och utvärdera de förändringar som föreslås samt att redovisa eventuella besparingsmöjligheter till följd av föreslagna förändringar. Härigenom ges regeringen möjligheter att i sin styrning av myndigheterna följa upp att den effektivisering som förslagen avses åstadkomma också realiseras.

7.3 Genomförande

<p>Förslag: De föreslagna författningsändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2015.</p>
--

Skälen för förslaget: Samtliga föreslagna förändringar planeras träda i kraft den 1 juli 2015. Några av förändringarna är riksdagsbundna. Förslagen föranleder anslagsförändringar vilka ska riksdagsbehandlas, dessa är till karaktären konsekvenser av de myndighetsförändringar som regeringen föreslås göra inom sektorn. Det aktualiseras också lagändringar i smittskyddslagen och lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa som en följd av att smittskyddsfrågorna samlas på Folkhälsomyndigheten och att myndigheten föreslås bli nationell kontaktpunkt enligt WHO:s hälsoreglemente.

Förslagen att samla ansvaret för systematiska vetenskapliga kunskapsöversikter avseende både hälso- och sjukvård och socialtjänst på SBU och smittskyddsfrågorna på Folkhälsomyndigheten innebär att uppgifter flyttas från Socialstyrelsen till SBU respektive Folkhälsomyndigheten. Detsamma gäller förslaget att Socialstyrelsen ska ta över uppgiften från Kammarkollegiet att vara värmyndighet för HSAN. Berörda myndigheter kommer att ges i uppdrag att överföra respektive inordna uppgifter från/i respektive myndighet. Vid genomförandet av uppdragen ska myndigheterna beakta 6 b § lagen (1982:80) om anställningsskydd.

Som en följd av myndigheternas ändrade uppdrag måste ändringar göras i både myndigheternas instruktioner och i andra förordningar. En ny förordning om statlig kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst föreslås vilket föranleder ändringar i instruktionerna för de myndigheter som deltar i det föreslagna Kunskapsstyrningsrådet. Bytet av namnen på SBU och Myndigheten för vårdanalys medför ett antal förordningsändringar.

8 Författningskommentar

8.1 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

1 kap. 7 §

Det föreslås att Folkhälsomyndigheten ska få ett samlat ansvar för de uppgifter som Socialstyrelsen har i dag enligt smittskyddslagen och att Folkhälsomyndigheten därigenom blir förvaltningsmyndighet för smittskyddsfrågor. Det bedöms inte vara nödvändigt att utpeka vilken myndighet som ska vara ansvarig för att samordna smittskyddet i landet. Denna uppgift tas därför bort från paragrafen. Genom ändringen i paragrafen överförs ansvaret för att ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd och samt att följa och vidareutveckla smittskyddet från Socialstyrelsen till Folkhälsomyndigheten. Idag har Folkhälsomyndigheten i uppgift att som expertmyndighet föreslå åtgärder för att landets smittskydd ska fungera effektivt. Eftersom Folkhälsomyndigheten övertar Socialstyrelsens nuvarande ansvar blir det överflödigt att specifikt reglera denna uppgift som får anses ingå i Folkhälsomyndighetens nya ansvar.

Se även avsnitt 6.5.5.

2 kap. 7 §

Paragrafen ges en modernare utformning genom att det inte längre anges vilken myndighet regeringen får delegera föreskriftsrätt till. Uttrycket ”meddela närmare föreskrifter” brukar användas i upplysningsbestämmelser för att tydliggöra att det är verkställighetsföreskrifter som är avsedda att meddelas. Ordet ”närmare” tas därför bort från bestämmelsen. Vidare byts strecksatslistan ut mot en numrerad lista.

3 kap. 8 och 10 §§

Genom ändringarna tar Folkhälsomyndigheten över Socialstyrelsens ansvar för de förvaltningsuppgifter som följer av smittskyddslagen.

8 kap. 1 §

Bytet av ordet "Socialstyrelsen" till "Folkhälsomyndigheten" är en konsekvens av föreslagna ändringar i 3 kap. 8 och 10 §§.

8 kap. 7 §

Paragrafen ges en modernare utformning genom att det inte längre anges vilken myndighet som efter regeringens bestämmande ska förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten.

8 kap. 12 §

Bytet av ordet "Socialstyrelsen" till "Folkhälsomyndigheten" är en konsekvens av den föreslagna ändringen i 3 kap. 10 §.

9 kap. 3 och 4 §§

Paragraferna ges en modernare utformning genom att det inte längre anges vilken myndighet regeringen får delegera föreskriftsrätt till. Eftersom Folkhälsomyndigheten blir förvaltningsmyndighet för smittskyddet föreslås att regeringen gör ändringar i smittskyddsförordningen (2004:255) på så sätt att Folkhälsomyndigheten tar över Socialstyrelsens bemyndiganden att meddela föreskrifter. Eftersom Folkhälsomyndigheten inte bör ha rätt att meddela föreskrifter som rör behandling eller vård av eller insatser till enskilda bör 4 § ändras på så sätt att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela de föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd. Det föreslås därför att sista ledet i 4 § första stycket, "samt till skydd för enskilda", tas bort.

Se även avsnitt 6.5.6.

