

Kunskapsstyrningen glappar

Implementeringen av nya metoder och riktlinjer är fortfarande problematisk, visar några rapporter om kunskapsstyrning. Det illustreras i epilepsivården där väl utprovade kirurgiska metoder har svårt att slå igenom.

Ordnat införande och kunskapsstyrning börjar bli modeord, men merparten av landsting och regioner har i dag begränsade system för att bearbeta och sprida de kunskapsunderlag som tas fram på nationell nivå. Det framkommer i en rapport gjord på uppdrag av Sveriges Kommuner och landsting (SKL) och Socialstyrelsen av konsultföretaget Utvecklingspartner.

– Landstingen har olika förutsättningar för att över-sätta nationella riktlinjer och beslutsstöd för prioriteringar till kliniska riktlinjer och lokala rutiner. Vissa landsting som Stockholm och Västra Götalandsregionen har strukturer för att bearbeta och sprida kunskapsunderlag, säger Ulf-Johan Olson, Utvecklingspartner.

Avsändarna till olika kunskapsunderlag är också många, och de har olika funktioner. Nationella riktlinjer kommer från Socialstyrelsen, sammanställningar om bästa metod från SBU, kunskapsunderlag från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och medicinska indikationer för prioriteringar från Sveriges kommuner och landsting, SKL. Därtill finns kunskapsunderlag som tas fram av professionen.

Att kunskapsunderlagen har svårt att nå ut illustreras i en nyutkommen rapport kring epilepsivården, som Ulf-Johan Olson gjort på uppdrag av Svenska epilepsiförbundet. Beprövade metoder med god evidens, som epilepsikirurgi vid terapiresistent epilepsi, används bara sparsamt i vården. I stället används läkemedelsbehandling som präglas av »beprövad erfarenhet tillsammans med trial and error«, som det uttrycks i rapporten.



Roger Molin



Ulf-Johan Olson

»Ingen har en bra förklaring till detta, bara många olika hypoteser.«

Ett exempel på att kunskapsunderlag har svårt att nå ut är epilepsivården. Beprövade metoder med god evidens, som epilepsikirurgi vid terapiresistent epilepsi, används bara sparsamt i vården.

vänds läkemedelsbehandling som präglas av »beprövad erfarenhet tillsammans med trial and error«, som det uttrycks i rapporten.

– Ingen har en bra förklaring till detta, bara många olika hypoteser. De sena och få remitteringarna till epilepsikirurg kan, tillsammans med den mycket ojämna operationsfrekvensen på universitetssjukhusen, handla om remitteringsrutiner, okunskap, föreställningar om kirurgi som »sista utposten« och en allmän misstro mot kirurgi i hjärnan, säger Ulf-Johan Olson.

Enligt rapporten om kunskapsstyrning vill landstingen se att myndigheterna underlättar implementeringsarbetet genom att översätta till exempel riktlinjer och andra rekommendationer till korta faktadokument. Dessutom vill landstingen se mer samordning kring den statliga kunskapsstyrningen.

