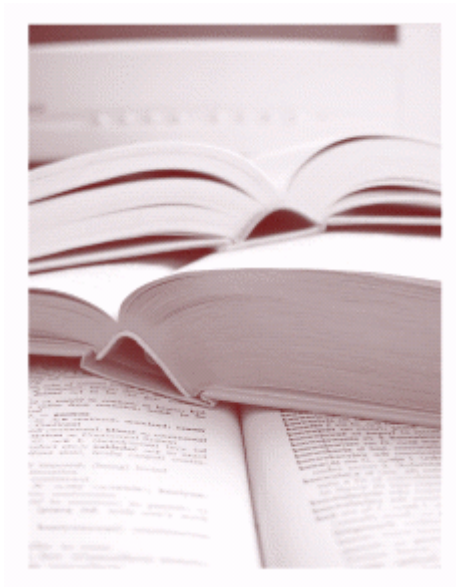


Förslag till kunskapsstyrning i Landstinget Västmanland

Resultat av utredning
mars 2008 – mars 2009

Slutrapport



Uppdragsgivare

Landstingsstyrelsen

Arbetsgrupp

Jerzy Leppert, CKF, sammankallande

Leif Bergkvist, division kirurgi

Egil Henriksen, division diagnostik

Marie-Louise Engström, CKF

Inge Eriksson, division medicin,
(läkemedelskommittén)

Christina Jogér, division närsjukvård

Eva Strand, division kirurgi

Peter Tilly, division närsjukvård

Josefin Viklund, division medicin

Referensgrupp

Måna Wallensteen t.f. hälso-sjvk dir.

Lena Burström, ledningsstab

Lars Lööf, läkemedelskommittén

Christina Hjulström, lärcentrum

Jan-Erik Johansson, samverkansnämnden

Per-Otto Olsson, division kirurgi

Kjell Enderborn, landstingsöverläkare

Ann-Christin Johansson, CKF

Representanter från fackliga
organisationer

Arbetsgruppen har haft cirka 20 träffar och gjort ett studiebesök i Odense. Referensgruppen har deltagit i fem möten med utredningsgruppen. Rapporten består av fyra delrapporter och en slutrapport.

Innehållsförteckning

Slutrapport	9
Bakgrund	10
Delrapport 1.....	12
Delrapport 2.....	12
Delrapport 3.....	13
Delrapport 4.....	13
Slutsatser och förslag till förbättringar.....	14
Slutord	16
Delrapport 1	17
Sammanfattning	18
Bakgrund	18
Tidsplan.....	20
Delområde 1 Kunskapsinventering, test av kunskaper om EBM.....	21
Delområde 2 Tillämpning av EBM inom sjukvården	22
Delområde 3 Användning av nationella och regionala resurser för kunskapsbildning -	23
Delområde 4 Resursallokering till kompetensutveckling	27
Delområde 5 Mål med framtida utveckling och kunskapsbildning vad gäller EBM.....	28
Konklusioner	29
Delrapport 2	31
Sammanfattning	32
Konklusion	32
Delområde 1 - Granskning av de regionala specialitetsråden	33
Delområde 2	36
Delområde 3 - Integrering av kunskapsstyrning i vårdprocessen - från vårdkedja till process.....	38
Delrapport 3	41
Inledning.....	42
Sammanfattning	43
Konklusion	43
Delrapport 4	49
Nationella kvalitetsregister i Landstinget Västmanland.....	50
Bakgrund	50
Syfte	50
Metod	50
Resultat.....	51
Konklusion	55

*Projektdirektiv Kunskapsstyrning
Slutrapport*

Bakgrund

Den snabba medicinska utvecklingen ställer allt större krav på förmåga till förnyelse och samordning i dagens och morgondagens sjukvård. Aktiv medicinsk behandling blir möjligt inom allt fler områden och för allt äldre patienter. Den tid är förbi då patienter och anhöriga var passiva mottagare av vård. Man vill numera göra aktiva val för att påverka sin eller nära anhörigas vård och välja vård efter vad som uppfattas som vård av god kvalitet. Sådana krav förutsätter en annorlunda styr- och lednings filosofi.

Den medicinska och tekniska utvecklingen inom sjukvården har stora konsekvenser för både folkhälsa och sjukvårdsekonomi. Kostnadseffektiv sjukvård av hög kvalitet måste bygga på evidens inom respektive verksamhetsområde. En viktig fråga är hur vi hanterar informationsflödet. Medarbetare, politiker och tjänstemän inom landstinget Västmanland (LV) tar del av eller medverkar i en mängd olika utredningar från nationell, regional och lokal nivå. Det är rimligt att en stor och kunskapsintensiv organisation som landstinget behöver anpassa, förankra och implementera rapporter, riktlinjer, nationella kvalitetsindikationer och öppna jämförelser på ett objektivt och kritiskt sätt innan detta accepteras som underlag i vårdprogram.

Kunskapsstyrning strävar efter kunskapsbaserade val och beslut på alla nivåer i sjukvården. Den inkluderar politisk värderingskunskap/beslut och utgår från den nationella strategin för "God vård" inom hälso- och sjukvården, som innebär att vården skall vara:

- patientsäker
- patientfokuserad
- kunskapsbaserad
- jämlik
- effektiv och
- ges i rimlig tid

I vårt fall kan kunskapsstyrning i huvudsak beröra två strategier. Den första kan beskrivas som "*Kunskapsförmedlande- ge stöd åt mottagarens kunskapsbildning genom planerad överföring av relevant information*". Detta innebär ökad aktivitet inom samtliga kliniker, varvid ledningen förväntar sig att professionen själv triggas till att skapa ökad kunskap om sina verksamheters innehåll och utveckla kunskapen bl a med hjälp av information som kommer från t ex Socialstyrelsen, SBU, Cochraneinstitutet, samverkansnämnden samt kunskapscentra som centrum för klinisk forskning (CKF), Läkemedelskommitté och andra kunskapsintensiva verksamheter.

Den andra strategin kan beskrivas som "*Interventionsstrategi- sändaren värderar kunskapen och vill påverka mottagarens beslut*". Som exempel kan nämnas Samverkansnämndens behandling av riktlinjer för tre stora verksamhetsområden (cancersjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar och astma) vilket resulterade i en medveten politisk prioritering och rekommendation gällande vårdens inriktning för att harmonisera hantering av dessa tillstånd inom regionen.

Mot denna bakgrund krävs att, enligt beslut i landstingsstyrelse från den 10 dec 2007 § 265, utarbeta direktiv för hur kunskapsstyrningen i Landstinget Västmanland skall organiseras. Uppdragsgivaren delade upp direktivet i fyra delområden. Utredningens resultat redovisas i respektive delrapport.

Delområde 1

Inventering av de befintliga strukturerna för kunskapsbildning inom Landstinget Västmanland.

Under denna punkt bör följande diskuteras:

- den befintliga kunskapsnivån om evidens baserad medicin (EBM)
- tillämpning av EBM inom sjukvården inom Landstinget Västmanland
- användning av nationella och regionala resurser för kunskapsbildning och spridning
- resursallokering till kompetensutveckling
- mål med framtida utveckling av kunskapsbildning

Delområde 2

Fortsatt utveckling av strukturerna för kunskapsbildning inom Landstinget Västmanland.

Under denna punkt bör följande beaktas:

- Relationen mellan de lokala och de regionala specialitetsråden bör utredas och granskas med hänsyn till eventuell dubblering av arbete
- utreda hur förutsättningar skapas för att lokalt förändringsarbete och implementering av ny kunskap ska kunna underlättas. Här finns bl.a. behov av gemensam kompetensutveckling och metodutveckling för att underlätta lokalt arbete
- kunskapsstyrningens integrering i vårdprocesserna

Delområde 3

Fortsatt utveckling av strukturerna för kunskapsintervention ur ett ledningsperspektiv inkluderande politiken.

De politiska och administrativa ledningarna behöver fortsatt utvecklat stöd i form av fasta resurser på lokal nivå för utveckling och anpassning av nationella riktlinjer, utvecklade prioriteringsunderlag för bl a horisontell prioritering, underlag för politiska inriktningsbeslut, tydligare forum för bedömning av och samtidigt införande av ny teknologi, uppföljning av vården på lokal och regional nivå samt kontinuerlig dialog med såväl den nationella nivån som den regionala. Även här kan ett stärkt stöd för lokala och regionala kompetenscentra ha stor betydelse för kunskapsstyrning från ledningsnivå.

Delområde 4

Fortsatt utveckling av strukturer för uppföljning av hälso- och sjukvården i Landstinget Västmanland som medger jämförelse och gemensamt lärande ur såväl befolknings- som produktionsperspektiv.

Resultat

Här följer en kort sammanfattning av resultaten för respektive delområde. För mer utförlig beskrivning av resultaten, se bilaga 1-4.

Delrapport 1

Kunskaper om EBM, tillgängligheten av vårdprogram, lokala PM samt finansiering av kompetensutveckling undersöktes med hjälp av enkäter, frågeformulär eller intervjuer.

1. Kunskaper om EBM, visade påfallande brister speciellt bland ansvariga för utveckling av sjukvården.
2. De vårdprogram och lokala PM, i den mån sådana fanns, var inte uppdaterade och saknade i regel hänvisningar rörande evidensgrad. De få vårdprogram som fanns var näst intill omöjliga att hitta.
3. Satsningen på kompetensutveckling inom respektive verksamheter var kraftigt underbudgeterad.
4. Det finns ett system för att ta emot och sprida information, men detta är inkonsekvent och uppvisar stor variation inom olika verksamheter.

Delrapport 2

Granskning av de regionala specialitetsråden roll och betydelse undersöktes med webbaserad enkät till samtliga specialister i länet. Förutsättningar för skapande av lokalt förändrings- och implementeringsarbete om ny kunskap samt integrering av kunskapsstyrning i vårdprocessen, studerades systematisk av medlemmar i arbetsgruppen.

1. Specialitetsrådet inom Uppsala-Örebro regionen som inrättades 2006 har inte fått något verksamhetsmässigt genomslag på lokal nivå. Detta bekräftas genom enkätundersökning genomförd bland samtliga specialister inom LtV.
2. Kännedom om vad specialitetsråden arbetar med och vilka rekommendationer man har gett ut, är låg bland specialisterna,
3. Det saknas viktiga förutsättningar för lokalt förändringsarbete och implementering av ny kunskap inom landstinget Västmanland.
4. Kärnan i kunskapsstyrning är att kunskap styr vårdprocessen. Den nuvarande organisationen i landstinget bedöms utgöra ett hinder för ett införande av kunskapsstyrda vårdprocesser.

Delrapport 3

Hearing med politiker, tjänstemän och sjukvårdsledningen visade på enighet om betydelsen av förändringar på ett antal områden i sjukvården.

1. Förbättrat kunskapsstöd behövs för uppföljning och rådgivning både vad gäller politiska och verksamhetsmässiga inriktningsbeslut.
2. Det finns behov av att samla och bättre strukturera information rörande kvalitet, arbetsmiljö och medicinsk information samt att hålla dem aktuella och lättillgängliga.
3. Det behövs ett organ med ansvar för implementering av lokala, regionala och nationella vårdprogram/riktlinjer.
4. Det föreligger behov av att stärka patientsäkerhetsarbetet genom inriktning på vårdprocess i stället för organisation.
5. Det finns behov av att skapa ett nätverk och förstärka samverkan mellan ovan nämnda organ och de verksamheter i landstinget som bedriver utbildning, forskning och utvecklings arbete.
6. I frågan om behovet av organisatoriska förändringar rådde rimlig samstämmighet bland deltagarna om nödvändigheten av detta.

Delrapport 4

Det har saknats bra system inom hälso- sjukvården för att göra uppföljningar av vården. Kartläggningen av vilka register som används i Landstinget Västmanland och hur de används gav följande resultat:

1. Återkoppling sker i det allra flesta fallen till verksamheten (klinik och klinikledning), dels genom tillgänglighet on-line via webben där man jämför sig med övriga riket, dels genom muntlig rapport och i några fall genom skriftlig rapport 1-2 ggr/år. Endast undantagsvis sker rapportering till landstingsledning, t ex i form av dokumentation i verksamhetsberättelsen. Ett fåtal av kvalitetsregistren används för lokal forskning
2. Det anges att i de allra flesta fall finns en central kontroll av registrens funktion, men att det sällan förekommer någon validering av lokalt inmatade data. För några register har stickprovskontroller genomförts.
3. I flera fall har behandlingsrutiner påverkats utgående från jämförelser med övriga riket. I hälften av fallen har inga åtgärder vidtagits.
4. Huvudsakligen sker registreringen av läkare, men såväl sjuksköterska och sekreterare medverkar ofta.
5. De tydligaste fördelarna som lyfts fram är kvalitetskontrollen av den egna verksamheten och möjligheten att jämföra sig med riket i övrigt. Tidsåtgången ses som en nackdel.

