

LANDSTINGET I VÄRMLAND

Revisionskontoret
Anna-Lena Wallin

Dnr Rev/08082

2009-02-19

Medverkan i Nationella kvalitetsregister och implementering av SBU-rapporter

Rapport 7-08

Sammanfattning

Landstingsfullmäktige har fastställt att Landstinget i Värmland ska kännetecknas av effektivitet och kvalitet där evidensbaserad vård har en given plats i den kliniska vardagen.

Medverkan i nationella kvalitetsregister och implementering av SBU-rapporter ligger i linje med en evidensbaserad vård av hög kvalitet. Revisionsrapporter har tidigare genomförts på dessa områden och den nu genomförda granskningen, ”*Medverkan i Nationella kvalitetsregister och implementering av SBU-rapporter*”, syftar till att följa upp föregående rapporter.

Revisorernas avsikt med denna rapport är att granska om de synpunkter som lämnats i tidigare rapporter lett till avsedda förbättringar och om landstingsstyrelsen vidtagit de åtgärder som styrelsen utfäst sig att genomföra.

Granskningsarbetet har genomförts med hjälp av en enkät som skickats ut till verksamhetsansvariga inom landstinget i Värmland med frågeställningar gällande medverkan i nationella kvalitetsregister och implementering av SBU-rapporter. Därutöver har information sökts genom olika dokumentstudier och personliga kontakter.

Resultatet av granskningen påvisar en ökad fokusering på kvalitetsfrågorna inom Landstinget i Värmland, vilket synliggörs i bland annat landstingsplan och styrkort. Det kan dock konstateras att många av de förslag som framförts i de tidigare rapporterna fortfarande har aktualitet. Ett dokument med generella riktlinjer avseende ansvar, medverkan, uppföljning, resurser och finansiering av nationella kvalitetsregister skulle klargöra landstingets intentioner. Dokumentet skulle även ge stöd åt verksamheterna vilket även svaren från den utskickade enkäten styrker.

När det gäller implementering av SBU-rapporter framkommer att gällande handlingsplan inte fungerat på avsett sätt och att utvecklingsstaben därför utarbetat förslag till ny handlingsplan. De inkomna svaren från den utskickade enkäten visar bland annat att dokumenterade och enhetliga handlingsplaner saknas för att på ett optimalt sätt implementera relevant evidensbaserad kunskap. Resultatet från enkäten påvisar därmed ett behov av att en förbättrad handlingsplan med definierade rutiner och ansvar införs.

Medverkan i Nationella kvalitetsregister och implementering av SBU-rapporter

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Föregående granskning av medverkan i nationella kvalitetsregister	1
Föregående granskningar gällande implementering av SBU-rapporter	2
Syfte	3
Avgränsning och metod	3
Nationella kvalitetsregister	3
Innehåll, uppföljning och vision	3
Administration och finansiering	4
Bedömningsgrunder för medelstilldelning	5
Information	5
Nationella kvalitetsregister och ”Öppna jämförelser”	6
SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering	6
Uppdraget	6
Organisation	7
Evidensbaserad medicin och vård	7
Rapporter och information	8
Nationella kvalitetsregister i landstinget Värmland	9
Landstingets beslut	9
Implementering av SBU-rapporter i landstinget Värmland	10
Landstingets beslut	10
Politisk återkoppling	11
Nuvarande implementeringsrutiner	11
Utvecklingsstabens förslag till förbättrade implementeringsrutiner	12
Enkät – sammanställning och resultat	14
Utskick och svarsfrekvens	14
Medverkan i nationella kvalitetsregister	14
Användning av information från nationella kvalitetsregister	15
Administration och återkoppling	16
Medverkan i andra kvalitetsregister	16
Kännedom om olika SBU-rapporter	16
Kontinuerlig kunskapsinhämtning från SBU-rapporter	18
Handlingsplan för att omsätta kunskaper till berörd personal	18
Nyhetsbevakning och övriga kommentarer	19
Slutsatser och kommentarer	19

Medverkan i Nationella kvalitetsregister och implementering av SBU-rapporter

Inledning

Landstingfullmäktige har fastställt att Landstinget i Värmland ska kännetecknas av effektivitet och kvalitet. En förutsättning för att klara detta är, enligt landstingsfullmäktige, att bedriva ett kontinuerligt och systematiskt kvalitetsarbete med patienten i fokus. Det framgår även av landstingsplanen 2008-2011 att landstinget i Värmland ska vara en arbetsplats där forskning och evidensbaserad vård har en given plats i den kliniska vardagen.

Implementering av SBU-rapporter och medverkan i nationella kvalitetsregister ligger i linje med en evidensbaserad vård av hög kvalitet. I den av landstingsfullmäktige tidigare antagna Verksamhetsplan 2005-2008 finns också stöd för detta.

Genom SBU-rapporter kan evidensbaserad vård spridas. SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, granskar den vetenskapliga grunden för metoder och åtgärder som redan används eller är på väg in i hälso- och sjukvården och tandvården. Granskningen gäller nytta, risker och kostnader, med utgångspunkt i vilken metod som är mest effektiv för patienten. Socialstyrelsen utformar riktlinjer bland annat på grundval av SBU:s utvärderingar.

Medverkan i nationella kvalitetsregister möjliggör lärande och ständigt förbättringsarbete. Kvalitetsregistren innehåller personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling och resultat. När ett register är fullt utbyggt kan studier och uppföljningar göras för alla patienter i landet, inom de områden registret omfattar.

I den allmänna inriktningen av revisionsarbetet 2008 ska granskning av verksamheten utgöra tyngdpunkten. Inriktningen i detta granskningsarbete ska vara på ledning, styrning, uppföljning, intern kontroll samt kvalitet. Utifrån detta har revisorerna, som en del av årets arbete, valt att följa upp de tidigare genomförda granskningarna gällande nationella kvalitetsregister och implementering av SBU-rapporter.

Bakgrund

Föregående granskning av medverkan i nationella kvalitetsregister

År 2002 presenterade landstingets revisorer rapporten ”*Nationella kvalitetsregister – medverkan från den värmländska hälso- och sjukvården*”. Rapporten, som i huvudsak bygger på inkomna svar från utskickat frågeformulär, visade bland annat på ett stort deltagande i de nationella kvalitetsregistren från den värmländska hälso- och sjukvården. Verksamhetsföreträdare som svarat på enkäten var exempelvis överlag positiva till de nationella kvalitetsregistren och framhöll den stora användbarheten, men också den omfattande arbetsinsats som förknippas med registreringen.

Utifrån granskningsresultaten redovisade revisorerna ett antal förslag kring arbetet med kvalitetsregistren;

- att landstingsstyrelsen i ett policydokument tydliggör vårdgivarens syn på kvalitetsarbetet och i detta ge verksamheterna stöd för arbetet med kvalitetsfrågorna.
- att landstinget uppmuntrar deltagande i de nationella kvalitetsregistren.
- att de nationella registren, med fokus på uppgifter från den värm-ländska hälso- och sjukvården lyfts fram och regelbundet följs upp.
- att uppmärksamhet riktas mot verksamhetens behov av resurser för att klara kvalitetsregistrering, uppföljning med mera.
- att landstingsstyrelsen främjar deltagande vid de så kallade kvalitetsregisterdagarna för att öka kunskapen hos bland annat de förtroendevalda.
- att fortsatt uppmärksamhet riktas mot finansiering av de nationella kvalitetsregistren.