– Det finns enormt mycket

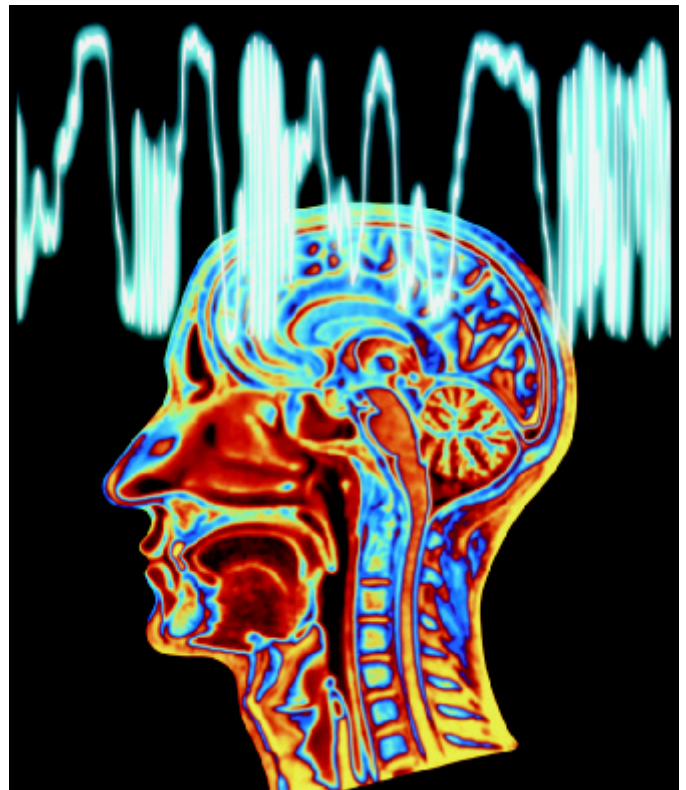


Foto: Sciencephoto

information i dag, det är svårt att sova för landstingen. Samtidigt är landstingen nöjda med Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som blivit en gyllene standard. Arbetsprocessen för att implementera dessa har blivit en del av arbetssättet för ordnat införande i vissa landsting. De har också höjt ribban för riktlinjer som tas fram av andra grupperingar, säger Ulf-Johan Olson.

Roger Molin, biträdande chef, avdelningen för vård och omsorg, SKL, tycker att det är svårt att finna någon bra lösning på problemen med landstingens implementering. Ett ordnat införande är däremot centralt, anser han.

– I stora landsting fungerar detta bättre, medan de små skulle behöva samordna system. I Ansvarskommitténs förslag, som handlar om kunskapsstyrning, arbetar några större regioner tillsammans kring detta, säger Roger Molin.

Helt avgörande enligt honom är att läkarprofessionen finns med i arbetet, då han menar att det inte är riktlinjerna i sig som är betydelsefulla utan den process som dessa medför. Roger Molin vill också avdramatisera problemets storlek om att en tredjedel av all vård skulle sakna evidens. Att utgå från en snäv syn på evidens håller inte, tycker han.

– Mycket som görs inom den beprövade erfarenheten är bra. Man ska inte underskatta behovet av ny teknologi. Motsatsen skulle ju vara att vården alltid inför varje metod samtidigt och på samma sätt överallt, vilket skulle leda till stagnerad utveckling. Samtidigt ska vi inte förringa problemet. Vi har stor variation mellan landstingen enligt öppna jämförelser, vi behöver mer struktur och ordnat införande, säger Roger Molin.

Agneta Borgström →

Modell för ordnat införande

Västra Götaland har satt upp egen ribba

Västra Götalandsregionen har skapat en egen utvärderingsmodell där en analysenhet evidensprövar alla nya metoder som kostar mer än en miljon kronor vid ett införande.

Vinsterna med ett eget lokalt utvärderingsarbete i regionen börjar visa sig efter de fyra år arbetet pågått i Västra Götaland. Omfördelningar av pengar görs allt mer så att allt fler metoder med evidens används.

– Arbetet har också lett till en »större trygghet» på sjukhusen, enligt Peter Lönnroth, biträdande sjukvårdsdirektör.

Regionen har satt upp en egen ribba: alla metoder, tekniker, indikationer, implantat och apparatur som kostar mer än en miljon kronor vid

ett införande, och medför kostnader som exempelvis nya resurser och bemanning, ska evidensprövas innan de används i vården.

Om ingen tidigare evidensprövning gjorts av till exempel SBU anlitas regionens HTA-enhet vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Vid HTA-enheten görs en genomgång av litteraturen för att se om det finns forskning kring metoden. Evidensgradering görs, likt



Peter Lönnroth

SBU:s metodik, av varje studie. Kravet för godkännande är minst tre studier med hög evidens.

Därtill läggs en hälsoekonomisk, etisk och organisatorisk analys av varje metod.

– På så sätt gör vi en mer lokalt anpassad utredning där nyttoprinciper finns med, säger Peter Lönnroth.