8.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa

5 §

Denna lag innehåller bestämmelser för genomförande av Världshälsoorganisationens internationella hälsoreglemente som antogs i Genève den 23 maj 2005 (hälsoreglementet). Enligt 1 § syftar lagen till att skydda mot internationella hot mot människors hälsa. Enligt 2 § avses i denna lag med ett internationellt hot mot människors hälsa en risk för att smittämnen eller andra ämnen som utgör eller kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder.

I nuvarande lydelse av 5 § anges att Socialstyrelsen ska vara nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet och ansvara för de uppgifter den är skyldig att fullgöra enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen. Förslagen rörande gränsdragningen mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i avsnitt 6.5 har sin grund i den principiella utgångspunkten att frågor som rör vård och behandling av eller insatser till individer faller under Socialstyrelsens ansvar medan Folkhälsomyndigheten ansvarar för frågor som i huvudsak rör befolkningskydd. Mot bakgrund av att lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa har ett huvudsakligt befolkningskyddsperspektiv bör Folkhälsomyndigheten vara nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet.

Se även avsnitt 6.5.5.

10 §

Paragrafen ändras som en konsekvens av att Folkhälsomyndigheten blir nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet. Myndigheter, kommuner och landsting som inom sina respektive ansvarsområden får information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa ska således i fortsättningen omedelbart underätta Folkhälsomyndigheten om det misstänkta hotet samt lämna den information som Folkhälsomyndigheten behöver för att kunna fullgöra sin informationsskyldighet till Världshälsoorganisationen. Vidare ska berörda myndigheter, kommuner och landsting i fortsättningen informera Folkhälsomyndigheten om vilka åtgärder som

har vidtagits och som kommer att vidtas med stöd av denna lag. Folkhälsomyndigheten ska lämna information om åtgärderna till berörda myndigheter, kommuner och landsting.

Se även avsnitt 6.5.5.

11 §

Folkhälsomyndigheten övertar Socialstyrelsens ansvar att underrätta Världshälsoorganisationen om misstänkta internationellt hot mot människors hälsa och om hälsoläget i landet samt ansvaret att lämna information om ett misstänkt internationellt hot mot människors hälsa till berörda myndigheter, kommuner och landsting.

Se även avsnitt 6.5.5.

12 §

Bytet av ordet ”Socialstyrelsen” mot ”Folkhälsomyndigheten” är en konsekvens av att Folkhälsomyndigheten tar över Socialstyrelsens uppgift som nationell kontaktpunkt.

13 §

Som en konsekvens av ändringen i 5 § ska Folkhälsomyndigheten även överta de förvaltningsuppgifter som Socialstyrelsen har idag.

16 §

Paragrafen ändras på så sätt att Tullverket och Kustbevakningen i fortsättningen ska underrätta Folkhälsomyndigheten om innehållet i sådan information som anges i paragrafens första stycke.

30 §

Som anges ovan under 5 § föreslås att Folkhälsomyndigheten ska vara nationell kontaktpunkt enligt hälsoreglementet och ansvara för de uppgifter den är skyldig att fullgöra enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen. Regeringen föreslås göra ändringar i förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa på så sätt att Folkhälsomyndigheten får bemyndigande att meddela föreskrifter. Eftersom Folkhälsomyndigheten inte bör ha rätt att meddela föreskrifter som huvudsakligen syftar till att skydda enskilda bör 30 § ändras på så sätt att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela de ytterligare föreskrifter som be-

hövs för att hindra att smittämnen eller andra ämnen som kan utgöra ett allvarligt hot mot människors hälsa förs in i landet eller sprids till andra länder. Ledet ”till skydd för enskilda” ska således tas bort. Ändringen innebär inte att Folkhälsomyndigheten får ett mer omfattande bemyndigande än vad Socialstyrelsen har i dag.

Se även avsnitt 6.5.6.

Departementsserien 2014

Kronologisk förteckning

1. Gröna boken
Riktlinjer för författningsskrivning. SB.
2. Patent- och marknadsdomstol. Ju.
3. Europeisk skyddsorder
– Samarbete om skydd för hotade och förföljda personer inom EU. Ju.
4. Våldsbejakande extremism i Sverige
– nuläge och tendenser. Ju.
5. Särskilt ömmande omständigheter. Ju.
6. Gårdstödet 2015–2020
–förslag till svenskt genomförande. L.
7. Minskat svartarbete i byggbranschen. Fi.
8. Den mörka och okända historien
Vitbok om övergrepp och kränkningar av romer under 1900-talet. A.
9. En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst. S.

Departementsserien 2014

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Gröna boken

Riktlinjer för författningsskrivning. [1]

Justitiedepartementet

Patent- och marknadsdomstol. [2]

Europeisk skyddsorder

– Samarbete om skydd för hotade och förföljda personer inom EU. [3]

Våldsbejakande extremism i Sverige.

– nuläge och tendenser. [4]

Särskilt ömmande omständigheter. [5]

Socialdepartementet

En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst. [9]

Finansdepartementet

Minskat svartarbete i byggbranschen. [7]

Landsbygdsdepartementet

Gårdsstödet 2015–2020

– förslag till svenskt genomförande. [6]

Arbetsmarknadsdepartementet

Den mörka och okända historien

Vitbok om övergrepp och kränkningar av romer under 1900-talet. [8]