Slutsatser och förslag till förbättringar

Kunskapsutredningen visar på ett behov av förbättringar inom ett flertal områden för att möjliggöra framtida kunskapsstyrning i Landstinget Västmanland. Det råder enighet i arbetsgruppen om att förändringar av organisatorisk och arbetsmässig natur är nödvändiga. Det finns starka skäl att prioritera medarbetarnas fortbildning, tids- och resursmässigt Fortbildning, måste ses som en investering för högre kvalitet och effektivitet i vården. Utredningen är baserad på empiriska data, litteratur studier, dialog med politiker och sjukvårdsledning samt synpunkter från referensgruppen.

Vi har i första hand identifierat sex problemområden utifrån vilka vi lämnar förslag på möjliga lösningar.

Problem 1: Bristande kunskaper i evidensbaserad medicin (EBM) har identifierats hos operativa chefer.

Problem 2: Det föreligger svårigheter att få tillgång till vårdprogram och lokala PM.

Problem 3: Det finns brister i mottagande och spridning av ny medicinsk kunskap.

Förslag: Ovanstående tre problemområden är nära förknippade med varandra. Vårt förslag till lösning på dessa problem är att inrättandet ett kunskapscentrum (KC), som leds av hälso- och sjukvårdsdirektören (se fig. 1)

Kunskapscentrum bör ha följande huvudsakliga ansvarsområden:

- A. Inrätta en kunskapsportal där all medicinsk information såsom uppdaterade vårdprogram, lokala PM samt nationellt och internationellt genererad evidens samlas och görs tillgänglig och lätt sökbar via intranät och Internet.
KC har huvudansvaret att anpassa, förankra och lokalt implementera nationellt och internationellt genererad evidens och bör för detta syfte engagera lokala experter inom respektive ämnesområde.
- B. Samla kompetens som arbetar med kunskapsförmedling, kunskapsbildning, kvalitet och patientsäkerhet.
- C. Verksamhetsuppföljning ur kvalitetsperspektiv inklusive bevakning av nationella kvalitetsregister.
- D. Arbete med vårdprocesser.
- E. Utgöra en resurs för att stötta prioriteringsarbete.

Ett fungerande kunskapscentrum förutsätter

- medarbetare med vetenskaplig skolning (minst docentkompetens) och förankring i klinisk verksamhet
- en nära samverkan med Centrum för klinisk forskning, Läkemedelskommittén och Smittskyddsenheten/STRAMA och Kompetenscentrum för hälsa.
- att Lärcentrum införlivas med kunskapscentrum
- nära koppling till chefläkare
- att en stödfunktion för processarbete skapas i kunskapscentrum
- hälsoekonomisk kompetens
- ett fungerande professionellt nätverk med förankring på kliniker och vårdcentraler

Problem 4: Specialitetsråden inom Uppsala-Örebro regionen som inrättades 2006, har inte fått någon genomslagskraft lokalt.

Förslag: KC har till uppgift att skapa nätverk bland specialisterna inom landstinget och verka för regional samverkan, t ex genom de strukturer som redan finns (t.ex. regionalt onkologiskt centrum, det regionala läkemedelsrådet (7-klöver)). I de lokala nätverksgrupperna bör representanter för såväl primär- som sjukhusvård ingå.

Problem 5: Kärnan i kunskapsstyrning är att kunskap skall styra vårdprocessen. Vi menar att de organisatoriska förutsättningarna inte är optimala med dagens hälso- och sjukvårdsorganisation. Den nuvarande uppdelningen med ett stort antal divisioner och kliniker komplicerar arbetet med att kunskapsstyra patientfokuserade processer.

Förslag: I en framtida organisation, baserad på kunskap, kvalitet och effektivitet står patienten och vårdprocessen i centrum. För att inte organisationen skall försvåra arbetet med kunskaps- och processtyrning måste nuvarande klinik- och divisionsgränser ifrågasättas. Ett effektivt omhändertagande kräver i många fall i stället processtyrda centumbildningar. Möjliga projekt att starta med är t.ex. bröst-, gastro- och kardiovaskulärt centrum. Bildandet av sådana enheter bör ske i etapper med noggrann utvärdering för att dra lärdom av svårigheter och om hur organisation och ledning bäst skall vara.

Problem 6: I dagsläget finns ett stort antal nationella kvalitetsregister som verksamheterna i landstinget rapporterar till. Kvalitetssäkringen av in- och utdata är för ett stort antal register bristfällig och verksamheterna får från vissa register inga utdata alls.

Förslag: När resurser används för registrering måste Landstinget Västmanland ta ansvar för att indata är kompletta och riktiga (kontrollrutiner) och att samtliga berörda verksamheter deltar. En lokalt ansvarig person för varje kvalitetsregister skall finnas.

Kvalitetsregister är viktiga för att kunna bedöma sjukvårdens kvalitet, ur professionens och patienternas perspektiv. Vi föreslår därför att kvalitetsbokslut införs som en del av verksamhetsberättelsen. Underlag för detta kan bl a hämtas från väladministrerade kvalitetsregister.

En kontinuerlig översyn skall göras av vilka register verksamheten skall delta i, utgående från registrens interna kvalitet och värde samt vilken återkoppling som ges.

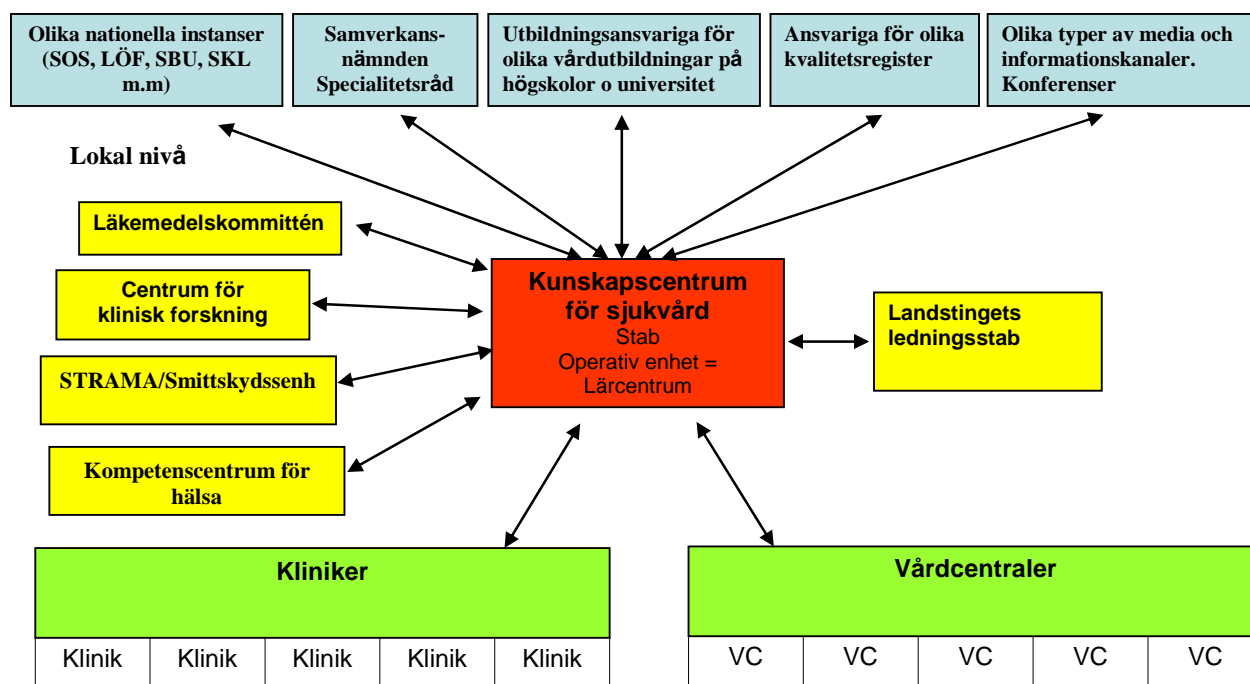
Slutord

Från kvalitets, patientsäkerhet och ekonomiskt perspektiv behöver hälso- och sjukvården kunskapsstyras. Detta kräver kompetenta ledare som vågar bryta invanda mönster, revir och traditioner och i stället utgår från patientprocesserna. Vi kommer att behöva medarbetare och ledare med entusiasm och engagemang, med förmåga till samverkan och som ser till helheten. Fortbildning måste prioriteras och ses som en investering i en kunskapsintensiv verksamhet. Detta är enligt vår bedömning den i särklass största utmaningen och en överlevnadsfråga för sjukvården i Västmanland.

Figur 1

Framtida kunskapsstyrning i Landstinget Västmanland

Nationell och regional nivå



*Projektdirektiv Kunskapsstyrning
Delrapport 1*

Sammanfattning

Den medicinska kunskapsutvecklingen sker i allt snabbare takt. Enskilda sjukvårdsanställda har allt

svårare att hinna följa kunskapsutvecklingen. Forskning visar att den kunskap som finns inte tillämpas fullt ut. Mot denna bakgrund krävs åtgärder som kan främja kunskapsbildning och rationalisering av vården. I enlighet med detta har landstingstyrelsen beslutat att starta ett arbete kring direktiv hur kunskapsstyrningen i Landstinget Västmanland skall organiseras. I den första delen av direktivet föreslås inventering av de befintliga strukturerna för kunskapsbildning inom landstinget. Inventeringen omfattade fem olika delområden:

- den befintliga kunskapsnivån om evidensbaserad medicin (EBM)
- tillämpning av EBM inom sjukvården inom Landstinget Västmanland
- användning av nationella och regionala resurser för kunskapsbildning och spridning
- resursallokering till kompetensutveckling
- mål med framtida utveckling av kunskapsbildning

Kartläggning resulterade i följande fynd:

1. kunskaper om EBM, mätta med hjälp av ett frågeformulär, visade brister speciellt bland gruppen som är ansvarig för utveckling av sjukvården (verksamhetscheferna)
2. genomgång av tillämpning av EBM inom sjukvården visade att de vårdprogram och lokala PM, om de fanns att tillgå, inte var uppdaterade och som regel saknade hänvisningar till evidensgraden
3. det finns ett system för att ta emot och sprida information, men den spretar och varierar inom olika verksamheter och för att uppfylla krav från uppdragsgivare krävs åtstramning och effektivisering.
4. mellan 0,5 till drygt 1% av budget inom de respektive verksamheterna var avsatta till kompetens-utveckling
5. Att så långt som möjligt använda EBM som underlag för beslut kring behandling och vård

Denna kartläggning är enligt vår kännedom den första i sitt slag inom Landstinget Västmanland och bygger på erfarenheter från ett antal slumpmässigt utvalda kliniker och vårdcentraler, vars representativitet säkert kan ifrågasättas. Trots detta kan vi med den empiriska erfarenhet som gruppen besitter, hävda att det med stor sannolikhet finns utrymme för markanta förbättringar inom systemet när det gäller de undersökta delområden.

Bakgrund

Den medicinska och tekniska utvecklingen inom sjukvården fortskrider snabbt, vilket har stora konsekvenser för både folkhälsa och sjukvårdsekonomi. Vetenskapliga studier och beprövad erfarenhet har visat att en effektiv sjukvård bör/skall byggas på de samlade evidenserna inom olika verksamhets-områden. För detta ändamål bör inrättas en stark mottagarorganisation som bygger på de enskilda medarbetarnas kliniska erfarenhet och välutvecklade förmåga att ta till sig ny kunskap och utrangera föråldrade rutiner.

En annan viktig del är den sjukvårdspolitiska organisationen, där politiker och tjänstemän inom Landstinget Västmanland (LV) tar emot en mängd olika utredningar på nationell, regional och även lokal nivå. Det krävs en samlad kraft för att kunna utvärdera alla rapporter, riktlinjer, nationella kvalitetsindikationer, öppna jämförelser osv.

Kunskapsstyrning strävar efter kunskapsbaserade val/beslut i alla led inom systemet. Den inkluderar politisk värderingskunskap/beslut och är målorienterad mot den nationella strategin för ”God vård” inom hälso- och sjukvården, som innebär att vården skall vara:

- säker
- patientfokuserad
- kunskapsbaserad
- jämlik
- effektiv och
- ges i rimlig tid

I vårt fall kan kunskapsstyrning i huvudsak komma att beröra två strategier. Den första kan beskrivas som ”*Kunskapsförmedlande- ge stöd åt mottagarens kunskapsbildning genom planerad överföring av relevant information*”. Detta innebär ökad aktivitet inom samtliga kliniker, varvid ledningen förväntar sig att professionen själv triggas till att skapa ökad kunskap om sina verksamheters innehåll och utveckla kunskapen bl a med hjälp av information som kommer från t ex Socialstyrelsen, SBU, Cochraneinstitutet, samverkansnämnden samt kunskapscentra som centrum för klinisk forskning (CKF), Läkemedelskommitté och andra kunskapsintensiva verksamheter.