Flera metoder har godkänts och förts in under åren. En handlar om ny fosterdiagno-

stik, en annan om ny teknik för att screena för pulsåderbräck och en tredje om vätskebaserad cytologi. För att säkra införandet av nya metoder i Västra Götaland avsätts 0,8 procent av budgeten på varje klinik för att gallra ut gamla metoder.

– Alla har ett effektiviseringsuppdrag, som implicerar utmönstring förutom rationaliseringar och effektiviseringar, säger Peter Lönnroth.

Kulturen med att välja bort gamla metoder finns inte överallt än, menar Peter Lönnroth. Men utmönstringen sker allt oftare.

– Det finns en lojalitet kring frågan. I dag är benägenheten mycket mindre att trampa på i gamla fotspår.

Agneta Borgström

Om HTA i VG-regionen

HTA står för health technology assessment och innebär en bredare process där vetenskapliga resultat vägs ihop med ekonomiska, etiska och organisatoriska aspekter. HTA-centrum vid Sahlgrenska universitetssjukhuset är ett gemensamt arbete mellan Västra Götalandsregionen, SU och Sahlgrenska akademien.

»Skapa tydligare forskningsuppdrag«

Tydligare forskningsuppdrag till universitetssjukhusens verksamheter är en mer framkomlig väg än universitetsmedicinska centrum. Den slutsatsen drar Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen, som nu avslutat sitt arbete.

Ett av delegationens huvudbudskap, när man nu summerar tre års arbete, är att det till stor del är attityder som hindrar nödvändig samverkan inom den kliniska forskningen. Akademien uppfattar industrin som mest intresserad av att tjäna pengar, medan man inom industrin uppfattar det som att akademien ser ner på det som betecknas som uppdragsforskning.

– Vi har jobbat mycket med det inom delegationen, bland annat i form av regionala möten mellan industri och akademi. Vi tycker att vi har brutit upp en del av de förutfatta-

de meningarna, men här krävs ett fortsatt arbete, säger delegationens ordförande Nina Rehnqvist.

Att incitamenten för exempelvis en verksamhetschef på ett universitetssjukhus att prioritera klinisk forskning är svaga, särskilt i ekonomiskt trängda tider, togs upp i Olle Stendahls utredning om den kliniska forskningen. Hans lösning var att universitetssjukhus och fakulteter skulle slås samman till universitetsmedicinska centrum.

– Det är ett stort grepp att bilda de här bolagen, och vi tror att det är en mer framkomlig väg med ett tydligare uppdrag till verksamhetscheferna. Vi har lämnat förslag till en uppdragsbeskrivning där både sjukvård, forskning och eventuellt undervisning



Nina Rehnqvist

ingår. Ingår det i uppdraget kommer man att följas upp, säger Nina Rehnqvist.

Flera andra av Olle Stendahls förslag ställer sig delegationen bakom i sin slutrapport. Det gäller till exempel att stat och landsting bygger upp en fond för klinisk behandlingsforskning och att en nationell plattform bildas för samordning av kliniska forskningscentrum.

Delegationen påpekar samtidigt att den kliniska forskningen är beroende av en rad faktorer som staten inte styr över. Därför behövs samordning mellan industri, akademi, vård, myndigheter och patientföreningar. När nu delegationen, som haft en sådan samordnande roll, upphör med sitt arbete föreslår man att en central beredning för

klinisk forskning inrättas.

Olle Stendahl lyfte fram behovet av att stärka infrastrukturen, utan att ange något belopp. Det gör däremot delegationen, som anser att stat och landsting bör satsa i storleksordningen 500 miljoner kronor per år på kvalitetsregister, biobanker och patientdataregister.

– Det är mycket pengar, men vi anser att argumenten är övertygande, säger Nina Rehnqvist, som framhåller att den största vinsten skulle bli en bättre vård.

Det viktigaste, framhåller hon, är nu att energin som genererats av utredningens och delegationens arbete inte går till spillo.

– Det är bråttom, det går inte att vänta till efter valet. Det skulle behövas en snabb överenskommelse mellan stat och landsting om att nu satsar vi på det här.

Michael Lövttrup