Föregående granskningar gällande implementering av SBU-rapporter

Revisorerna har tidigare genomfört två granskningar avseende SBU-rapporter. Den första från 2003, ”*Implementering av SBU-rapporter*”, avsåg att kartlägga verksamhetens kännedom om SBU och SBU:s rapporter samt hur dessa implementeras och tillvaratas i verksamheten. I kartläggningsarbetet skickades en enkät ut till befattningshavare i ledande ställning med ansvar för vårdkvalitet och utveckling. I granskningsrapporten presenterades bland annat följande förslag:

- Att en strategi/handlingsplan för hur landstinget ska ta emot, värdera, informera och omsätta relevant medicinsk och odontologisk kunskap i verksamheten tas fram.
- Att SBU:s rapporter regelmässigt redovisas för landstingsstyrelsen som underlag för prioriteringsdiskussioner och resursfördelning. Även fullmäktigeberedningarna bör vara viktiga mottagare av denna information.
- Att verksamhetschefernas ansvar för implementering av SBU-rapporter tydliggörs.

I den uppföljande rapporten från 2005, ”*Implementering av SBU-rapporter, uppföljning av granskningsrapport 3-03*”, framkom att en handlingsplan framtagits i landstinget samt att ett 10-punktsprogram utarbetats på det nationella planet för att stärka utvecklingen av den evidensbaserade vården. Revisorernas uppföljningsrapport påvisade att:

- det föreligger behov att gå vidare och skapa en struktur och organisation som på bästa sätt tar tillvara och implementerar bland annat den kunskap som redovisas i rapporter från SBU.

I granskningsrapporten konstaterades att landstingsstyrelsen har det övergripande ansvaret för detta utvecklingsarbete.

Syfte

Landstingsfullmäktige har deklarerat att verksamheten i Landstinget Värmland ska kännetecknas av kvalitet och evidensbaserad vård. Arbetet med nationella kvalitetsregister och SBU-rapporter ligger i linje med detta och är viktiga hjälpmedel i utvecklingen av vården.

Syftet med den nu initierade granskningen är att följa upp föregående rapporter gällande "Nationella kvalitetsregister" samt "Implementering av SBU-rapporter". Revisorernas avsikt är att granska om de synpunkter som lämnats i tidigare revisionsrapporter lett till avsedda förbättringar och om landstingsstyrelsen vidtagit de åtgärder som styrelsen utfäst sig att genomföra.

Avgränsning och metod

Kunskapsinhämtningen gällande kvalitetsarbetet, med nationella kvalitetsregister och SBU-rapporter, inom landstinget i Värmland, har inhämtats genom dokumentstudier, enkät och personliga kontakter.

Information har sökts genom olika dokumentstudier, såsom protokoll från landstingsstyrelsen och tjänstemannaledning, divisions- och verksamhetsplaner samt handlingsplaner.

En enkät skickades ut till 77 verksamhetsansvariga inom landstinget i Värmland och innehöll frågeställningar rörande medverkan i nationella kvalitetsregister och implementering av SBU-rapporter.

Den allmänna kunskapsinhämtningen gällande nationella kvalitetsregister och SBUs arbete har i huvudsak inhämtats genom inläsning och nedladdning av olika dokument från webbsidorna <http://www.kvalitetsregister.se> och <http://www.sbu.se/sv/>

Nationella kvalitetsregister

Innehåll, uppföljning och vision

För närvarande, enligt 2008 års förteckning, finns 64 nationella kvalitetsregister i drift och ytterligare register är under uppbyggnad eller planering.

Definitionen av ett nationellt kvalitetsregister är att "det innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. Det genomgår årligen granskning och bedömning och har godkänts att erhålla stöd av Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister." Beslutsgruppen består av representanter från Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening.

Det faktum att registren är nationella innebär att det i hela landet finns enighet om vad som indikerar god vård. När ett register är fullt utbyggt blir det möjligt att följa upp vad som åstadkoms i sjukvården för alla patienter i landet på det område registret omfattar. Det är även möjligt att följa upp vad enskilda landsting, sjukhus eller kliniker åstadkommer.

Sammanställningar och analyser av registerdata är värdefullt ur flera synvinklar. Data kan sammanställas och analyseras på verksamhetsnivå vilket möjliggör kontinuerlig, systematisk verksamhetsuppföljning. Nationella kvalitetsregister innehåller data av en sådan kvalitet att de även i stor omfattning används för klinisk forskning.

I ett för året 2008 utarbetat dokument har Beslutsgruppen fastställt följande **vision**: ”Nationella Kvalitetsregister och kompetenscentra utgör ett heltäckande kunskapssystem som aktivt används på alla nivåer för löpande lärande, förbättring, ledning och styrning av all vård- och omsorgsverksamhet.”

I dokumentet presenteras även de **registerutvecklingsområden** som är prioriterade för att på sikt nå ovanstående vision:

De nationella kvalitetsregistren

- Följer mångdimensionellt upp kvaliteten i vård- och omsorgsverksamheten: medicinsk-, funktionell- och patientupplevd kvalitet.
- Medverkar aktivt i mätbaserat, patientfokuserat ständigt förbättringsarbete.
- Följer patientens väg genom vården och överbryggar organisatoriska och professionella gränser.
- Bidrar till att redovisa sina resultat öppet, tillgängligt och anpassat för de medicinska professionerna, allmänheten och hälso- och sjukvårdens ledningsorgan.
- Är IT-mässigt integrerade med journalsystemen.

Administration och finansiering

De svenska nationella kvalitetsregistren bygger till stor del på en decentraliserad organisationsform. Det är professionella yrkesgrupper som själva vill ha nytta av dem i sin yrkesvardag som bygger upp och som har huvudansvaret för registrens utveckling och innehåll. Dessa så kallade registerhållare finns på många olika kliniker runt om i landet. Till stöd för start, drift och användning finns tre ”nationella kompetenscentra”. Dessa sammanställer, redovisar och analyserar data för olika användare och ändamål.

Vid årsskiftet 2006/2007 flyttades administration och utveckling av de nationella kvalitetsregistren från Socialstyrelsen till SKL, Sveriges kommuner och landsting.

Eftersom registren är en nationell angelägenhet bidrar såväl sjukvårdshuvudmännen som staten till finansieringen. För 2008 fördelades 45,8 miljoner kronor till kvalitetsregistren vilket är en ökning med 10 miljoner kronor jämfört med 2007. Enskilda kliniker och registerhållare bär utöver detta vissa kostnader för registerarbetet.

En förnyad ansökan ska för varje register och år lämnas om ekonomiskt stöd. I samband med detta ges en återkoppling med förslag på utveckling och förbättring av registret. Återkopplingen är en viktig del i kvalitetssäkringen av de nationella kvalitetsregistren.

De process- och resultatmått som används i ett register ska stå i överensstämmelse med den vetenskapliga evidens som finns på registrets område liksom med nationella riktlinjer när sådana finns.

Bedömningsgrunder för medelstildelning

Ansökan om medelstildelning bedöms utifrån sin kvalitet inom följande områden:

Relevans

Registrets relevans för kvalitetssäkring i ett nationellt perspektiv:

- Problemets allvarlighetsgrad, volym, kostnader samt behov av kvalitetssäkring inom berört område.

Design

Registrets möjlighet att generera relevant information som kan återföras till sjukvården med kvalitetshöjning som sannolik effekt: -design (uppläggning, innehåll, arbetssätt), förankring, täckningsgrad, process- och resultatmått.

Kompetens

Registerhållarens och övriga sökandens kompetens vad gäller att driva ett Nationellt kvalitetsregister.

Analys/återkoppling

Analys, rapportering och återföring av kunskap till sjukvården samt registrets betydelse för kliniskt förbättringsarbete.