Den andra strategin kan beskrivas som ”*Interventionsstrategi- sändaren värderar kunskapen och vill påverka mottagarens beslut*”. Som exempel kan nämnas Samverkansnämndens behandling av riktlinjer för de tre stora verksamhetsområde; cancersjukdomarna, hjärt-kärlsjukdomarna och astmavård som resulterade i en medveten politisk prioritering och rekommendation av vårdens inriktning för att harmonisera hantering av ovannämnda tillstånd inom regionen.

Mot denna bakgrund krävs att, enligt beslut i landstingstyrelse från den 10 dec 2007 §265, utarbeta direktiv för hur kunskapsstyrningen i Landstinget Västmanland skall organiseras. Uppdragsgivaren delade upp direktivet i fyra punkter, varav denna delrapport avser punkt 1.

1. Inventering av de befintliga strukturerna för kunskapsbildning inom Landstinget Västmanland. Under denna punkt bör följande diskuteras:

- den befintliga kunskapsnivån om EBM
- tillämpning av EBM inom sjukvården inom Landstinget Västmanland
- användning av nationella och regionala resurser för kunskapsbildning och spridning
- resursallokering till kompetensutveckling
- mål med framtida utveckling av kunskapsbildning

2. Fortsatt utveckling av strukturerna för kunskapsbildning inom Landstinget Västmanland. Under denna punkt bör följande beaktas:

- Relationen mellan de lokala och de regionala specialitetsråden bör utredas och granskas med hänsyn till eventuell dubblering av arbete
- utreda hur förutsättningar skapas för att lokalt förändringsarbete och implementering av ny kunskap ska kunna underlättas. Här finns bl a behov av gemensam kompetensutveckling och metodutveckling för att underlätta lokalt arbete
- vårdprocessernas integrering i kunskapsstyrning

3. Fortsatt utveckling av strukturerna för kunskapsintervention ur ett landstingsledningsperspektiv inkluderande politiken.

De politiska och administrativa ledningarna behöver fortsatt utvecklat stöd i form av fasta resurser på lokal nivå för utveckling och anpassning av nationella riktlinjer, utvecklade prioriteringsunderlag för bl a horisontell prioritering, underlag för politiska inriktningsbeslut, tydligare forum för bedömning av och samtidigt införande av ny teknologi, uppföljning av vården på lokal och regional nivå samt kontinuerlig dialog med såväl den nationella nivån som den regionala. Även här kan ett stärkt stöd för lokala och regionala kompetenscentra ha stor betydelse för kunskapsstyrning från ledningsnivå.

4. Fortsatt utveckling av strukturer för uppföljning av hälso- och sjukvården i Landstinget Västmanland som medger jämförelse och gemensamt lärande ur såväl befolknings- som produktionsperspektiv.

I marsmånad tillsattes en arbetsgrupp som har haft tre sammanträden fram till den 15 maj 2008. Arbetet har varit koncentrerat till punkten 1 och gruppens medlemmar har fått varsitt delområde att arbeta med.

Tidsplan

Delrapport vecka 21/2008

Slutrapport 30 mars 2009

Delområde 1 - Kunskapsinventering, test av kunskaper om EBM

(Jerzy Leppert)

Frågeställning

Hur väl olika grupper av sjukvårdsanställda förstår de vanligaste begreppen som används i den vetenskapliga litteraturen med anknytning till evidensbaserad medicin.

Metod

En enkät med 10 flervalsfrågor som berörde de oftast förekommande begreppen inom statistik, epidemiologi och forskningsmetodik konstruerades av medarbetarna vid centrum för klinisk forskning i Västerås, se bilaga 1. Frågeformuläret ifylldes anonymt under högst 10 minuter i samband med rutinmässiga träffar på kliniker, divisioner, vårdcentraler osv. Frågorna var validerade och reliabilitets testade. Verksamhetschefer (28), Läkare (51), verksamhetschefer primärvården (20).

Resultat

Frågeformuläret som presenterades blev besvarat i samband med sedvanliga möten.

Bland verksamhetschefer för primärvården hade fyra stycken högst två rätta svar och två stycken hade nio rätt.

Bland deltagarna i dialogforumet hade åtta stycken högst två rätta svar och tre hade nio rätta svar.

Kirurgkliniken hade två med högst fyra rätta svar och en som svarade rätt på tio frågor.

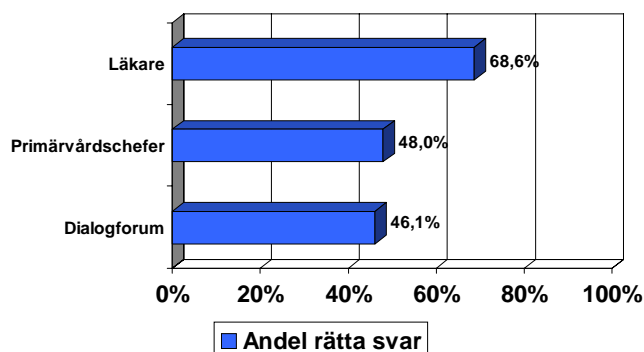
Kvinnokliniken hade två med högst tre rätta svar och en som svarade rätt på tio frågor.

Citypraktiken hade två med högst sex rätta svar och två som svarade rätt på tio frågor.

Medicinkliniken hade två med högst två rätta svar och fyra som svarade rätt på nio frågor.

Primärvårdschefer hade fyra med högst två rätta svar och två som svarade rätt på nio frågor.

Andel rätta svar, sjukvårdsanställda



Figur 1. Andelen rätta svar på 10 frågor gällande begreppen inom statistik, epidemiologi och forskningsmetodik med anknytning till evidensbaserad medicin uppdelad efter yrkes- och tjänstetillhörigheter.

Delområde 2 - Tillämpning av EBM inom sjukvården

(Leif Bergkvist, Eva Strand)

Frågeställning

Kartläggning av informationssystemen inom sluten- och primärvård, hur tillgängliga de är och hur relevant information de anställda kan få ur dem.

Metod

Vi började med att sända en förfrågan till ett urval av klinikchefer inom medicin och kirurgi angående vilka vårdprogram, PM, instruktioner m.m. som finns vid respektive klinik. Vi fick svar från en, med en hänvisning till klinikkens ”instruktioner”. Eftersom övriga trots påminnelser inte inkommit med något svar, baseras våra iakttagelser på de officiella instruktioner som finns klinikvis tillgängliga via Insidan.

Resultat

Det första intrycket är att det är mycket krångligt att nå klinikinstruktionerna. Även om alla kliniker i viss mån följt en mall för uppbyggnad av den egna hemsidan, så finns inte instruktionerna under samma rubriker på olika kliniker. I något fall når man inte samtliga instruktioner under den rubrik som heter just klinikkens samtliga instruktioner, utan man får söka via andra rubriker för att till slut hitta viktiga dokument. För den som inte har kunskap om att dessa skall existera blir det helt ogörligt att hitta dem.

Det andra intrycket är att det som kallas instruktioner är en blandning av administrativa rutiner, rutiner för hantering av läkemedel, operationsinstrument, avvikelserapporter, m.m. såväl som PM för handläggning av vissa sjukdomstillstånd och i enstaka fall vårdprogram för sjukdomar eller sjukdomsgrupper. Sökbarheten blir därför ytterst begränsad, man förlorar sig i mängden av ovidkommande information.

Det tredje intrycket är att de allra flesta kvalitetsdokument inte är uppdaterade. Enligt instruktioner för hur kvalitetsdokument skall hanteras framgår att de skall ha en begränsad giltighetstid, i allmänhet ett år. Majoriteten av inlagda kvalitetsdokument är inte uppdaterade de senaste 5-6 åren.

Det fjärde intrycket är att innehållet i det som kallas vårdprogram, i de flesta fall inte kan betraktas som vårdprogram. De innehåller ingen som helst dokumentation i form av referenser som stöder de rekommendationer som ges, inte heller någon gradering av befintlig evidens. I bästa fall kan dessa sk vårdprogram klassas som PM eller expertåsikter. Det betyder naturligtvis inte att det som står där är felaktigt, men dokumentation över riktigheten saknas. I några fall finns kompletta vårdprogram inlagda eller länkar finns angivna till vårdprogram som är tillgängliga på nätet.

Delområde 3 - Användning av nationella och regionala resurser för kunskapsbildning -

(Marie-Louise Engström, Peter Tilly)

Frågeställning

Tar klinikerna (enheterna) emot information från nationella instanser? Ifall den tas emot, på vilket sätt tas den emot och hur sprider man den sedan vidare i den egna verksamheten?

Metod

Ett första steg i vårt uppdrag var att göra en inventering över vilka olika nationella instanser och vilken typ av kunskapskällor som finns. Utifrån denna översikt valde vi ut några olika kunskapskällor och ett antal olika enheter inom landstinget som skulle ingå i vår utvärdering. Ett frågeformulär skickades ut till verksamhetscheferna för följande enheter: Geriatriska kliniken, Medicin 3, Ortopedkliniken, Citypraktiken, Eriksborg - Vallby, Ullvi -Tuna, Viksäng - Irsta

Följande frågor ställdes:

1. Tar ni emot information från nedanstående nationella instanser?
2. Hur tar ni emot information från nedanstående nationella instanser?
3. Hur sprider ni kunskapen från dessa kunskapskällor vidare i er organisation?

Vi önskade få svar på dessa frågor för nedan angivna kunskapskällor.

A. Socialstyrelsen (SoS)

Informationen vi syftar på här är ”nationella riktlinjer”

Vi önskade få svar utifrån tre nationella riktlinjer:

Sjukskrivning och Stroke

Sjukskrivning och Demens

Sjukskrivning och Rörelseorganens sjukdomar

Vilka alternativ som efterfrågades var beroende på vilken enhet som det skickades till

B. Socialstyrelsen (SoS) och Sveriges Kommuner o Landsting (SKL)

Informationen vi syftar på här är ”öppna jämförelser” som båda instanserna arbetar med

C. Landstingets Ömsediga Försäkringsbolag (LÖF)

LÖF administrerar patientförsäkringen och vi syftar till sammanställningar och statistik över anmälda vårdskador.

D. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

Tex. rapporter och publikationer som ges ut av SBU

Resultat - Framgår nedan för de olika klinikerna/vårdcentralerna .

Nationella riktlinjer (SOS)

Klinik/ Vårdcentral	Nationella riktlinjer	Tar man emot informa- tion?	Hur tar man emot informationen?	Hur sprids informationen?
<i>Geriatriska klin</i>	Stroke	Ja	Via nätet, konferenser, beställs direkt	Personliga ex internutbildning
	Demens	Ja	Via nätet, konferenser, beställs direkt	Personliga ex internutbildning
Medicin 3	Sjukskrivning	Ja	Kursen nationellt beslutsstöd på en ½ dag	Diskuteras på möten i olika former.
	Stroke	Ja	Bokform, finns spridd i organisationen	Viktigt instrument för vården. T.ex riktlinjer för strokeenheter och trombolys. Socialstyrelsen har utövat tillsyn och konstaterade att vi följer riktlinjer, förutom låg andel patienter som får trombolys. Man var missnöjd med att vi inte gått ut med info om trombolys i samhället - därav den helsidesannons vi haft i länets tidningar och den artikel som varit i VLT om trombolys. Vi har nu fått klartecken från SoS att vi följer riktlinjerna på ett adekvat sätt. Alltså viktigt dokument!
Ortoped. Klin.	Sjukskrivning	Ja	Mail + besök på SoS hemsida	Utbildning + genomgång
	Rörelseorganens sjd	Ja	Mail + från specialistförening	Genomgång på läkarmöten
CityPraktiken	Sjukskrivning	Ja	Alla läkare utbildade via Försäkringskassan + SOS hemsida	Diskuteras inom läkargruppen och förmedlas till övrig personal vid internutbildningstillfällen till övrig personal.
	Stroke	Ja	City Praktiken har bla. varit med när SOS granskade vårdkedjan angående ”Stroke” i Västmanland	Diskussion både före och efter granskningen av riktlinjerna med berörda personalkategorier
Eriksborg- Vallby	Sjukskrivning	Ja	Alla läkare utbildade via Försäkringskassan + SOS hemsida	Diskuteras inom läkargruppen samt vid arbetsplatsträffar.
	Stroke	Ja	Via nätet	Diskussion på läkarmöten
Ullvi- Tuna	Sjukskrivning	Ja	Vi bevakar SOS nyhetsbrev	Information muntligt och skriftligt. Hänvisar också till var det går att finna information på nätet. Läkarna deltagit i utbildning.
	Stroke	Ja	Vi bevakar SoS nyhetsbrev	Information muntligt och skriftligt. Hänvisar också till var det går att finna information på nätet.
Viksäng - Irsta	Sjukskrivning	Ja	Alla fam.läk har fått ett eget exemplar och vi har gått	Yrkesträffar en gång per månad. Tagit upp i dsk- och rehabgruppen

Klinik/ Vårdcentral	Nationella riktlinjer	Tar man emot informa- tion?	Hur tar man emot informationen?	Hur sprids informationen?
			igenom riktlinjerna på ett läkarmöte.	
	Stroke	Ja	Alla fam.läk har fått eget exemplar och vi har gått igenom riktlinjerna på ett läkarmöte. Utifrån dessa har vi aktivt arbetat för att förbättra vår blodtrycksbehandling. Vi har också sedan många år kvalitetssäkrat vår Waranbehandling och är aktiva med att sätta in blodförtunnande behandling vid förmaksflimmer	Yrkesträffar en gång / månad. Riktlinjerna även diskuterade i dsk-och rehabgruppen. Två dsk och en fam.läkare har varit på flera möten och informerat våra pensionärer.

