

Ordnat införande av metoder i klinisk verksamhet

En studie av försök med dialogmöten inom Landstinget i Östergötland

Peter Garpenby

Ann-Charlotte Nedlund

CMT Rapport 2013:2

Omslag och layout: Sussanne A. Larsson 2002.
Tryckeri: LiU-Tryck, Linköpings universitet

LIU CMT RA/1302
ISSN 0283-1228
eISSN 1653-7556

Adress:

Linköpings universitet
Institutionen för medicin och hälsa
Avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys
CMT
581 83 LINKÖPING

Besöksadress:

CMT
Hälsans hus, ing 15, pl 13
Vid Universitetssjukhuset
Linköping

Tel vxl: 010-103 0000

Hemsida: <http://www.cmt.liu.se/>

FÖRORD

Denna studie som pågick under flera år förde med sig en ansenlig insamling av data genom olika metoder: observation, enkäter och intervjuer. Vi vill rikta ett tack till ledamöterna i landstingets dåvarande Metodråd och till styrgruppen som ansvarade för försöket med dialogmöten och till alla deltagare i dialogmöten som tog sig tid att besvara vår enkät. Ett särskilt tack till Magnus Falk för allehanda hjälp i samband med studien och till Sandra Hall vid Närsjukvårdens FoU-enhet och Magnus Husberg vid HSA för hjälp med web-enkät och statistik.

Linköping 2013-08-27

Peter Garpenby
Ann-Charlotte Nedlund

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	1
ABSTRACT	3
1. BAKGRUND.....	5
1.1 Syfte	7
1.2 Material och metod	7
<i>A. Observation.....</i>	<i>7</i>
<i>B. Enkät.....</i>	<i>8</i>
<i>C. Intervjuer</i>	<i>9</i>
1.3 Teoretisk ram.....	11
2. ANALYS AV ”AMBASSADÖRSPROGRAMMET” I ALBERTA	15
2.1 Problemet i försöket	16
2.2 Miljön/kontexten i försöket	17
2.3 Kunskap i försöket	18
2.4 Interventionen i försöket	20
2.5 Användningen hos målgruppen av kunskapen/kompetensen	21
3. ANALYS AV FÖRSÖKET MED ORDNAT INFÖRANDE I ÖSTERGÖTLAND	22
3.1 Problemet i försöket	23
<i>Identifiera problemet.....</i>	<i>23</i>
<i>Tydliggöra problemet.....</i>	<i>24</i>
<i>Tillämpa problemet</i>	<i>26</i>
<i>Ompröva problemet.....</i>	<i>26</i>
3.2 Miljön/kontexten i försöket	27
<i>Information om miljön.....</i>	<i>27</i>
<i>Karaktäristik av miljön</i>	<i>28</i>
<i>Karaktäristik av organisationen</i>	<i>29</i>
<i>Karaktäristik av försöket som forskning</i>	<i>31</i>
3.3 Kunskap i försöket	33
<i>Lokalisering av kunskap.....</i>	<i>33</i>
<i>Sammanställning av kunskap</i>	<i>34</i>
<i>Bedömning av kunskap.....</i>	<i>36</i>

<i>Fokusering av kunskap</i>	40
<i>Begränsningar för kunskap</i>	41
3.4 Interventionen i försöket	42
<i>Klargörande av interventionen</i>	42
<i>Diskussion kring interventionen</i>	42
<i>Integrera interventionen i målgruppens uppdrag</i>	44
<i>Att göra interventionen möjlig att upprepa</i>	44
<i>Att hantera information för intervention</i>	45
<i>Att anknyta interventionen till experter</i>	45
<i>Stödresurser för interventionen</i>	45
<i>Att stötta målgruppen genom interventionen</i>	45
3.5 Användningen hos målgruppen av kunskapen/kompetensen	46
<i>Användningens konsekvenser i praktiken</i>	46
<i>Direkt användning i praktiken</i>	48
<i>Indirekt användning i praktiken</i>	49
<i>Politisk användning för målgruppen av kunskap</i>	49
<i>Spridning av kunskap från försöket</i>	49
<i>Att behålla kunskap och erfarenheter från försöket</i>	50
4. VAD TYCKTE DE SOM GENOMFÖRDE FÖRSÖKET?	51
4.1 Problemet	51
4.2 Miljön	52
4.3 Kunskapen	52
4.4 Interventionen	53
4.5 Användningen	55
5. SLUTSATSER	57
5.1 Vilken form av ”knowledge brokering” representerade försöken?	57
5.2 Problemet i försöket	57
5.3 Miljön i försöket	58
5.4 Kunskap i försöket	58
5.5 Interventionen i försöket	60
5.6 Användningen av kunskap i försöket	61
6. DISKUSSION	62
REFERENSER	65

Bilaga 1 67

SAMMANFATTNING

Denna rapport redovisar hur Landstinget i Östergötland, under medverkan av representanter för Institutionen för medicin och hälsa (IMH) vid Linköpings universitet, under åren 2010 till 2012 utvecklade och prövade ett program där forskningsbaserad kunskap sammanställdes och presenterades vid dialogmöten bland kliniska enheter i landstinget. Avsikten var att anpassa ett program som prövats i provinsen Alberta i Kanada, ”The Alberta Ambassador Program”, till svenska förhållanden. Den styrgrupp som under Metodrådet ansvarade för programmet genomförde 2012 sammanlagt 14 dialogmöten vid sjukhuskliniker och vårdcentraler i Östergötland.

Rapportens syfte är att med hjälp av ett ramverk för ”knowledge brokering” - en form för kunskapsöverföring i hälso- och sjukvård - analysera utvecklingen och genomförandet av programmet för ordnat införande av metoder (”Östgötamodellen”) och jämföra med den kanadensiska modellen samt diskutera eventuella skillnader och likheter mellan modellerna.

Materialet till studien är insamlat genom observation av möten med de grupper som ansvarade för initiering, utveckling och genomförande av programmet, genom en web-enkät till deltagarna i de dialogmöten som ingick i programmet, samt genom intervjuer med nyckelpersoner.

Rapporten visar att försöket i Östergötland hade inslag från olika former av ”knowledge brokering”, t.ex. ”linkage and exchange” som betonar mötet mellan forskning och praktik, men tyngdpunkten kom alltmer att förskjutas mot ”knowledge management” som innebär att ta fram och sprida kunskap av visst slag. Ett stråk av en tredje form, ”capacity building”, som går ut på att hjälpa praktisk verksamma att formulera frågor som kan besvaras med hjälp av forskning, förekom men var aldrig särskilt framträdande i försöket.

En väsentlig skillnad mellan de två försöken var att man i Alberta eftersträvade indirekta effekter av interventionen genom att deltagarna i rollen som ”opinionsledare” skulle föra informationen vidare. I Östergötland eftersträvades en direkt påverkan på beteendet inom kliniska enheter.

En stor del av försöket i Östergötland handlade i utvecklingsfasen om att ta fram och bedöma kunskapsunderlag kring ett specifikt läkemedel (pregabalin/Lyrica). Sammanställning av ”evidens” i denna form är i sig inte något märkligt utan förekommer i många olika sammanhang. Bland deltagarna i efterföljande dialogmöten kan vi avläsa ett varierande intresse för det aktuella fallet. Det viktiga är snarare att försöket avsåg användning av ”dialogmöten” för att få deltagarna att reflektera över sitt eget handlande och eventuellt agera för att

förändra. Vi kan avläsa ett betydande intresse bland deltagarna för arbetsformen. Det finns därför anledning att fråga sig hur man kan gå vidare med inslag av "dialog" för att sammanföra vetenskaplig "evidens" med vardaglig praktik. Vi menar att "mellanled" kan spela en viktig roll för att möjliggöra en sådan dialogisk process.

ABSTRACT

During 2010 to 2012 Östergötland County Council together with the Department of Medical and Health Sciences at Linköping University developed and tested a programme, The Östergötland Model, where research-based knowledge were compiled and presented in dialogic meetings among clinical units within the county council. The intention was to adapt and adjust a Canadian model of dialogic intervention, “The Alberta Ambassador Program”, to a Swedish health-care context. This was done in order to better understand how research-based knowledge and practise-based knowledge can be systematically integrated in a real-world health care context.

The working group, which was commissioned by the Advisory Board on Medical Technology at Östergötland County Council to manage this programme, organised 14 dialogic meetings at clinical units and health centres during 2012.

The aim of this report is to analyse and discuss the development and the implementation of the local programme, The Östergötland Model, based on an analytical framework for “knowledge brokering” – a form for knowledge transition in health care. The findings will also be compared with the Canadian model in order to identify differences and similarities between these two models.

The main data source is observations of the meetings of the Advisory Board and its working group, supplemented with a web questionnaire and semi-structured interviews with key participants.

The report shows that the programme in Östergötland had elements from the different forms of “knowledge brokering”. One was “linkage and exchange” that emphasises the meeting between research and practise. However, as the programme was carried out the element “knowledge management” became more pronounced since a lot of work was put into establishing and disseminating a certain kind of knowledge. A third element, “capacity building” which is supporting practising clinicians to formulate issues that can be answered by research-based knowledge, can be identified but was never particularly prominent in the programme.

A marked difference between the two programmes was that in Alberta the aimed effects was in a sense indirect by giving participants the role as opinion leaders with the task to communicate information and knowledge in the health care system. As a contrast, in Östergötland the ambition was to directly influence the behaviours at specific clinical units.

Even though a great part of the work in the initial phase of the programme concerned the development of a document presenting evidence on the medical effects, this was not the central aim of the programme in Östergötland. Moreover, to compile evidence is not anything unique but rather an ordinary process in the health-care context. Instead, the most important part of this programme is the dialogic meeting where the participants were given the opportunity to reflect over their own way of acting and possibly to change in direction of a more systematic integration of research-based knowledge and practice-based knowledge in their clinics and health centres. Among the participants this form of implementing knowledge proved to be of great interest. Therefore, as this report shows, there are good reasons to reflect over how new forms of dialogue can be incorporated into the health-care organisation and thus form a process where both research-based and practice-based knowledge are integrated. This report argues that mediating bodies have an important role in facilitating such a dialogic process.

1. BAKGRUND

Den moderna hälso- och sjukvården bygger på flera olika typer av kunskaper som används för att hjälpa enskilda individer med varierande problem. Sjukvården använder, förutom dokumenterad vetenskaplig kunskap (resultat av och sammanställningar från biomedicinsk forskning och annan forskning) även praktisk kunskap ("hur-kunskap") som i bästa fall kan förvärfvas genom övning. Därutöver förekommer "tyst" erfarenhetsbaserad kunskap i form av människokännedom och sådan kunskap som utgår från egna observationer av vad som fungerar i praktiken.

Även om ingen förnekar att hälso- och sjukvården är kunskapsbaserad har med tiden en föreställning vuxit fram att det existerar ett avstånd ("gap") mellan praktik och forskning, dvs. mellan beslutsfattare på olika nivåer i detta system (klinisk verksamhet men också andra beslutsnivåer såsom tjänstemannaledning och politisk ledning) och den forskning som med vetenskapliga metoder genererar resultat som kan bli nyttig kunskap i detta system. Ett begrepp i sammanhanget är evidensbaserad hälso- och sjukvård ("evidence-based health care" eller EBHC) där fokus ligger på klinisk praktik. Ett annat begrepp är evidensbaserad policy ("evidence-based policy" eller EBP) där tanken är att forskning ska underbygga också andra beslut inom sektorn hälso- och sjukvård, även de som faller på politiska beslutsfattare. Förekomsten av och omfattningen av ett "gap" mellan forskning och praktik (oavsett om det är klinisk eller politisk praktik som avses) är dock inte oomtvistad (Dopson och Fitzgerald 2009). Problematiken gäller bl.a. synen på beslutsfattandet (vilka underlag som bör och kan underbygga beslut) och inte minst vilken kunskap som existerar och hur denna blir till legitim kunskap i sitt specifika sammanhang. Hur vet vi att detta är den rätta kunskapen i detta sammanhang och kan "utsnitt" av vetenskaplig kunskap isoleras från ett större sammanhang där andra former av kunskap också förekommer och hur kan kunskap av olika slag anpassas till en specifik organisation?

Beroende på hur problemet med ett "gap" mellan forskning och praktik har kommit att uppfattas och beskrivas har också olika lösningar och strategier presenterats. Starkt förenklat kan sägas att i en typ av lösning står effektiv sammanställning av och överföring av kunskap från forskning till praktik i centrum, medan en annan typ av lösning går ut på att öka interaktionen mellan producenter av och användare av kunskap. En tredje inriktning handlar om att integrera olika slags kunskap (från både forskning och praktik) i den aktuella organisationen.¹

¹ För en översikt se Best, Hiatt, Norman 2008 och Best och Holmes 2010, Se också Teoretisk ram.

Om uppfattningen är att det finns möjlighet att fastställa en för situationen bästa kunskap ligger det nära till hands att föredra den första typen av lösning. Om läget däremot uppfattas som mer komplicerat – att det kan finnas flera former av lämplig kunskap och även en konflikt mellan dessa – ligger det nära till hands att välja någon av de andra lösningarna.

Oberoende av hur problembilden för kunskapsbaserad hälso- och sjukvård beskrivs – vilket sker på ett starkt förenklat sätt ovan - är det angeläget att bättre förstå hur man systematiskt kan integrera forskningsbaserade och praktikbaserade kunskapsprocesser.

Linköpings universitet, genom institutionen för medicin och hälsa (IMH), har tillsammans med Landstinget i Östergötland, uppmärksammat denna problematik, vilket 2009 resulterade i ett forskningsprojekt (Integral).² Projektets syfte var att undersöka förutsättningarna för att integrera forsknings- och praktikbaserade processer i hälso- och sjukvården. Ett delprojekt som avsåg landstingets Metodråd hade till huvudsyfte att undersöka hur rådet agerade som ”mellanled” mellan landstingsledning och klinisk verksamhet. Ett mellanled som agerar i gränslandet mellan olika intressenter inom en samhällssektor är inget nytt fenomen men har kommit att uppmärksammas allt mer inom forskningen (Tenbensen 2002; Davies 2007; Nedlund 2012). Davies (2007) som studerat nya organisationsformer i offentlig sektor menar att tendensen att inrätta mellanled är tydlig, med avsikt att sammansmälta olika intressen, skapa en mer konsensusbetonad process, samtidigt som mellanledets integritet, särskilt i förhållande till politiska beslutsfattare, upprätthålls.

Ett annat inslag i delprojektet om Metodrådet var att följa hur rådet initierade och genomförde en ny strategi för att påverka införandet av nya metoder i hälso- och sjukvården. I det senare fallet var avsikten att anpassa ett program som prövats i provinsen Alberta i Kanada, ”The Alberta Ambassador Program”, (Rashiq m.fl. 2006) till svenska förhållanden.

Denna rapport redovisar hur Landstinget i Östergötland, under medverkan av representanter för IMH, under åren 2010 till 2012 utvecklade och prövade ett eget program där forskningsbaserad kunskap sammanställdes och presenterades vid dialogmöten³ bland kliniska enheter i landstinget.⁴ Den styrgrupp som under

² Det fullständiga namnet på forskningsprojektet är ”Integral – Lärande inom hälso- och sjukvården genom organisatoriskt stöd för integration av forsknings- och praktikbaserade innovationsprocesser.” Projektet erhöll 2009 finansiering genom Vinnvärd, ett samarbetsprogram som stödjer forskningsprojekt som syftar till förbättringar inom vård och omsorg.

³ Vi benämner den typ av möten som genomfördes i både Östergötland och Alberta ”dialogmöten”, utan att ta ställning till hur mycket dialog de innehöll eller vilken slags dialog.

⁴ Ledamöterna i en styrgrupp som på uppdrag av Metodrådet utvecklade och genomförde strategin har från sitt perspektiv i en rapport beskrivit innehållet i försöket (Falk m.fl. 2013).

Metodrådet ansvarade för programmet genomförde 2012 sammanlagt 14 dialogmöten vid sjukhuskliniker och vårdcentraler i Östergötland.

1.1 Syfte

Ett första syfte är att med hjälp av ett ramverk för ”knowledge brokering” - en form för kunskapsöverföring i hälso- och sjukvård - analysera utvecklingen och genomförandet av programmet för ordnat införande av metoder (”Östgötamodellen”) inom Landstinget i Östergötland 2010-2012. Ett andra syfte är att använda ramverket för att jämföra ”Östgötamodellen” med en kanadensisk modell (”Alberta Ambassador Program”) och problematisera eventuella skillnader och likheter mellan modellerna.

1.2 Material och metod

Materialet till studien är insamlat genom observation av möten med grupper som ansvarade för initiering, utveckling och genomförande av ett program för ordnat införande av metoder i Landstinget i Östergötland, genom en web-enkät till deltagarna i de dialogmöten som ingick i programmet, samt genom intervjuer med nyckelpersoner. För en översikt av datainsamlingen i relation till utvecklingen och genomförandet av programmet, se tabell 1.

A. Observation

Under perioden januari 2010 till augusti 2011 genomfördes observation vid 12 möten med arbetsutskottet inom Metodrådet och vid ett tillfälle (mars 2010) observerades ett möte med det samlade Metodrådet.⁵ Arbetsutskottet bestod av fyra ledamöter med organisatorisk tillhörighet i landstinget (tre) och universitetet (en) samt en sekreterare från landstinget. Vid mötet i januari 2010 godkände Metodrådets arbetsutskott att forskningspersonal (Integral) fortsättningsvis skulle vara närvarade vid alla möten tills vidare och även följa arbetsprocessen vid utveckling av en strategi för införande av nya metoder. I början av 2011 övergick ansvaret för att utveckla och genomföra programmet till en styrgrupp med representanter för landsting och universitet. Från mars 2011 till januari 2013 observerades 17 möten med styrgruppen. Vid sex av dessa möten deltog experter från tre av landstingets expertgrupper knutna till läkemedelskommittén.

⁵ Under den observerade perioden samlades hela Metodrådet vid endast ett tillfälle (mars 2010). I övrigt sköttes alla ärenden under perioden av arbetsutskottet. Metodrådet inom Landstinget i Östergötland upplöstes i augusti 2011 och ersattes av ett nytt regionalt metodråd för sydöstra sjukvårdsregionen.

Metoden som användes var en öppen observation i den meningen att alla närvarande kunde se att observationen pågick ("the observer as participant"). Vid inledningen till det första mötet informerade observatören om syftet med studien och om den fortsatta hanteringen av materialet.

Anteckningar fördes under alla mötesdagar. Endast verbal kommunikation noterades (icke-verbal kommunikation bedömdes inte relevant i denna studie). Metoden kan karaktäriseras som icke-strukturerad observation, d.v.s. det fanns inget formulär för att i förväg strukturera observationsanteckningarna. Inlägg från de närvarande i lokalen noterades i kronologisk ordning. Inga samtal om innehållet i gruppens arbete fördes med deltagarna under eller vid sidan av möten under denna tid.

Omedelbart efter varje möte renskrevs anteckningarna på dator i MS Word. Att observera genom denna metod medför att processen från början kartläggs selektivt (inlägg och samtal vid mötet spelades inte in elektroniskt eller på annat vis). Alla ord som sägs kan inte noteras – sammanfattningar av diskussioner måste göras. Avsikten var att få en översiktlig uppfattning om vad som utmärkte arbetet och hur deltagarna agerade i olika situationer. Det innebär att vissa inlägg och diskussioner noterades mer översiktligt, medan andra noterades mer detaljerat. Materialet har analyserats deduktivt genom tematisk analys med utgångspunkt i en modell för "knowledge brokering".

B. Enkät

Under perioden januari till oktober 2012 genomfördes inom ramen för det studerade programmet 14 dialogmöten vid sju sjukhuskliniker och sju vårdcentraler i Östergötland. I samband med dessa möten informerades deltagarna om att en studie pågick och de ombads att besvara en web-enkät som skulle skickades ut någon eller några dagar efter respektive möte och ytterligare en enkät efter 10 veckor. Deltagare som kunde tänka sig att delta ombads lämna namn och e-postadress skriftligt. Totalt noterades på detta sätt 115 namn och e-postadresser. En web-enkät i två versioner utvecklades tillsammans med FoU-enheten för närsjukvården inom Landstinget i Östergötland. Den första versionen omfattade 13 frågor som förutom bakgrundsfrågor om yrke och evidensbaserad kultur på arbetsplatsen innehöll bedömning av genomförandet av mötet, det skriftliga materialet, innehållets trovärdighet och relevansen för den svarande och den egna arbetsplatsen (se bilaga 1). En andra version av enkäten omfattade fyra frågor där den svarande fick bedöma om innehållet i mötet hade resulterat i spridning vid den egna enheten, som underlag för diskussioner och ändrade kliniska ställningstaganden.