Särskilt gäller att registret ska:

- Innehålla individbundna data om diagnos, medicinska och andra åtgärder och resultat.
- Ha inomprofessionellt stöd, t.ex. genom engagemang från specialistförening.
- Svara för kontaktkonferenser och återrapportering.
- Omfatta offentligt finansierad verksamhet oavsett driftform och om möjligt även inkludera privat finansierad vård.
- Ha hög, helst nationell, täckning.

Vid medelstildelning för fortsatt drift av ett tidigare etablerat register är den övergripande principen att:

- Alla aktuella handlingar och uppgifter uppdateras varje år.
- Registret lämnar årsrapport och verksamhetsberättelse.
- Registerhållaren kan motivera betydelsen av att fortsätta driva registret t.ex. genom fortsatt god täckningsgrad, utveckling av resultatmått, samverkan samt effekter på verksamhetsutvecklingen.

Information

Generell som specifik information om nationella kvalitetsregister finns på webbplatsen, www.kvalitetsregister.se som drivs från SKL. Särskild information om registren svarar respektive registerhållare för.

På webbplatsen framkommer även information om att det finns ett stort antal andra lokala, regionala och nationella kvalitetsregister som inte söker stöd via SKL. Syfte, innehåll, kvalitet på data med mera hos dessa register är inte allmänt känt och är inte förtecknade i SKL:s kvalitetsregisterkatalog.

Av flera skäl uppmanar SKL att ansökan för centralt ekonomiskt stöd bör skickas in. Om ett lokalt eller regionalt register drivs framgångsrikt och hjälper berörda verksamheter att bedriva ett mätbart, patientfokuserat och mer effektivt förbättringsarbete är det naturligtvis önskvärt att registret sprids till andra liknande verksamheter i landet. Förutom den resursförstärkning som stödet innebär bör uppgifter om ett register, exempelvis syfte, innehåll och kontaktuppgifter till registerhållarna bli sökbara och allmänt tillgängliga. Den granskning och återkoppling som sker i samband med det årliga ansökningsförfarandet är även en garanti för registrens kvalitet och användbarhet. En anledning till att stöd endast ges till nationella kvalitetsregister är just att de till skillnad av lokala och regionala kvalitetsregister bidrar till att *skapa likvärdig och jämförbar vård i hela landet*.

I syfte att möjliggöra erfarenhetsbyte och öka kännedomen om registren i sjukvården bland ansvariga och politiker tog beslutsgruppen initiativ till den, sedan 2005, årliga återkommande "kvalitetsregisterkonferensen". Temat på konferensen i Umeå 2008 var "Öppna Kvalitetsregister – Nationella jämförelser". 2009 års konferens äger rum den 6-7 oktober på Folkets Hus i Stockholm.

Nationella kvalitetsregister och "Öppna jämförelser"

I rapporten "Öppna jämförelser 2008 – jämförelser mellan landsting" som Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting publicerar, har bland annat data från de nationella kvalitetsregistren använts som underlag. I rapportens resultatredovisning finns ett avsnitt som belyser kvalitetsregisters representativitet. Avsnittet anger, att när data från registren används bör hänsyn tas till att registers rapporterings- eller täckningsgrader varierar, vilket kan påverka utfallet.

Enligt ett dokument från kvalitetsregisterkonferensen 2008 har skriften "Öppna jämförelser" bidragit på flera sätt till kvalitetsarbetet. Öppna jämförelser har satt fokus på medicinska resultat och förbättrat dialogen om kvalitet. Den är en drivkraft för förbättringar och har även skapat större tryck på rapportering till kvalitetsregister.

SBU –Statens beredning för medicinsk utvärdering

Uppdraget

SBU har genom regeringens förordnande, SFS 2007:1233, uppdraget att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder i hälso- och sjukvården ur medicinskt, ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv.

Myndigheten ska sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattigt sätt och sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kun-

skapen. Beredningen ska utvärdera hur denna kunskap har använts och vilka resultat som nåtts.

Myndigheten ska vara kontaktmyndighet i internationella frågor som rör utvärdering av medicinska metoder och stödja såväl det europeiska samarbetet som övrigt internationellt samarbete.

Syftet är att ta fram ett opartiskt och vetenskapligt baserat beslutsunderlag. SBU-rapporterna riktar sig till alla som fattar beslut om vilken vård som ska bedrivas - både till dem som arbetar direkt med patienter och till dem som organiserar och planerar sjukvård.

Organisation

SBU leds av en nämnd med ledamöter. Dessa representerar myndigheter och organisationer inom svensk hälso- och sjukvård och tandvård. Två vetenskapliga råd är knutna till nämnden; SBU:s råd och Alerträdet.

På SBU:s kansli i Stockholm arbetar ca trettio personer med att samordna projektgrupperna, sammanställa rapporter och sprida resultaten av utvärderingarna. Det aktiva och stora nätverket av sakkunniga, från klinik till forskning, omfattas av många hundra personer i Sverige och runt om i världen. Framstående experter inom bland annat medicin, omvårdnad, tandvård, hälsoekonomi, etik och epidemiologi medverkar i olika SBU-projekt. Den utvärderingsprocess som används kallas Health Technology Assessment, HTA och bygger på systematisk sökning, granskning och syntes av det vetenskapliga underlaget.

Vid val av projekt är det för SBU en nödvändig förutsättning att det finns tillräckligt stort vetenskapligt underlag för en utvärdering. Ämnen som väljs bör ha stor betydelse för människors liv, hälsa och livskvalitet. Prioriterade ämnen bör beröra många människor, rikta sig mot ett vanligt medicinskt hälsoproblem eller ha betydande ekonomiska konsekvenser. Ämnet kan också vara etiskt kontroversiellt eller medföra stora förändringar för vårdorganisation och personal. Förslag på metoder att utvärdera kan komma från både enskilda personer och organisationer, såväl inom som utom landet.

Evidensbaserad medicin och vård

För en väl fungerande hälso- och sjukvård är det grundläggande att ny, evidensbaserad kunskap ständigt tas in och omsätts i praktiskt handlande liksom att föråldrad kunskap utmönstras.

I tillämpningen av evidensbaserad vård används begreppet EBM, Evidensbaserad medicin, vilket omfattar medicinska åtgärder, vård, rehabilitering och omsorg. Att arbeta med EBM innebär att *kombinera evidens med kliniskt kunnande och patientens unika situation och önskemål*. Målet med EBM är att vården använder de metoder som gör störst nytta.

Enligt SBU utnyttjas inte forskningsresultaten tillräckligt idag; somliga nya åtgärder börjar tillämpas i vården utan att någonsin ha prövats vetenskapligt medan andra metoder, som är föråldrade men som blivit rutin, fortsätter att

användas. I artikeln ”Dags att ändra rutinerna?” i SBU: s tidskrift *Vetenskap & Praxis* poängteras att vården behöver bättre system för att på ett ordnat sätt få bort de dokumenterat sämsta metoderna och de mest ineffektiva rutinerna som många gånger ger dåliga resultat och drar resurser från bevisat värdefulla insatser.

Från SBU: s webbsida kan följande läsas om varför det är så viktigt med evidens och utvärdering i vården;

”Idag är det inte alltid de bästa metoderna som används i vården. Många rutinmetoder för att upptäcka och behandla sjukdom är föråldrade och ineffektiva. Andra, nya metoder har fått snabb spridning utan att vare sig nyttan, riskerna eller kostnaderna har granskats kritiskt. Samtidigt finns det metoder som snabbt borde få större användning än de har idag eftersom forskningen kan visa att de är bra och kostnadseffektiva. För att slå fast vilka metoder som är bäst behövs vetenskaplig utvärdering - både av etablerade metoder och medicinska innovationer.

För att kunna göra en tillförlitlig utvärdering - en samlad analys av metodernas medicinska, ekonomiska, etiska och sociala effekter - tar SBU fram evidens om metoderna. Evidens innebär "bästa tillgängliga bevis", det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade forskningsresultat, som ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet.