Öppna jämförelser (SOS o SKL)

Klinik/Vård- central	Tar man emot information?	Hur tar man emot informationen?	Hur sprids informationen?
Geriatriska klin	Ja (Nysam)	Från divisionsledning	Arbetsplatsträffar
Medicin 3	Ja (spelar stor roll)	I den form de publiceras	Diskuteras på möten i olika former. Viktigt!
Ortoped. Klin.	Ja	Mail	Möten och mail
CityPraktiken	Ja	Läser valda för oss relevanta skrivelser	Diskussion inom läkargruppen och förmedling via internutbildning till övrig personal som berörs.
Eriksborg-Vallby	Ja	Via nätet/e-post	Diskussion inom läkargruppen och förmedling via internutbildning till övrig personal som berörs.
Ullvi- Tuna	Ja	Via nätet/e-post	Information muntligt och skriftligt. Hänvisar också till var det går att finna information på nätet.
Viksäng -Irsta	Nej		

Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF)

Klinik/Vårdcentral	Tar man emot information?	Hur tar man emot informationen?	Hur sprids informationen?
Geriatriska klin	Nej		
Medicin 3	Nej		
Ortoped. Klin.	Ja	Skriftlig form	Genom utvalda delar till läkarkollegiet
CityPraktiken	Nej		
Eriksborg-Vallby	Nej		
Ullvi- Tuna	Nej		
Viksäng -Irsta	Nej		

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

Klinik/Vårdcentral	Tar man emot information?	Hur tar man emot informationen?	Hur sprids informationen?
Geriatriska klin	Ja	Via nätet, konferenser, Läkemedelsindustrin, beställs direkt	Personlig ex via internutbildning
Medicin 3	Ja	Direkt till läkare	Genom vårdprogram och överrenskommelser
Ortoped. Klin.	Ja	Skriftlig form	Sammanfattningar till berörd personal och dokument i biblioteket
CityPraktiken	Ja	Beställer och läser	Diskussion inom läkargruppen och förmedling via internutbildning till övrig personal som berörs.
Eriksborg-Vallby	Ja	Skriftlig form	Diskussion inom läkargruppen och förmedling via internutbildning till övrig personal som berörs.
Ullvi- Tuna	Ja	Rapporter /publikationer skickas till FLM	Informerar muntligt och skriftligt. Rapporter och publikationer förvaras i biblioteket.
Viksäng -Irsta	Ja	Skriftligen	Cirkulation bland läkarna och berörda distriktsköterskor. Diskussion på arbetsplatsträffar.

Delområde 4 - Resursallokering till kompetensutveckling

(Christina Jogér, Inge Eriksson, Peter Tilly)

Frågeställning

Vilka synliga resurser finns allokerade till kunskaps-höjande åtgärder i Landstinget Västmanland? Finns ytterligare resurser, som inte redovisas på ett tydligt sätt?

Metod

Budgeten för kompetensutveckling har ställts i relation till den totala budgeten vid två representativa kliniker (inom division medicin resp kirurgi), två vårdcentraler (en offentlig och en privat) samt vid division psykiatri. Även centrala medel för kompetensutveckling och forskning har eftersökts. Som jämförelse har information om budget för forskning och utveckling inom kunskapsintensiva privata storföretag eftersökts.

Resultat

Fortbildningsbudgeten vid de två klinikerna- (infektionskliniken och kirurgkliniken) var ca 0,5% av omsättningen. Den offentligt drivna vårdcentralen hade reserverat 0,4%, den privata drygt 1%. Inom division psykiatri avsattes knappt 1%. Förutom de enskilda enheternas kostnader för kompetensutveckling finns inom landstinget tre centrala enheter med specifika uppdrag inom området forskning och kompetensutveckling – Centrum för klinisk forskning, Läkemedelskommittén och Lärcentrum. Deras sammanlagda budget utgör 0,6% av landstingets totala budget (med reservation för att hela denna budget inte används för kompetensutveckling och forskning då de centrala enheterna även har andra uppgifter i sitt resp reglemente). Landstingets synliga utgifter för kompetensutveckling och forskning utgör således mellan 1 och 2% av den totala omsättningen. Motsvarande siffror från privat industri var svåra att ta fram eftersom de ofta är sekretessbelagda, men från ett par börsnoterade företag erhöles uppgifter om satsningar på forskning omfattande ca 10% av den totala omsättningen, vartill kommer utgifter i samma storleksordning för kompetensutveckling av personalen.

Delområde 5 - Mål med framtida utveckling och kunskapsbildning vad gäller EBM

(Egil Henriksen, Josefin Viklund)

Frågeställning

Mål med framtida utveckling och kunskapsbildning vad gäller EBM

Metod

Litteraturstudier

Resultat

- Att sprida kunskap så att patienter och medarbetare vet vad EBM är och att förstå innebörden av begreppet evidensgrad
- Att så långt som möjligt använda EBM som underlag för beslut kring behandling och vård
- Att EBM skall vara en ledtråd i alla vårdprogram
- Att all behandling/vård skall kunna redogöra för graden av evidens exempelvis genom att ange vårdprogrammets viktigaste referenser och evidensgrad. Landstinget har en skyldighet att för varje behandling alltid ange evidensgrad eller brist på sådan.
- Att skapa ett system (styrkort) som utvärderar och följer upp dokumenterat användande av EBM i vården
- Att skapa förutsättningar för medarbetare i Landstinget att själva bedriva eller ta del av forskning och utvecklings arbete
- Att förtydliga EBM:s svårigheter att tolka vissa aspekter på människors liv och hälsa såsom tidigare livserfarenheter, livssituation, värderingar, livsåskådning
- Att ha en plan för hur behandling och vård skall hanteras när EBM inte ger råd

Konklusioner

Kunskapsinventering, test av kunskaper om EBM

Kunskapen om de oftast förekommande begreppen inom statistik, epidemiologi och forskningsmetodik var goda bland läkarna på medicin-, kirurg-, kvinnokliniken och Citypraktiken. Påfallande bristfälliga kunskaper har vi funnit bland verksamhetschefer inom både primär- och sjukhusvården. En förklaring kan vara, att inte alla bland de sistnämnda har medicinsk utbildning. Samtidigt medför denna position det stora ansvaret för utveckling inom respektive verksamhet, och det bör krävas gedigna kunskaper inom den verksamhet man är chef över.

Tillämpning av EBM inom sjukvården

Tillgängligheten är dålig, systemet ostrukturerat och svårt att söka i. Man måste skilja på instruktioner av administrativ karaktär, rutiner för vissa åtgärder och vårdprogram. Vårdprogrammen måste förses med referenser och evidensgraderas. En klar ordning för uppgradering måste tillkomma och ansvaret för att den görs tydliggörs.

Den mörka bild som här skisseras baseras på de uppgifter som finns tillgängliga på intranätet. I praktiken förekommer en rad andra mekanismer för kunskapsinhämtande. Läkargruppen har oftast kännedom om var kunskap kan hämtas och använder regelbundet olika nätbaserade informationskällor. Tillgängliga genomarbetade vårdprogram finns för många cancersjukdomar, hjärt-kärl sjukdomar m.m. och de används både i pappersform och genom sökning på nätet. Det måste dock anses som rimligt att klinikerna ser över vad som finns och anger sökvägar för detta. För andra personalgrupper kan det vara svårare att veta var man kan söka information, och även hur den skall värderas. Varje klinik bör därför göra en värdering av tillgänglig information och hänvisa till säkra källor.

Användning av nationella och regionala resurser för kunskapsbildning: Det finns fungerande system för att ta emot och sprida informationen när det gäller tre av de fyra uppräknade nationella instanserna. Den instans som man inte tog emot någon information ifrån var LÖF, angående sammanställningar och statistik över anmälda vårdskador (undantag ortopedkliniken).

Resursallokering till kompetensutveckling

Resursallokeringen till kompetensutveckling inom Landstinget Västmanland är i jämförelse med annan kunskapsintensiv verksamhet blygsam – även med hänsyn tagen till externa finansiärer och icke redo-visade kringkostnader. Extern finansiering från industrin kan inte påräknas i ett längre perspektiv, be-träffande anslag från central huvudman och forskningsfonder är framtiden oklar men det är väsentligt med ett synliggörande av såväl faktiska som nödvändiga medel och kostnader för kompetensutveckling. Den snabbt ökande mängden kunskap inom medicinsk vetenskap måste förankras inom praktisk sjukvård för att hög kvalitet och evidensgrad skall kunna bibehållas. Detta är av största vikt framför allt med tanke på patientsäkerheten men också för att i ett framtida regionalt perspektiv motivera högkvalificerad verksamhet i Landstinget Västmanland. Mot bakgrund av detta förutses behov av större resurser till kompetensutveckling och forskning (såväl utveckling som kvalitetssäkring) inom vårt landsting samt även en tydligare redovisning av kostnader (och intäkter) inom området. Det behövs en översyn av hur dagens och framtida resurser inom detta används, utgående från den medicinska verksamhetens och landstingets behov. Krav vad gäller kompetensutveckling bör också inkluderas i avtalsskrivning med privata aktörer inom vårdsektorn. En bättre struktur för fortbildning såväl internt som externt bör också etableras,

för att tillförsäkra medarbetarna adekvat kompetensutveckling och upprätthålla hög professionalism i landstingets verksamheter.

Mål med framtida utveckling och kunskapsbildning vad gäller EBM

Målet är att den vård som finansieras av landstinget V skall baseras på väl kända och accepterade vårdprogram som alla är evidensgraderade.

*Projektdirektiv Kunskapsstyrning
Delrapport 2*

Sammanfattning

I del ett av utredningen om kunskapsstyrning inom Landstinget Västmanland har vi tittat på de förutsättningar som finns att arbeta evidensbaserat inom hälso- och sjukvården. De empiriska studier som var grunden till första delen av utredningen avslöjade stora brister när det gäller kunskaper kring kända begrepp inom evidensbaserad medicin (EBM), speciellt bland de operativa cheferna. Tillämpning av evidensen bedömdes vara begränsad om man förlitar sig på de PM och vårdprogram som fanns att tillgå på de utvalda klinikerna.

Del två av utredningen förutsatte fördjupade studier av de befintliga strukturerna och förutsättningar för en bättre kunskapsbildning inom landstinget Västmanland, med speciellt fokus på *tre delområden*;

- granskning av de regionala specialitetsråden.
- vilka förutsättningar krävs för skapande av lokalt förändrings- och implementeringsarbete om ny kunskap.
- integrering av kunskapsstyrning i vårdprocessen.

Resultat av våra empiriska studier visar;

- att specialitetsrådet inom Uppsala-Örebro regionen som inrättades för cirka tre år sedan, inte har fått någon genomslagskraft i verksamheten lokalt.
- att kännedom om vad specialitetsråden arbetar med och vilka rekommendationer man har gett ut, är låg bland specialisterna,
- att det finns en stor diskrepans vad rådets medlemmar anger att de informerar om i relation till vad specialisterna uppfattar att de fått information om.
- att det idag saknas vissa viktiga förutsättningar för lokalt förändringsarbete och implementering av ny kunskap inom landstinget Västmanland.
- att kärnan i all kunskapsstyrning är att kunskapen styr vårdprocessen vilket saknar förutsättningar i dagens hälso- och sjukvårdsorganisationen.
- att den nuvarande ledningsstrukturen inom Landstinget Västmanland kan vara ett hinder vid inrättande av kunskapsstyrda vårdprocesser.