Den första versionen besvarades av 69 personer, med visst internt bortfall (svarsfrekvens 60 procent) och den andra versionen besvarades av 36 personer (svarsfrekvens 31 procent). Vid sjukhusklinikerna svarade 66 procent och vid vårdcentralerna 47 procent på enkät 1.

Data har bearbetats som enkel jämförande statistik i SPSS X och Excel.

C. Intervjuer

I juni 2012 genomfördes semistrukturerade intervjuer med fem nyckelpersoner i försöket. Av dessa ingick fyra i styrgruppen varav en hade medverkat vid de möten då Metodrådet behandlat ärendet. Bland de fyra fanns också en person som hade rollen som ”ambassadör” vid vissa dialogmöten. Den femte intervjupersonen ingick i en av expertgrupperna och hade dessutom rollen som ”ambassadör” vid vissa dialogmöten.

Vid intervjuerna användes en intervjuguide som utgick från en modell för ”knowledge brokering.” Intervjuerna som varade mellan 20 och 40 minuter spelades in elektroniskt (mp3) och transkriberades till textfil (MS Word).

Materialet från intervjuerna analyserades deduktivt tematiskt efter modellen för ”knowledge brokering”.

Tabell 1. Kronologisk redovisning av aktivitet inom delprojekt i Integral i relation till försöket.

Försöket med ordnat införande i Östergötland	Delprojekt inom Integral
	2009
	Maj: IMH erhåller anslag från Vinnvård för Intergralprojektet
2010	2010
<i>Januari: Metodrådet diskuterar försöket för första gången</i>	Januari: Observation av Metodrådets möten påbörjas
<i>Maj: Pregabalin (Lyrica) nämns inom Metodrådet för första gången som lämpligt exempel i försöket</i>	
<i>Augusti: Metodrådet fastställer att pregabalin (Lyrica) ska användas som exempel i försöket</i>	
<i>September: Metodrådet får draging om pregabalin (Lyrica) av landstingets läkemedelsgrupp</i>	
<i>November: Ansvarig vid avdelningen för klinisk farmakologi utpekas. Arbetet med evidensdokument påbörjas</i>	
<i>December: En projektledare utpekas</i>	
2011	2011
<i>Mars: Styrgruppen har sitt första möte</i>	Mars: Observation av styrgruppens möten påbörjas
<i>Maj: Styrgruppen möter för första gången "expert".</i>	
<i>Augusti: Styrgruppen möter expertgrupperna för psykiatri och smärta</i>	Augusti: Observation av Metodrådets möten avslutas.
<i>Oktober: Andra mötet med expertgrupp psykiatri.</i>	
<i>December: Andra mötet med expertgrupp smärta</i>	
2012	2012
<i>Januari: Sista mötet med expertgrupperna för psykiatri och smärta.</i>	
<i>Januari: Första dialogmötet genomförs vid sjukhusklinik</i>	Januari: Första utskick av web-enkät 1.
<i>Februari: Första dialogmötet genomförs vid primärvårdsenhet.</i>	April: Första utskicka av web-enkät 2.
<i>Maj: Sista dialogmötet vid primärvårdsenhet.</i>	Juni: Intervjuer med nyckelpersoner.
<i>Oktober: Sista dialogmötet vid sjukhusklinik.</i>	Oktober: Sista utskick av web-enkät 1.
<i>Oktober: Styrgruppen påbörjar arbetet med egen rapport.</i>	
<i>November: Styrgruppen skickar ut förfrågan om aktivitet till enheter via e-post.</i>	December: Sista utskick av web-enkät 2.
2013	2013
<i>Februari: Försöket presenteras vid implementeringskonferens i Linköping</i>	Januari: Observation av styrgruppens möten avslutas.

1.3 Teoretisk ram

Tillståndet i hälso- och sjukvården har under de senaste två decennierna problematiserats i termer av brister i hur organisationen och dess medarbetare tar till sig och tillämpar vetenskaplig kunskap. Bakgrunden är att finna i den evidensbaserade rörelsen, med rötter tillbaka till Cochranes bok (1972), som sedan 1990-talet präglat tänkandet kring hur hälso- och sjukvård ska praktiseras. Men också intresset för att utvärdera och kontrollera medicinska teknologier, med ursprung i USA på 1970-talet, har påverkat. Ett evidensbaserat (baserat på vetenskaplig kunskap) beslutsfattande har lyfts fram som eftersträvansvärt och som lösning på åtminstone vissa vitala problem inom hälso- och sjukvård. Strategier för bättre användning av kunskap i praktisk sjukvård har diskuterats och även tillämpats i många länder ("knowledge to action" eller "KTA"). Märkligt nog har inte dessa initiativ alltid präglats av någon större systematik och "evidensbaserad" (Graham och Tetroe 2007). Den första generationen av strategier för hur kunskap skulle inkorporeras i praktiken var enkelriktad (linjär) från kunskapsproducent till användare. Kunskap uppfattas här som en "produkt" möjlig att överföra till olika miljöer (den är generaliserbar) och nyckelfrågan är hur förflyttningen från producent till användare bäst ska organiseras. En andra generation av strategier betonar ett mer dubbelriktat utbyte och partnerskap mellan olika intressenter. I detta sammanhang uppfattas kunskap som mer mångfacetterad med ursprung i både forskning och praktik. En tredje generation av strategier sätter in kunskapsanvändning i ett systemperspektiv som betonar relationer mellan organisationer och aktörer. Här är det organisationen med sin specifika förutsättning som står i centrum och kunskap uppfattas inte som ett från organisationen fristående fenomen (Best, Hiatt, Norman 2008; Best, Trochim, Haggerty m.fl. 2008; Best och Holmes 2010).

Det arbetssätt som innebär att man använder en "kunskapsmäklare" ("knowledge broker") kan hänföras till både den första och andra generationen av strategier för kunskapsanvändning. Det är ett praktiskt arbetssätt, där mäklaren, som kan vara en person eller organisation, agerar för att underlätta användning av forskningsresultat bland praktiskt verksamma i sjukvården i en vardaglig miljö.⁶ Kunskapsförmedling där en person eller organisation utgör mellanled mellan forskning och praktik ingår i ett större komplex av aktiviteter som är tänkta att bidra till bättre forskningsanvändning (som internationellt går under namn som "knowledge transfer", "knowledge use" alternativt "knowledge implementation"). Det speciella för aktiviteten med kunskapsmäklare är positionen som "mellanhand", men det som denne ägnar sig åt är inte unikt för just denna metod eller arbetsform (som att sammanställa, överföra, förmedla och underlätta tillämpning av kunskap). Ibland har mellanhanden i "kunskaps-

⁶ Ursprunget till kunskapsförmedling i den aktuella formen ("knowledge brokering") finns inom privat sektor, men intresset att använda arbetsformen i offentlig sektor har ökat de senaste 10-15 åren (Roth 2003).

mäklandet” mer rollen att underlätta interaktion mellan parter än att förmedla själva kunskapen. Det är inte i alla sammanhang ens självklart att den kunskap som ska användas av de personer som mäklaren möter alltid behöver vara forskningsbaserad (Roth 2003). Det måste framhållas att förmedling av kunskap där en ”mäklare” används ingalunda är en helgjuten och entydig aktivitet för att skapa en hälso- och sjukvård som bättre tar till vara kunskap av olika slag.

Tre modeller för kunskapsmäklande

Ward m.fl. (2009) har efter en genomgång av litteraturen på området identifierat tre olika former för ”mäklande” av kunskap. I den första varianten, ”*knowledge management*”, ligger tyngdpunkten på att underlätta framtagande, spridning och användning av kunskap. I denna form av ”mäklande” är det kunskapen som står i centrum: uppgiften är antingen att utifrån praktiska problem hitta lämplig kunskap som pekar fram mot en lösning (i vissa fall att stimulera till kunskapsbildning/forskning) eller att hitta nya vägar för att göra kunskap tillgänglig för användare genom lämplig ”förpackning” och spridning. I den andra formen, ”*linkage and exchange*”, framhävs betydelsen av mötet mellan forskning och praktik. Det kan ske genom att underlätta interpersonell kommunikation i liten eller större skala. Betoningen i denna form ligger inte på kunskapen utan på mötet mellan människor och kommunikation dem emellan. Slutligen, har vi den form som kallas ”*capacity building*”, där avsikten är att förbättra förmågan bland praktiker/beslutsfattare att använda kunskap. Det kan ske genom att lära praktiker formulera sina vardagsproblem i forskningsfrågor som sedan kan besvaras genom hänvisning till forskningsresultat. En annan variant är att lära forskare framföra sitt budskap i mötet med praktiker.

Ett land där kunskapsmäklande inom hälso- och sjukvård har tilldragit sig intresse är Kanada där flera försök har genomförts. År 2003 gav CHSFR⁷ ut en rapport som syftade till att tydliggöra fenomenet ”kunskapsmäklande” genom att kartlägga tillämpningar nationellt och uppmuntra till användning av denna metod. Där trycks fram för allt på att ”kunskapsmäklande” handlar om att sammanföra människor, att bygga relationer, att kartlägga behov av kunskap och utbyta idéer. Men man kan säga att i den beskrivning som görs i rapporten återfinns inslag hämtade från alla tre former som redovisas ovan (CHSFR 2003).

De svagheter med arbetsformen ”kunskapsmäklande” som beskrivs är dels att det inte alls är självklart vad inslaget av kunskapsförmedling ska innefatta och dels att det ofta saknats utvärderingar av effekter av detta arbetssätt. Med dessa brister i åtanke har en forskargrupp vid University of Leeds i England arbetat

⁷ CHRF står för Canadian Health Services Research Foundation och är en sk non-profit organization med uppgift att bygga nätverk mellan olika intressenter inom det kanadensiska sjukvårdsystemet, initiera utbildning och forskning och försöksverksamhet. Se <http://www.cfhi-fcass.ca>.

med att ta fram ett generellt ramverk som kan användas vid genomförande av interventioner och utvärdering av ”kunskapsmäklande” (Ward m.fl. 2009). Efter en litteraturstudie utarbetades ett ramverk som därefter testades praktiskt i ett antal arbetsgrupper som hade uppgiften att pröva ”kunskapsmäklande” varefter modellen reviderades utifrån denna praktiska erfarenhet.⁸ Modellen består av fem komponenter som är centrala inom alla former av kunskapsanvändning. Dessa är (a) att identifiera kommunicera och renodla det aktuella problemet, (b) att överväga egenskaper kring den kunskap som ska användas, (c) att analysera den miljö (kontext) där kunskapen ska användas, (d) att planera och genomföra åtgärder för överföring och tillämpning av kunskapen, (e) att överväga hur kunskapen kan användas.

Vi anser att det ramverk som finns redovisat i Ward m.fl. (2010) har stora fördelar när det gäller att granska arbetsformer med inslag av ”kunskapsanvändning”. ”Kunskapsmäklande” kan ibland framstå som ett ganska diffust arbetssätt då själva förmedlingen kan omfatta många olika aktiviteter. Ramverket från universitetet i Leeds tar upp de huvudsakliga komponenterna som kan sägas ingå i alla former av kunskapsöverföring (”knowledge transfer”). Dessa komponenter kan förekomma i olika former, som inslag i interaktion mellan olika aktörer vid olika tidpunkter. Detta ska inte uppfattas som att alla inslag måste förekomma vid alla tillämpningar eller att de måste uppträda i en viss tidsföljd. Ward m.fl. (2010) pekar på nödvändigheten av flexibilitet för kunskapsförmedlare och användare av kunskap. Ramverket är alltså ingen checklista som alla försök med ”kunskapsmäklande” måste följa. Men genom att ställa aktiviteter i försöket mot komponenterna i detta ramverk får man en god uppfattning om var tyngdpunkten ligger. Vår avsikt är att använda ramverket för att inledningsvis analysera det kanadensiska försök som stod som förebild till det svenska, den s.k. ”Albertamodellen”, varefter det svenska försöket, den s.k. ”Östgötamodellen”, analyseras efter samma ramverk.

⁸ Detaljer kring framtagandet av modellen finns redovisade i Ward m.fl. 2010. Författarna använder uttrycket ”template” som snarast kan översättas med ”mall”. Vi har dock valt ”ramverk” som svenskt begrepp. De beskriver sitt syfte som att ”produce a template to help researchers, practitioners and decision makers plan and evaluate initiatives for transferring knowledge into action.” (Ward m.fl. 2010: 6)

Tabell 2. Ramverk för utvärdering av försök med dialogmöten baserat på Ward m.fl. 2010.

Problemet i försöket	
Identifiera problemet (problemen)	Hur identifieras problemet? Vem medverkar vid identifiering av problemet?
Tydliggöra och fördjupa problemet	Hur tydliggörs problemet? Vem medverkar när problemet tydliggörs?
Tillämpa problemet	Hur tillämpas problemet? Vem medverkar i detta?
Ompröva och utveckla problemet	Hur omprövas och utvecklas problemet? Vem medverkar i detta?

Miljön/kontexten i försöket	
Aktivt utforska miljön	Hur samlas information in om miljön för försöket? Vem medverkar i detta?
Karaktäristik av miljön	Vad utmärker miljön miljö/deltagarna?
Karaktäristik av organisationen	Vad utmärker den aktuella organisationen?
Karaktäristik av försöket som forskning	Vad utmärker det aktuella försöket i forskningstermer?

Kunskap i försöket	
Lokalisera kunskapen	Vilken kunskap lokaliseras, av vem och hur?
Urval och sammanställning av kunskap	Vem sammanställer kunskap och hur?
Bedömning av kunskap	Vem bedömer kunskapen och hur?
Fokusering av kunskap	Vem riktar kunskapen till målgruppen och hur?
Praktiska begränsningar kring kunskap	Vilka begränsningar visar sig vid kunskapsinhämtning och sammanställning?

Interventionen i försöket	
Klargörande av interventionen, roller, ansvar och syfte	Vem medverkar i klargörandet och hur sker det?
Diskussion och reflektion av interventionen	Sker diskussion och reflektion och vem medverkar?
Integrera interventionen i målgruppens uppdrag	Hur sammanförs interventionen med målgruppens uppdrag?
Göra interventionen möjlig att upprepa	Hur möjliggörs återanvändning av erfarenheter?
Hantera information	Hur hanteras sådan information som behövs för att stödja interventionen och av vem?
Anknyta till experter	Hur integreras expertkunskap i interventionen?
Hitta/underlätta stöd vid beslut/implementering	Hur skapas stödresurser vid försöket?
Utveckla målgruppens kapacitet	Hur stöttas målgruppen i att utveckla sin kapacitet?

Användning hos målgruppen av kunskap/kompetens	
Användningens praktikaliteter	Hur ser användningens konsekvenser ut i praktiken
Direkt användning i praktiken	Hur används kunskap i praktiken?
Indirekt användning i praktiken	Hur används kunskap indirekt?
Politisk användning	Hur används kunskap för att påverka målgruppens uppdrag och organisation?
Vidare spridning av kunskap från försöket	Hur sprids kunskap från försöket till andra intressenter?
Bibehållen användning	Hur bibehålls kunskap och erfarenheter från försöket hos målgruppen?

2. ANALYS AV "AMBASSADÖRSPROGRAMMET" I ALBERTA

Ambassadörsprogrammet, "The Alberta Ambassador Program", syftade till att utveckla en modell som kunde tjäna som förebild vid förmedling av forskningsbaserad kunskap ("research transfer") inom olika ämnesområden. Specifikt hade dock försöket syftet att öka medvetenheten bland kliniskt verksamma och andra lokala beslutsfattare om befintlig vetenskaplig evidens vid handläggningen av kronisk smärta och att påverka attityden generellt bland kliniker att använda forskningsbaserad evidens. Försöket genomfördes i en första omgång under perioden april 2004 till mars 2005 i provinsen Alberta i Kanada.⁹ Totalt deltog 130 kliniskt verksamma och administratörer i 11 möten i åtta av de nio distrikten i provinsen Alberta. Försöket följdes och utvärderades av Barrington Research Group Inc., genom dokument, intervjuer och enkäter före och efter interventionen (för en översikt över aktörer i försöket se Tabell 3).

I flera av de publikationer som beskriver försöket med spridning av HTA-resultat inom området kronisk smärta (det som blev "Albertamodellen") framhålls en svensk förebild, nämligen SBU:s ambassadörsprogram (Rashiq m.fl. 2006; Scott 2007). Det framgår dock att det kanadensiska försöket var en anpassning av den svenska förebilden efter regionala önskemål; det är alltså ingen kopia av den svenska modellen med regionala s.k. ambassadörer som har använts för att sprida innehållet i SBU:s studier. Vid utvecklingen av "Albertamodellen" fanns även andra förebilder med bakgrund i litteraturen om "knowledge translation", problembaserat lärande ("problem-based learning") men framför allt visioner om "knowledge brokering" som var synnerligen aktuella i Kanada vid den tidpunkt då försöket utvecklades och genomfördes. Flera försök med "knowledge brokering" pågick i provinsen Alberta vid denna tidpunkt (CHRF 2012). I den kanadensiska utvärderingsrapporten om "Ambassadörsprogrammet" i Alberta nämns uttryckligen att detta "expanded on the Swedish model [SBU:s ambassadörsprogram] by incorporating the principles of knowledge brokering." I Albertaförsöket skulle därför gruppen ambassadörer tilldelas roller i enlighet med sådana principer (Barrington Research Group 2005:1,4). Det finns alltså skäl att analysera det kanadensiska försöket efter ett ramverk som har skapats just för att granska "knowledge brokering", d.v.s. det som utarbetats av Ward m.fl. (2010) och som tidigare presenterats i teoriavsnittet.

⁹ En andra omgång påbörjades 2006 och modellen med ambassadörer inom detta kliniska område har levt vidare i senare upplagor. Vid Institute of Health Economics i Alberta, Kanada finns material från olika försöksomgångar samlat. Se: <http://www.ihe.ca/research/--the-alberta-ambassador-program/> (Hämtad 2012-11-13).

I nedan redovisade analys av försöket i Alberta utgår vi från Rashiq m.fl. (2006) och Taenzer m.fl. (2006) som ger en allmän bild och Scott m.fl. (2007) som visar arbetet med sammanställning av evidens inom ramen för försöket, samt beskrivningen i Barrington Research Group (2005) som är huvudrapporten vid utvärderingen av försöket. Utvärderingen baserades på en enkät till deltagarna omedelbart före mötet och en enkät sex veckor efter mötet, intervjuer med ”ambassadörer” och med deltagare.¹⁰ Det som beskrivs är det första försöket med utveckling och tillämpning av ett ambassadörsprogram i Alberta, Kanada (ej senare omgångar av detta program).

Tabell 3. Översikt över aktörer i försöket i Alberta.

Aktörer i utvecklingsarbetet

Styrgrupp (”Steering Committee”) vars sammansättning dock är oklar.

Rådgivningsgrupp (”Advisory Committee”) med deltagare som representerade olika intressenter och med kompetenser bl.a. i spridning av kliniska riktlinjer och utbildning.

Aktörer vid dialogmöten

Tre kliniska ambassadörer och två forskningsambassadörer (när interventionen genomfördes fanns två ambassadörer med olika kompetens närvarande vid varje möte).

Deltagare vid dialogmöten från 8 av 9 nio områden (”health regions”) i provinsen Alberta där de största yrkesgrupperna var sjuksköterskor (ca 27 procent), läkare (ca. 21 procent) och rehabpersonal (ca. 18 procent).

2.1 Problemet i försöket

Det är inte möjligt att spåra motiven till att just kronisk smärta valdes som ämne. När den regionala sjukvårdsförvaltningen (Alberta Health and Wellness) presenterade bakgrunden till försöket tryckte man på förekomsten av regionala nätverk inom detta kliniska område, tillgång till en stor mängd HTA dokument inom området och variationer i klinisk praxis inom området kronisk smärta.

Ämnet kronisk smärta och dess hantering aktualiserades också genom en riktad befolkningsenkät och hade diskuterats vid ett endagsseminarium 2003 i Alberta, där en punkt var en hur man skulle kunna utveckla en strategi för bättre kompetens inom området (”fund a strategy to develop ‘pain’ expertise in Alberta”). Det fanns vid denna tidpunkt två genomförda prevalensstudier och

¹⁰ Bland deltagarna valdes fem personer ut för intervjuer som via enkäter rapporterat störst tillfredsställelse med försöket och fem som rapporterat minst tillfredsställelse (Barrington Research Group 2005).

två specifika HTA-studier, som enligt uppgift hade genomförts efter initiativ av regionala kliniker och andra beslutsfattare. Vid mötet 2003 mobiliserades stöd för att utveckla strategier för att sprida resultat från forskning.

Efter att Ambassadörsprogrammet hade beslutats var det främst ledamöter i styrgrupp, rådgivningsgrupp och de kliniska- och de forskningsinriktade ambassadörerna som påverkade detaljfrågorna, t.ex. att fokusera exklusivt mot ”chronic low back pain”. Men även en ledande allmänläkare på landsbygden anges som viktig i sammanhanget. Ambassadörerna, särskilt de kliniska, adderade inslag som de ansåg kunde vara av intresse för kliniskt verksamma i primärvården.