Arbetet med att ta fram evidens kräver systematik och noggrannhet. Varje år publiceras miljontals vetenskapliga artiklar i tidskrifter världen över. Det gäller att hitta alla viktiga studier och att analysera dem kritiskt - deras resultat är inte alltid enhetliga och tillförlitliga.

SBU:s utvärderingar granskar nytta, risker och kostnader för de metoder som används i vårdarbetet. SBU-rapporterna kan visa vilken metod som är bäst. Men lika viktigt är att de pekar på metoder som inte har effekt eller inte är kostnadseffektiva, och som man bör undvika. Dessutom identifieras metoder som behöver studeras bättre innan de sprids. Sådan kunskap behövs för att kunna ge god vård och omvårdnad, och för att kunna satsa resurser på de allra bästa metoderna.”

Rapporter och information

SBU publicerar olika typer av rapporter och annan information:

Gula rapporter är vetenskapliga utvärderingar som bygger på systematiska litteraturöversikter av hela ämnesområden som utförts av SBU:s projektgrupper. Varje utvärdering följs av en sammanfattning av de viktigaste slutsatserna som SBU:s nämnd och råd står bakom. Vissa rapporter översätts till engelska.

Alert-rapporterna redovisar tidiga utvärderingar av enskilda nya metoder som är på väg att utvecklas och spridas. En systematisk litteraturgenomgång sker och görs i samarbete med experter inom respektive område. Till skillnad från de gula rapporterna granskas endast en metod i taget. SBU:s nämnd och ett särskilt råd, Alerträdet, står bakom den sammanfattande bedömning-

en. Alert-rapporterna bedrivs i samverkan med Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och SKL.

Vita rapporter presenterar en sammanställning av aktuella kunskaper inom något område där det kan finnas behov av utvärdering. Rapporterna är inte alltid baserade på systematiska litteraturöversikter. Exempel är rapporter från konferenser eller genomgångar som gjorts för regeringen, andra myndigheter eller organisationer.

SBU Kommenterar är en ny serie som innehåller sammanfattningar av aktuella utländska utvärderingar av hög kvalitet. Dessa presenteras tillsammans med kommentarer som rör tillämpningen av informationen i Sverige.

Upplysningstjänst för vården

Eftersom det finns behov av snabbare översikter har en webbaserad service inrättats där frågor kan ställas genom att ett kortare formulär ifylls och skickas elektroniskt till SBU. Tjänsten vänder sig till verksamhetschefer och andra beslutsfattare inom vården och kan behandla frågor som kan besvaras genom en sökning i relevanta databaser för den vetenskapliga litteraturen.

Publikationer på andra språk

SBU översätter ofta sina rapporter till andra språk för spridning i internationella vetenskapliga skrifter eller i bokform. Flera har fått stor uppmärksamhet utanför Sveriges gränser.

Information och prenumeration

SBU:s rapporter och information presenteras på webbplatsen och sprids inom hälso- och sjukvården på olika sätt. Information sprids även genom massmedia och facktidningar. På SBU:s webbplats erbjuds kostnadsfri prenumeration på tidskriften "Vetenskap & Praxis" samt nyhetsbrev i form av e-post.

Nationella kvalitetsregister i landstinget Värmland

Landstingets beslut

Enligt den av landstingsfullmäktige antagna Verksamhetsplan 2005-2008, under perspektivet "Processer", anges som ett av de långsiktiga målen att alla länsverksamheter har med data från nationella kvalitetsregister i sina uppföljningar. I Verksamhetsplan 2007-2010 står som mål att alla länsverksamheter har en fungerande rutin för egen uppföljning av data från nationella kvalitetsregister. Det konstateras i Landstingsplan 2008-2011 att medborgare och patienter har rätt att veta vad vården åstadkommer och hur det egna landstinget står sig i förhållande till andra. Öppna jämförelser, tillsammans med de nationella kvalitetsregistren, anges vara viktiga underlag för att följa upp, kvalitetssäkra och förbättra de medicinska resultaten.

I landstingsstyrelsens yttrande över den föregående granskningsrapporten, "Nationella kvalitetsregister- medverkan från den värmländska hälso- och sjukvården", framgår bland annat att:

"Landstingsstyrelsen ställer sig bakom att ett policydokument som tydliggör vårdgivarens syn på kvalitetsarbetet tas fram. Verksamheterna måste

få stöd för det kontinuerliga förbättringsarbetet, både i form av kompetens och ekonomiska resurser. Deltagande i nationella kvalitetsregister ska uppmuntras och resultat ska regelbundet efterfrågas.”

Landstingsfullmäktige har antagit landstingsplan 2009-2012 där olika utgångspunkter i landstingets kvalitetsutvecklingsarbete redovisas. Det gäller bland annat följande:

”De öppna jämförelserna och de nationella kvalitetsregistren är viktiga underlag för att följa upp, kvalitetssäkra och förbättra de medicinska resultaten. För att dra nytta av den utvecklingskraft som de nationella jämförelserna ger använder Landstinget i Värmland materialet såväl i uppföljningen av den egna verksamheten som i planeringen. Informationen om resultaten ska vara lätt tillgängliga för såväl medarbetare som medborgare”.

I landstingsplanen framhålls vidare att:

”Den nationella kvalitetssäkringssatsningen står i fokus under 2009. Satsningen ingår att egenkontroller etableras som en metod för att följa upp att kunskapsbaserade vårdåtgärder implementeras i den egna verksamheten. Från år 2009 kan hela landstingets avvikelserapportering överblickas, vilket innebär nya möjligheter att genomföra samordnade kvalitetsförbättrande åtgärder. Det är angeläget att medarbetare ges förutsättningar för ett aktivt kvalitetsarbete baserat på rapporteringen”.

I det balanserade styrkortet för 2009 återfinns, under perspektivet verksamhet och framgångsfaktorn evidensbaserat arbetssätt, målet att ”*Alla divisioner deltar i relevanta kvalitetsregister*”. Formuleringen i styrkortet för 2009, innebär ett förtydligande, även om nationella kvalitetsregister eller SBU-rapporter inte nämnts specifikt.

I divisionernas styrkort och divisionsplaner inom Landstinget i Värmland anges olika formuleringar för arbetet med kvalitet och evidensbaserad kunskap, ofta tillsammans med kvalitetsregister.

Division opererande specialiteter har initierat ett arbete som innebär att på intranätet redovisa den egna verksamhetens medverkan i nationella kvalitetsregister.

Implementering av SBU-rapporter i landstinget Värmland

Landstingets beslut

Enligt den av landstingsfullmäktige antagna verksamhetsplan 2005-2008 framgår under perspektivet ”utveckling och förnyelse” att en avgörande framgångsfaktor är att implementera evidensbaserad kunskap. Det korta målet består av att upprätta en handlingsplan för hur implementeringen ska gå till. Det långa målet är formulerat enligt följande: ”Vården är evidensbaserad och innefattar utbildning i och uppföljning av evidensbaserat arbetssätt.”

I landstingsstyrelsens yttrande över revisorernas uppföljningsrapport avseende ”Implementering av SBU-rapporter”, instämmer styrelsen i de slutsatser som framförts i rapporten. I yttrandet konstateras att:

”SBU rapporterna är en viktig källa till evidensbaserad sjukvård och den organisationsutveckling som behövs bör ta sikte på att värdera och implementera även annan evidensbaserad vård från andra kunskapskällor.”

Styrelsen framhåller vidare i sitt yttrande att:

”I landstingets verksamhetsplan 2006 -2009 anges således att utvecklingsstaben har ansvar att under planperioden ta fram en handlingsplan för implementering av evidensbaserad kunskap och att uppdraget ska genomföras i samverkan med SBU.”