Konklusion

Kartläggningen visar tydliga brister i den lokala organisationen och dess samverkan med regionala och nationella kunskapscentra. Detta kan åtgärdas t.ex genom bildande av ett ”kunskapscentrum” som jobbar med implementering av ny kunskap med hjälp av en kunskapsportal. Kunskapsstyrning kommer ställa stora krav på ingående förändringar i den framtida sjukvårdsorganisationen.

Delområde 1 - Granskning av de regionala specialitetsråden

(Leif Bergkvist, Jerzy Leppert och Christina Jogér)

Bakgrund

Under 2004 och 2005 tecknades avtal om högspecialiserad vård mellan universitetssjukhusen och länsjukhusen i regionen. Med hänvisning till detta formulerades ett syfte med utveckling av regionala specialitetsråd. Dessa ska ge invånarna i regionen tillgång till en kvalitativ likvärdig vård oavsett hur de kommer i kontakt med sjukvården. Det är viktigt att betrakta kvalitetsbegreppet både ur ett patientperspektiv och ur ett sjukvårdsorganisatoriskt perspektiv.

Regionala specialitetsråd inrättades på uppdrag av samverkansnämnden för Uppsala-Örebro-regionen. I bakgrunden till uppdragsbeskrivningen pekades på behovet av en samlad kompetens inom regionen för att möta den snabba utvecklingen som sker inom den medicinska vetenskapen.

Samverkansnämnden tillstyrkte bl a förslag om:

1. En utökad samverkan inom varje sjukvårdsregion
2. Att sjukvårdsregionerna ges en tydligare roll och verksamhet
3. Att regionalt samarbete för att definiera sjukvårdsnivåernas arbetsuppgifter inom regionen intensifieras
4. Att en regional kraftsamling sker kring den kliniska forskningen

Samverkansnämnden har i ett nyskrivet dokument definierat 23 olika områden, där varje område ska ha ett specialitetsråd. Man uppdrog åt sjukhusdirektören vid Akademiska sjukhuset och universitetssjukhuset i Örebro att tillsammans med regionklinikernas verksamhetschefer sammankalla till möte med regionens verksamhetschefer inom olika specialiteter.

Ett första möte för de sammankallande i de 23 olika regionala specialitetsråden hölls den 1 juni 2006 i Västerås. Efter detta formulerades i september 2006 en första version av uppdragsbeskrivning för specialitetsråden i Uppsala-Örebro-regionen. I det generella uppdraget ingick som första punkt att lära känna varandra. Nästa punkt var att identifiera speciellt viktiga interna frågor och den tredje punkten att hantera socialstyrelsens nationella riktlinjer vartefter de publiceras och bereda sig för kommande nationella riktlinjer. Specialitetsråden skulle också hantera öppna jämförelser och definiera indikatorer för tioalet områden inom ramen för nationell vårdgaranti. Slutligen skulle man arbeta med metoder för prioriteringar. Specialitetsråden ålades att rapportera regelbundet.

Dokumentet innehåller också ett antal specifika uppdrag för de olika specialitetsråden.

Specialitetsråden fick i uppgift att:

1. Ansvara för regiongemensamt kvalitets- och resultatuppföljningsarbete inom sitt verksamhetsområde ofta uppmätta i kvalitetsregistren
2. Fastställa indikationer för utredning och behandling inom specialiteten. Detta är viktiga uppgifter för vårdprogramarbetet och i det näraliggande vårdgarantiarbetet för att fastställa behandlingsbehov, utjämna skillnader i behandlingsmetodik mm i regionen. Målsättningen måste vara att indikationerna blir nationella, t ex för ortopedi och katarraktkirurgi. Där så

inte sker, kan det vara lämpligt att ta fram regiongemensamma sådana.

Stärka det evidensbaserade arbetet inom sin specialitet

3. Stödja implementering i regionen av nationella riktlinjer när sådana tas fram inom specialiteten eller inom områden som kommer att påverka specialiteten
4. Vara initiativtagare och promotorer till kliniskt patientnära forskning. Den kliniska forskningen kan vara såväl specialitetsspecifik, som multidisciplinär och multiprofessionell. I detta arbete finns en koppling till en framtida regional forskningsfond
5. Aktivt stödja införande av evidensbaserade metoder och ompröva och ev. utrangera gamla metoder. Härvid kan stöd ges av olika kompetenscentra i regionen.
6. Ansvara för upprättande av rangordningslistor som underlag för vertikala prioriteringar
7. Planera för och initiera olika åtgärder för en god kompetensförsörjning inom specialiteten i regionen
8. Analysera och komma med förslag till hur olika bristsituationer kan hanteras. För mindre specialiteter kan detta innefatta planering t ex inför semesterperioder.

Frågeställningar

De frågor vi ställde oss inom utredningsgruppen för *kunskapsstyrning* var framför allt hur väl känt specialitetsrådets arbete är ute bland specialisterna på klinikerna i Västmanland och hur det har påverkat det vanliga arbetet samt vilket inflytande man har eller tycker man ska ha över specialitetsrådets arbete. Vi ville också höra specialitetsrådets medlemmars syn på liknande frågor.

Metod

För att ta reda på ovanstående frågeställningar konstruerade vi en webbaserad enkät som gick ut till samtliga läkare inom Landstinget Västmanland och där vi begärde svar från alla som hade specialistexamen. Företrädare för specialitetsråden tillsändes en pappersversion med frågor liknande dem i webb-enkäten.

Resultat

Totalt har 190 specialister svarat på enkäten, och 12 av rådets 19 medlemmar. Arton procent av de tillfrågade uppger att de känner till att det finns inrättade specialitetsråd i regionen. Endast 11 % kände till vem som företräder deras egen specialitet inom råden.



Ungefär 4 % av de tillfrågade har fått någon slags information från specialitetsråden eller diskuterat sådan information på kliniken. Tre procent anser att det har påverkat deras dagliga arbete. En stor majoritet har ingen uppfattning om vem de anser ska företräda specialiteten inom råden eller hur arbetsordningen ska vara (över 70 %).

Tretton procent anser att rådets beslut är styrande medan 43% anser att det är rekommendationer och att klinikchefen bestämmer. Å andra sida anser 29% att det är rekommendationer och den enskilda behandlande läkaren bestämmer. Slutligen tycker 2% att besluten är helt betydelselösa. Återstående 13% har inte svarat på denna fråga.

I de spontana kommentarerna till enkäten framgår att många har väldigt liten uppfattning om vad specialitetsråden sysslar med. Många har aldrig hört talas om dem överhuvudtaget. Man har väldigt liten uppfattning om vad de ska vara bra för.

De svarande rådsmedlemmarna hade arbetat i genomsnitt knappt 18 år som specialister, 10 var verksamhetschefer, en var sektionschef och en var överläkare UNS. Fem var utsedda av divisionschefen, två av klinikledningen, två av ledningskontoret, en av sjukhusdirektören, medan en angav att han var utsedd av en namngiven professor i Uppsala, och en fick bara en kallelse. Flera av ledamöterna hade använt klinikmöten, arbetsplatsträffar, morgonsamlingar eller mail för att föra ut information. Endast en av de tillfrågade angav att någon kollega framfört önskemål om frågor som skulle tas upp i specialitetsrådet 3-6 ggr per år, medan tre hade fått sådana propåer högst 2 ggr per år och åtta högst en gång per år.

Hälften av specialitetsrådets medlemmar ansåg att deras insatser inom rådet hade påverkat det dagliga arbetet. Nio ansåg att klinikchefen borde sitta i rådet, och 10 att alla landsting skall ha samma vikt. Sju personer ansåg att rådets beslut är rekommendationer, och att klinikchefen bestämmer på den egna kliniken. Tio ville fortsätta i rådet, men sex ville förändra rådets arbete.

Kommentar

Inrättande av specialitetsråd inom Uppsala-Örebro-regionen för knappt tre år sedan, synes inte ha fått något genomslag i verksamheten. Kännedomen om vad specialitetsråden arbetar med och vilka rekommendationer man har gett ut är låg bland specialisterna. Det finns en stor diskrepans mellan vad rådets medlemmar anger att de informerat om och vad specialisterna uppfattat att de fått information om. En fråga man kan ställa sig är om det överhuvudtaget är motiverat att ha en sådan organisation utanför de existerande organisationer som sedan länge fungerar väl, t ex vårdprogramgrupper inom ROCs regi, kärklubben, *kardiologerna* m fl formella eller informella strukturer som ändå fungerar och påverkar verksamheten. Om specialitetsråden ska finnas kvar får en översyn av verksamheten göras, framför allt ett tydliggörande av uppdrag, ställning i organisationen och en marknadsföring av vilka frågor man fattar beslut om.

Delområde 2

Utredning om hur förutsättningar skapas för lokalt förändringsarbete och implementering av ny kunskap

(Marie-Louise Engström, Inge Eriksson, Josefin Viklund)

Vården är en kunskapsintensiv verksamhet. Framväxten av kunskap inom de olika professionernas kunskapsområden går snabbt. Av den anledningen är det angeläget att ledningen inom landstinget tar ansvar för att ny kunskap anammas och förverkligas inom vården på ett effektivt och framförallt rätt sätt för att kunna erbjuda en god och säker vård. För att underlätta detta i det lokala arbetet finns det bl a behov av en framtida gemensam kompetensutveckling och metodutveckling.

I delrapport 1 presenterades följande observationer:

1. Enhetlig struktur (framtagande och presentation) för olika typer av dokument saknas (t ex vårdprogram, PM, klinikinstruktioner). Det är mycket krångligt att hitta den medicinska kunskapsbasen och viktiga dokument kan dölja sig under irrelevanta rubriker.
2. De dokument som finns tillgängliga är sällan uppdaterade.
3. Evidensbasen i dokumenten är osäker och referenser saknas ofta.

Mot bakgrund av slutsatserna i delrapport 1 har goda exempel sökts i omvärlden. Gruppen har utifrån detta material utarbetat förslag till hur förutsättningar för lokalt förändringsarbete och implementering av ny kunskap skall kunna underlättas.

1 Kunskapsportal

Den snabbt ökande kunskapsmängden ställer stora krav på ett strukturerat system för momentant tillgänglig evidens i vårdsituationen. Ny kunskap sammanställs huvudsakligen nationellt och internationellt, av olika myndigheter, och finns att söka i olika databaser (t ex metaanalyser i Cochrane).

För att denna kunskap skall vara lättillgänglig för alla medarbetare inom vården så krävs ett lokalt interaktivt IT-stöd. Detta IT-stöd kallar vi framöver för "Kunskapsportal". Här skall all medicinsk information (vårdprogram, PM, klinikinstruktioner) finnas och vara överskådlig och lättillgänglig genom en sökmotor baserad på diagnoser och en alfabetiskt förteckning. Dokumentationen skall vara allmänt tillgänglig, finnas på intranätet men även kunna nås externt via Internet. Kunskapsportalen skall även innehålla snabbänkar till nationella kunskapskällor såsom SBU, SoS, LÖF, SKL, TLV och LV. Samt även länk till den nationella databasen "Vårdprogram i Sverige" (ViS) där nationella och regionala vårdprogram finns registrerade. Övriga viktiga länkar är förstas till Pubmed och EIRA där vetenskapliga artiklar kan sökas.

Det är viktigt att de krav som ställs utifrån en kommande Kunskapsportal beaktas i förestående upphandling av intranät.

2 Kunskapscentrum

För att denna kunskapsportal skall kunna fungera i ett längre perspektiv så föreslår vi att en landstingsövergripande funktion inrättas som vi här kallar för "Kunskapscentrum", och som är direkt underställt landstingsdirektören. Ledningen av "Kunskapscentrum" är strategiskt viktig, då enheten kommer att få mycket stor betydelse för framtida utveckling av sjukvården. Chefen för denna funktion måste ha medicinsk och vetenskaplig kompetens och ha ett övergripande perspektiv och helhetsansvar. Därtill krävs fasta nyckelpersoner som ansvarar

för att samla in, förankra och sprida medicinsk evidens. Till "Kunskapscentrum" kopplas även ett nätverk av medarbetare med specialistkompetens inom olika ämnesområden. Deras uppgift är att ta ställning till ny evidens och vid behov föra ut den till personalen, t ex genom fortbildningsinsatser. De skall också uppdatera dokument i den landstingsinterna databasen och ta ansvar för att relevant ny kunskap läggs in i databasen. Dessa experters grundanställning ligger inom respektive verksamhet, men tid skall finnas avsatt för detta arbete. Det yttersta ansvaret att tillgodose erforderlig expertkompetens tillkommer respektive verksamhetschef.

Till "Kunskapscentrum" kan kopplas en administrativ enhet för underhåll av databaser, praktiska arrangemang i samband med fortbildningsaktiviteter etc.