Hur ett problem beskrivs och formuleras kan relateras till inblandade gruppers uppfattningar och hur arbetsfördelningen mellan dessa ser ut, dvs. vem som har utrymmet att definiera problemet. Det är genomgående svårt att med ledning av tillgängligt material fastställa exakt hur arbetsfördelningen såg ut mellan de olika grupperingar som var inblandade i försöket. Vi vet att det tillsattes en mindre styrgrupp (”Steering Committee”) vars sammansättning dock är oklar. Därutöver förekom en – som det anges i en källa – bredare rådgivningsgrupp (”Advisory Committee”) med deltagare av olika intressenter och kompetenser, där vissa detaljer om sammansättningen finns. Här fanns även kompetens i spridning av kliniska riktlinjer och utbildning representerade.¹¹ Till försöket knöts tre kliniska ambassadörer och två forskningsambassadörer. Om dessa ingick i styrgruppen är inte känt – men det är ett rimligt antagande. När interventionen genomfördes fanns två ambassadörer med olika kompetens närvarande vid varje möte.¹²

2.2 Miljön/kontexten i försöket

Lämpliga deltagare i försöket pekades ut av de regionala sjukvårdscheferna (The RHA Medical Directors) som uppfyllande kravet att vara lokala opinionsledare (”local opinion leaders”) inom kronisk smärta. De utpekade fick därefter en inbjudan att delta i försöket som kom att omfatta 130 personer där majoriteten utgjordes av sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och apotekare (53

¹¹”In order to develop, implement and test the model, an advisory committee was established with representatives from all of the relevant stakeholder groups in the province, including the authors, the Alberta College of Physicians and Surgeons, the Alberta Medical Association and a representative from one of the rural Alberta health regions. Consultants with expertise in dissemination of clinical practice guidelines, continuing medical education and adult learning complemented the advisory committee.” (Taenzer m.fl. 2006).

¹²”A team that included a clinical ambassador who was a well-recognized provincial leader in continuing education related to pain management, and a research ambassador who was available to explain how the evidence presented was derived from the research literature, conducted each workshop.” (Taenzer m.fl. 2006).

procent) medan läkarna utgjorde 21 procent, administratörer 15 procent och personal i psykiatri 7 procent. Av samtliga deltagare uppgav 86 procent att de var kliniskt verksamma med smärtpatienter. Interventionen, d.v.s. de möten där deltagarna fick information om och interagerade kring frågor om kronisk smärta omfattade 11 möten på 9 olika platser. De som deltog i dessa möten var utvalda för att de ansågs ha ett intresse för frågor om kronisk smärta (Scott m.fl. 2007).

Som en del av utvärderingen fick deltagarna en tid före mötet besvara en enkät där de bl. a. fick karaktärisera den miljö där de var verksamma, t.ex. om den inbjuder till kunskapsinhämtning. Dessa enkäter lämnades dock in i samband med mötet och resultaten kan därför inte ha varit tillgängliga förrän efter genomförda möten.

Vid mötet fick deltagarna inledningsvis information om syftet med mötet och om tillståndet inom smärtområdet i provinsen samt information om utvärderingen.

De ansvariga i styrgrupp, rådgivningsgrupp och särskilt de kliniska ambassadörerna var angelägna om att anpassa innehållet i de planerade dialogmötena efter lokala förhållanden (se nedan). Det finns fog för att påstå att det skedde en kontextanpassning av försöket. Det blev särskilt uppenbart då rådgivare med klinisk erfarenhet konfronterades med planerna för hur evidensmaterialet skulle utvecklas. De kliniska ambassadörerna betonade vikten av att evidensmaterialet skulle ha en stor bredd, d.v.s. omfatta i princip alla terapier som de kliniskt verksamma kunde tänkas överväga att använda (Scott m.fl. 2010).

2.3 Kunskap i försöket

Som framgått ovan fanns vid inledningen av försöket resultat från två prevalensstudier och två HTA studier och tanken var att sprida kunskap om dessa (en inställning som fanns när projektet planerades). Därutöver genomförde en regional HTA enhet en databassökning för att identifiera systematiska litteraturgranskningar. Efter diverse diskussioner mellan olika parter kom dessa att omfatta studier kring 18 olika kliniska interventioner.

I utgångsläget var ambitionen att utgå från systematiska litteraturgranskningar som visar medicinska effekter av interventioner. Sammanställningen av kunskap gjordes av HTA forskare [benämndes ”Research Ambassadors”] i samråd med en panel av smärtspecialister och en allmänläkare [där s.k. ”Clinical Ambassadors” ingick]. Avsikten var initialt att söka efter litteraturgranskningar som visade effekter av i princip alla interventioner avseende kronisk icke

cancerrelaterad smärta. Denna ambition övergavs efter överläggning med panelen. Istället valdes granskningar av interventioner som tillämpades av kliniker utanför sjukhus och kliniker vid sjukhus utanför storstäder, fram för allt av läkare i glesbygd (Scott m.fl. 2007). Man hade alltså ett mer pragmatiskt fokus med betoning på hur klinisk praxis utanför större sjukhus såg ut.

Framtagandet av kunskapsunderlag byggde på att paneler bedömde vilka behandlingar som var mest aktuella bland de kliniskt verksamma och att underlag fanns framtaget innan deltagarna samlades. Detta gjordes innan den första serien av dialogmöten (Scott m.fl. 2007:682).

Underlaget utarbetades genom fortgående diskussioner och förhandlingar mellan forsknings- och kliniska ambassadörer och där flera kompromisser förekom (Scott m.fl. 2007; Barrington Research Group 2005). HTA-forskarna efterfrågade hög metodologisk kvalitet på studierna medan de kliniska företrädarna efterfrågade en stor bredd av materialet kring olika slags kliniska metoder. Frågan om definition av kronisk smärta vållade diskussion och ledde till en pragmatisk lösning. De kliniska företrädarna ville t.ex. utöka exempelsamlingen av metoder vilket innebar att tidskriteriet för sökande av studier ändrades från 2000 till 1990 (Scott m.fl. 2007). På grund av tidsbrist tvingades man dock utesluta sökandet efter studier av vissa interventioner som de kliniska företrädarna fann relevanta.

En annan kompromiss var att HTA-forskarna fick avstå från att använda de mer omfattande modeller för att gradera kvalitet på studier (rating scales) som används vid litteraturgranskningar och istället tillämpa en enkel skala (good, average, poor). Möjligheten att göra entydiga konklusioner var också ett problem eftersom olika metoder jämförs med olika alternativ. De kliniska ambassadörerna fick avgöra hur detta skulle lösas när resultat skulle presenteras. Två olika kulturer möttes i detta arbete, kliniker som var nöjda med de olika typer av evidens som kunde uppbringas och HTA forskare som var inställda på att använda strikta kriterier för att utesluta studier som inte ansågs hålla måttet (Scott m.fl. 2007). De kliniska ambassadörerna blev dock på ett nytt sätt uppmärksammade på kvalitetsbrister i studier och sammanställningar, vilket gav viktig input i de kommande mötena med kliniker (Scott m.fl. 2007).

Underlag togs fram för 18 olika interventioner som sedan kondenserades till korta koncisa sammanställningar ("evidence in brief"). Dessa utarbetades av kliniska ambassadörer och forskningsambassadörer tillsammans efter jämkningar och kompromisser. De kliniska ambassadörerna formulerade slutsatser ("treatment recommendations") baserade dels på sammanställningen av vetenskaplig evidens och dels utifrån egen klinisk erfarenhet. När sammanställningarna användes under dialogmöten blev det dock tydligt att det

förekom luckor i materialet då frågorna från deltagarna inte kunde besvaras med ledning av materialet. Det var därför en utmaning för de kliniska ambassadörerna att balansera mellan den forskningsbaserade evidensen och praktisk erfarenhet bland kliniker (Scott m.fl. 2007). Avsikten var att de 18 dokumenten i kortform skulle finnas tillgängliga för deltagarna och kunna användas vid behov då frågor kom upp bland deltagarna.

2.4 Interventionen i försöket

Interventionen i form av dialogmöten planerades av styrgruppen tillsammans med rådgivningsgruppen och fick sin slutliga form efter diskussioner med ambassadörgruppen. Ursprungligen tänkte man sig halvdagsmöten, men denna tanke fick överges och man stannade för möten på 1,5 timme. Dessa möten skulle inte vara föreläsningstillfällen för experter utan skulle vara interaktiva, med en komprimerad presentation av ett kliniskt fall och därefter en diskussion som utgick från deltagarnas behov av information. Deltagarna fick lämna förslag på lämplig behandling och i samband med detta presenterades tillgänglig evidens varvid de korta sammanställningarna delades ut. Ett provmöte (en pilot) genomfördes i Canmore, Alberta i september 2004, med 16 kliniskt verksamma för att testa arbetsformen. Mötet videofilmades så att rådgivningsgruppen kunde se det i efterhand. Utvärderingsteamet från Barrington Research Group, som genomförde en enkät i samband med provmötet, delgav också sina intryck, varefter arbetsformen justerades. Man valde bl. a. att avsätta mer tid till att ge en bakgrund och motiv till varför smärtbehandling hade valts som ämne.

Ett resultat av provmötet var att de ansvariga blev medvetna om vikten att standardisera strukturen för de följande dialogmötena. Vid varje möte skulle en klinisk ambassadör och en forskningsambassadör medverka. Den kliniska ambassadören ledde mötet medan forskningsambassadören presenterade den vetenskapliga evidensen och svarade på frågor kring denna. Försöket som sådant hanterade inte behovet av stödresurser bland deltagarna eller behov av särskild förmåga. Förhoppningen var att deltagarna skulle agera som kliniska opinionsledare, dvs. sprida kunskapen vidare till andra aktörer, men utan att få tillgång till några ytterligare resurser.

Av den enkät som delades ut före mötet (besvarades av 99,2 procent av deltagarna) framgår att 78 procent var där av intresse för smärtbehandling och 75 procent uppgav som ett ytterligare skäl till deltagande att de vill lära sig mer om att tillämpa bästa möjliga evidens.¹³ Bland deltagarna uppgav 67 procent att

¹³ Det var således möjligt att i denna fråga markera flera svarsalternativ i enkäten.

de arbetade i en miljö där ledningen uppmuntrade till användning av bästa möjliga evidens (Barrington Research Group 2005).

Allteftersom interventionen pågick väcktes tanken att avsluta varje möte med att låta deltagarna utarbeta en handlingsplan ("the action planning component"). Deltagarna fick frågan vad de med ledning av dagens information och diskussion skulle vilja göra annorlunda framöver. Men redan under piloten visade det sig svårt att motivera deltagarna att vid slutet av mötet sätta samman en formell handlingsplan. Genom den andra enkäten vet vi att 30 procent av deltagarna uppgav att ingen handlingsplan hade utvecklats medan övriga uppgav att en plan hade utvecklats. Av svaren i enkäten framgår dock att formen och ambitionsnivån på handlingsplanen kunde variera (Barrington Reserarch Group 2005).

2.5 Användningen hos målgruppen av kunskapen/kompetensen

Deltagarna i de dialogmöten som genomfördes var selekterade eftersom de i första skedet valdes ut som lämpliga opinionsledare då de ansågs övertygade om betydelsen av att vetenskaplig evidens bör användas för att motivera behandlingsrekommendationer. I utvärderingen ansåg 10 procent av deltagarna att de hade stor möjlighet att påverka kollegor, medan 66 procent angav att de hade någon möjlighet att påverka. Bland deltagarna menade 52 procent att de kunde påverka administratörer i någon utsträckning och 7 procent i stor utsträckning. Det är svårt att få någon uppfattning om hur deltagarna har kommit att använda kunskap och erfarenhet från första omgången av dialogmöten. I enkäten som besvarades efter mötet uppgav närmare 80 procent att de delat med sig av skriftlig information (som de erhöll före mötet) till kollegor.

Försök med en "ambassadörsmodell" i form av dialoggrupper bland kliniskt verksamma har levt vidare i Albertaprovinsen i Kanada, om än i modifierad form.¹⁴

¹⁴ 14 Se vidare: <http://www.ihe.ca/research/--the-alberta-ambassador-program/--overview/>. Hämtad 2013-05-15.

3. ANALYS AV FÖRSÖKET MED ORDNAT INFÖRANDE I ÖSTERGÖTLAND

Bakgrunden till försöket i Östergötland stod att finna i ett forskningsprojekt (tidigare omnämnt i Introduktion) där avsikten var att i en delstudie följa hur Metodrådet inom Landstinget i Östergötland bl.a. arbetade för att utveckla en strategi för ordnat införande. Förebilden var det kanadensiska försöket, den s.k. Albertamodellen, men tanken var aldrig att denna modell skulle följas i detalj, dvs. kopieras, utan att se hur Metodrådet skulle gå till väga för att applicera modellen på svenska förhållanden. Albertmodellen tjänade som inspiration men Metodrådet var inte på något sätt tvingat att i alla detaljer följa modellen. Kunskap om Albertamodellen fördes in i Metodrådet via ledamöter som hade anknytning till forskningsprojektet. I grova drag kom Metodrådet att under 2010 vid en serie möten diskutera och ta beslut om genomförandet av ett försök och staka ut vissa huvuddrag i genomförandet. Under 2011 övergick ansvaret till en styrgrupp, med annan sammansättning än Metodrådet, som ansvarade för utvecklingen av evidensunderlag och detaljplanering av dialogmöten vid kliniska enheter (sjukhuskliniker och vårdcentraler). Väsentliga delar av styrgruppens arbete skedde genom att man konsulterade ”experter” hämtade huvudsakligen från landstingets expertgrupper för psykiatri och smärta. Under 2012 genomfördes 14 möten runt om i länet där en person med anknytning till respektive expertgrupp (”ambassadör”) presenterade evidensunderlaget tillsammans med expertgruppens rekommendationer (för en översikt över aktörer i försöket se Tabell 4 och en kronologisk redovisning av processen se Tabell 5). Planeringen av försöket i Metodrådet och i styrgruppen följdes av forskare från Linköpings universitet (IMH) via observation av möten (se avsnitt Material och Metod) och interventionen studerades via en web-enkät till deltagarna i dialogmötet. Efter försöket intervjuades även flertalet ledamöter i styrgruppen och de s.k. ambassadörerna.

Tabell 4. Översikt över aktörer i försöket i Östergötland

Aktörer i utvecklingsarbetet

Metodrådets arbetsutskott (arbetsutskottet till landstingets Metodråd – en permanent grupp med fem ledamöter från Landstinget i Östergötland och Linköpings universitet; drog upp riktlinjerna för försöket).

Styrgruppen (en ad hoc grupp med representanter från Landstinget i Östergötland och Linköpings universitet, som ansvarade för utvecklingen av flera evidensdokument; planerade försöket i detalj och deltog individuellt vid dialogmöten).

Läkemedelskommitténs expertgrupp inom psykiatri (en permanent grupp med huvudsakligen läkare som företräder klinisk verksamhet inom ett sjukdomsområde)

Läkemedelskommitténs expertgrupp inom smärta & neurologi (en permanent grupp med huvudsakligen läkare som företräder klinisk verksamhet inom ett sjukdomsområde).

Aktörer vid dialogmöten

Moderator (en ”moderator” från styrgruppen presenterade försöket, modererade diskussionen och skötte viss dokumentation).

Ambassadör (en ”ambassadörer” med förankring i styrgrupp alternativt expertgrupp presenterade bakgrund (statistik), innehållet i sammanfattande evidensunderlag och deltog i diskussionen).

Deltagare vid dialogmöten från sju sjukhuskliniker och sju vårdcentraler (en stor majoritet av dessa var läkare)¹⁵

3.1 Problemet i försöket

Identifiera problemet

Det är mycket svårt att ringa in ett entydigt problem som präglade försöket under hela processen, alltså från det att projektet initierades i Metodrådet, till att ansvaret togs över av styrgruppen och till att interventionen genomfördes bland de kliniska enheterna. Istället kan flera problem observeras som olika aktörer anknöt till vid olika tillfällen.

När Metodrådet¹⁶ samlades i början av 2010 presenterades grunddragen i Albertamodellen av en ledamot som representerande universitetet. Fokus lades

¹⁵ Av de som svarade på enkät 1 och 2 uppgav ca. 80 procent att de var specialistläkare, ST- eller AT-läkare. Bland de ca. 15 procent som uppgav att de var chefer fanns troligen också många läkare. Av de svarande uppgav ca. 5 procent att de tillhörde annan yrkesgrupp.

då på att försöket skulle handla om att utveckla en form av ”dialog”, men utan att det närmare preciseras vad som avsågs med ”dialog”, dvs. hur mycket, exakt mellan vilka parter och hur denna skulle genomföras.

I presentationen framskyntade ett problem; nämligen att syftet med försöket redan var formulerat i ett forskningsprojekt där både universitetet och landstinget samverkade. I projektet var Metodrådets roll att utveckla former för att öka nyttiggörandet i hälso- och sjukvården av kvalitetssäkrad kunskap. Metodrådet skulle i detta arbete *utveckla en svensk version av ett i Kanada redan prövat program (”Albertmodellen”)* för att därigenom bidra till forskningsprojektets genomförande (se vidare nedan under rubriken Karaktäristik av försöket som forskning).

Tydliggöra problemet

Redan vid mötet i januari 2010 hade rådet bestämt att försöket skulle avse en specifik medicinsk metod. Diskussionerna i Metodrådet kom att handla om att hitta en metod som var lämplig för försöket, d.v.s. där det var möjligt att hitta ”genomarbetad dokumentation” och vetenskaplig evidens som var lämpad för att presenteras i ”dialogform”. Det går att fixera en tidpunkt då den metod som kom att ligga till grund för försöket först lanserades. Vid mötet i maj 2010 lyftes pregabalin (Lyrica) fram som en lämplig metod att använda som exempel i försöket.

När pregabalin (Lyrica) lanserades som möjlig kandidat i försöket hade Metodrådet redan tvingats överge en annan metod. Vid januarimötet diskuterades Apolipoprotein (ApoB), en diagnostisk metod som används för att bestämma kolesterol och relaterade lipidvärden. ApoB övergavs dock sedan det visat sig att denna metod förlorat i aktualitet bland kardiologer. Tanken var först att pröva metoden som ett exempel på ”ordnat införande” mellan sjukhus och primärvård. Under en period våren 2010 fanns dock ingen självklar metod lämplig för försöket, innan pregabalin (Lyrica) lanserades.

En ledamot som representerande landstingsledningen menade att pregabalin (Lyrica), som förskrivs för flera olika tillstånd (t.ex. epilepsi, fibromyalgi, depressioner, kronisk smärta), kunde vara lämpligt av flera skäl: (a) det hade skett en betydande ökning i förskrivningen inom landstinget, (b) det fanns tecken på att primärvården hade svårigheter att ”hantera” läkemedlet då detta skrivs ut av specialister i andra delar av sjukvården, samt (c) att det var ett läkemedel som karaktäriserades av komplexitet, d.v.s. det användes på många

¹⁶ I praktiken var det inte hela Metodrådet utan arbetsutskottet som var samlat när riktlinjerna för försöket drogs upp under 2010. Se också Material och Metod del A Observation.

olika tillstånd och i bakgrunden fanns dessutom en missbruksproblematik. Genom den diskussion som följde och det faktum att pregabalin (Lyrica) lanserades av landstingsledningens representant sattes också ”dialogformen” i försöket in i ett perspektiv som en av flera ”styrformer” inom landstinget. Ett annat problem som kunde identifieras var således: att hitta en ”styrform” för att komma tillrätta med ökad förskrivning i de fall denna inte var motiverad. Därför väcktes också i Metodrådet tanken på att effekterna av försöket skulle kunna följas upp genom statistik på förskrivningen av det aktuella läkemedlet.

Två viktiga förutsättningar betonades när rådet slutligen i augusti 2010 fastställde att pregabalin (Lyrica) skulle bli den metod som skulle ingå: a) att det fanns en evidensgrund att sammanställa och presentera och b) att det skulle vara möjligt att följa upp förskrivningen över tid för att se om en beteendeförändring var möjlig att åstadkomma. Albertmodellen placerades in i denna ambition som en form för ”dialogmetod” som skulle kunna ge stöd till verksamheterna att diskutera användningen av pregabalin (Lyrica). Området bedömdes också som intressant eftersom det illustrerade gränssnittet och kostnadsansvaret mellan primärvård och specialistvård. Det diskuterades också görligheten att med hjälp av statistik se vilka vårdcentraler som hade relativt störst kostnad och snabbast ökning av förskrivning.

Metodrådet formulerade syftet för försöket som att ”tillsammans med läkemedelskommittén få en mer evidensbaserad och kostnadseffektiv användning av pregabalin (Lyrica)”. Därmed anknöt man till flera problem som återfanns hos olika delar inom landstinget med olika ansvarsområden.