En handlingsplan för implementering av evidensbaserad kunskap initierades efter styrelsens yttrande. I ett kanslibeslut, LK/062015 från oktober 2006, anges den organisering och arbetssätt som ska gälla vad gäller implementering av SBU-rapporter och nationella behandlingsriktlinjer i landstinget. Beslutet anger att utvecklingschefen inför en ny SBU-rapport informerar ”hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp” som i sin tur identifierar berörda verksamheter samt ger implementeringsuppdraget till utvecklingschefen.

Utvecklingschefen har tillsammans med utvecklingsstabens ledningsgrupp ansvaret för att utse en arbetsgrupp inför implementeringsprocessen. Arbetsgruppen blir unikt sammansatt för varje SBU-rapport och består dessutom alltid av en representant från ledningsgruppen ”centrum för klinisk forskning” för att säkerställa vetenskaplig kompetens.

Arbetsgruppens uppdrag är att ta fram en plan utifrån SBU-rapporten och genomföra implementering och återrapporterar till utvecklingsstabens ledningsgrupp. Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, HSLG, konsulteras om problem uppstår, som exempelvis att nödvändiga kompetenser eller resurser saknas. När arbetsgruppen slutfört sitt uppdrag och implementeringen säkerställts i verksamheten slutrapporterar utvecklingschefen uppdraget till HSLG.

I samband med den organisationsförändring som genomfördes 2007 upphörde Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Det förutsätts att ansvaret för denna fråga övertagits av tjänstemannagruppen landstingets ledningsgrupp hälso- och sjukvård, LLG-hs

Politisk återkoppling

När det gäller politisk återkoppling kan det nämnas att information om SBU-rapporter, genom ett tidigare beslut, sker på Hälso- och sjukvårdsberedningens möten. Beredningen anger att informationen är uppskattad och att den är viktig för förståelsen samt är ett bra underlag för framtida prioriteringsdiskussioner. För politikerna är informationen även betydelsefull för att kunna möta eventuella frågeställningar från de ofta välinformerade brukarorganisationerna.

Nuvarande implementeringsrutiner

Det ovan nämnda kanslibeslutet bygger på att engagera de i organisationen befintliga sakkunniga för att implementera SBU-rapporter. Utvecklingsstabens erfarenheter visar dock på att det i praktiken är ”mycket svårt att få

loss” personer ur verksamheten för att ingå i arbetsgrupper för implementering. Därför har implementeringsarbetet fokuserats på de gula SBU-rapporterna och i övrigt förutsätts att respektive berörd verksamhetschef tar ansvaret för att implementera SBU-Alert rapporterna.

Hur implementeringen av de gula SBU-rapporterna initieras anges bero på rapportens karaktär. Om rapporten berör ett begränsat område stäms implementeringsarbetet som regel av med verksamhetschef eller annan specialist inom verksamheten, alternativt berörd forskningsledare inom CKF (Centrum för klinisk forskning). Exempel på rapporter som ska ha behandlats enligt denna rutin gäller hjärnskakning, demenssjukdomar och metoder för tidig fosterdiagnostik.

Utvecklingsstabens intryck är att kunskapen från SBU-rapporter som berör ett specifikt område i regel tas omhand inom specialiteten. Det finns ett genuint intresse att ge patienter den bästa vården och snabbt implementera ny kunskap. Det förekommer även att man deltar i de olika specialistföreningarnas arbete med att utveckla evidensbaserad vård.

Enligt utvecklingsstaben tillämpar redan verksamheten ofta de slutsatser som presenteras i SBU:s rapporter. Orsaken till detta är att de vetenskapliga resultat som en SBU-rapport bygger på redan är välkända och implementerade i verksamheten. Innehållet i rapporterna har även presenterats på olika kongresser och specialistföreningars möten innan rapporterna publicerats.

Enligt kanslibeslutets rutinbeskrivning informerades Landstingets ledningsgrupp –hälso- och sjukvård, LLG-hs, vid ett möte i januari 2007 om en Gul SBU-rapport ”Metoder för behandling av långvarig smärta” som utgavs 2006. Enligt utvecklingsstaben är denna SBU-rapport ännu inte slutrapporterad eftersom implementeringsprocessen ännu pågår. En grupp företrädare för de berörda verksamheterna har tagit fram förslag till åtgärder där en del av dessa genomförts. Andra nödvändiga åtgärder pågår vad gäller förberedelser att genomföra utbildning av berörd personal. Ett komplett implementeringsarbete för rapporten, metoder för långvarig smärta, beräknas ta ungefär två till tre år. Detta beror på den nya kunskapens krav på ny kompetens hos medarbetare.

Ett annat exempel gäller SBU-rapporten ”Metoder för att främja fysisk aktivitet”. Denna har framför allt hanterats inom det uppdrag som enheten Folkhälsa och samhällsmedicin har. Arbetet gäller implementering av motiverande intervjuteknik, fysisk aktivitet på recept, metoder för att bromsa utvecklingen mot allt fler överviktiga barn. Folkhälsan stöttar kommunernas folkhälsoarbete exempelvis inom skolans område.

LLG-hs har inte i protokoll, sedan ovan nämnda möte, noterat att någon information avseende SBU-rapporter lämnats, något som förutsätts enligt kanslibeslutet.

Utvecklingsstabens förslag till förbättrade implementeringsrutiner

Utvecklingsstaben har uppmärksammat att det finns brister i implementeringen av de SBU-rapporter som berör flera olika medicinska specialiteter.

För dessa rapporter finns svårigheter att få med kliniskt verksamma personer att medverka i arbetsgrupper. Orsaken anses vara tydlig: den mycket höga produktionstakten gör att man inte anser sig ”ha tid med” uppdraget i arbetsgruppen. För att komma till rätta med detta och få ”driv” i implementeringsarbetet finns planer på att ”skapa ett fritt ekonomiskt utrymme för att tillfälligt köpa loss aktuella verksamhetsföreträdare för att delta i till exempel implementeringen av en SBU-rapport”.

Enligt en uppgift planeras att tillföra resurser inför 2010 och 2011 som ska vara tillgängliga för detta ändamål. På detta sätt kan olika specialister under en begränsad period och på en del av sin arbetstid ansvara för praxiskontroll, vid behov föreslå implementeringsåtgärder av ny kunskap, sprida ny kunskap samt följa upp att praxisändring skett.

För att varje enskild rapport ska implementeras på ett optimalt sätt krävs förbättrade rutiner. Med anledning av detta föreslår utvecklingsstaben förändringar av kanslibeslutets rutinbeskrivning och ett förberedelsearbete gällande detta ska enligt uppgift pågå. Enligt den information som framkommit innehåller förslaget i korthet denna *rutinbeskrivning*:

- 1 Praxisundersökning av dagens behandlingsprinciper – om praxis överensstämmer med ny kunskap behövs inga ytterligare åtgärder.
- 2 Om praxis och aktuell kunskap ej överensstämmer - analys utifrån resultatet och ställningstagande till behov av förändring.
- 3 Beskrivning av vilka åtgärder som behöver vidtas.
- 4 Resurser för att genomföra implementeringsåtgärder.
- 5 Uppföljning med ny praxisundersökning – har önskad förändring skett?

Det optimala rapportmottagandet enligt ovanstående förslag inleds således med att man genomför en praxisundersökning om hur verksamheten arbetar idag. Detta skulle belysa om arbetet är synonymt med den nya kunskapen. Om det visar sig att man arbetar enligt den nya kunskapen skulle SBU-rapporten kunna klarmarkeras. Om det däremot visar sig att det finns evidensbaserade kunskaper som inte tillämpas ska implementeringsinsatserna sättas in just där.