Det är viktigt att redan etablerade resurser som idag är involverade i insamlande och förmedling av ny kunskap inom Landstinget Västmanland tas till vara i en framtida organisation. Hit hör Centrum för klinisk forskning, Lärcentrum, Läkemedelskommittén med dess expertgrupper och informationsläkarna, smittskyddsläkaren och STRAMA, studierektorsfunktionerna, biblioteksfunktionen, verksamheternas fortbildning, informationsavdelningen, den medicintekniska avdelningen och IT-avdelningen. I vidareutvecklingen av utredningens förslag bör hänsyn tas till dessa strukturer, dels hur deras uppdrag skall utformas, dels hur de på bästa sätt samverkar för undvikande av dubbelarbete och för optimalt resursutnyttjande.

Delområde 3 - Integrering av kunskapsstyrning i vårdprocessen - från vårdkedja till process

(Egil Henriksen, Eva Strand, Peter Tilly)

Vårdkedjan

Modern sjukvård är utan tvekan kunskaps intensiv. Det kanske är så att det är en av de mest kunskapskrävande verksamheter som finns i ett modernt samhälle. En kunskaps intensiv verksamhet utmärks av hög utbildningsnivå, små grupperingar med spetskunnande, stora krav på inflytande, individualism, ifrågasättande samt konkurrens mellan grupper eller individer. Relationerna mellan individer är ofta uppbyggda under lång tid och baserade på förtroende och gemensamma intressen/kunskap. Det finns komplicerade beroende förhållande mellan individer/grupper i en kunskapsintensiv verksamhet där kunskap från olika områden möts för att lösa problem. För att kunskap om vår hälsa skall bli praktisk sjukvård krävs omfattande samverkan mellan individer med olika kunskaper så att kunskapen finns tillgänglig för patienten vid rätt tillfälle. Med andra ord det räcker inte med en hög kunskapsnivå för att ge god vård man måste även se till att denna finns till för patienten i rätt tid och vid rätt tillfälle. För att detta skall bli möjligt krävs en väl definierad kedja där individer med rätt kunskap inte bara är med i kedjan utan är delaktiga i denna vid rätt tidpunkt. I och med att kunskap och evidens kontinuerligt förändras så måste kedjans innehåll kontinuerligt omprövas. Den organisation som finns i dagens sjukvård försvårar etablerandet av effektiva och dynamiska vårdkedjor. Med denna uppdelning så hamnar kunskapen som är basen i all vård mellan organisationen och vården så att kunskapen inte kan styra vårdens innehåll.

Vetenskap---EBM/kunskap---organisation---vårdkedja

Exempel ur verkligheten

Ung mopedist inkommer efter trafikolycka, medvetslös. CT hjärna visar kontusion. Patienten läggs initialt på IVA för övervakning, vaknar ganska snabbt till och förflyttas till kirurgavdelning för fortsatt vård. Har dåligt närminne, är aggressiv och är svår att mobilisera. Det finns god evidens för att rehabilitering på hjärnskadeenhet leder till att patienten snabbare kan återfå en normal funktion. Anmäls därför till rehabkliniken för övertagning, men där är fullt, och patienten blir liggande i tre veckor på kirurgavdelningen, där personalen inte varken har tid eller kunskap att sätta in rätt rehabiliterande åtgärder. Detta är ett vanligt förekommande scenario, där man utan allt för mycket fantasi kan se att en utbyggnad av rehabiliteringen skulle leda till förbättrat omhändertagande av patienten, bättre chans till bot, och skulle dessutom frigöra resurser från kirurgkliniken, som kan belägga sängen med andra patienter i behov av kirurgisk behandling. I nuvarande organisation har kirurgdivisionen ingen möjlighet att satsa på rehabiliteringsplatser, eftersom dessa tillhör medicindivisionen. Medicin skulle alltså få en ökad kostnad, och kirurgkliniken en vinst. Frågan har stötts och blötts i många år utan att nå en lösning.

Ett annat banalt, men ändå signifikativt exempel: Till slut har medicinska, kirurgiska och pediatrika gastroenterologer kommit överens om att ha regelbundna konferenser, med patologer och radiologer, för att diskutera och handlägga gemensamma fall. Alla är överens om nyttan av detta och bestämmer tid för första möte. Då uppstår frågan om var man skall mötas och vem som skall betala möteslokalen. Man måste alltså hyra en lokal av det egna

sjukhuset för att träffas, och ingen klinik vill själv stå för den kostnaden! Nu lyckas man lösa det på ett pragmatiskt sätt, men det illustrerar trögheten i systemet.

Processen

Uppdraget är att skapa största möjliga värden för patienten. Då fundamentet i all vård är kunskap är det viktigt att vi återvänder till vår bas och skapar en vård med utgångspunkt i kunskapen. Patienten har inget intresse av att bli vårdad här eller där men att värden gemensamt ger honom/henne ett optimalt omhändertagande. I dagens sjukvård kan detta omhändertagande aldrig ges inom ramen för en klinik eller division men sker i logistisk mycket komplicerade och byråkratiserade vårdkedjor. Vårdkedjor är i sig en slags process, men till skillnad för en process är en vårdkedja styrt av gränser och barriärer som ofta är dåligt definierade och besynnerligt byråkratiska. Det finns ett stort utrymme för godtyckande, fel och ineffektivitet i en vårdkedja.

I motsats till en vårdkedja är en process väldefinierad utifrån en etablerad kunskapsbas. Från denna beslutas vilka kunskaper som behövs vart och när. Ett sätt att beskåda processen är som en definierad kunskapsstyrd kedja bestående av diagnostik, omvårdnad, behandling och uppföljning. I processen ligger ett tydligt medarbetaransvar där alla inblandande har väl angivna uppgifter. När uppgifterna blir tydliga och begränsade så blir det evident vad för kompetens som behövs i processens olika steg. Det blir naturligt och nödvändigt att kompetensutveckla och överföra kunskap mellan yrkesgrupper för att klara kompetenskraven i processen.

Kärnan i all kunskapsstyrning är att kunskapen skall styra processen. Kunskapsenheten styr processen som till en stor del kan ersätta organisationen och den godtyckliga vårdkedjan. Processen är obyråkratisk och dynamisk och styrs utifrån vad som för tillfället är den mest optimala vården för patienten.

Vetenskap---EBM/kunskap---process

Exempel ur verkligheten

Tidigare när en kvinna kände en knöl i bröstet ringde hon till sin familjeläkare och fick en tid för undersökning (*i bästa fall inom 1 v*). Familjeläkaren beställde efter detta besök en mammografi (*väntetid 2-3 v*). Efter mammografin gick svaret tillbaka till familjeläkaren och patienten fick ett nytt besök (*i bästa fall inom 1 v*) för att få besked om resultatet av undersökningen att det fanns något i bröstet som då fordrade en remiss till kirurgen (*väntan i 2-3 v på detta besök*).

Vid detta besök gjordes ny undersökning och provtagning, cytologi med återbesök om 1 v. I bästa fall då en klar diagnos men i ett icke obetydligt antal fall blev cytologin inte helt diagnostisk, varför nya prover togs, och ett nytt besök till kirurgen innan beslut om operation togs (*ytterligare 1 v*).

Totalt: 4-5 läkarbesök och 7-10 veckors handläggningstid.

Idag ringer kvinnan direkt till bröststenheten och får en tid för mammografi *inom 2-3 v*. Om denna visar något som skall utredas vidare tas prover direkt på mammografin, en cytolog kontrollerar att provet är representativt, annars tas nya prover vid samma besök, och ett återbesök till kirurgen bokas inom 2 v, då beslutsunderlag finns.

Totalt: 2 besök och 4-5 v handläggningstid.

Organisation

Den organisation som landstinget för närvarande har är en organisationsform som följer den gamla traditionella synen på sjukvård. Indelningen följer ordningen med kliniker och divisioner. Organisationen är delvis inte konstruerad för att underlätta vårdens processer eller förbättra patientens säkerhet i vården. En förutsättning för att skapa en processinriktad vård är gränslösa flöden där ekonomiska medel följer patienten genom vården. Att ordna en processinriktad vård med ”betal- och gränsstationer” så snart en patient byter klinik eller division är om inte omöjligt så åtminstone svårt. Denna organisationsmodell motverkar effektivt försöken till samverkan, den är byråkratisk, omodern och kontraproduktiv. Är målet en processinriktad och patientsäker vård bör organisationen som den nu ser ut ifrågasättas.

*Projektdirektiv Kunskapsstyrning
Delrapport 3*

Inledning

Direktivet för det tredje delprojektet var att genomlysa en fortsatt utveckling av strukturerna för kunskapsintervention ur ett landstings- och ledningsperspektiv, inkluderande politiken. Genomlysningen har gjorts i form av hearing med tre olika grupper av beslutsfattare inom landstinget, divisionschefer, staben och den politiska ledningen. Hearingen omfattade 7 områden som bestämts i förväg, och utsänts till deltagarna för att de skulle vara förberedda. Vissa områden är näraliggande och i diskussionen växlade fokus ibland mellan de olika frågorna, varför det i nedanstående redovisning inte alltid finns svar från alla grupper på alla frågor.

Deltagande divisionschefer: Lars Jansson, Rolf Jansson, Per-Otto Olsson och
Liselott Sjökvist.
Deltagande från staben: Monica Berglund, Ann-Catrin Gabrielsson, Lena Tell och
Nils-Erik Gustafsson
Deltagande politiker: Birgitta Andersson, Tomas Högström, Ingvar Nordén,
Thomas Wihman och Denise Bergström.

Vi har valt att redovisa diskussionen grupp för grupp genom citat som är representativa för helheten. Citaten kan inte hänföras till någon enskild deltagare utan är vår tolkning av gruppens mening.

Sammanfattning

Ledningssystemet uppfattade alla grupperna som svårtillgängligt och bristfälligt.

Informationen är sorterad i stuprör med vattentäta skott emellan, sökfunktion saknas. Ett nytt intranät med kunskapsportal som är lättillgänglig bör vara högprioriterat område.

När det gällde frågan om hur ny kunskap kan implementeras talade divisionscheferna om tidsbrist, avsaknad av motivation och förordade vidareutbildning på fritid.

Staben ansåg att det finns problem med bristande styrning och att cheferna borde ställa mer krav på kvalitet, men att det också behövs politisk inblandning eftersom det kan bli ekonomiska konsekvenser.

Politikerna talade mer om att divisionschefer och klinikchefer måste våga pröva nya metoder, våga vara nyfikna, men också ha kunskap att värdera nya metoder. De menade att det måste finnas tid avsatt för att ta emot information, att kvalitetsregister är viktiga och att verksamheten bör följas upp via dessa.

Inrättandet av specialitetsråd uppfattades inte som helt lyckat.

På frågan om vetenskaplig skolning är bra för landstinget, var samtliga grupper överrens om att det behövs vetenskaplig skolning, men att det inte är självklart att den bästa vetenskapsmannen också är den bästa chefen och ledaren. Förmågan att leda och entusiasmera ansågs betyda mer än vetenskaplig skolning.

Kvalitetsregister ansåg alla vara viktiga. Däremot styrs inte verksamheten idag utifrån resultaten i dessa, utan enbart av ekonomin. Divisionscheferna efterlyste kvalitetsbokslut, staben oroades över kvaliteten på data och om vi är beredda att ta konsekvenserna av resultaten och politikerna talade om vikten av återkoppling från våra register.

Den viktigaste frågan just nu för divisionscheferna var vårdplatssituationen, man förordade lean som ett arbetssätt för att effektivisera och efterlyste bättre ledarskap och kunskapsstyrning. Man insåg att det kunde finnas vissa hinder i nuvarande organisation för ett effektivt processtänkande, men gruppen var inte enig om hur detta skulle lösas. Staben var rädd för att organisatoriska förändringar skulle skapa problem eftersom vi har invanda klinik och specialitetsindelningar. Politikerna däremot var mycket tydliga på att det behövs förändringar som underlättar patientprocesserna. Vi måste analysera patientens väg genom systemet och anpassa oss och organisationen efter den. Vi skall inte bara sätta patienten i fokus utan lära oss patientens fokus, och bygga hängrännor i stället för stuprännor.

Slutligen ansåg divisionscheferna att politikernas roll framför allt var att ge övergripande mål, skapa trygghet och långsiktighet. Staben var på det klara med att man inte kan bortse från politikernas betydelse, men att deras beslut inte alltid fattas enbart på kunskapsgrund. Detta höll politikerna själva med om, men framhöll också att man hade ambitionen att fatta beslut baserade på bra underlag och man önskade en bra dialog med verksamheten, lovade att vara lyhörda och modiga.