Från Metodrådets sida innebar försöket en nyorientering som gav upphov till diskussioner om rådets roll inom landstinget. Från att tidigare mest ha ägnat sig åt granskning av nya metoder, innebar engagemanget i försöket att rådet nu bröt ny mark, genom att tydligare anknyta till en annan del i sitt uppdrag, nämligen att verka för evidensbaserad vård inom landstingets organisation. Metodrådets ställning i relation till landstingsledningen (politisk/tjänstemannaledning) kom också i blickpunkten, när försökets konturer blev tydliga, vilka resurser som behövde avsättas (för evidenssammanställning) och vilka verksamheter som berördes. Detta föranledde rådet att betona vikten av dialog med olika parter, såsom läkemedelskommittén, verksamhetschefer och inte minst primärvården, som var tänkt att involveras direkt i försöket. I detta skede blev ytterligare ett problem synbart: Metodrådets ambition att vara till nytta för både landstingsledning och de kliniska verksamheterna men utan att gå vid sidan av sitt mandat.

Tillämpa problemet

Från 2011 övertog styrgruppen ansvaret för att driva försöket framåt och etablerade under våren kontakt med relevanta expertgrupper inom landstinget. Inom styrgruppen fanns en medvetenhet om att man i inledande möten med expertgrupperna måste klargöra syftet med försöket. Bakgrunden i form av Integralprojektet och inspirationskällan från Kanada redovisades liksom det problem som hade accentuerats i Metodrådet, nämligen att förskrivningen av det aktuella läkemedlet hade ökat i länet. Men styrgruppen valde att för experterna betona att syftet med försöket inte var att hålla nere förskrivningen av pregabalin (Lyrica) respektive att försöket inte syftade till en ”besparingskampanj”.

När man i ett senare skede kom in på den planerade interventionen lyfte experterna ett problem. Det skedde i termer av ”psykologi” vid presentationen av evidens då det hävdades att kliniker ofta har en bestämd åsikt och är präglade av egna erfarenheter. Man kunde således förvänta sig en del svårigheter att få dessa att bli överens och att få dem att överväga en eventuell förändring i terapin (se vidare nedan under rubriken Diskussion kring interventionen).

Ompröva problemet

När styrgruppen summerade sina erfarenheter i augusti 2012, då flertalet dialogmöten var genomförda, konstaterade man att alla deltagare inte hade uppfattat förskrivning av pregabalin (Lyrica) som ett relevant problem, där särskilt primärvården utmärkte sig. Detta ansåg styrgruppen berodde på att man hade inkluderat även ”lågförskrivare” i försöket (se vidare nedan om Interventionen i försöket). I gruppen noterade ledamöterna också att det bland de kliniska enheterna hade uttryckts viss kritik mot dokumentet för att det fokuserade för mycket på enbart pregabalin (Lyrica) och för lite på de kliniska alternativen.

Ett problem som hade noterades redan i Metodrådet och som också uppmärksammades när styrgruppens ledamöter vid ett senare möte sammanfattade sina intryck, var relationen mellan sjukhus och primärvården. Det som styrgruppen tog fasta på var dock att man från sjukhusklinikerna menade att det var ett problem att primärvården inte i tillräcklig utsträckning fortsatte med att förskriva pregabalin (Lyrica) trots att läkare vid sjukhuset hade satt in preparatet. Vårt att notera är att denna problematik är den omvända mot vad som framfördes i Metodrådet; att primärvården hade problem att sätta ut läkemedlet efter att det först förskrivits vid sjukhuskliniker.

Vid detta möte noterade också styrgruppen att det hade skett både en utveckling och en förändring i försöket jämfört med inspirationskällan, Albertamodellen,

och att detta delvis berodde på att man tvingats anpassa försöket till tillgängliga resurser.

3.2 Miljön/kontexten i försöket

Information om miljön

Metodrådet utgick i sin diskussion kring försöket inte från förutsättningar i miljön, utan rådet sökte efter en lämplig metod som kunde ligga till grund för en intervention. Det var inte miljön inom landstinget som stod i centrum. När pregabalin (Lyrica) hade identifierats diskuterade rådet visserligen i termer av problem bland förskrivarna, men inte kring vilken kunskap som dessa efterfrågade för att komma till rätta med problemet. Medverkan av olika aktörer inom landstinget ansågs vara tvunget att förankras inom organisationen. Men denna uppgift låg inte på Metodrådet, som saknade sådant mandat, utan den kanaliserades genom en ledamot som representerade landstingsledningen.

Metodrådet betonade dock vikten av att få in olika slags kunskap i försöket genom Läke-medelskommitténs expertgrupper. I styrgruppen betonades vikten av att få in ”expertkunskap” i försöket. Förutom medverkan av de tre expertgrupperna vid utvecklingen av kunskapsunderlagen var gruppernas kunskaper om den faktiska användningen av det aktuella preparatet i klinisk miljö viktiga. Styrgruppen utgick från föreställningen att pregabalin (Lyrica) förskrevs huvudsakligen inom tre stora diagnosområden och att man därför borde ha med expertgrupper som representerade dessa tre områden och personer som hade kunskap om användningen i vården. Det var först vid mötet med en av expertgrupperna som läget klarnade vad gällde klinisk användning av preparatet för behandling av epilepsi; att det användes mycket sparsamt vid sådan diagnos och att det för detta ändamål enbart skrevs ut vid sjukhus. Med Expertgrupp smärta berörde styrgruppen vilka frågor som skulle komma upp vid dialogmöten med kliniker, t.ex. hur mycket det var rimligt att då involvera sig i diskussioner om alternativ till pregabalin (Lyrica).

Förutom att tillgodose kravet på kunskap om tillämpningen av det aktuella läkemedlet var det viktigt för styrgruppen att expertgrupperna också bestod av representerar från olika delar av länet. Dels ville man ha en bedömning av dokumentet från olika delar av länet i syfte att skapa legitimitet för innehållet och dels fick man därigenom viss inblick i de praxisskillnader som förekom i länet. Styrgruppen diskuterade flera gånger vikten av ett brett deltagande, t.ex. att ha med någon från Norrköping. Vid något tillfälle ansåg en ledamot i styrgruppen att ”vi måste ligga på för att få med dessa”. Trots denna ambition

visade det sig svårt att säkra en idealisk representation, t.ex. inom expertgrupp psykiatri vad gällde deltagande från västra länsdelen.

Styrgruppen fick dock balansera sin ambition att dra nytta av expertgruppernas kunskaper mot de krav man de facto kunde ställa på grupperna i form av medverkan. Inom styrgruppen uttrycktes vid ett tillfälle att man inte hade möjlighet att ”begära för mycket av expertgrupperna” och att dessa ”inte fick belastas för hårt”. Dessutom fanns rent praktiska problem med att få till stånd möten med expertgrupperna. En konsekvens av svårigheterna att få till möten och därmed input från expertgrupperna blev att styrgruppen kommit en bra bit på väg med insamlingen av underlag för evidensdokumenten innan expertgrupperna kopplades in. Fördelen med detta var att expertgrupperna kunde ta ställning till något konkret – ett utkast till dokument. Nackdelen var att styrgruppen först efter det att utvecklingen av dokumenten påbörjats fick nya insikter i hur den faktiska kliniska användningen av läkemedlet såg ut inom landstinget.

Styrgruppen fick dock vara selektiv i hur man skulle förhålla sig till den input som expertgrupperna erbjöd. Vid mötet i januari 2012 med Expertgrupp psykiatri väcktes frågan vilken roll privatpraktiserande läkare spelade i att generera kostnader för det aktuella läkemedlet. Från expertgruppens sida påpekades betydelsen av att också nå ut till privata enheter eftersom dessa framställdes som stora förskrivare (något som dock motsägs av den förskrivningsstatistik som styrgruppen hade fått ta del av; se nedan). Frågan om att inkludera privata enheter fördes aldrig vidare inom styrgruppen – i detta skede var grunden för interventionen redan lagd.¹⁷

I expertgrupperna ingick främst personer med klinisk erfarenhet från sjukhusbaserade specialiteter medan kunskap om situationen i primärvården tillfördes försöket genom de två ledamöter i styrgruppen som hade sin förankring i denna miljö. Ingen av ledamöterna i vare sig styrgrupp eller expertgrupp var dock bekanta med förhållanden i samtliga de enheter som var tänkta att ingå i försöket.

Karaktäristik av miljön

I Metodrådet uttrycktes på ett tidigt stadium ett intresse för att inkludera primärvården i försöket och då i termer av att dessa enheter skulle ”kunna lära sig” något av försöket. Frågan om hur man skulle kunna göra ett urval bland primärvårdsenheter väcktes i Metodrådet – men det var först inte tydligt hur

¹⁷ Man kan notera att bland de primärvårdsenheter som kom att ingå i försöket fanns även privata enheter. Men det var antagligen inte dessa som åsyftades i diskussionen mellan styrgrupp och expertgrupp.

detta skulle ske. När pregabalin (Lyrica) beslutats som lämplig metod framgick att läkemedlet hittills förskrivits mest vid sjukhuskliniker men att förskrivningen ökade i primärvården vilket var ytterligare ett motiv till att ha med både sjukhus och vårdcentraler i försöket. I detta läge väcktes tanken att välja vårdcentraler efter kostnad (störst kostnad) eller efter principen störst ökning av förskrivningen. När pregabalin (Lyrica) hade valts ut som metod konstaterades att exemplet var intressant för att det handlade om ”gränssnittet” mellan primärvård och specialistvård vid sjukhus.

Hur valdes de enheter ut som skulle delta i försöket? Urvalet av enheter kom att begränsas när styrgruppen var så tydligt fokuserad på förskrivningsmönster som utgångspunkten för deltagande. Jämfört med Metodrådets ursprungliga intentioner innebar detta att gruppen deltagare snävades in. Deltagandet avgjordes således inte av individers intresse av att få tillgång till visst slag av information. De enheter som slutligen medverkade i interventionen inkluderades efter selektion i två steg: förskrivningsmönster och positiv inställning som kom till uttryck genom tillfrågade chefers medgivande (chefer vid vissa enheter tackade nej).¹⁸ På så sätt kom enheternas intresse mer att drivas utifrån gruppnivå.

När styrgruppen träffades i augusti 2012 hade de flesta planerade möten genomförts. Inom gruppen konstateras att de genomförda mötena utvecklades olika och att deltagarnas intresse tolkades som mycket varierande: från stort intresse till markerat ointresse. Vid mötet påpekades att man tvingats modifiera den ursprungliga tanken att bedriva interventionen hos ”storförskrivare” då även ”lågförskrivare” hade inkluderats eftersom enheter i den förstnämnda kategorin hade tackat nej till deltagande.

Karaktäristik av organisationen

När pregabalin (Lyrica) först fördes på tal i Metodrådet var bakgrunden att det kommit ”signaler” från primärvården att detta läkemedel blivit svårt att ”hantera”. Den bild som målades upp var att specialistvården vid sjukhus skriver ut förpackningar av läkemedlet och sedan skickar patienten vidare till primärvården. Vid ett senare möte i Metodrådet noterade dock en ledamot att det inte hade kommit några reaktioner från verksamheten angående pregabalin (Lyrica) (”kanske har de inte uppmärksammat den ökade förskrivningen eller förstår hur det påverkar deras budget”).

¹⁸ Vi vet inget om skälen till att vissa enheter valde att stå utanför. Huvudskälen handlade antagligen om tidsbrist och att frågan om förskrivning av pregabalin (Lyrica) bedömdes som mindre relevant för enheten.

Både Metodrådet och senare styrgruppen hade dock kunskap om att användningen av detta läkemedel påverkades av förändrade ersättningsystem inom landstinget. Landstinget började 2002 föra ut kostnadsansvaret för läkemedel till förskrivande enheter. Det gjordes då en indelning i ”allmänläkemedel” och ”klinikläkemedel” där kostnadsansvaret, oberoende av vem som var förskrivare, placerades på primärvård respektive sjukhuskliniker, i det senare fallet med särskilda regler om specialister utanför klinik förskriver.¹⁹ År 2010 infördes ytterligare en kategori, ”fokusläkemedel”, med ett absolut förskrivansvar för kostnader. Innan 2010 var pregabalin (Lyrica) ett klinikläkemedel men gjordes då om till fokusläkemedel (d.v.s. även om läkemedlet förskrivs av sjukhusläkare eller fristående specialist är det primärvården där patienten är listad som bär kostnaden).

I september 2010 initierade Metodrådet en dragning om läkemedel där enhetschefen vid landstingets läkemedelsgrupp särskilt berörde pregabalin (Lyrica). Från att ha förskrivits främst vid sjukhus hade detta läkemedel med tiden blivit mer vanligt bland primärvårdens patienter. Genom omklassificeringen till fokusläkemedel fanns förhoppningen inom landstinget att man därmed skulle kunna hålla kontroll över förskrivningen.²⁰ Dock kom förskrivningsökningen inom landstinget att bli markant under 2009/10 i jämförelse med övriga landet. Från statistiken gick att utläsa att förskrivningen främst skedde inom landstingets egna enheter – sjukhuskliniker och vårdcentraler – och inte vid privata enheter med offentlig finansiering. De dominerande diagnoserna var generaliserad ångest och neuropatisk smärta, med en liten förskrivning som anti epileptika. Dessutom uttrycktes misstankar om en förskrivning för fibromyalgi, d.v.s. en diagnos där läkemedlet inte är godkänt i Sverige. Vid mötet diskuterades möjligheten att mer i detalj kunna följa var läkemedlet förskrivs.

Vid samma möte, september 2010, restes frågan ”hur för man dialog med förskrivargruppen”, men frågan besvarades inte direkt och kom i stor utsträckning att falla bort i det fortsatta arbetet med att utveckla och genomföra försöket. Tankar framfördes om att skriva ihop ett kortfattat dokument kring olika förskrivningsområden utifrån erfarenhetsbaserad kunskap, för vidare diskussion. Det är oklart exakt vad som avsågs med erfarenhetsbaserad kunskap. Frågan om hur olika slags kunskap skulle hanteras diskuterades inte vidare utan sedan drogs arbetet igång med att sammanställa ”evidens” från litteraturen.

Miljön för försöket var landstinget i Östergötland, en komplex organisation där flera parallella processer pågick samtidigt. Styrgruppen hade att ta hänsyn inte bara till interna processer utan också att förhålla sig andra externa processer med

¹⁹ I det fallet tar landstinget centralt kostnaden, inom Hälso- och sjukvårdsnämndens budget.

²⁰ Särskilt viktigt då missbrukspotentialen för läkemedlet kommit att uppmärksammas.

betydelse för försöket. Deltagarna vid de planerade dialogmötena kunde naturligtvis bli påverkade av information från andra källor som kontinuerligt utvecklades och uppdagades för aktörerna. Bland sådana fanns en redan gjord översikt av Läkemedelsverket avseende epilepsi och en under försöket pågående total genomlysning av pregabalin (Lyrica) från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Karaktäristik av försöket som forskning

Anledningen till att försöket med en dialogmetod aktualiserades var att landstinget ingick i ett forskningsprojekt tillsammans med Linköpings universitet som våren 2009 fick anslag från Vinnvård, ett samarbetsprogram mellan Vinnova, Vårdalstiftelsen, Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. I projektet Integral²¹ ingick ett delprojekt om Metodrådet i Östergötland som syftade till ett ökat nyttiggörande av kvalitetssäkrad kunskap i vård och omsorg. Redan i ansökan omtalades att projektet skulle följa när Metodrådet prövade nya arbetsformer för implementering av ny kunskap genom ett program utvecklat i Kanada. ”I korthet innebär detta att man utnyttjar fakta och interaktion kring ett väsentligt kliniskt problem. En viktig komponent är att genomföra workshops i nära anslutning till deltagarnas arbetsplats. Deltagarna utmanas till att aktivt ta del av ett bestämt material.” Data skulle samlas genom deltagande och intervjuer.²²

Det fanns en tidsmässig ram inom vilken försöket borde genomföras eftersom projektperioden för Integral var 2009-2012. Det fanns också en förebild i Albertamodellen som hade beskrivits i projektplanen. Men i forskningsprojektet ingick att studera hur Metodrådet agerade som ”mellanled” inom landstinget, vilket då kunde innebära att de ursprungliga intentionerna i projektansökan knappast kunde vara helt styrande, utan mycket väl kunde modifieras när Metodrådet tog ställning i frågan. Forskningsprojektet handlade inte om att genomföra en viss förutbestämd typ av intervention även om den kanadensiska förebilden hela tiden fanns med i bakgrunden. En komplikation var att Metodrådet under 2009 inte hade möjlighet att diskutera hur försöket skulle genomföras. Det var först 2010 som rådet tog tag i frågan och då började leta efter en lämplig metod. Efter diverse försök att hitta en lämplig metod stannade man för Lyrica. Först under senare delen av 2010 formerades en styrgrupp som fick ansvaret för att i detalj utforma försöket. Hela 2011 gick åt till att förbereda underlaget för dialogmöten och det första genomfördes i januari 2012, och hela serien avslutades först hösten 2012. Det innebar att försöket, relaterat till forskningsprojektets tidsplan, drog ut på tiden oroväckande länge. De personer

²¹ Det fullständiga namnet på projektet var Integral genom organisatoriskt stöd för integration av forskningsbaserade och praktikbaserade innovationsprocesser.

²² Källa: Ansökan Integral, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet, 2008-12-08.

som vakade över att försöket skulle passa in i forskningsprojektet hade motiv för att inte dra ut på tiden onödigt mycket. Ett exempel var när Metodrådet diskuterade möjligheten att dra in hela sydöstra sjukvårdsregionen i försöket, genom att utveckla ”evidens” tillsammans med Jönköpings läns landsting och att exportera modellen till landstingen i Kalmar och Jönköping.²³ Denna tanke övergavs med argumentet att försöket måste kunna genomföras så snabbt som möjligt, under hänsyn till att det ingick i Integral.

Tabell 5. Kronologisk redovisning av de olika stegen i försöket i Östergötland.

Försöket med ordnat införande i Östergötland
2010
Januari: Metodrådet diskuterar försöket för första gången.
Maj: Pregabalin (Lyrica) nämns inom Metodrådet första gången som lämpligt exempel i försöket.
Augusti: Metodrådet fastställer att pregabalin (Lyrica) ska användas som exempel i försöket.
September: Metodrådet får draging om pregabalin (Lyrica) av landstingets läkemedelsgrupp.
November: Ansvarig vid avdelningen för klinisk farmakologi utpekas. Arbetet med evidensdokument påbörjas.
December: En projektledare utpekas.
2011
Mars: Styrgruppen har sitt första möte.
Maj: Ett första möte mellan styrgruppen och en representant för expertgrupperna.
Augusti: Styrgruppen möter expertgrupperna för psykiatri och smärta
Oktober: Andra mötet med expertgrupp psykiatri.
December: Andra mötet med expertgrupp smärta
2012
Januari: Sista mötet med expertgrupperna för psykiatri och smärta.
Januari: Första dialogmötet genomförs vid sjukhuskliniken
Februari: Första dialogmötet genomförs vid primärvårdsenhet.
Maj: Sista dialogmötet vid primärvårdsenhet.
Oktober: Sista dialogmötet vid sjukhuskliniken.
Oktober: Styrgruppen påbörjar arbetet med en egen rapport.
November: Styrgruppen skickar ut förfrågan om aktivitet till enheterna (sjukhuskliniker och vårdcentraler) via e-post.
2013
Februari: Försöket presenteras vid implementeringskonferens i Linköping

²³ Ambitionen ska förstås mot bakgrund av intresset att skapa ett regionalt metodråd och därigenom öka samverkan inom sydöstra sjukvårdsregionen. En diskussion om detta pågick redan inom Landstinget Östergötland och det var något som i högsta grad berörde landstingets eget Metodråd.

3.3 Kunskap i försöket

Lokalisering av kunskap

I detta fall avses kunskap som ska ligga till grund för eller användas vid interventionen. Man kan också tänka sig kunskap som grund för att ringa in det problem som ska leda fram till målet för försöket – i den mån det förekommer behandlas det i avsnitten ovan.

Vid mötet i februari 2010 talades i Metodrådet helt ospecificikt om att det i försöket skulle ingå ett ”informationsdokument”. Även betydelsen av att ha ”evidens” som grund nämndes, men även här i ospecificika termer. En viktig principiell fråga som berördes var vilken auktoritet som skulle ställas bakom ”evidensen”. Två alternativ presenterades och diskuterades där man a) tänkte sig att ett beslut av Metodrådet grundat på ”evidens” kunde mynna ut i en av landstinget fastställd formell rekommendation, som därefter – på något sätt - skulle överföras till verksamheten, alternativt b) att ett beslut i Metodrådet skulle vara utgångspunkt enbart för en formaliserad diskussion med verksamheten. I detta skede hade inte rådet särskilt mycket information om Albertamodellen och hade inte lagt tid på att mer ingående analysera modellen (vad i denna som kunde vara styrkor och svagheter i förhållande till de förutsättningar som var vid handen i Östergötland för att utforma ett försök). När rådet framöver i grova drag bestämde om utformningen av försöket var det inte självklart Albertamodellen som var vägledande.