Utvecklingsstaben framhåller att implementeringsprocessen av SBU-rapporter kräver medverkan av kliniskt verksamma medarbetare från alla personalkategorier inom berörda specialiteter.

Utvecklingsstaben menar vidare att, om implementeringen sker enligt stabens nya förslag, skulle detta vara en självgående verksamhet som inte skulle behöva tas upp på ledningsgruppens möten enligt nuvarande beslut.

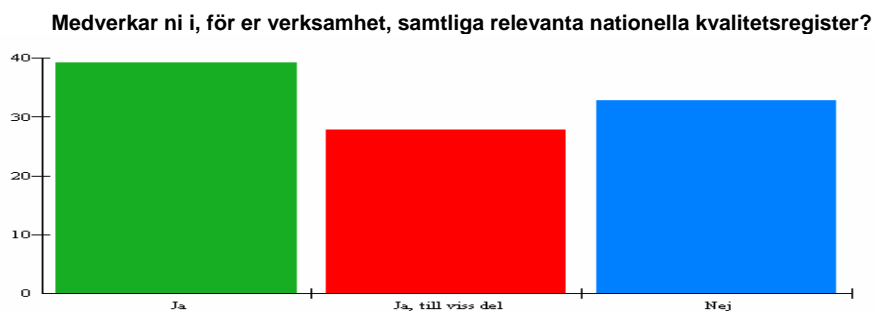
Enkät – sammanställning och resultat

Utskick och svarsfrekvens

En elektronisk enkät skickades ut till samtliga verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården och till chefen för Folktandvården för att kartlägga medverkan i de nationella kvalitetsregistren och implementering av SBU-rapporter. 90 procent av de 77 utskickade enkäterna har besvarats. Alla frågor har inte besvarats av samtliga respondenter, svarsfrekvensen per fråga ser olika ut. Vissa frågor har besvarats av många medan andra besvarats av ett mindre antal.

Medverkan i nationella kvalitetsregister

64 respondenter svarade på frågan om *medverkan* i relevanta nationella kvalitetsregister. Av de svar som inkommit framkommer att nästan 70 procent anger medverkan helt eller delvis i samtliga, för respektive verksamhet, relevanta nationella kvalitetsregister, medan drygt 30 procent inte ansåg att de gjorde det.



När man anger medverkan *till viss del* nämns olika anledningar, bland annat att man bistår med visst underlag, att man medverkar tillsammans med någon annan verksamhet eller att aktuellt register är nytt.

Av enkätsvaren framgår också att det förekommer viss osäkerhet om registret man medverkar i är ett nationellt kvalitetsregister eller om det är en annan typ av kvalitetsregister.

Anledningen till att man *inte* medverkar har besvarats på olika sätt. Femton respondenter har svarat att medverkan är under planering och lika många har angett att man saknar relevanta nationella kvalitetsregister. Sex respondenter har angett att man saknar tillräckliga resurser/tid. Några register är i uppbyggnadsfasen vilket har begränsat medverkan under 2008.

En kommentar gäller önskemål om få större kunskap om fler nationella kvalitetsregister, för kunna göra en bedömning om en eventuell utökad medverkan. En annan respondent anser att det skulle behövas ett centralt ställningstagande så att alla enheter gör lika.

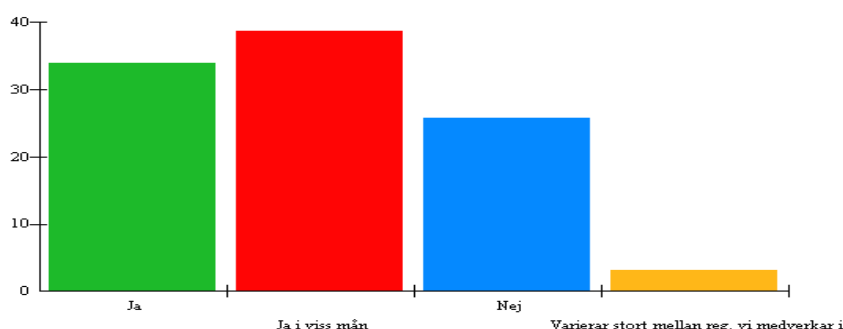
Respondenterna som inte medverkar i relevanta nationella kvalitetsregister fick möjlighet att, utifrån listan över årets register, ange om det finns några nationella kvalitetsregister man *skulle kunna medverka i*. Ett tjugotal respondenter har angivit sådana register. Några har angivit ett enskilda register, andra ett flertal som man skulle kunna medverka i.

Det har framkommit att vissa verksamheter saknar relevanta nationella kvalitetsregister. I en fråga i enkäten ombads respondenterna att svara på vilket eller vilka områden som man saknar nationellt kvalitetsregister för. Drygt tjugo svar har inkommit där de flesta uttrycker önskemål om nya relevanta nationella kvalitetsregister. Ett mindre antal register anges vara under uppbyggnad.

Användning av information från nationella kvalitetsregister

På frågan om man använder sig av information från nationella kvalitetsregister i utvecklingen av verksamheten svarar 70 procent ja eller ja i viss mån, medan 25 procent svarar nej. Tre svar har inkommit som säger att detta varierar stort mellan de register man medverkar i. Totalt inkom 67 svar på denna fråga.

Använder ni er av information från Nationella kvalitetsregister i utvecklingen av verksamheten?

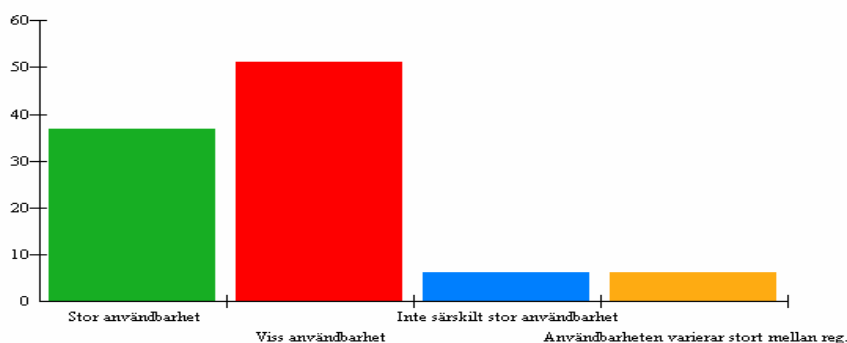


När verksamheterna preciserar på vilket eller vilka sätt man använder sig av informationen i utvecklingen av verksamheten framkommer tydligt av de 41 svaren att registren är användbara i det ständiga kvalitetsarbetet. Verksamheterna anger att informationen används för att jämföra och återkoppla resultat, utveckla rutiner samt göra kvalitetsuppföljningar.

Av de tjugo som svarat på varför de *inte* använder informationen anger de flesta att det inte finns relevanta nationella kvalitetsregister eller data. Några har inte kommit igång eller medverkar inte. En annan angiven orsak till att man inte använder informationen är resursbrist. Någon kommenterar att informationen inte är meningsfull eftersom täckningsgraden av patienter i landet inte är tillräckligt stor.

På frågan hur stor användbarhet man upplever att registren har som man medverkar i, har 51 svar inkommit där 90 procent anser att de har *stor* eller *viss* användbarhet.

Hur stor användbarhet upplever ni att de Nationella kvalitetsregistren har, som ni medverkar i?



I ytterligare kommentarer gällande användbarheten betonas möjligheten och nyttan att göra jämförelser av den egna verksamheten med andra liknande verksamheter i landet samt med den nationella nivån. Hur man lyckas nå målen och hur följsamheten till nationella riktlinjer ser ut, är andra svar. Det anges att registren ger riktlinjer för god kvalitet och att medverkan ger möjlighet att ta del av viktig statistik och kunskap.