Konklusion

Det synes således finnas en samstämmighet beträffande brister i vårt nuvarande informationsnät inom landstinget. Det finns också samstämmighet beträffande behovet av att styra verksamheten utifrån kvalitet och kunskap och inte enbart med ekonomiska medel. Alla efterlyste gott ledarskap, och det finns ett embryo till ett förändrat tänkesätt när det gäller vårdprocesserna, och det sätt vi är organiserade idag.

Redovisning av resultatet av hearingen uppdelat per grupp och fråga

1. I det ledningssystem som finns idag finns dokumentation kring kvalitet, miljö och även medicinsk information samlad under rubriken ledningssystem och finns endast tillgängligt under respektive divisions hemsida. Har Du några tankar när det gäller denna struktur?

Divisionschefer

Det ledningssystem vi har idag är föråldrat och måste ses över. Vi saknar övergripande struktur och mycket tid går åt för att inom flera enheter skapa lokala instruktioner om samma sak.

Medicinsk information skall vara allmänt tillgänglig och oberoende av vilken klinik man tjänstgör vid. Men man måste också avgöra vad som skall finnas med, vad som är medicinsk information. Sökfunktionen är viktig så att man lätt kan hitta denna information.

Länkar till gemensam och regional information är viktigt. En bra lösning är en regional och nationell metodbok – likhet mellan landstingen är eftersträvansvärt.

Ett bekymmer som man måste tänka på är risken för att informationen inte är korrekt eller att den inte uppdateras kontinuerligt.

Staben

Det är angeläget med förändring från dagens system som i stor utsträckning kan rubriceras som ”stuprörmodell”. Det finns brister i användarvänlighet och det saknas tillräcklig hänsyn till professionens krav. En utveckling mot intranät är planerat och välkomnas. Det är viktigt att information finns tillgänglig även för intressenter utanför landstinget

Politiker

Dagens organisation följer gamla traditionella strukturer, där dokumentation knyts till respektive division. Stuprören gäller konsekvent. Den som efterfrågar dokumentation måste söka på flera ställen, inom de olika divisionerna. Optimalt vore att det fanns en central kunskapsbank, där alla lätt kunde söka information. Hemsidan behöver bli mer användarvänlig och bättre strukturerad. Informationen bör vara allmänt tillgänglig, alltså även för allmänheten. Patienter utan medicinska kunskaper kan behöva information, som är tillrättalagd för icke medicinskt skolade.

2. Det finns ett flertal nationella instanser som levererar mycket värdefull information som många gånger inte når den personal som är i behov av den för att ge en bra och kunskapsbaserad vård till våra patienter. Hur tycker Du att det ska fungera med att ta emot och sprida medicinsk information?

Politiker

Även för läkarna sker en snabb kunskapsutveckling, som gör det nödvändigt att rensa ut gammal kunskap. Medicinsk information bör absolut finnas under egen, lättillgänglig rubrik i ledningssystemet. Skilj på forskning och daglig vägledning i den operativa verksamheten. Bibliotek och lärcentrum kan vara aktörer för att säkra kunskapsförsörjningen. Landstingets annonssidor i lokalpressen är informativa och ett bra sätt att sprida information till allmänheten i rätt tid. Tiden är en avgörande faktor. Uppgiften är omöjlig om man inte först skapar tid – har man inte tid att ta emot är det ingen idé att något skickas ut.

Operationskliniken personalmöten är imponerande – här samlas all personal för att få samma budskap, vilket ger en gemensam kunskapsbas.

Kvalitetsregistren kan fylla en viktig funktion, vilket dock förutsätter vårt aktiva deltagande. Följer vi upp och utkräver ansvar? Läkemedelskommittén i Västmanland är duktiga på att förmedla kunskap. 14 personaltidningar är ofta inte effektiva – det är fina tidskrifter men man borde på ett bättre sätt baka in värdefull information i dem. Sådana brister är typiskt för hela organisationen.

Utredningens granskning av de regionala specialitetsråden ger nedslående resultat. I deras uppgifter ingår att stödja implementering av nationell kunskap – att då endast 4% av specialisterna har fått någon information från specialitetsråden är tråkigt.

3. Hur kan vi implementera de nya kunskaperna i vår verksamhet på ett effektivt sätt?

Divisionschefer

Det är svårast att hantera den icke specialitetsbundna informationen bra, de flesta har för mycket att göra och hinner inte med.

Beträffande medicinsk information måste någon kvalificerad person tilldelas ett uttalat ansvar för att bevaka sitt specialområde och tillse att databasen fortlöpande uppfyller state-of-the-art. Det är viktigt att göra informationen tillgänglig men också viktigt att skapa ett intresse hos den enskilde att söka information. Vi måste ställa krav på medarbetarna. Man måste kunna läsa facklitteratur även på kvällarna och återrapportering från möten och kongresser skall vara ett grundkrav. En möjlighet är också att kombinera lunchen med relevant medicinsk information. Den tekniska utvecklingen med videoinspelade föreläsningar ger oss möjlighet att ta del av fortbildning på valfri tid och plats.

Vi måste nå de som inte deltar i undervisningen. Ett exempel är det amerikanska systemet, som förutsätter att specialister går kurser med jämna mellanrum. Vi måste koncentrera oss mer på individens ansvar än på strukturen. Här krävs motivation!

Staben

Samtalet handlar mycket om behovet av styrning. Det gäller vårdprogram där det finns behov av ett strukturerat system för vårdprogram mm. Kostnadsaspekten måste också beaktas – här krävs ibland politisk involvering. Närvarande chefer är också en förutsättning liksom tydliga processer. Ett tydligt medicinskt ledarskap är viktigt för att skapa en yrkes stolthet och att ställa krav på vårdkvalitet.

Politiker

Här krävs två processer; den ena skall möta behoven hos den befintliga personalen, den andra hantera de ständigt nytillkommande – vi har en omsättning på 6-7% varje år. Det är viktigt att möta de nya på ett bra sätt och inte bara låta dem glida in i gamla etablerade traditioner.

Divisions- och klinikchefen skall pröva huruvida nya metoder skall användas, genom att bedöma kvalitet, ekonomi, sårbarhet. Genom att regionvårdsanslagen läggs ut på divisionerna finns möjlighet att hämta hem högspecialiserad vård och tjäna pengar – men det måste ske under kontrollerade former och allt skall bygga på evidens. Vi måste våga tänka och pröva något nytt, som man tror på. Vi får lita på att professionen med sin grundkunskap och vana att se vad som har förutsättningar att lyckas kan införliva lovande metoder. Man skall våga pröva nya metoder – vilket också förutsätter att man tar bort gamla.

Politikerna skall ge mandat att göra förändringar. Operativa chefer skall våga ta ställning för nya metoder framför gamla. Läkarnas fortbildning genererar många möjligheter att ta vara på modern forskning. Nyfikenheten är en av de största drivkrafterna – stimulera den enskilde aktörens nyfikenhet.

4. Hur kan vi inom sjukvården få nytta av vetenskaplig skolning? Eller är de vetenskapligt skolade en belastning?

Staben

Detta är en central fråga i ett kunskapsföretag. Det finns politiker som hävdar att vetenskapen inte vet bäst. Det finns också exempel på bristande ledarskap som handlar om att nedprioritera hur det medicinska arbetet fungerar. Olika synpunkter om hur vi ska kunna belöna vetenskaplig skolning presenterades. Det diskuterades hur nyheter introduceras utan egentlig evidens. Här är det viktigt att vetenskapligt skolade chefer kan stå emot och argumentera på ett bra sätt.

Hälsoekonomer är en viktig resurs som landstinget saknar.

Politiker

Det är inget fel att en chef är disputerad men det kan vara lika värdefullt att en medicinskt ansvarig läkare är disputerad som att en chef är det. Skilj på vetenskaplig skolning i professionen och ledarskapet. För landstingets ledare är det viktigare att ha erfarenheter och ett övergripande perspektiv, samt att kunna skapa förtroende inom arbetsgrupper.

Vetenskaplig skolning är en fördel men ledaregenskaperna är avgörande.

Ledaregenskaper är viktigast för att bli en bra ledare. Bra om detta inte står i motsatsförhållande till forskning, men det är inte alltid man hittar personer som har allt.

Forskningsutbildning och vetenskaplig skolning kan man inte komma förbi, den är viktig – men skall kopplas med goda egenskaper.

Utredningens förslag om ett kunskapscentrum är en viktig del för att tillvarata ny kunskap och sprida ut den.

Det är inte säkert att den duktigaste läkaren blir den duktigaste chefen. Han kanske kan leda verksamheten men förmår inte hantera personalen. Ledaren måste alltså inte vara den som har de djupaste ämneskunskaperna. Det kan vara förödande för organisationen om man hamnar fel i tillvaron. Vi vill ha personal som är vetenskapligt skolade men även kunskap inom andra områden som ekonomi är viktigt. Att vetenskaplig skolning skulle vara en förutsättning för att bli chef är däremot fel – även utan denna skolning kan man tänka systematiskt. Vårt synsätt måste vara att den som är bäst och mest lämpad för uppgiften skall få uppdraget som ledare och chef. Det är viktigt att ställa tydliga krav och då är det inte självklart att den bäste läkaren eller ekonomen blir den bäste divisionschefen eller personalchefen. Idag brister vi när det gäller att utgå från tydliga kriterier i chefsrekryteringen.

5. Att vi har en bra kvalitet på den vård vi ger är självklart men det är ju viktigt att följa upp resultaten av vårt arbete. Kvalitetsregister är ett exempel på registrering av data i vården. Hur styr vi utifrån detta? Hur ska vi validera och tolka dessa data?

Divisionschefer

Idag styr ekonomin – vi följer upp ekonomi men inte kvalitet, t ex i årsredovisningen.

Kvalitetsbokslut finns på andra håll. Följ upp kvaliteten så kommer den vetenskapliga skolningen in. Fråga cheferna var vetenskaplig evidens finns för de åtgärder man vidtar. Man kan inte kräva att alla ledare skall vara disputerade, men de bör veta hur den vetenskapliga kompetensen används i organisationen.

Såväl krav från patienter som ökande flora av öppna jämförelser talar sitt tydliga språk – kvaliteten kommer att bli avgörande för vår framgång. Någon i verksamheten måste ta ansvar för kvalitetsregistren, som utgör en grund för jämförelser.

Man kan styra genom att ställa krav på deltagande i registren samt genom att kräva redogörelse i årsredovisningen.

Det bör finnas någon ansvarig inom varje disciplin, som kontrollerar att kvalitetsregistren håller måtten

Staben

Det finns över 70 kvalitetsregister som man registrerar i Västmanland. Frågan är dock vad de mäter, vem som äger dem och om man kan lita på dem. Primärvården har 3 % av ersättningen kvalitetsrelaterad.

Framtiden innebär mer av öppna jämförelser och vi måste vara beredda på att redovisa vår kvalitet. Vi måste ställa krav på att verksamheterna mäter och redovisar kvalitet. Det man väljer att redovisa och mäta blir styrande för verksamheten. Innan man börjar mäta måste man vara beredd att ta ekonomiska konsekvenser av resultaten.

Politiker

Såväl när det gäller kvalitetsregister som öppna jämförelser är det viktigt att koppla tillbaka resultaten till de enheter där man utfört mätningarna. Återkopplingen är viktig för att skapa ett engagemang och en strävan efter att bli bäst. Det är chefens uppgift att utifrån resultaten vidta åtgärder och sträva efter förbättring.

6. Inom vilket område tycker Du att det är mest angeläget att vi börjar förändra arbetssätt och organisation?

Divisionschefer

Största bekymret är att hantera vårdplatsresurserna. Att skapa en effektivare process för de akut inlagda patienterna är centralt. Lean är bra men vi vet inte hur det blir än.

Alla områden behöver förändras. Vi är på väg mot en lean-filosofi. Man kan inte börja med allt samtidigt. Ledarskap och kunskapsstyrning är viktigt.

Men man kan inte börja med att ändra organisationen, mycket av det vi har idag är trots allt bra.

Men för att lösa uppgiften måste vi först inse att organisationen behöver ändras. Vi kan inte behålla dagens organisation.

Vi bör skapa en matrisorganisation med processägare som är ansvariga oavsett var patienten finns. Man kopplar resurser till processen, dessa flyter men måste kopplas ihop någonstans

Staben

Man ska börja i medvind. Där har man chans att bli framgångsrik. Man kan inte snabbt förändra organisationen eftersom det finns en klinikstruktur och en specialist organisation. I planeringen av nya vårdbyggnaden kan man planera för nya processer. Vi måste sträva efter att mäta resultatet i annat än pengar. Vi måste ha en positiv ansats inte bara peka på vad som är brister. Medinflytande och delaktighet är viktigt.

Politiker

Vad är skillnaden mellan utredningens förslag om kunskapscentrum och nuvarande CKF?

Avses endast en utökning av resurserna eller är det fråga om ett nytt arbetssätt?