När Metodrådet i maj 2010 för första gången lyfte pregabalin (Lyrica) som en möjlig metod att ingå i försöket var en samverkan med landstingets läkemedelskommitté i fokus. Vid detta tillfälle var rådet inne på att kommittén skulle framställa ”en rapport” kring det aktuella läkemedlet, men justerade senare detta till att man skulle göra arbetet tillsammans. Man talade då inte i specifika termer kring innehåll, utan att det skulle vara ett dokument där ”sakkunniga” skulle medverka.

Vid rådets möte i september 2010, när metoden i försöket var fastställd (Lyrica) hade man en mer omfattande diskussion om det som benämndes ”dokumentet”. En ledamot i rådet var inne på att man skulle ta hjälp av några av läkemedelskommitténs expertgrupper som skulle skriva ihop ”ett kort dokument” med slutsatser utifrån ”erfarenhetsbaserad kunskap”. Frågan väcktes då hur högt ribban måste läggas för att dokumentet skulle kunna få ”legitimitet”. Om det nu var så att läkemedlet var ”komplex” och även förskrevs utanför indikation, vilket rådet tidigare fått inblick i (se ovan under Karaktäristik av organisationen), restes frågan om hur man skulle förhålla sig till detta. Frågan väcktes visserligen men löstes egentligen inte av rådet. I detta skede framhölls

inom rådet att inom försöket skulle även ”erfarenhetsbaserad information” ingå. Exakt vad som avsågs med detta specificerades emellertid inte. En ledamot menade att det skulle kunna ta för lång tid om expertgrupperna började tänka i termer av ”systematisk litteraturoversikt”. Det kunde gott räcka med ”ett informationspapper”. Rådet var dock överens om att försöket måste ha en ”kunskapsbas” men det var i detta läge oklart vad den skulle innefatta.

Under senare delen av 2010 utsågs en person vid Avdelningen för klinisk farmakologi som ansvarig för att utveckla ett evidensunderlag. Metodrådet tog här hjälp av landstingets tjänstemannaledning för att få igång denna process. Ett glapp uppstod dock mellan det att en ansvariga för att söka fram underlag utpekades vid Avdelningen för klinisk farmakologi i slutet av 2010 och formeringen av den styrgrupp, som övertog ansvaret för försöket från Metodrådet. Styrgruppen hade sitt första möte i mars 2011 då medlemmarna fick ta del av en mall för hur en kondenserad sammanställning av ”evidens” kunde se ut i den form som använts vid försöket i Alberta, Kanada och som gick under namnet ”evidence-in-brief”. Inom styrgruppen betonades vikten av att ha ett ”multidisciplinärt” deltagande vid utvecklingen av evidensmaterialet. Vid denna tidpunkt hade dock ingen mer ingående diskussion förts om vilken ”kunskap” som skulle sammanställas. Styrgruppen utgick från att det fanns tre godkända förskrivningsgrupper för pregabalin (Lyrica) (fördelade på 8 indikationer). Dessa ”förskrivningsgrupper” eller ”huvudområden” (psykiatri, neurologi och smärta) blev styrande dels för hur sammanställningen kom att struktureras och dels för valet av vilka ”experter” som inbjöds till att samverka med styrgruppen. Vid mötet lanserades tanken på att utveckla tre eller fyra större dokument som därefter skulle kortas ned till versioner som motsvarade ”evidence-in-brief” (d.v.s. hårt kondenserade koncisa sammanställningar av kunskapsläget på maximalt en A4-sida).

Sammanställning av kunskap

Vid mötet i november 2010 diskuterade Metodrådet tidsplanen för detta arbete. Ambition var då att ett utkast till dokument skulle finnas tillgängligt (dock inte i slutlig form) i januari 2011 (ambitionen var att dokumentet skulle uppfylla kravet ”pedagogiskt bra” eftersom det skulle läsas av ”hyfsat informerade” som inte har ett renodlat forskningsintresse). Vid mötet med Metodrådet i december 2010 meddelades att arbetet med evidensunderlaget hade påbörjats och dessutom att en namngiven distriktsläkare med anknytning till FoU-enheten för närsjukvården var utsedd som projektledare. Då var önskemålet att en första version av evidensunderlaget skulle finnas tillgänglig i februari 2011.

Att sammanställningen av kunskap handlade om att leta efter studier i vetenskapliga databaser stod tidigt klart. Vid Avdelningen för klinisk

farmakologi hade detta arbete påbörjats redan innan styrgruppen var formerad. Styrgruppen – där också representanter för samma avdelning ingick – fick dock direkt ta tag i frågan om vad man skulle leta efter, hur sammanställningen skulle genomföras och vad den skulle resultera i.

När det gällde frågan *hur aktuella studier skulle sammanställas* enades styrgruppens redan vid sitt första möte om att det vore lämpligt att ha en ”SBU-struktur” som förebild. Bakgrunden till detta ska sökas i det som redan togs upp som en fråga i Metodrådet, nämligen att tillförsäkra försöket ”legitimitet”. Från styrgruppens perspektiv kunde detta ske efter två linjer: att sammanställa evidensen efter en mall som var välkänd och accepterad i medicinska kretsar och att i de lägen bedömningar måste ske luta sig mot ”experter” med lokal förankring (mer om detta senare). I detta läge valde styrgruppen att använda det internationellt utarbetade GRADE-systemet för att klassificera styrkan på det vetenskapliga underlaget.²⁴ Genom detta val anknöt man till en nationellt och internationellt erkänd mall, men gjorde därmed också ett val som innebar att man begränsade urvalet av kunskap. Att använda GRADE innebar att i försöket inte inkludera alla studier som fanns inom området, utan de studier som uppfyllde kravet att vara ”starka” främst att de var gjorda som randomiserade kliniska studier (RCT). Det fanns dock inte tid och möjlighet att gå till grundlitteraturen för tillämpning av GRADE utan projektet använde den kortare sammanställning som ingår i en av SBU utgiven s.k. metodbok eller handbok.²⁵ Styrgruppen insåg också att det ställde krav på att de som senare skulle ut till de kliniska enheterna för att förklara grunden för evidensen också kunde något om GRADE. Styrgruppen förordade också ett förhållningssätt, där man skulle vara tydlig med att det var GRADE- mallen som användes.

Styrgruppens val att inkludera rekommendationer i de sammanfattande evidensunderlagen²⁶ krävde i sin tur tillgång till data om kostnadseffektivitet för behandlingsalternativ (något som senare kom att påpekas upprepade gånger av expertgrupperna; se nedan). Frågan ställdes i ett tidigt skede till den ansvariga för underlaget om man förutom studier om medicinska effekter även hittat studier om ”kostnadseffektivitet” för pregabalin (Lyrica). Att identifiera sådana studier visade sig vara svårt. Styrgruppen kunde dock i detta fall luta sig mot den översikt om bl.a. Lyrica som TLV offentliggjorde i december 2011. Därmed sparades en hel del tid i försöket men styrgruppen fick också beakta risken att i

²⁴ GRADE används av bl.a. Staten beredning för medicinsk utvärdering, SBU, för att gradera evidens vid kunskaps-sammanställningar.

²⁵ Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – En handbok. <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-tydning/Utvardering-av-metoder-i-halso-och-sjukvarden--En-handbok/> Hämtad: 2013-03-06.

²⁶ Vi väljer att fortsättningsvis benämna de kondenserade versionerna (som motsvarade ”evidence-in-brief” i Albertamodellen) ”sammanfattande evidensunderlag”. Totalt utvecklades inom försöket med ”Östgötamodellen” fyra sådana korta dokument. De utgick från ett större grunddokument där f f a redovisningen av litteratursökningen tog stort utrymme.

för hög grad tvingas referera till TLV:s rapport. Detta bedömdes vara olämpligt då den skriftliga informationen och presentationen skulle utgå från det arbete som styrgrupper gjort tillsammans med lokalt förankrade experter.

I ambitionen att säkerställa så att dokumenten var ”klanderfria” enades styrgruppen om att även låta tillverkaren av det aktuella läkemedlet (Pfizer) yttra sig över sammanställningen av studier, för att förvissa sig om att inget väsentligt underlag fattades.

När styrgruppen vid sitta andra möte i maj 2011 diskuterade blanketten för evidensunderlaget kom man in på frågan *vad som skulle sammanställas*. I detta läge rådde viss osäkerhet inom styrgruppen när man t.ex. diskuterade vilken typ av ”smärta” som skulle inkluderas. Frågan var hur mycket man borde fastställa i nuläget och hur mycket som skulle lämnas öppet till experterna att avgöra. Det gällde främst vilka indikationer som skulle ingå i arbetet och hur evidensen kring dessa skulle redovisas. Styrgruppen var dock inne på att man vid mötet med experterna senare i maj måste ha ett förslag som dessa kunde ta ställning till. Blanketten för sammanställning av evidens uppfattade styrgruppen som en viktigt grund för dialog med experterna. Man konstaterade att förebilden till de sammanfattande evidensunderlagen var mycket kortfattad, vilket ställde större krav på arbetet. Det ökade rimligtvis kravet på bedömningar, hur man skulle uttrycka sig kortfattat men korrekt, och det ställde också större krav på samarbetet med experterna.

Styrgruppens plan för arbetet bestod av två steg där det första skulle vara att sammanställa kunskap i ett dokument och kondensera detta i ett antal sammanfattande evidensunderlag. Därefter ett andra steg då materialet skulle presenteras vid sjukhuskliniker och vårdcentraler. Styrgruppens förhoppning inledningsvis var att det första steget skulle vara klart till sommaren 2011.

Bedömning av kunskap

Vid sitt första möte i mars konstaterade styrgruppen att det var svårt att bedöma relevansen av olika studier för ”avnämare”, d.v.s. den krets som skulle bli föremål för dialogmöten. Vilka den kretsen skulle omfatta var dock vid denna tidpunkt inte helt klart. Inom styrgruppen insåg man tydligt att det behövdes ”något slags råd” för att arbetet skulle kunna drivas framåt. Man sneglade mot läkemedelskommitténs expertgrupper som grund till detta ”råd” men med en flexibel sammansättning så att ytterligare ”experter” kunde inkluderas. Som det skulle visa sig kom styrgruppen att använda expertgrupperna i fyra syften: (a) att bedöma den kliniska relevansen för det vetenskapliga underlaget och därmed också påverka hur sökandet efter evidens kom att bedrivas, (b) att få experterna att ställa sig bakom en rekommendation som skulle inkluderas i de

sammanfattande evidensunderlagen, (c) att genom sina insikter om faktisk klinisk användning av Lyrica påverka urvalet av deltagande enheter och därmed utformningen av interventionen, samt (d) att genom sin förankring i klinisk verksamhet i länet medverka till att ge försöket ”legitimitet”, något som redan Metodrådet var angeläget om. Vid ett möte i maj 2011 diskuterade styrgruppen hur man skulle säkra ”auktoriteten” i underlagen, mot bakgrund av risken att sammanställningen kunde ifrågasättas.

Styrgruppen behövde alltså luta sig mot experterna för att bl.a. kunna avgöra vilken kvalitet på underlagen som var rimlig. Att ståva mot ”SBU-kvalitet” framstod dock för styrgruppen som orealistiskt (även om man ville använda en metod för evidensgradering som SBU rekommenderade), men samtidigt måste materialet framstå som vederhäftigt. Styrgruppen insåg också att man för att säkerställa en positiv inställning till försöket bland experterna inte kunde belasta dessa med för mycket arbete, samtidigt som man var beroende av dessa. Denna balansgång kom att prägla arbetet framöver. Konfronterad med expertgruppernas åsikter – även om här fanns skillnader – att redovisa allt mer av detaljer och bakgrund fick styrgruppen flera gånger markera att man inte i alla stycken kunde följa ”SBU-standard” eller sikta mot en artikel i den ansedda medicinska tidskriften Lancet.

När expertgrupperna fick klart för sig att de förväntades kunna bidra med rekommendationer om klinisk användning – ett slags landstingets officiella policy – lyftes kravet att även kunna grunda ställningstagandet på uppgifter om kostnadseffektivitet. Detta upprepades vid ett flertal tillfällen vid möten mellan styrgrupp och expertgrupper.

Det blev således ett mer omfattande arbete med att både söka efter underlag och att bolla texter med expertgrupperna än vad styrgruppen först föreställt sig. Att expertgrupperna hade involverats för sent och kunde tänkas känna sig förbigångna var en synpunkt som kom upp i styrgruppen.

Innan sommaren 2011 träffade gruppen en neurolog med inriktning mot epilepsi – en av de indikationer där Lyrica var godkänt. Styrgruppen fick vid detta möte dels klart för sig den obetydliga förskrivningen av preparatet inom området epilepsi och insåg dels en del svårigheter som kunde finnas i skärningspunkten mellan befintlig evidens och faktisk praxis i vården. Styrgruppen var i detta läge medveten om att försöket krävde en anpassning till förskrivarnas verklighet, och att man fick akta sig för att ”slå dem på fingrarna” med hjälp av ”evidens”. Man drog därför slutsatsen att nästa möte med experterna, som var planerat till augusti, måste förberedas bättre. En konsekvens av detta första möte var att man helt enkelt valde bort epilepsi som ett område där evidens skulle presenteras för de kliniska enheterna.

Styrgruppen träffade expertgruppen psykiatri i slutet av oktober 2011. Experterna uppmanades förhålla sig till evidensdokumentet. De fick inblick i vilka underlag som fanns för detta dokument. Vad olika studier som inkluderat olika doser visat, studier med medelhög och hög kvalitet enligt SBU:s modell för studiekvalitet. Det stod klart att det var brist på studier där det aktuella läkemedlet jämfördes mot alternativ. Från expertgruppens sida ifrågasattes om det var relevanta doser som redovisades i vissa studier. Styrgrupp och expertgrupp diskuterade vilka de kliniskt relevanta jämförelserna var avseende olika preparat. Vilka basala frågeställningar som gäller för klinisk handläggning. Och att det vanligtvis inte finns kunskap om långtidseffekter vid behandling.

För styrgruppen blev det tydligt att det fanns en poäng med att lägga fast kriterier för bedömning innan man började söka efter studier! En omfattande diskussion om vilket vetenskapligt stöd som finns för att pregabalin (Lyrica) har en bättre effekt än något annat preparat. Från expertgruppens sida undrade man hur rekommendationen avseende pregabalin (Lyrica) skulle förhålla sig till landstingets egen rekommendationslista för läkemedel. Från styrgruppen framfördes att dessa två rekommendationer inte bör vara motsägelsefulla. Vid detta tillfälle fick styrgruppen motivera expertgruppen att framöver lägga ner så mycket arbete på att bedöma underlaget att detta skulle räcka för att experterna skulle kunna enas om en rekommendation.

När styrgruppen vid ett senare tillfälle träffade Expertgrupp smärta fördes diskussionen rakt in i den kliniska verkligheten i form av "neuropatisk smärta" - ett svårt tillstånd där experterna framhöll läkarens önskan att kunna rekommendera något möjligt preparat och där pregabalin (Lyrica) var ett alternativ tillsammans med två andra preparat. Expertgruppen fick uppmaningen att dels bevaka innehållet i dokumentet för att se om det fanns brister och dels på grundval av sammanställningen av evidens formulera en rekommendation. Från expertgruppens sida efterfrågades studier som visar kostnadseffektivitet. Precis som vid mötet med psykiatrigruppen påpekades att det saknades studier som jämför relevanta preparat. Expertgruppen menade att man i alla fall måste kunna ställa pregabalin (Lyrica) mot relevanta alternativ om man skulle kunna uttala sig på ett kliniskt motiverat sätt. Frågan var då om det gick att hitta sådana studier.

Styrgruppen och expertgrupperna hade enats om att ta fram ett grunddokument och sammanfattande evidensunderlag som täckte fyra diagnoser: generaliserat ångestsyndrom (GAD), perifer neuropatisk smärta, central neuropatisk smärta och fibromyalgi. Men styrgruppen insåg efter sitt första möte med de två expertgrupperna att det fanns en uppenbar risk att arbetat med dokumentet skulle dra ut på tiden eftersom experterna efterfrågade jämförelser med flera olika – som de bedömde kliniskt relevanta – preparat. Det stod nu klart för

styrgruppen att expertgruppernas åsikter i detta avseende inte kunde negligeras om man önskade få grupperna att på slutet formulera en rekommendation. Styrgruppen tänkte sig totalt två möten med expertgrupperna. Slutsatsen var att styrgruppen tvingades justera tidsplanen för det första dialogmötet till någon gång mellan slutet av november och mitten av december 2011.

I början av oktober träffade styrgruppen på nytt Expertgrupp smärta och bland personer i den sistnämnda hördes nu röster för att snäva in området, att avgränsa smärtområdet, så att man inte behövde gå igenom alltför många studier. Med ledning av de befintliga studierna var det svårt att dra konklusiva slutsatser. Styrgruppen arbetade nu tillsammans med expertgruppen för att formulera relevanta kliniska frågeställningar, hur pregabalin (Lyrica) föll ut jämfört med andra läkemedel. Expertgruppen var i detta läge inte alls intresserad av placebstudier.

En särskild problematik var behandling av fibromyalgi eftersom pregabalin (Lyrica) inte var godkänt i Sverige för denna diagnos. Frågan som ställdes var om man i så fall ö h t kan formulera en rekommendation även om man vet att preparatet faktiskt förskrivs. Tveksamhet uttrycktes särskilt som expertgruppen menade att studierna på detta område inte var övertygande.

Vid mötet i oktober 2011 mellan styrgruppen och Expertgrupp psykiatri diskuterades missbruksrisk för pregabalin (Lyrica), doser vid olika ångestillstånd, kunskap om långtidseffekter, om studierna tar hänsyn till samsjuklighet (om personer med flera diagnoser exkluderats i studier) och hur resultaten kan generaliseras. Styrgruppen påpekade att det var viktigt att i dokumentet också peka på vad man inte vet. Vid detta möte enades styrgruppen och expertgruppen om att formulera sig i termer av ”vad vi vet” och ”vad vi inte vet”. I det senare fallet handlade det om att inom kliniskt relevanta fält påpeka att det inte fanns studier som gav grund för långtgående slutsatser.

Styrgruppen hade i ett tidigt skede diskuterat vem som skulle stå bakom de rekommendationer som man tänkte sig skulle inkluderas i de sammanfattande evidensunderlagen. Man kom fram till att principen borde vara att styrgruppen och expertgrupperna gemensamt stod bakom rekommendationerna. I praktiken var dock styrgruppen helt beroende av expertgruppernas åsikter vad gällde innehållet i rekommendationen.

De sista mötena med expertgrupperna för psykiatri och smärta skedde under första delen av januari 2012 (10 dagar före det första dialogmötet med kliniska enheter). Man var nu framme vid ett läge då en rekommendation måste formuleras. Man gick först igenom dokumenten punkt för punkt och formulerade vad som skulle stå under ”vad vi vet” och ”vad vi inte vet”.

Expertgruppen insåg att uppdraget var att formulera en rekommendation men samtidigt gardera sig så att inte uttalandet blev för vidlyftigt. Från Expertgrupp psykiatri ville man inte skriva något som kunde uppfattas som att man försökte mästra de kliniska enheterna genom att ha synpunkter på praxis.

Vid mötet i januari 2012 kom styrgruppen i dialog med Expertgrupp psykiatri in på frågan om hur långt man borde gå i rekommendationerna. Styrgruppen hade redan från första mötet med experterna hävdat att rekommendationer skulle fogas till de kondenserade versionerna. Man kunde naturligtvis tänka sig ett alternativ där slutsatserna överläts till de kliniska enheterna att komma fram till under den ”dialog” som var tänkt att ingå i mötesformen. Expertgrupperna var noga med att inte skrivningen i rekommendationerna skulle gå i riktning mot ett tonläge där man föreskrev något för kollegor, utan skrivningen ändrades i riktning mot att man i vissa situationer kan ”överväga” ett byte av preparat.

Fokusering av kunskap

Att rikta kunskapen till målgruppen kan avse dels att göra avgränsningar av vem som ska ingå i målgruppen och dels att avgöra innehållet i den information som ska förmedlas till målgruppen. Avgörandet i dessa avseenden skedde genom ett samspel mellan styrgruppen och experterna.

Efter att styrgruppen via expertgrupperna fått bättre insikt i den kliniska användningen av det aktuella preparatet beslutade styrgruppen att, förutom presentationer vid vårdcentraler, lägga tyngdpunkten på presentationer av information bland enheter inom områdena psykiatri och smärta. Tidigt i processen (efter ett första möte med experter) valde styrgruppen att avstå från att utveckla ett särskilt dokument för epilepsi eftersom man inte ansåg detta motiverat, då det aktuella läkemedlet förskrevs i liten utsträckning för denna diagnos och dessutom enbart vid neurologiska mottagningar vid sjukhus. I nästa fas valde styrgruppen, efter att ha hört expertgrupperna, att koncentrera innehållet i dokumentet mot generaliserat ångestsyndrom respektive neuropatisk smärta.