Administration och återkoppling

Av kommentarerna till enkätsvaren framgår även andra förslag och önskemål om förbättringar gällande upplägg och rutiner kring det praktiska kvalitetsregisterarbetet. Några kommentarer handlar om att det finns viktiga fakta som inte efterfrågas i registret. Vissa praktiska problem med bearbetning av datamaterial och registrering nämns. Någon anser också att data från nationella kvalitetsregister skulle kunna användas mer om man hade större resurser. Någon upplever även att resultaten som återförs inte är så relevant.

När det gäller registreringen till de nationella kvalitetsregistren har respondenterna, som besvarat frågan, i huvudsak, (42 st), angett att detta antingen fungerar på tillfredsställande sätt eller att det fungerar i viss mån. Resterande, (6 st), svarade att registreringen inte fungerar, vilket enligt kommentarerna i huvudsak beror på en alltför stor tids/resursåtgång eller att hanteringen upplevs som krånglig. Effektivare dataöverföringar är ett framfört önskemål. Resursåtgång är också en av orsakerna till att inte samtliga patienter registreras och en annan är att inte alla patienter ger sitt samtycke. Kommentarna visar att det finns ambitioner att samtliga patienter ska registreras.

En fråga i enkäten gällde om medarbetarna kontinuerligt informeras om resultaten från de nationella kvalitetsregistren. 23 svarade ja, och lika många svarade ja i viss mån. Resterande 12 inkomna svar var nekande. På liknande sätt besvarades frågan om resultaten är återförda i behandlingen av patienterna. Lika många, (23 st), svarade ja eller ja i viss mån, medan resterande, (9 st), svarade att detta inte görs.

Medverkan i andra kvalitetsregister

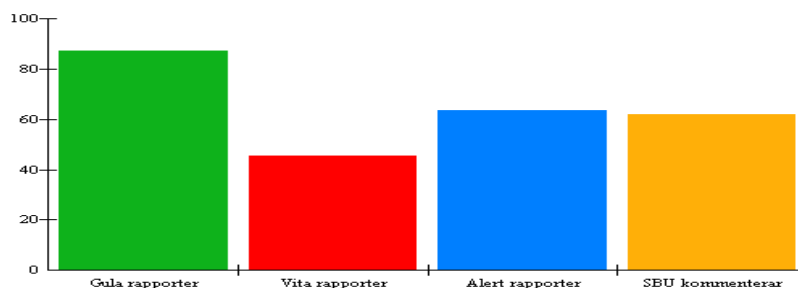
På frågan om verksamheten medverkar i andra kvalitetsregister som inte är nationella har 61 svar inkommit. Av dessa svarade 39 procent ja och resterande svarade nej. Av dem som är med i andra register angav 10 att användbarheten är stor. Nästan lika många, (11 st), svarade att registret har viss användbarhet. Ett par respondenter anser att användbarheten inte är särskilt stor. De kommentarer som inkommit avseende användbarheten innehåller både positiva och negativa omdömen.

Kännedom om olika SBU-rapporter

Av enkätens totalt 69 inkomna svar har 58 svarat på frågan om kännedom om de olika rapportserierna från SBU.

Närmare 90 procent av dem som svarat på frågan känner till SBU:s Gula rapportserie och 45 procent känner till den Vita rapportserien. Över 60 procent känner till Alertrapporter och SBU kommenterar. Ett flertal har i sina svar angivit kännedom om samtliga rapportserier medan andra svarat att de känner till en eller två rapportserier.

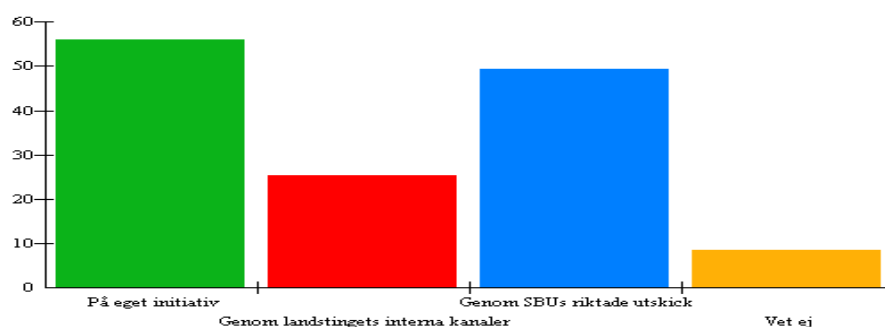
Vilken/vilka av följande rapportserier från SBU känner ni till?



Hur man får SBU-rapporter tillhanda har besvarats på olika sätt, många av de drygt sextio svaren anger fler än ett tillvägagångssätt. Mest förekommande är att man får rapporter på eget initiativ. Nästan lika många får dem genom SBU:s riktade utskick, medan andra får dem genom landstingets interna kanaler. Ett mindre antal har svarat att de inte vet hur SBU-rapporterna kommer verksamheten till handa. Sju respondenter besvarade inte frågan.

Hur får ni SBU-rapporterna till handa?

Om annat svar än nedanstående alternativ ange detta under "övrigt"



Ett fåtal har skrivit kommentarer till sina svar. En är att det saknas enhetlig rutin och att det är den enskilde medarbetaren som bevakar rapporterna. En annan anger att man har automatisk bevakning via e-post. Någon skrev att rapporter alltid vidarebefordras till alla medarbetare och en annan menar att det är så få rapporter inom relevant område att nyheter alltid uppmärksammas.

Om man *inte* regelbundet tar del av nya relevanta rapporter ombads respondenterna i en fråga ange orsaken till detta. Ett drygt trettiotal svar har inkommit där ungefär 60 procent uppger brist på resurser/tid, medan 30 procent anger att det saknas relevanta SBU-rapporter. Ett par respondenter har svarat att de inte vet anledningen till att man inte regelbundet tar del av nya relevanta rapporter. Utöver dessa svar har ett mindre antal andra kommentarer inkommit där man nämner varierande kännedom och intresse bland personalen, att rutin saknas, att den enskilde medarbetaren uppdaterar sig inom sina specialiteter eller att det är en prioriteringsfråga. Andra kommentarer är

att vissa rapporter är mycket omfattande vilket gör att man inte kan läsa allt eller att det kan vara bättre uttryckt i andra forum.

Kontinuerlig kunskapsinhämtning från SBU-rapporter

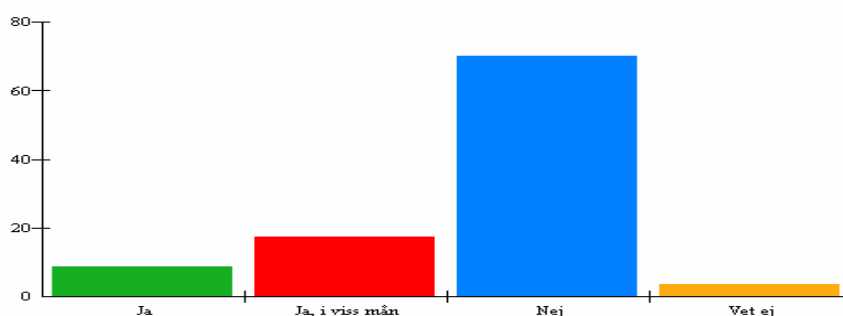
För att på ett mer konkret sätt få en uppfattning om man kontinuerligt tar del av relevant information av SBU-rapporter ombads respondenterna uppge vilken eller vilka rapporter som de minst läst sammanfattningen av, utifrån en lista över de 76 rapporter som publicerats mellan åren 2003-2008. Svaren ger olika signaler vilket gör materialet svårbedömt. Några av verksamhetsföreträdarna anger att man har genomläst majoriteten av rapporternas sammanfattningar medan andra inte har angett någon av rapporterna.