Först och främst måste vi titta på vårdprocessen och koppla den till kunskapen. Analysera patientens väg genom systemet. Ta bort stuprören och handlägg patienten på rätt vårdnivå. Utgå från patientperspektivet. Vårdprocesserna är den viktigaste utgångspunkten. Patienten i fokus – eller patientens fokus. Bygg hängrännor i stället för stuprör. Vi kan inte fortsätta att jobba som vi alltid har gjort – man börjar om när patienten flyttar mellan olika enheter i stället för att fortsätta där någon annan slutat. Gör rätt saker på rätt ställe!

Visst behöver vi göra något åt stuprören och se över klinikgränserna. Men man måste börja med cheferna innan man går in på logistiken. En förutsättning för att nå resultat i ett förändringsarbete är att ha chefer och ledare med sig.

7. Vilken roll / funktion bör politiker ha i ett kunskapsstyrt landsting?

Divisionschefer

Politikerna skall formulera övergripande mål, t ex vad gäller tillgänglighet och kvalitet. Politik innebär att skapa trygghet. Besluten måste vara långsiktiga och inte relaterade till valperioderna, för att skapa en hållbar trygghet för befolkningen i Västmanland. Politikerns roll blir ännu svårare i en kunskapsstyrd organisation.

Den politiska arenan hamnar ännu mer i blickfånget när det blir aktuellt med prioriteringar på ett befolkningsplan.

Staben

Politiska frågor går inte att bortse från. Vi måste hjälpa dem med evidens och kvalitetsjämförelser. Den politiska logiken är dock ibland en annan.

Politiker

Politiker är beställare, supportrar och ifrågasättare. Politiker har också krav på kunskap och evidens för att fatta kloka beslut. Men politiker behöver inte alltid vara rationella. Beslut kan bero på en beställning från väljare eller partigrupper och det baseras inte alltid självklart på evidens. Beroende på de resultat som förs fram drar vi våra slutsatser. Ju bättre underlag desto bättre beslut, vilket gäller såväl offentlig förvaltning som privat verksamhet. Alla vill ha kunskap och evidens.

Vi skall ha regelbundna kontakter med verksamheten för att få kunskap om vad som händer. Att ha mod att säga nej ibland förutsätter intresse och ett kontinuerligt informationsutbyte.

De tre ledorden för att politiker skall ha mod att ta nödvändiga beslut är: Dialog. Lyssna.

Våga.

Vi kan vara idésprutor, tänka fritt och framför allt långsiktigt. Vi skall stå upp för vår ideologi.

Politiker skall våga stå för fattade beslut och stödja cheferna när det gäller viktig utveckling.

*Projektdirektiv Kunskapsstyrning
Delrapport 4*

Nationella kvalitetsregister i Landstinget Västmanland

Bakgrund

I Sverige finns idag 64 register som får ekonomiskt stöd via beslutsgruppen för Nationella kvalitetsregister. Tre kompetenscentra för kvalitetsregister har skapats. Därutöver finns det över hundra register och fler kompetenscentra som söker ekonomiskt stöd.

I beslutsgruppen ingår representanter från Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening. Till sin hjälp har beslutsgruppen en expertgrupp som går igenom ansökningarna och ger förslag till beslut.

De flesta av dessa register har startats av den medicinska professionen, läkare och andra experter, som ansåg att det behövdes bättre uppföljning av vården. Vi har i all hälso- och sjukvård väl utbyggda system för att följa upp verksamheten ur ekonomisk och personaladministrativ synvinkel. Motsvarande system har inte utvecklats för arbetet med patienterna, trots att detta är själva kärnan i, och själva syftet med verksamheten. De nationella kvalitetsregistren har därför utvecklats under 1990-talet för att fylla detta tomrum.

Registren innehåller personuppgifter om problem/diagnos, behandling och resultat och därmed ges en möjlighet att följa upp t ex resultaten av olika behandlingsåtgärder, på såväl nationell nivå som lokal nivå. Internationellt har registren fått stor uppmärksamhet genom dess unika möjligheter till uppföljning och utveckling av hälso- och sjukvården. Kvalitetsregistren möjliggör lärande och ständigt förbättringsarbete och är en nödvändig ingrediens i ett modernt hälso- och sjukvårdssystem. Dessutom är de en viktig tillgång för den kliniska forskningen. Det är därför viktigt att man tydliggör vilka register som finns och används i vårt landsting.

Syfte

Att kartlägga vilka register som används i Landstinget Västmanland och hur de används.

Frågeställningar

- 1.Sker återkoppling från registren till kliniken, ledningen och lokal forskning ?
- 2.Finns rutiner för kvalitetskontroll av data i registren?
- 3.Har åtgärder vidtagits utifrån registerdata?
- 4.Rutiner för registrering, Vem registrerar? Uppskattad tidsåtgång?
- 5.Uppskattad täckningsgrad av registret (andel registrerade)
- 6.Övriga kommentarer, fördelar och nackdelar med registren?

Metod

En förfrågan om vilka kvalitetsregister vi använder oss av i Landstinget Västmanland gjordes till central kvalitetsledare och divisionschefer. Frågan gick vidare till verksamhetschefer och klinikchefer för respektive specialitet. Vi har tillsammans identifierat ett 70-tal register.

För att få svar på hur dessa register används och vad man får ut av de data som rapporteras in så utformades ett strukturerat frågeformulär med 6 frågor. Vi kontaktade verksamhetschefer, klinikchefer eller enhetschefer och gjorde intervjuerna per telefon.

Resultat

Tretton kliniker, Familjemottagningar samt Närsjukhusen blev tillfrågade om vilka nationella register som finns på de olika enheterna. Följande register är identifierade i dagsläget:

DIVISION MEDICIN

Medicinkliniken

Nationella Diabetesregistret
Riks Stroke
MS registret

Njursektionen

Svenskt register för aktiv uremivård
Svenskt dialysdatabasregister

Dessa två register är nu ersatta av Svenska njurregistret (SNR)

Kardiologen

RiksHIA
SCAAR (Svenska Coronarango och Angioplastik Registret)
Svenska Pacemakerregistret
Nationella hjärtstoppregistret

Lungsektionen

Swedevox (oxygen och ventilatorregister)
Nationella lungcancerregistret
alfa-1-antitrypsinregistret

Reumatologsektionen

Svenska Reumatologi Registret (SRR)

Barn och Ungdomskliniken

PNQ perinatale kvalitetsregistret
Diabetesregistret
Celiakiregistret
Boris (nytt)
IBD registret (nytt)
NOPHO- nordisk pediatrik hematologisk onkologi
Barnhälsovårdens nationella register/BVC enhet
Nationella GH registret (Growth hormon)

Infektionskliniken

InfCare HIV
Infektionsläkarföreningens internetbaserade kvalitetsregister
Endocardit
Meningit
Pneumoni
Skelett och ledinfektioner
Sepsis

DIVISION KIRURGI

Kirurgkliniken

Kolorektalsektionen

Nationellt kvalitetsregister för koloncancer

Nationellt kvalitetsregister för rektalcancer

Bröstsektionen

Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer.

Nationella registret för malignt melanom

Övre gastro och endokrinkirurgi

Nationella registret esofagus/ventrikelcancer (NREV) (nytt)

Nationellt register för lever, gallvägs och gallblåsecancer (nytt)

Svenskt register för gallstenskirurgi (GallRiks)

Svenska bräckregistret

Skandinaviskt Kvalitetsregister för Tyroidea och Paratyroidea Kirurgi.

Scand Obesity Surgery registry (SOREg) (nytt)

Kärlkirurgiska kliniken

Swedvasc

Arosvasc

Kvinnokliniken

GynOp register (nytt)

Infertilitetsregister

Onkologkliniken

Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer.

Nationellt protatacancerregister

Lymfomregister

Testiscancer

Ortopedkliniken

Höftprotesregister

Knäprotesregister

Armbågsprotesregister

Ryggregister

Korsbandsregister

Axelprotesregister

Operationskliniken

Intensivvårdsavdelningen

PAS IVA

Narkos

Hjärtstoppregister

Urologkliniken

Nationellt prostatacancerregister

Blåscancer

Njurcancer

Peniscancer

Öron-näs-halskliniken

Myringoplastik

Otoskleros (stapedotomi, stapedektomi samt stapesmobilisering)

Septumplastik

Tonsillektomi

Vuxna med grav hörselnedsättning

Huvud-halscancerregistret

Ögonkliniken

Nationella kataraktregistret

Makularegistret (nytt)

Svenska cornearegistret (nytt)

Europé

DIVISION NÄRSJUKVÅRD

Familjeläkarmottagningar, Närsjukhusen

Nationella Diabetesregistret

RiksStroke

Waranregistret

Psykiatriska kliniken

Bipolär

RiksÄt

BUSA (nytt)

PsykosNy

Rättspsykiatriskt kvalitetsregister (nytt)

SBR= Svenskt beroenderegister

SÖK= Sexuella övergrepp mot barn/ungdomar

Nedanstående frågor användes vid intervjuerna. Vi har fått in följande svar på frågorna från klinikerna på ett 60-tal register.

1. Sker återkoppling från registren till kliniken, ledningen och för lokal forskning ?

Återkoppling sker i de allra flesta fallen till verksamheten (klinik och klinikledning), dels genom tillgänglighet on-line via webben där man jämför sig med övriga riket, dels genom muntlig rapport och i några fall genom skriftlig rapport 1-2 ggr/år. Endast undantagsvis sker rapportering till landstingsledning, t ex i form av dokumentation i verksamhetsberättelsen. Ett fåtal av kvalitetsregistren används för lokal forskning.

2. Finns rutiner för kvalitetskontroll av data i registren?

Det anges att i de allra flesta fall finns en central kontroll av registrens funktion, men att det sällan förekommer någon validering av lokalt inmatade data. Kontroll av lokalt inmatade data sker i vissa fall t ex genom att en sjuksköterska kontrollerar data mot journaler, Regionalt Onkologiskt Centrum (ROC) gör stickprovskontroller i regionen; Uppsala Clinical Research Centre (UCR) och thyreoidearegistret skickar en person hit för att slumpvis välja ut ett antal journaler och kontrollera dessa mot inregistrerade data. Matchning görs mot cancerregistret för att kontrollera fullständigheten i rapportering för samtliga register vid ROC.

3. Har åtgärder vidtagits utifrån registerdata?

I hälften av fallen har inga åtgärder vidtagits. I flera fall har behandlingsrutiner påverkats utgående från jämförelser med övriga riket.

4. Rutiner för registrering, Vem registrerar? Uppskattad tidsåtgång?

Huvudsakligen sker registreringen av läkare, men såväl sjuksköterska och sekreterare medverkar ofta.

I vissa fall har registreringen helt delegerats till sjuksköterska och/eller sekreterare.

Tidsåtgången varierar mellan några minuter till en timme. Många påpekar att registreringen är tidskrävande.

5. Uppskattad täckningsgrad av registret (andel registrerade)

Täckningsgraden rapporteras i de flesta fall som nästan 100%. Några undantag finns, främst inom psykiatrin.

6. Övriga kommentarer, fördelar och nackdelar med registren?

De tydligaste fördelarna som lyfts fram är kvalitetskontrollen av den egna verksamheten och möjligheten att jämföra sig med riket i övrigt.

Tidsåtgången ses som en nackdel.

Konklusion

Det är viktigt att tydliggöra vårdens mål och behandlingsresultat. De nationella kvalitetsregistren är ett sätt att möjliggöra ett systematiskt utvecklings- och kvalitetsarbete.

Kvalitetsregistren utgör en värdefull resurs för jämförelse med riket, något som kan påverka den egna verksamheten. En nackdel är att hanteringen kräver mycket tid. Resultaten återkopplas till verksamheten men kanske inte på ett så bra och strukturerat sätt att det medger uppföljning av våra behandlingsresultat. Dessutom används registren sällan i lokal forskning och resultaten dokumenteras endast undantagsvis i verksamhetsberättelser.

I framtiden bör tid avsättas såväl för en kvalitetssäkrad inmatning av data (validering) som för återkoppling av kvalitetsregistrens resultat till klinikerna, för att åstadkomma förbättrad kvalitet och patientsäkerhet. Kvalitetsaspekter bör bland annat utifrån registerdata belysas i verksamhetsberättelser och det vore en fördel om forskning kunde bedrivas lokalt utifrån registerdata. Man bör också dra slutsatser om vilka register som gynnar verksamheten och allokera resurserna till dessa.

En annan viktig aspekt i det fortsatta arbetet med kvalitetsregister är att tydliggöra vem som har lokalt ansvar för respektive register (för såväl indata som utdata). Detta är en förutsättning för att upprätthålla kvalitet och få genomslag av resultaten.