Vid ett möte i början av maj 2011 diskuterade styrgruppen hur pregabalin (Lyrica) används i praktiken, mot bakgrund av att preparatet ofta är en tilläggsbehandling men att det också kan vara alternativ till andra läkemedel. Denna insikt var högst relevant med tanke på hur de sammanfattande evidensunderlagen skulle presenteras i en klinisk kontext. Frågan som kom upp var hur långt man skulle gå i att ställa (pregabalin (Lyrica) i relation till olika alternativ.

Styrgruppen kom efter diskussion med expertgrupperna fram till att innehållet i dokumentet (och därmed också i de kondenserade versionerna) skulle avse pregabalin (Lyrica) jämfört med andra kliniskt relevanta läkemedel. Vid den första litteratursökningen hittades studier där läkemedlet jämförts med placebo. Men expertgrupperna hävdade att flera relevanta kliniska alternativ för jämförelser med pregabalin (Lyrica) måste finnas med och att placebostudier inte var meningsfulla i detta sammanhang. Urvalet av kliniska frågeställningar (avgränsning till vissa indikationer) var ett sätt att rikta kunskapen till målgruppen. Men den mest fundamentala delen var utformningen av rekommendationerna. Hur omfattade skulle den kliniska frågeställningen vara och vad ska redovisas: effekt i förhållande till alternativ, kostnadseffekt, och även biverkningar? Diskussionen mellan styrgruppen och Expertgrupp smärta handlade om att förutse vilka frågor som skulle komma upp i mötet med de kliniska enheterna. Hur långt skulle man gå i att diskutera alternativ till pregabalin (Lyrica)? En sådan diskussion riskerade att bli komplicerad eftersom den kunde leda in på flera alternativa behandlingar till pregabalin (Lyrica).

Begränsningar för kunskap

De kliniskt relevanta problemen i samband med användning av pregabalin (Lyrica) – förmedlad av expertgrupperna och de ledamöter i styrgruppen som var kliniskt verksamma – sammanföll inte alltid med det som kunde visas med hjälp av studier som hade lokaliserats och bedömts efter den beslutade mallen (GRADE). Den centrala frågan blev då om försöket syftade till att underlätta lösningen av kliniska problem eller att visa var det finns evidens ("vad vi vet") eller var evidens saknas ("vad vi inte vet"). Styrgruppen ställdes inför flera dilemman, välbekanta inom evidensbaserad medicin (EBM):

- Det fanns helt enkelt inte studier som visade effekter för det aktuella läkemedlet för vissa tillstånd och som uppfyllde kraven på god evidens.
- Studiernas resultat medgav inga säkra slutsatser vid användningen av det aktuella preparatet i de fall patienterna uppvisar flera symtom.
- Det blev svårt att generalisera resultaten utifrån studier där studiepopulationen avvek markant från den kliniska patientgruppen.
- Det var inte möjligt att uttala sig om långtidseffekter av behandling när studierna var gjorda under kort tid (8-12 veckor).
- Det fanns inte studier som kunde ge stöd för uttalanden om "utsättning" av preparat, d.v.s. under vilka förhållanden man kunde ta bort preparatet från specifika patienter.

Styrgruppen betonade hela tiden att det var viktigt att trycka på ”vad vi inte vet”, vilka jämförelser som saknades och vad studierna inte täckte. I slutfasen av arbetet med dokumentet och de korta versionerna var både styrgrupp och expertgrupperna inne på hur man bäst kunde gardera sig mot att säga för mycket, vilket inte nödvändigtvis skulle hjälpa kliniker att lösa faktiska kliniska problem.

3.4 Interventionen i försöket

Klargörande av interventionen

Metodrådet tog aldrig ställning till hur försöket skulle genomföras i detalj och än mindre till hur möten med de kliniska enheterna skulle utformas. Ansvaret för att precisera genomförandet delegerades i november 2010 till två ledamöter (från universitet och landstingsledning). Dessa personer kom också att ingå i den styrgrupp som senare formerades. Vid den tidpunkten fanns intresse av att få med någon från FoU-enheten för närsjukvården i den fortsatta diskussionen och tanken var att den vägen identifiera en lämplig projektledare. Vid samma möte påtalade en ledamot (universitet) att avsikten med försöket nu var att först söka evidens, att sedan ställa denna mot praktiken och att få med enheter som representerade ”gränssnittet” mellan sjukhus och primärvård.

Det var styrgruppen som stod för klargörandet av utformningen av försöket. I styrguppen diskuterades första gången i augusti 2011 hur den planerade serien av dialogmöten skulle genomföras. Däremot diskuterades syftet med försöket inte särskilt utförligt, utan detta ämne dök upp i styrgruppen från tid till annan, utan att syftet helt tydligt klargjordes. Det klarlades implicit genom valet av design för genomförandet. Diskussionerna med expertgrupperna påverkade också styrgruppen (se ovan), men när det gällde utformningen av interventionen fanns bestämda uppfattningar hos medlemmar av styrgruppen.

Diskussion kring interventionen

När försöket diskuterades i Metodrådet blev frågan om urval tidigt (redan vid mötet februari 2010) inriktad mot att studera primärvården. Redan innan pregabalin (Lyrica) hade valts ut som metod diskuterade rådet möjligheten att ta fram statistik som skulle möjliggöra att följa förändringar bland alla vårdcentraler respektive de vårdcentraler där intervention med ”dialogmodell” skulle ske. Idén framfördes att studera 6-7 vårdcentraler i samband med information om ApoB.

I augusti 2010 slog Metodrådet fast att ett dokument kring metoden skulle sammanställas och att en insats skulle göras riktad mot ett ospecificerat antal vårdcentraler ("mot några vårdcentraler"). Metodrådet planerade samråd med Läkemedelskommittén och några av dess expertgrupper som var relevanta (t.ex. smärtområdet).

Vid mötet i augusti 2011 i styrgruppen var avsikten att genomföra dialogmöten vid enheter för psykiatri och smärtbehandling, preliminärt tre stycken per område, samt vid ett opreciserat antal vårdcentraler. Förhoppningen var att kunna göra en första presentation i november-december detta år. Vid mötet i oktober fortsatte diskussionen om interventionen, dels om urvalet av enheter och tanken var att inkludera 10 vårdcentraler, som skulle väljas efter principen "högförskrivare". Urvalet av deltagande enheter kom, jämfört med ursprungliga avsikter, att begränsas. Urvalet skedde inte utifrån enheternas/deltagarna intresse av att få information om det aktuella läkemedlet, utan utgångspunkten var istället att välja enheter efter förskrivningsmönster. I praktiken skedde också en selektion, inte på individnivå utan på enhetsnivå, eftersom lokala chefer måste ge sitt medgivande till ett deltagande i försöket och företrädare för vissa enheter tackade nej till att delta.

Inför det första dialogmötet i slutet av januari 2012 släppte styrgruppen tanken på att använda sig av både en "forskningsambassadör" (som presenterade fakta) och en "klinisk ambassadör" (som ansvarade för den efterföljande diskussionen). Istället bestämdes att en "ambassadör" skulle fylla båda dessa roller. Däremot ansåg styrgruppen att det var bäst att därutöver låta en person med klinisk bakgrund delta som kunde leda dialogmötet. Ambitionen var att åstadkomma en enhetlig presentation av fakta men hur detta skulle säkerställas var till en början osäkert. I praktiken skedde det genom att personkretsen som medverkade vid dialogmöten begränsades.

När styrgruppen träffades i januari 2012 lades en "plan" fram för hur diskussionen vid möten skulle föras. Avsikten var att först fråga deltagarna om dessa, efter att de tagit del av informationen, höll med om kunskapsläget, att därefter höra deras uppfattning om hur verksamheten påverkades av det aktuella läkemedlet, om deltagarna ansåg att de kunde uppnå konsensus kring ett förhållningssätt till läkemedlet och om de ansåg att det fanns ett behov av förändring i förskrivning och slutligen om gruppen var beredd att ta ställning till någon förändring vid enheten.

Värt att notera var att det vid ett möte mellan styrgruppen och Expertgruppen för psykiatri fördes en diskussion om innehållet i dialogmöten. Frågan gällde hur mycket innehållet skulle styras i förväg! Från styrguppens sida drevs uppfattningen att diskussionen vid dialogmötet skulle mynna ut i ett

ställningstagande om behov av förändring i den egna verksamheten (alltså i en form av handlingsplan). Avsikten skulle vara att leda diskussionen vid enheterna mot vad som inom styrgruppen uttrycktes som ”gruppkonsensus”. Helst skulle man vid dialogmötet få ner några punkter på ett papper om hur enheten skulle agera fortsättningsvis. Inom expertgruppen höjdes dock röster för att inte styra diskussionen vid kommande möten för hårt. I korthet gällde diskussionen om syftet med försöket skulle vara att uppmuntra till att använda evidens eller att gå längre i avsikt att påverka praxis för pregabalin (Lyrica). Här fanns uppenbarligen olika uppfattningar. I praktiken var det dock styrgruppen som slutligen bestämde huvudlinjerna för utformningen av dialogmöten. Från styrgruppen liksom expertgruppen uttrycktes uppfattningar om att praxis i vården var förbunden med individers åsikter och egna personliga erfarenheter. Detta framfördes som ett argument för att man måste vara pedagogisk när det gällde att lägga fram ”evidens” som avvik från hur faktisk praxis såg ut eftersom försöket riskerade att ifrågasättas. Efter att det första dialogmötet hade genomförts den 20 januari 2012, träffades styrgruppen och beslutade då om vissa justeringar: att framförandet måste anpassas så att det skulle bli mer tid över till diskussion, att presentationen av statistiken om förskrivning inte fick dominera mötet, och att presentationen därför totalt sett borde komprimeras ännu mer. Betydelsen av att någon vid de kliniska enheterna tog ansvar för det fortsatta agerandet påpekades också, d.v.s. ett tydligt ansvar för det fortsatta agerandet vid enheten med anledning av dialogmötet. Samtidigt var styrgruppen medveten om att ambitionsnivån vid de kliniska enheterna kunde variera i detta avseende. Det fanns ingen möjlighet att inom ramen för försöket kräva ett visst förhållningssätt bland enheterna.

Integrera interventionen i målgruppens uppdrag

När styrgruppen träffades i augusti 2012 hade de flesta möten som planerats redan genomförts. Man konstaterade att dialogmötena hade utvecklades väldigt olika och slog fast att deltagarnas intresse för mötet tycktes variera: från ett visat stort intresse till ett markerat ointresse. Samtidigt konstaterade styrgruppen att man hade tvingats modifiera den ursprungliga tanken att enbart genomföra interventionen hos ”högförskrivare”. Man hade tvingats inkludera ”låg-förskrivare” eftersom en del enheter tackade nej till deltagande. Styrgruppens tolkning var att detta delvis kunde förklara ointresset, då enheter inom särskilt primärvården kände sig berörda av informationen i begränsad utsträckning, då förskrivningen av det aktuella läkemedlet var jämförelsevis liten.

Att göra interventionen möjlig att upprepa

Fokus i arbetet inom styrgruppen låg på att över huvud taget, inom rimligt tid, få möjlighet att genomföra en första serie av dialogmöten. Att göra en andra serie

med samma inriktning diskuterades aldrig. Däremot fanns inom styrgruppen en förhoppning om att få till stånd en fortsättning i någon form, och att dialogmöten var en framkomlig väg. Ett uppenbart problem som uppmärksammades inom ramen för försöket var dock att arbetet med att utveckla egna sammanställningar av evidens med tillräckligt god kvalitet och relevans för kliniker var mycket tidskrävande.

Att hantera information för intervention

Ett problem som styrgruppen var medveten om var att patienter som behandlas med pregabalin (Lyrica) kan ha flera symtom. Samtidigt som det i stort sett saknades studier om läkemedlet är effektivt för denna grupp. Styrgruppen var medveten om att olika slags frågor kunde komma fram vid möten där svaren inte gick att utläsa ur den evidens man sammanställt. Styrgruppen var efter sin interaktion med expertgrupperna medveten om det inte går att förutse alla slags frågor ur ett kliniskt perspektiv. Styrgruppen liksom expertgrupperna kunde bara spekulera om vilka ämnen som skulle komma att aktualiseras vid genomförandet av dialogmöten. Beroende på vad som händer vid dessa möten får vi ompröva sättet att lägga fram informationen, menade ledamöterna i styrgruppen.

Att anknyta interventionen till experter

En viktig källa till integration av expertkunskap under interventionen var alla de möten som styrgruppen höll med expertgrupperna inom de områden som var relevanta för det aktuella läkemedlet (expertgrupperna för psykiatri, smärta och neurologi). De två personer som valdes ut till att fungera som ”ambassadörer” vid dialogmöten hade anknytning till expertgrupperna, där en av dessa också ingick i styrgruppen.

Stödresurser för interventionen

En stödresurs för att uppnå mer långsiktiga effekter av dialogmöten kan vara förankring hos lokala chefer. Det kan behövas särskilda resurser lokalt för att bearbeta informationen, planering för eventuella åtgärder och genomdriva dessa. Styrgruppen hade inga sådana diskussioner med lokala chefer och kunde inte vara behjälplig på det sättet.

Att stötta målgruppen genom interventionen

Styrgruppen förfogade inte över några resurser för att stödja de deltagande enheterna efter det att dialogmötet hade genomförts. Styrgruppen försökte dock hålla kontakten med de enheter som förklarat att de tänkte agera med anledning av informationen. Styrgruppen skickade därför ut ett brev till dessa enheter

under hösten 2012. Avsikten var att ta reda på om och hur enheterna hade gått vidare i sina ambitioner, vad man åstadkommit. Brevet utformades med alternativa frågor beroende på vilket ambitionsnivå respektive enhet hade lagt sig på.

3.5 Användningen hos målgruppen av kunskapen/kompetensen

Användningens konsekvenser i praktiken

I de inledande diskussionerna i Metodrådet var ett perspektiv att ”dialogmodellen” (som försöket inledningsvis kallades) skulle uppfattas som en bland flera ”styrformer” för att från landstingsledningens sida påverka beteenden inom verksamheterna. I detta sammanhang efterfrågades möjligheten att genom statistik följa förändringar i förskrivningen av det aktuella läkemedlet. Metodrådet enades slutligen om att syftet med försöket skulle vara att stödja en ”evidensbaserad och kostnadseffektiv användning av Lyrica”. I det perspektivet var försöket begränsat till att avse en specifik metod och i syftet som rådet formulerade fanns ingen uttalad ambition att påverka förskrivningen i någon särskild riktning. Men initialt var det just ökningen i förskrivning som diskuterades och som användes som argument för att pregabalin (Lyrica) var ett lämpligt exempel. Samtidigt framfördes i rådet åsikten att en central komponent i Albertamodellen var dialog som gav deltagarna möjlighet att reflektera om förhållandet mellan tillgänglig evidens och klinisk praxis. Man kan således se att i Metodrådet fanns två perspektiv: a) att använda försöket för att påverka förskrivningen alternativt b) att ge stöd till deltagarna genom dialogmöten för att dessa skulle kunna agera mer evidensbaserat.

När styrgruppen övertog ansvaret för genomförandet framfördes redan vid det första mötet i mars 2011 uppfattningen att syftet var att uppmuntra till en mer evidensbaserad vård. Eftersom en specifik metod, nämligen pregabalin (Lyrica), redan var bestämd som ”fall” kom den fortsatta diskussionen i styrgruppen att i mycket hög grad knyts till denna metod och inte till hur man kunde underlätta ett evidensbaserat agerande mer generellt i vården. Vid ett av de senare mötena mellan styrgruppen och expertgrupperna hävdades från en av experterna att försöket kunde stärka en redan påbörjad diskussion inom en specifik klinisk enhet kring pregabalin (Lyrica). I det fallet knöts försöket till en redan påbörjad intern process vid en av de enheter som var tänkta att ingå i försöket. Detta perspektiv blev en naturlig följd av att man avsåg välja enheter som hade ett särskilt intresse för läkemedlet, genom att de betraktades som ”högförskrivare”.

När styrgruppen i början av 2013 summerade erfarenheterna av genomförandet av dialogmöten menade en ledamot att syftet inte i första hand hade varit ett få till en beteendeförändring (ämnet kom upp p.g.a. svårigheten att med hjälp av statistik kunna se faktisk förändring i förskrivningen vid alla enheter). Istället borde försöket, enligt denna ledamot, bedömas efter deltagarnas syn på mötesformen.

Det finns alltså anledning fråga sig vilka faktorer som kunde tänkas påverka förutsättningarna för användning av den kunskap som förmedlades via dialogmöten under 2012. Först och främst gäller detta sådana faktorer som deltagarnas intresse för det ämne som stod i centrum vid presentationen och som fanns kondenserat i dokument, om de fann informationen relevant i sin egen miljö och hur presentationen genomfördes. Det mest centrala måste dock vara bedömningen av ämnets relevans. En aldrig så excellent presentation kan riskera att inte få genomslag om åhörarna bedömer ämnet vara mindre intressant.

Vet vi något om motivet bland deltagare för att delta vid dialogmötet? Var det så att deltagarna var ute efter information om ett läkemedel (Lyrica) eller hade de förhoppningar om att lära sig mer om ett evidensbaserat förhållningssätt? Genom enkät I vet vi att nästan hälften av de svarande (48 procent) uttryckte intresse för att utveckla en mer evidensbaserad praktik medan något färre (38 procent) uppgav att det var intresset för pregabalin (Lyrica) som fick dem att delta. En mindre grupp (14 procent) uppgav andra skäl, främst att de var anmodade att delta. En något större andel verksamma vid sjukhuskliniker (50 procent) än inom primärvård (41 procent) uppgav intresse för evidensbaserad vård som motiv. Detta kan inte tolkas som att det skulle finnas ett mindre intresse för läkemedlet som sådant bland deltagarna från sjukhusen, endast att de önskade framhålla att de var intresserade av evidensbaserad praktik.

Vad vet vi om deltagarnas syn på mötesformen? Om vi går till enkäten ser vi att 88 procent av de svarande (enkät I) ansåg att den form av presentation som dialogmötet representerade var värdefull i ganska eller mycket hög grad. Vid såväl sjukhuskliniker (92 procent) som i primärvård (76 procent) fanns ett betydande antal som i ganska eller mycket hög grad fann mötesformen värdefull. Det var ytterst få svarande vid sjukhuskliniker som ansåg mötesformen i liten grad eller inte alls värdefull (4 procent) medan det bland de svarande från primärvården fanns en något större grupp (12 procent) som menade att presentationsformen var värdefull endast i liten grad eller inte alls. Totalt menade 77 procent av de svarande att de var ganska eller mycket nöjda med expertens ("ambassadörens") inledande presentation och 79 procent var ganska eller mycket nöjda med det skriftliga sammanfattande evidensunderlaget.

Om vi går vidare till att se hur deltagarna uppfattade innehållet i presentationen framgår att 81 procent ansåg att det i ganska eller mycket stor utsträckning var relevant för egna kliniska ställningstaganden. Man kan också se att en något större andel (49 procent) vid sjukhus fann presentationen i mycket hög grad relevant, jämför med de svarande inom primärvård (35 procent). Det fanns också en grupp svarande som inte fann presentationen särskilt relevant, men de var så få att det inte går att fastställa om det finns några skillnader i detta avseende mellan sjukhus och primärvård.

En intressant fråga är också om kunskap av detta slag avsetter resultat oberoende av hur den mottagande miljön ser ut eller om förutsättningarna för att använda informationen varierar bland deltagarna beroende på var de arbetar. En liten indikation på detta kan vi få genom svaren på några av frågorna i enkät I. Av de svarande ansåg 72 procent att ledningen vid den enhet (klinik eller vårdcentral) där de arbetade i ganska eller mycket hög grad uppmuntrade till användning av bästa möjliga evidens för att förbättra vården. Bland de svarande menade dock endast 21 procent att det i mycket hög grad fanns förutsättningar vid den egna enheten att använda bästa möjliga evidens, medan 37 procent menade att det var så i ganska hög grad. En intressant observation med ledning av svaren i enkät I är sambandet mellan deltagarnas syn på i vilken grad ledningen uppmuntrar till användning av evidens och deras egen bedömning av om presentationen vid dialogmötet var värdefull. Av dem som bedömde dialogmötet som mycket värdefullt återfanns en stor andel (70 procent) som också menade att de arbetade vid en enhet där ledningen i mycket hög grad uppmuntrar dem att tänka evidensbaserat.