Ett bedömning är att många av SBU-rapporterna borde ha blivit angivna som genomlästa av fler än som vad som visat sig i svaren, även när det gäller ämnesspecifika rapporter. Enkätsvarens varierande svar kan ha att göra med att det för vissa verksamheter saknas relevanta SBU-rapporter. En annan att det inte finns tillräckliga formella rutiner för hur verksamheterna ska implementera relevanta SBU-rapporter i verksamheten. Svaren som framkommer från nästa avsnitt förstärker denna bild.

Handlingsplan för att omsätta kunskaper till berörd personal

En fråga i enkäten var om det finns någon form av handlingsplan för att omsätta kunskap från relevanta SBU-rapporter till berörd personal i den egna verksamheten. Av 59 inkomna svar hade 70 procent svarat att det inte finns någon form av handlingsplan. Ungefär 27 procent eller 16 respondenter har svarat ja eller ja i viss mån, till att de har en handlingsplan.

Finns någon form av handlingsplan för att omsätta kunskap från relevanta SBU-rapporter till berörd personal i er verksamhet?



Bland dem som svarat ja och ja i viss mån, har 18 skrivit kommentarer till sina svar. Dessa visar att det finns goda ambitioner att tillvarata den kunskap som SBU erbjuder. Kunskapsåterföringen sker ofta genom att information ges och diskussioner förs kring rapporter. Några har svarat att de inte har någon formell skriven handlingsplan men att detta är något man ska arbeta vidare med. En medvetenhet finns också om det arbete som pågår i landstinget i Värmland när det gäller implementering av kunskapsbaserade riktlinjer.

Av svaren på frågan vad *orsaken/orsakerna* är, till att man *inte* har någon *handlingsplan* för implementering av relevanta SBU-rapporter, framgår att 30 procent av de 55 inkomna svaren anger bristande resurser. En nästan lika

stor andel svar anger att en handlingsplan är under planering. Avsaknad av relevanta SBU-rapporter är ytterligare en angiven anledning. Ett mindre antal vet inte orsaken. Bland inkomna kommentarer finns en där man uppmärksammar att verksamheten i grunden har en handlingsplan där all viktig medicinsk kunskap ska redovisas, men att man inte har någon specifik handlingsplan för enskilda register eller publikationer. Ett par kommentarer gör gällande att det är upp till varje medarbetare att läsa rapporter och på annat sätt hålla sig informerad utöver den kompetensutveckling som erbjuds.

Nyhetsbevakning och övriga kommentarer

För att kartlägga hur verksamheterna bevakar nyheter från SBU ställdes frågor på detta och de inkomna enkätsvaren visar en ganska stor variation av svarskombinationer. Vissa verksamhetsföreträdare anger att de prenumererar på både tidskriften, ”Vetenskap och praxis”, och nyhetsbrevet, (genom e-post), samt anger att man söker information på annat sätt, (exempelvis genom SBU:s webbsida). Andra har svarat att man gör ett eller ett par av ovan nämnda sätt. 14 av respondenterna som svarat på enkäten har angett att de inte vet hur nyheter från SBU bevakas, medan åtta inte besvarade frågan alls.

I enkäten gavs möjlighet för respondenterna att uttrycka övriga kommentarer. En av dessa klargjorde svårigheter att besvara enkäten fullständigt eftersom det har varit knappa möjligheter att ta del av och diskutera frågorna med medarbetare i en stressad verksamhetsmiljö. Vissa vill även lyfta fram det totala kvalitetsarbete man bedriver. Någon uttryckte sin uppskattning över det intresse för kvalitetsfrågor som granskningsarbetet visar. När det gäller besvarandet av enkäten klargjordes i några kommentarer att svaren endast gäller för respondenten själv. Ett faktum som bör uppmärksammas i bedömningen av enkäten. Några av kommentarerna visar att enkäten har bidragit till att sprida kunskap om den information som SBU erbjuder.

Slutsatser och kommentarer

Syftet med denna granskning är att följa upp föregående rapporter gällande ”Nationella kvalitetsregister” samt ”Implementering av SBU-rapporter”, för att se om de synpunkter som lämnats i tidigare revisionsrapporter beaktats och om de åtgärder landstingsstyrelsen vidtagit de åtgärder som styrelsen utfäst sig att genomföra.

I landstingsstyrelsens yttrande över den föregående granskningsrapporten om nationella kvalitetsregister framgick att styrelsen ställde sig bakom förslaget att ett ”policydokument” utarbetas som tydliggör vårdgivarens syn på kvalitetsarbete. Avsikten med policydokumentet var, att ge verksamheterna stöd för det kontinuerliga förbättringsarbetet, både i form av kompetens och ekonomiska resurser samt att deltagande i nationella kvalitetsregister och att resultat regelbundet ska efterfrågas. I granskningsarbetet har inte kunnat påvisas att landstinget har utarbetat något samlat policydokument som redovisar vårdgivarens intentioner avseende nationella kvalitetsregister.

Det kan konstateras att de förslag till förbättringar som framlades i den föregående revisionsrapporten om de nationella kvalitetsregistren inte till fullo genomförts. Detta vidimeras av de resultat som framkommit i den genomförda enkäten. Med utgångspunkt från detta skulle ett dokument, där generella riktlinjer avseende ansvar, medverkan, uppföljning, resurser och finansiering klargöra landstingets intentioner samt ge stöd till verksamheterna.

De i landstingsplanen och i styrkortet angivna formuleringarna har på ett tydligare sätt än i föregående landstingsplan uttryckt fullmäktiges syn på kvalitetsfrågorna. Dessa av fullmäktige angivna förutsättningar bör följas av regelbunden återkoppling och redovisning. Det ankommer på styrelsen att se till att uppföljning sker.

I de båda föregående revisionsrapporterna om implementering av SBU-rapporter framgick att det förelåg behov att skapa bättre struktur och organisation, för att på bästa sätt tillvarata kunskaper från SBU-rapporter. Sedan granskningsrapporterna gjordes har ett kanslibeslut fattats gällande den organisering och det arbetssätt som ska gälla avseende implementering av SBU-rapporter. Denna handlingsplan har dock inte fungerat på avsett sätt, vilket medfört att utvecklingsstaben utarbetat ett förslag till ny handlingsplan med förbättrade rutiner. Dessa rutiner bör snarast införas så att implementeringsprocessen av evidensbaserad kunskap sker på ett strukturerat och enhetligt sätt.

Av de inkomna svaren från den utskickade enkäten framgår att det saknas dokumenterade och enhetliga handlingsplaner i verksamheterna för att på optimalt sätt implementera relevant evidensbaserad kunskap. Även om det individuella engagemanget och intresset är stort, skulle en handlingsplan med definierade rutiner och ansvar främja kunskapsåterföringen avseende SBU-rapporter, både för den enskilde och för verksamheten i stort.

Intranätet skulle kunna användas på ett bättre sätt för att presentera och sprida information. Det finns anledning att generellt redovisa uppgifter som rör verksamhetens medverkan i nationella kvalitetsregister och implementering av SBU-rapporter. Ett steg i denna riktning har tagits av division opererande specialiteter som på intranätet har påbörjat en redovisning vilka nationella kvalitetsregister man medverkar i.

Den nu genomförda granskningen visar på en ökad fokusering på kvalitetsfrågorna men också att det fortfarande föreligger behov av att utveckla struktur och organisation för att på bästa sätt ta tillvara och implementera evidensbaserad kunskap i vård och behandling.

Anna-Lena Wallin
Revisionskontoret