Direkt användning i praktiken

Vi har tidigare sett att intresset för att genom försöket påverka förskrivningen av det aktuella läkemedlet fanns med som en aspekt – som kom till uttryck redan i Metodrådet. När styrgruppen i januari 2013 fick tillgång till förskrivningsstatistik för pregabalin (Lyrica) visade det sig svårt se ett tydligt mönster i de förändringar i förskrivning som kunde observeras efter genomförandet av serien av dialogmöten under 2012. Vissa förändringar var möjliga att se inom de sjukhusbaserade enheterna inom psykiatri men inte inom primärvården, eftersom det aktuella läkemedlet förskrivs i så små volymer utanför sjukhus. Det visade sig också svårt att tolka observerade förändringar eftersom det aktuella läkemedlet används vid dubbeldiagnoser, t.ex. för patienter med både smärta och ångest.²⁷

²⁷ För mer detaljerade uppgifter om förändringar i förskrivning se Falk m.fl. 2013.

Indirekt användning i praktiken

Till en indirekt användning av den kunskap som förmedlades genom dialogmöten kan räknas större intresse bland deltagarna för att fortsättningsvis agera evidensbaserat i olika sammanhang. Vi har inget material för att kunna bedöma de långsiktiga effekterna av försöket i detta avseende. Genom att enkät II besvarades av enbart 31 procent av deltagarna blir det svårt att uttala sig om informationen har fått spridning eller om mötena har gjort andra avtryck i verksamheten. Av de svarande (enkät II) uppgav 55 procent att innehållet i presentationen (muntligt och skriftligt) i ganska eller mycket hög grad hade fått spridning inom den egna enheten. Vi kan också se att 39 procent menade att materialet i ganska eller hög grad använts vid diskussioner inom enheten. Dessa resultat ska givetvis tolkas med största försiktighet och kan inte anses ge en rättvisande bild av faktisk användning.

Politisk användning för målgruppen av kunskap

Det är väldigt svårt att se om försöker har satt några avtryck i vidare mening i andra delar av landstingets organisation. I begreppet politisk användning finns frågor om hur landstinget över huvud taget organiserar sig för att införa nya metoder, sprida kunskap, följa upp användning, föra dialog mellan olika aktörsgrupper etc. Man bör hålla i minnet att försöket i Östergötland - till skillnad från försöket i Alberta - inte var tänkt att förse blivande ”opinionsledare” med underlag. Ambitionen var endast att påverka inom specifika kliniska enheter.

Spridning av kunskap från försöket

Spridning av kunskap i olika former skedde genom försöket - inte bara till de som deltog i dialogmöten. Kunskap om Albertmodellen förmedlades till ledamöterna i Metodrådet och styrgruppen. I styrgruppen tillägnade sig ledamöterna kunskap genom utvecklingen av evidensunderlaget (genom interaktion med expertgrupperna och genom att tillämpa GRADE). Efter mötet med kliniskt verksamma vid vårdenheter fick styrgruppen en återkoppling som resulterade i ny kunskap. Styrgruppen sammanställde även en egen rapport där man beskriver dels processen och dels egna lärdomar.²⁸ Styrgruppen lade stor vikt vid denna form för att kommunicera erfarenheter av försöket inom landstinget.

²⁸ Se Falk m.fl. 2013.

Att behålla kunskap och erfarenheter från försöket

I samband med att interventionen (den planerade serien av dialogmöten) diskuterades i styrgruppen framhöll man vikten av att de enheter som deltog skulle uppmuntras till att dels i slutet av mötet diskutera behov av eventuell förändring och dels på papper skriva ner en form av åtgärdsplan. Det var dock inte alla ledamöter i styrgruppen som trodde på möjligheten att få enheterna att göra en åtgärdsplan. Inslaget av åtgärdsplan fanns med i den ursprungliga Albertamodellen, men var inget som diskuterades av styrgruppen förrän i ett sent skede när genomförandet av interventionen närmade sig. Styrgruppen hade ambitionen att varje deltagande enhet skulle utpeka en ”kontaktperson” som kunde ansvara för att driva frågan om förändring vidare inom enheten. I november 2012 skickade styrgruppen ut ett meddelande via e-post till de enheter som hade redovisat att de avsåg att utveckla en ”åtgärdsplan”. I ett tidigare skede hade styrgruppen diskuterat om man skulle hålla ett uppföljningsmöte vid varje enhet, men denna plan fick av resursmässiga skäl stryka på foten. Styrgruppen ställde i meddelandet fyra frågor till kontaktpersonen vid kliniker/vårdcentraler. I januari 2013 fanns svar från sju enheter; fyra sjukhuskliniker och tre vårdcentraler. Det är dock svårt att med ledning av svaren på frågorna utläsa om det finns förutsättningar för att kunskapen från försöket ska kunna bibehållas över längre tid och ge avtryck i verksamheten i någon form.

4. VAD TYCKTE DE SOM GENOMFÖRDE FÖRSÖKET?

Detta avsnitt baseras på intervjuer med ledamöter i styrgruppen och med ambassadörer efter att flertalet möten i försöket hade genomförts.

4.1 Problemet

Informanterna ger inte ett samlat uttryck för att de uppfattat ett entydigt problem som bakgrund till försöket. Vissa av de intervjuade framhåller att i bakgrunden fanns en ambitionen att kunna bidra till att landstinget skulle bli bättre på att föra ut evidensbaserad kunskap i praktiken och mer aktiv med kunskapsöverföring, och anknuter i sitt resonemang till forskningsprojektet (Integral). Underförstått i detta ligger att det kunde finnas ett problem inom landstinget med avseende på tillhandahållande och användning av evidensbaserad kunskap. Men det finns också de som anser att försöket handlade om att ta reda på om det fanns ett problem i användningen av det aktuella läkemedlet eller att problemet handlade om att testa om en specifik arbetsmodell (Albertmodellen) var möjlig att tillämpa i landstinget.

”Det här har ju kretsat mycket kring hur ett landsting ska kunna, på ett effektivt sätt, bli mer proaktivt och på ett effektivt sätt jobba med _ _ _ ska vi kalla det implementeringsfrågor eller kunskapsöverföringsfrågor.” (I4)

”Jag uppfattade det som att det var osäkert om det var något verkligt problem, utan snarast en osäkerhet om Lyrica används på ett rationellt sätt.” (I2)

Anledningen till att det aktuella läkemedlet (pregabalin-Lyrica) valdes som exempel i försöket var enligt de intervjuade att det hade uppmärksammats bland beslutsfattare inom hälso- och sjukvård mot bakgrund av ökad förskrivning, misstankar om att användningen inte var förankrad i evidens och att det förekom en förskrivning utanför indikation. En intervjuperson menar att valet av ett enskilt läkemedel styrdes av en ambition att göra försöket mer hanterbart eftersom det då kom att handla om ett avgränsat område.

Bland de intervjuade med insikt i styrgruppens arbete finns en samlad bild av att gruppen hade stor frihet att bedriva sitt arbete med att utforma försöket mer i detalj. Från Metodrådet kom en idé och ett uppdrag, men uppdraget var inte särskilt tydligt beskrivet. Hur styrgruppen kom att tolka uppdraget och omsätta det i praktik påverkades mycket av vilka som ingick i styrgruppen och deras erfarenheter och kompetenser.

Genom landstingsledningens positiva inställning till försöket gavs möjlighet att genomföra det i praktiken – vårdens organisation blev tillgänglig – men styrgruppen erhöll inga egentliga resurser, i form av personal eller finansierad tid, för arbetet. Det kom istället att grundas i intresse och entusiasm för uppgiften bland de inblandade, men trots detta kom försöket att påverkas av att det byggde på en skör organisation.

”Det var mer pragmatiska lösningar av intresserat folk.” (I2)

”Det fanns intresse och nyfikenhet, men ingen större vana att göra det här.” (I4)

4.2 Miljön

Beträffande miljön för försöket framhåller intervjupersonerna att personalen i dagens hälso- och sjukvård är intresserad av att diskutera sin praktik mot bakgrund av evidens men att arbetet är så krävande att det inte självklart finns tid över för detta. Ett försök av detta slag är beroende av hur lokala chefer ställer sig till ett deltagande och presenterar motivet för deltagande.

4.3 Kunskapen

Sammanställningen av kunskap i form av ett samlat dokument och de kondenserade versionerna präglades enligt informanterna av begränsningar i personella resurser och bredd i expertis. Trots detta blev resultatet bra men det tog mer tid i anspråk än nödvändigt för att slutföra detta arbete.

De inblandade fick lära sig principerna för att gradera evidens under arbetets gång men tidsplanen påverkades också av vissa svårigheter att få respektive expertgrupp att enas om vad som skulle ingå i sammanställningen.

Att experterna hade en viktig roll i arbetet med att bedöma kunskapen är de intervjuade med förankring i styrgruppen överens om. Sammansättningen av den grupp av experter som ska bedöma materialet är i många stycken avgörande för resultatet, menar en informant. Stora krav ställdes på experterna och trots att dessa inte var finansierade för denna insats visade de ett stort intresse. Även om interaktionen mellan styrgrupp och experter drog ut på tiden, beroende på att arbetsformen innehöll moment av ”exploaterande”, framhåller flera informanter att det avlöpte bättre än de förutsåg.

”Jag var orolig att de [experterna] skulle finna området för snävt, men de visade ett väldigt engagemang och ingen tveksamhet i att vara med.” (11)

”Vissa saker är inte självklara och det finns frågetecken, som inte bara beror på studierna, utan man måste diskutera och då kan man tycka olika.” (13)

I frågan om i vilken grad de skriftliga sammanställningarna var anpassade efter den kliniska miljö där de kom att testas finns inga entydiga uppfattningar bland de intervjuade. De var nog ganska bra, menar vissa, eftersom många deltagare uttryckte en sådan uppfattning. En annan informant vill inte göra en egen bedömning alls utan lämnar detta att avgöras genom utvärderingen baserad på deltagarnas uppfattningar. Några intervjupersoner framhåller den svårighet som låg i att få det enskilda materialet att passa till sin målgrupp. Alla deltagare kan inte vara intresserade av alla detaljer och deltagarna från primärvården konfronterades med många olika sammanställningar, medan det var enklare att rikta materialet till målgrupper vid sjukhusen.

”Min uppfattning eller jag tror att vi kom ganska långt i just den delen, att formulera underlagen på ett sätt som är användbart i den kliniska vardagen.” (12).

”Alla läkare är väl inte intresserad av alla detaljer, men man måste ha ett material med fördjupning för att kunna förmedla hela bilden.” (15)

4.4 Interventionen

Bland informanterna framhålls att det var en utmaning att få tillgång till sjukvårdspersonal för att göra en presentation och genomföra en diskussion kring en så pass specifik frågeställning som var fallet. Trots att ambitionen i avsatt tid för mötet reducerades jämfört med tidiga planer var det inte helt lätt att få alla önskade enheter att sätta av tid till detta, även om det inte fanns något principiellt motstånd mot att delta i försöket.

Flera intervjupersoner – dock inte alla – menar att de hela tiden var medvetna om att Albertamodellen var en förebild. Men samtidigt uttrycker flera informanter att det skedde en anpassning till vad som var möjligt att göra i praktiken i den egna miljön. Den slutliga formen för försöket kom att präglas av olika tankar och impulser där andra mer lokala förebilder också spelade en roll. Att inkludera statistik över förskrivning i presentationen var viktigt, menar en intervjuperson, eftersom detta gjorde deltagarna mer intresserade av ämnet.

”Jag tror att vi släppte mycket från Albertamodellen, men den har funnits med hela tiden.” (II)

Intervjupersonerna uttrycker att det vid ett försök av detta slag inte är givet att alla deltagare kan vara intresserade av innehållet, och man pekar också på att det fanns tecken på ointresse bland vissa deltagare. Förklaringarna till detta står, enligt intervjupersonerna, att finna dels i det faktum att vissa enheter i liten grad förskriver pregabalin (Lyrica) och att förberedelserna vid enheterna kan variera – det spelar en roll hur mötet presenteras av chefer vid de enheter som ska ingå i försöket. Men det fanns också exempel där deltagarna efterfrågade mer uppgifter och ville att ambassadören skulle tillhandahålla detta.

Mötesformen fungerade enligt informanterna ganska bra där några trycker på betydelsen av att statistik över förskrivning fungerade som en ”tankeväckare” medan andra betonar värdet av att diskussion fanns med som en komponent i mötet. En informant menar att även om det fanns ett färdigt evidensunderlag var programmet för mötet inte alldeles tydligt fastställt, utan det fick snarast växa fram över tid, medan en annan informant anser att det fanns en genomtänkt presentation. Ett problem som noteras var att viss upprepning i innehållet förekom där flera kondenserade versioner av dokumentet presenterades.

Den största modifieringen av försöket var att man av resursskäl fick avvika från Albertamodellen, menar vissa informanter. Efter att serien med möten hade påbörjats skedde en del smärre förändringar. Tanken att det vid varje enhet skulle finnas en utpekad kontaktperson som kunde ta ansvar för att sammanställa resultatet av diskussionen vid mötet och dessutom driva beslutade förändringar vid enheten visade sig vara för ambitiös och inte helt realistisk. Istället fick en vid mötet närvarande ledamot av styrgruppen fungera som ”sekreterare” för att fånga upp vad deltagarna kom fram till i sin diskussion. Vi kunde ha förberett enheterna bättre inför mötet då det gäller att presentera syfte och frågor, menar en informant. Några av de intervjuade anser att styrgruppen efter de första genomförda mötena kunde ha gjort en egen utvärdering av hur genomförandet fungerade. En informant menar att det vid de enskilda mötena skedde en anpassning beroende på vad i innehållet deltagarna var särskilt intresserade av. Sådant var svårt att riktigt ha klart för sig i förväg.

Vid genomförandet av försöket hade de två ambassadörerna en nyckelroll vid mötet för den muntliga presentationen av innehållet, anser informanterna. Idealt sett borde det ha varit tre ambassadörer som täckte områdena psykiatri, smärta och primärvård, men det visade sig svårt att rekrytera lämplig person till smärtområdet. Det finns olika meningar bland intervjupersonerna hur ambassadörernas insatser fungerade. Mötesformen där mycket information skulle presenteras på kort tid och därefter ligga till grund för diskussion ställde

krav på ambassadörerna. Instruktionerna till ambassadörerna var inte uttalade vilket gjorde att mötet blev beroende av deras kompetens och lyhördhet för deltagarnas reaktioner.

”Det är en väldigt känslig situation det där, hur det [innehållet] presenteras, _ _ _ man får vara väldigt noga med att inte komma i en docerande stil eller skriva någon på näsan, hur det ska vara.” (I2).

4.5 Användningen

Vissa intervjupersoner anser att detta koncept – det som faktiskt genomfördes – lämpar sig bättre för sjukhuskliniker än för primärvården. Men denna åsikt avser dock inte huvuddelarna i konceptet, med presentation av evidens i kombination med diskussion, utan det faktum att man valde en metod istället för en diagnos, som i Albertamodellen. Detta gjorde att frågan riskerade att uppfattas som för smal och därmed inte självklart intressant bland deltagarna från primärvården. Att i detta avseende följa Albertamodellen hade dock blivit ännu mer resurskrävande och därmed inte realistiskt.

Informanterna anser att grunddragen i arbetsformen borde vara attraktiv för ett landsting. En aspekt i detta är att landstinget har en viktig uppgift att komplettera och balansera kunskap som kommer från företag och intressegrupper. Man samtidigt är intervjupersonerna medvetna om att ett landsting har begränsade resurser att arbeta på detta sätt. Östergötland är ett relativt stort landsting med ett universitetssjukhus men har trots detta begränsade person- och kunskapsresurser. Det finns så många frågor där kombinationen av sammanställning av evidens, presentation och diskussion bland kliniska enheter vore värdefull. Det är dock inte realistiskt att tro att ett landsting skulle orka med att driva möten av detta slag på bred front. Utmaningen ligger i att kunna identifiera områden där insatser av detta slag vore särskilt värdefulla.

”Jag är övertygad om att det evidensbaserade arbetssättet har sin plats och borde ha det mer än vad det har.” (I2)

Styrkan i den arbetsform som försöket representerar är enligt informanterna att man lokalt med hjälp av egna experter kunde ta fram ett dokument av god kvalitet som tjänade som grund för viktiga diskussioner bland de kliniskt verksamma. Den samlade kunskap som dokumentet representerar är utgångspunkten för att kunna genomföra en presentation som kan ligga till grund för en diskussion. En informant trycker särskilt på sambandet mellan det gedigna underlaget och det innovativa inslaget, att avsätta förhållandevis mycket tid till diskussion.

”Och det tror jag är den viktigaste delen, att om man vill förändra något, så måste man själv kunna sitta och reflektera och få uttrycka kritik eller tveksamhet kring underlag, eller frågor och så.” (15)

En uppenbar svaghet i denna modell är enligt de intervjuade att förberedelserna tar i anspråk stora resurser i form av tid för de inblandade, samt att det också för deltagarna är svårt att avsätta tid för medverkan. En annan nackdel är att formen egentlig skulle kräva en bättre uppföljning för att få till stånd aktivitet bland enheterna efter mötet.

”Där kanske man måste ha mer genomtänkt strategi, någon slags hjälp till kliniken att gå vidare på något sätt. Jag vet inte, i form av dokument eller nytt möte eller påminnelse eller något sådant.” (15)

Möjliga förbättringar i arbetsformen, som nämns av de intervjuade, är förutom att ha något slags uppföljningsmöte för enheterna, att man kan överväga om det skulle räcka med ett enklare material som inte behöver bygga på noggrant granskade vetenskapliga studier, att möjligen utgå från ett tydligare men smalare problem.

5. SLUTSATSER

I detta avsnitt jämförs försöken i Östergötland och Alberta med avseende på anknytning till ”kunskapsmedling” dels mot bakgrund av de olika former för ”knowledge brokering” som redovisas i Ward m.fl. (2009) och dels de komponenter som omnämns i Ward m.fl. (2010) (se vidare Teoretisk ram). Jämförelsen påverkas av att underlagen för att beskriva och analysera de två försöken skiljer sig åt (se vidare Material och Metod).

5.1 Vilken form av ”knowledge brokering” representerade försöken?

Försöket i Östergötland hade i mer eller mindre grad inslag från alla tre former av ”knowledge brokering” som nämns av Ward m.fl. (2009). I forskningsprojektet Integral, som utgjorde grunden till försöket, var ansatsen av formen ”linkage and exchange” d.v.s. där betonades mötet mellan forskning och praktik. I viss mening var frågan om ”dialog” hela tiden levande inom försöket men tyngdpunkten kom alltmer att förskjutas mot ”knowledge management” d.v.s. att ta fram och sprida kunskap av visst slag vilket placerade frågan om användning av kunskap i förgrunden. Ett stråk av den tredje formen, ”capacity building”, som går ut på att hjälpa praktiskt verksamma att formulera frågor som kan besvaras med hjälp av forskning, förekom men var aldrig särskilt framträdande i försöket. En skillnad är således att ”Albertamodellen” låg ännu närmare ”linkage and exchange”, genom att betona vikten av att forskningen skulle vara ett stöd till praktiskt verksamma att besvara deras egna frågor och att lösa vardagsnära problem.

5.2 Problemet i försöket

Inom såväl försöket i Östergötland som i tillämpningen av ”Ambassadör-programmet” i Alberta spelade insikter om regionala variationer i klinisk praxis en roll, som ledde de ansvariga i riktning mot ett specifikt läkemedel respektive mot smärtbehandling. I Östergötland hade läkemedlet uppmärksammats av landstingsledningen och i Kanada fanns aktuella HTA-studier som gjorde att fokus blev just smärtbehandling. En viktig skillnad var att man i Östergötland utgick från en specifik metod – ett läkemedel som bedömdes som kontroversiellt och som enligt landstingsledningen kunde betraktas som ett problem. Problemet illustrerades genom statistik över förskrivning där olika enheter och delar av länet jämfördes. I bakgrunden fanns en oro för att förskrivningen inte följde ”evidensläget”. Men försöket handlade också om att uppmärksamma praktiskt verksamma i sjukvården på betydelsen av att kunna tolka evidens och dra

slutsatser. I det kanadensiska försöket utgick man från en bredare klinisk fråga, behandlingen av smärta, och syftet var att hitta en strategi för att förbättra kompetensen inom detta område genom visa hur erfarenhetsbaserad kunskap kunde kompletteras med resultat från HTA-studier.

5.3 Miljön i försöket

De principer som styrde urvalet av personer (deltagare i försöket) som fick ta del av informationen/kunskapen skilde sig märkbart åt mellan Östergötland och Alberta. I det förstnämnda fallet skedde inte ett individuellt urval av deltagare utan man valde istället kliniska enheter – sjukhuskliniker och vårdcentraler – efter två principer; för klinikerna att de bedömdes vara inriktade mot att behandla patienter inom relevanta indikationer (relaterat till läkemedlet) och för vårdcentralerna att de representerade ”högförskrivare” av läkemedlet.²⁹ Genom att välja utifrån enheter riskerade man dock att förmedla information till personer med mycket olika inställning till frågan om att delta i försöket och att använda evidens. Det var chefer vid de kliniska enheterna som avgjorde frågan om deltagande i försöket. I Alberta valdes personer ut som av chefer bedömdes uppfylla kravet på att vara ”lokala opinionsledare” inom smärtområdet. Det fick till följd att gruppen blev selekterad mot personer som rimligtvis hade ett starkt intresse för den kliniska fråga som behandlades och kom att omfatta många fler yrkesgrupper än i Östergötland.

I Östergötland liksom i Alberta användes en styrgrupp och en ”rådgivningsgrupp”, som gav försöket en blandning av praktiker och forskningspersonal, med möjlighet att påverka detaljerna i försöket, och det gavs utrymme att vrida försöket i riktning mot anpassning till faktisk klinisk verklighet.

5.4 Kunskap i försöket

Påfallande stora likheter finns i utvecklingen och hanteringen av kunskapen i försöken. Inledningsvis tänkte sig de ansvariga i Alberta att redovisa en mycket bred uppsättning evidens (om medicinska effekter) inom smärtområdet, men valde senare, efter inrådan från kliniska representanter, att snäva in området till enbart sådana interventioner som behandlades utanför sjukhus. I Östergötland skedde vissa avgränsningar genom att man gav upp tanken på att redovisa resultat avseende epilepsiområdet, men försöket påverkades också av att man valde indikationer aktuella inom såväl sjukhuskliniker som i primärvård. Men

²⁹ Att rekrytera tio vårdcentraler som var ”högförskrivare” till en ”experimentgrupp” var den ursprungliga tanken i försöket, men styrgruppen tvingades göra avvikelser när vissa vårdcentraler tackade nej till att delta.

experterna kom i stor utsträckning från sjukhussfären vilket riskerade att rikta materialet särskilt mot detta kliniska område.

Eftersom man i båda försöken utgick från sammanställningar av vetenskapliga studier som granskades efter vissa i förväg etablerade kriterier, tvingades man till likartade överväganden och försöken ställdes i båda fallen inför likartade svårighet. Tydligast i dessa avseenden var balansgången mellan att uppnå acceptabel kvalitet i kunskapsunderlagen och att få en tillräcklig bredd i redovisningen så att denna motsvarade den kliniska verkligheten. I Östergötland tryckte experterna på för att man skulle inkludera fler kliniskt relevanta behandlingsalternativ, precis som den kliniska panelen i Alberta gjorde. I det senare fallet bevakade företrädare för ett HTA-perspektiv att granskningen av studierna följde en standardiserad mall. Dessutom kom båda försöken att ställas inför problemet att brister i studier (jämförelsealternativ och tidsram) medförde att man inte fullt ut kunde besvara kliniska föreställningar om bästa form av behandling. Kvalitetsbrister i materialet påverkade i båda fallen utrymmet för att kunna ge fullödiga presentationer. I båda försöken fanns en medvetenhet om att underlagen inte möjliggjorde besvarande av alla slags frågor som kunde komma upp bland de kliniskt verksamma när informationen presenterades och diskuterades.

Innehållet i de kondenserade redovisningarna fick ändras efter diskussioner mellan styrgrupp och kliniska experter. Rekommendationernas innehåll kom dock främst att påverkas av de kliniska experterna i både Östergötland och i Alberta. I Östergötland blev dock uppgiften mer komplicerad eftersom man i rekommendationerna tog ställning till olika alternativ i ”terapin”. I Alberta nöjde man sig att ta ställning till evidensen för enskilda metoder och det var mötesdeltagarna som själva fick dra slutsatser kring användning av olika metoder i ”terapin”. Det gjorde att frågan om ”vad vi inte vet” blev än mer accentuerad bland experterna i Östergötland.

I såväl Östergötland som i Alberta resulterade sammanställningen av kunskap i ett antal kondenserade dokument som avslutades med en rekommendation. Men genom skillnader avseende val av kliniskt problem kom utformningen av rekommendationerna att skilja sig åt. I Östergötland var utgångspunkten ett specifikt läkemedel som ställdes mot andra kliniska alternativ. Experterna ville åstadkomma en uttömmande rekommendation för ett terapiområde beträffande valet av läkemedel. Det var därför placebostudier uppfattades som irrelevanta och experterna ville hellre ha tillgång till data om kostnadseffektivitet. I Alberta där man utgick från ett bredare kliniskt problem, t.ex. ryggsmärta (low back pain), kom varje enskild rekommendation att gälla en specifik terapi (totalt sett med en mycket stor bredd). Här ingick alla resultat som bedömdes viktiga, även placebokontrollerade studier, men inga data om kostnadseffektivitet. Man

behövde inte utforma rekommendationerna som jämförelser mellan alternativ utan formuleringen av slutsatser om val mellan alternativ lämnades över till deltagarna att diskutera sig fram till vid mötestillfället. En tydlig illustration av att försöket i Alberta mer följde formen för ”linkage and exchange” jämfört med Östergötland där överlämnandet av en rekommendation mer hade formen av ”knowledge management”.

5.5 Interventionen i försöket

I Östergötland var det styrgruppen som i stor utsträckning utformade interventionen, d.v.s. de dialogmöten som skulle genomföras. Interventionen fördes visserligen på tal inför experterna, men i praktiken var det styrgruppen som bestämde, tillsammans med de två ”ambassadörerna” som kunde göra vissa justeringar under mötets gång. I Alberta planerade styrgruppen interventionen ihop med en grupp rådgivare och med ”ambassadörerna”. I båda fallen anpassades längden på dialogmötet av praktiska skäl. I Kanada hade styrgruppen först tänkt sig halvdagsmöten men insåg att detta inte var realistiskt utan valde att korta ner tiden till 1,5 timme. I Östergötland måste styrgruppen anpassa interventionen till rutiner vid de kliniska enheter som deltog, vilket innebar att tiden för möten kom att variera från 45 minuter till 2 timmar; vilket rimligtvis innebar att utrymmet för dialog kom att variera. I Alberta genomfördes ett pilotmöte varefter vissa justeringar i genomförandet skedde. I Östergötland hade inte styrgruppen möjlighet att göra en pilot utan justeringar fick ske med ledning av erfarenheterna från de första mötena. Styrgruppen i Östergötland hade en mall för hur mötet skulle genomföras, där statistik över förskrivning följdes av presentation av evidens, där utdelningen av den kondenserade informationen ingick, varefter diskussion följde där deltagarna kunde ställa sina erfarenheter mot evidensläget. I Albert valde arrangören att låta mötet styras av de frågor och förslag som kom från deltagarna varefter evidens lyftes fram selektivt i hopp om att därigenom kunna besvara frågorna. Återigen ett exempel på olikheter med avseende på form för ”knowledge brokering”. I Östergötland hamnade styrgruppen i sin interaktion med expertgrupperna i frågor om hur långt man rimligtvis borde gå i att dra slutsatser för den lokala miljön. Men frågan ställdes aldrig på sin spets i diskussionerna mellan styrgrupp och experter. Inom styrgruppen fanns föreställningen att deltagarna skulle uppmanas till att åtminstone överväga om förändringar behövdes och i så fall komma överens om vad som skulle ingå och hur detta skulle genomföras.

5.6 Användningen av kunskap i försöket

En väsentlig skillnad mellan de två försöken var att man i Alberta eftersträvade indirekta effekter av interventionen genom att deltagarna i rollen som ”opinionsledare” skulle föra informationen vidare på bred front till olika delar av hälso- och sjukvården, den kliniska såväl som den administrativa. I Östergötland eftersträvades en direkt påverkan på beteendet inom enskilda kliniska enheter. Med beteende kunde då avses dels förskrivningen av läkemedel och dels mottagligheten för evidens i bred mening. I Östergötland fanns dock ett intresse för att genom statistik kunna avläsa förändring i förskrivningsmönster.

I båda fallen fanns ambitionen att låta deltagarna utveckla en form av handlingsplan – hur de skulle gå vidare med anledning av den kunskap de tillägnat sig. Men liknande problem uppstod på båda ställen eftersom det visade sig svårt att motivera alla deltagare att engagera sig i formella handlingsplaner.

Det är mycket svårt att dra några slutsatser om hur kunskapen kom att användas i såväl Östergötland som Alberta. Visserligen fanns frågor kring användning i de enkäter som deltagarna fick besvara en tid efter genomförandet av möten. Deltagarna i Albertförsöket uppgav att de i stor utsträckning vidarebefordrat information till kollegor. Då svarsfrekvensen på den andra enkäten i Östergötland är problematisk finns inga möjligheter att uttala sig om faktisk spridning av information. Om försöket fick någon ”politisk användning” är oklart. Några sådana frågor fanns inte i enkäten i Östergötland. I Alberta uppgav hälften av de svarande att de i någon grad hade kunnat påverka administratörer – men det är omöjligt att veta vad detta svar står för rent konkret.

Erfarenheter från Albertamodellen har spridits genom internationella publikationer och genom en omfattande redovisning via hemsidor på Internet. Det var därigenom försöket i Alberta först uppmärksammades av de ansvariga i Östergötland. I det senare fallet har en ambition uttalats att sprida erfarenheter genom olika slags publikationer.

6. DISKUSSION

En anledning till att försöket i Östergötland kom att utgå från en specifik metod – ett läkemedel – var att landstingets Metodråd tog på sig – att inom ramen för ett forskningsprojekt - ansvara för utvecklingen av en strategi för ordnat införande. Albertamodellen tjänade som inspiration vad gällde att testa en ”dialogform” där kliniskt verksamma skulle uppmuntras diskutera sin praktik mot bakgrund av evidens. Men rådets ledamöter betraktade enligt sitt uppdrag hälso- och sjukvården i termer av metoder. Vem som deltar i genomlysningen av ett problem avgör och formar hur problemet kommer att genomlysas och därmed uppfattas (Hoppe 2010). Detta förklarar varför man i ett tidigt skede avvek från Albertamodellens breda fokus och smalnade in försöket mot en metod. I provinsen Alberta var ursprunget till problemet förekomsten av många HTA-studier som inte ansågs nå ut i klinisk verksamhet. Där valde man att utgå från ett bredare kliniskt problem och frågan blev då hur detta kunde hanteras bättre när deltagarna uppmuntrades till att ta ställning till resultat från många olika HTA-studier.

När Metodrådet först uppmärksammade pregabalin (Lyrica) som möjligt ”fall” handlade mycket av diskussionen om den totala ökningen i förskrivningen av läkemedlet respektive den variation mellan enheter som kunde observeras med hjälp av statistik. En komplikation som präglade problembilden var dock att förskrivningen inte kunde knytas till diagnos. När försöket gick över till styrgruppen försköts intresset mot ett annat problem och dess lösning. Det var synligt i metodrådets diskussioner, men då som en diffus ambition att uppmuntra ”evidensbaserad vård”. Men det var först i mötet mellan styrgruppen och experterna som problemet konkretiserades till att handla om den plats i den kliniska terapin som pregabalin (Lyrica) borde inta i relation till andra preparat. Expertgrupperna var medvetna om det första problemet (olikheter i förskrivning) som också i mångt och mycket styrde urvalet av enheter. Men i diskussionerna med expertgrupperna hamnade man i ett annat problem (användningen av olika preparat i terapin). Lösningen av det senare problemet påverkades dock av att man, efter att ha applicerat en granskningsmall, inte lyckades lokalisera tillräckligt många studier av rätt kvalitet. I experternas tolkning av problemet kom detta att snävas in till att bli preparatfokuserat. Det var pregabalin (Lyrica) i relation till andra, som man bedömde, kliniskt relevanta preparat. I Alberta hade man ett bredare fokus - alla relevanta terapier och inte bara läkemedel. Man kan dock se att i både Östergötland och i Alberta bidrog medverkan av ”kliniska experter” i förberedelserna till att antalet terapialternativ som presenterades för mötesdeltagarna utökades, eftersom man var angelägen om att ”dialogen” skulle knyta an till deltagarnas egen verklighet.

Sammanställningen av information i försöket påverkades efter hand alltmer av ett kliniskt problem, betonat av experterna, som gick ut på att jämföra preparat. Urvalet av de kliniska enheter som skulle inbjudas till att delta i försöket kom dock att styras av ett annat problem. Styrgruppen ”ärvde” detta från Metodrådet; att identifiera variationer i förskrivning och därmed peka ut ”högförskrivare” och ”lågförskrivare” med hjälp av statistik.

I och med att problembilden i försöket var mångfacetterad från början blev fortsättningen av försöket också komplicerad och designen av interventionen kom att bli mångfacetterad, d.v.s. den kom att rymma drag från olika typer av studier och influenser av olika deltagande aktörer.

I vilken utsträckning kom den ”modell” som slutligen växte fram i Östergötland att ha inslag av ”knowledge brokering”? Vi noterade i föregående kapitel (Slutsatser) att försöket hade inslag från olika former av ”knowledge brokering” men framför allt från ”knowledge management”. Det innebar att den ”modell” som blev resultatet också hade lånat drag av en annan känd form, nämligen besök vid kliniska enheter i utbildningssyfte (”educational outreach visits”).³⁰ I denna form ligger fokus på att föra ut expertgranskad kunskap och inte att utgå från det kunskapsbehov som uttrycks bland de verksamma i vården. Detta var i sig inte så underligt eftersom flera ledamöter i styrgruppen tillhörde en miljö (avdelningen för klinisk farmakologi) där man hade erfarenhet av den typen av dialogmöten.

Utgångspunkten för försöket i Östergötland var inte att ta reda på vilken kunskap som de kliniska enheterna efterfrågade. Att det kunde finnas ”problem” med det aktuella läkemedlet förmedlades indirekt till Metodrådet. Styrgruppens ledamöter fick insikt i faktiska kliniska förhållanden genom diskussioner sinsemellan, där några hade klinisk förankring, liksom genom diskussioner med expertgrupperna där de flesta deltagare var kliniskt verksamma. Försöket i Albert framstår som mer ”anpassat” än motsvarigheten i Östergötland. Framst genom att särskilda resurser avsattes till att samla kompetens för att skapa en ”Ambassadörmöten”, men också därför att deltagarna vid alla dialogmöten var selekterade utifrån intresset för frågan (smärtbehandling). Försöket i Östergötland byggde i stor utsträckning på befintliga strukturer (Metodrådet, expertgrupper och en avdelning med kunskap om läkemedel) och vände sig direkt till kliniskt verksamma vid sjukhuskliniker och vårdcentraler. Av den

³⁰ Denna form för möten (EOV) beskrivs: “Educational outreach visits, defined as use of a trained person from outside the practice setting who meets with healthcare professionals in their practice settings to provide information with the intent of changing their performance. The information given may include feedback about their performance. The intervention may be tailored based upon previously identified barriers to change. The person delivering the EOV may be from the same organisation, if it is a multi-site organisation, but not from the same practice site” (O’Brien m.fl. 2008).

anledningen ligger försöket i Östergötland närmare de ordinarie arbetsprocesserna inom hälso- och sjukvårdens befintliga strukturer.

Det väsentliga i försöket var inte fallet i sig även om mycket i utvecklingsfasen handlade om att ta fram och bedöma kunskapsunderlag kring ett specifikt läkemedel (pregabalin/Lyrica). Att sammanställa ”evidens” på detta sätt är i sig inget märkligt – det förekommer i många olika sammanhang. Bland deltagarna i de efterföljande dialogmötena kan vi avläsa ett varierande intresse för det aktuella fallet. Det viktiga är att försöket avsåg användning av ”dialogmöten” för att få deltagarna att reflektera över sitt eget handlade och eventuellt agera för att förändra. ”Kunskapsstyrning” har blivit ett modeord i den svenska hälso- och sjukvårdssektorn, men det finns egentligen två olika tolkningar – att styra med kunskap och att styra mot kunskap (Garpenby och Carlsson 1999). Vanligtvis innebär ”kunskapsstyrning” den förstnämnda formen (nationella riktlinjer, SBU rapporter etc.) Att arbeta med ”dialog” bland de kliniska verksamma ligger närmare den sistnämnda formen. Vi kan avläsa ett betydande intresse bland deltagarna för arbetsformen. Det finns därför anledning att fråga sig hur man kan gå vidare med inslag av ”dialog” för att sammanföra vetenskaplig ”evidens” med vardaglig praktik. Studien visar att Metodrådets funktion i landstinget, som ett ”mellanled” mellan landstingsledning och klinisk verksamhet, spelade en viktig roll för att möjliggöra dialogformer och styrning mot kunskap. Vi menar således att just ”mellanled” kan spela en betydande roll i organiseringen för ökad dialog mellan forskning och vardaglig praktik.

REFERENSER

Barrington Research Group (2005). Final Report. Evaluation of the Alberta Health Technology Assessment (HTA) Ambassador Program. Calgary: Barrington Research Group Inc., 31 March 2005.

Best A, Hiatt RA, Norman CD, (2008). Knowledge integration: Conceptualizing communications in cancer control systems. *Patient Education and Counseling* 71: 319–327

Best, A., Trochim, W. Moor, G., Haggerty, J., & Norman, CD. (2008). “Systems thinking for knowledge integration: New models for policy-research collaboration”, I: Ferlie, E., Hyde, P., & McKee, L. (Eds.). *Organizing and Reorganizing: Power and Change in Health Care Organizations*, Routledge, London.

Best A, Holmes B. (2010). Systems thinking, knowledge and action: towards better models and methods. *Evidence & Policy*, 6 (2): 145-59.

CHRF (2003). The theory and practice of knowledge brokering in Canada’s health system. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

CHRF (2012). CHSRF’s Knowledge Brokering Program: A Review of Conditions and Context for Success. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Cochrane A.L. (1972). Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Davies C. (2007). Grounding governance in dialogue? Discourse, practice and the potential for a new public sector organizational form in Britain. *Public Administration*, Vol. 85 (1): 47-66.

Dopson S, Fitzgerald L. (2009) Knowledge to Action? Evidence-Based Health Care in Context. Oxford: Oxford University Press.

Falk M, Johansson Fredin S, Edström M, Bradley T, Tärning E, Carlsson P. (2013). Från evidens till praktik – Utvärdering av ett arbetssätt för att utnyttja evidens i vårdens förbättringsarbete. (manuskript).

Garpenby, P, Carlsson, P. (1999). Mot bättre vetande. Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. I: God vård på lika villkor? - underlag till slutbetänkande. Bilaga 2-6. Bilagor till slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation - HSU 2000. SOU 1999:66. Stockholm: Socialdepartementet.

Graham I.D., Tetroe, J. (2007), "How to translate health research knowledge into effective healthcare action", *Healthcare Quarterly*, 10:20-22.

Hoppe, R. (2010). The governance of problems: puzzling, powering and participation. Bristol: The policy press.

Nedlund, A-C. (2012) Designing for Legitimacy: Policy work and the art of juggling when setting limits in health care. Linköping: Linköping university.

O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, Forsetlund L, Bainbridge D, Freemantle N, Davis D, Haynes RB, Harvey E (2008). Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (review). The Cochrane Library 2008, Issue 4.

Rashiq S, Barton P, Harstall C, Schopflocher D, Taenzer P, and the Alberta Ambassador Program Team (2006). The Alberta Ambassador Program: delivering Health Technology Assessment results to rural practitioners. *BMC Medical Education* 6(21).

Roth J. (2003). Enabling knowledge creation: learning from an R & D organization. *Journal of Knowledge Management* 7(1):32

Scott NA, Moga C, Barton P, Rashiq S, Schopflocher D, Taenzer P, Harstall C (2007). Creating clinically relevant knowledge from systematic reviews: the challenge of knowledge translation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 13: 681-688.

Taenzer P, Harstall C, Rashiq S, Barton P, Schopflocher D. (2006). Evidence in action, acting on evidence Using an ambassador program to improve the management of chronic pain. <http://www.cihir-irsc.gc.ca/e/30685.html>. Hämtad 2013-04-11.

Tenbensen T. (2002). Interpreting public input into priority-setting: the role of mediating institutions. *Health Policy*, Vol. 62 (2): 173-194.

Ward V, House A, Hamer S. (2009). Knowledge Brokering: The missing link in the evidence to action chain? *Evidence & Policy* 5(3): 267-279.

Ward V, Smith S, Carruthers S, Hamer S, House A. (2010). Knowledge Brokering. Exploring the process of transferring knowledge into action. Final Report, April 2010. Leeds Institute of Health Sciences, Leeds: University of Leeds.

Bilaga 1

Tabell 1. Redovisning av bortfall och svarande för Enkät 1 i procent efter enhetstyp.

	Bortfall	Svarat	Total	Antal
Sjukhusklinik	34%	66%	100%	79
Primärvård	53%	47%	100%	36
Alla	40%	60%	100%	115

Tabell 2. Min främsta anledning till deltagande i dialogmötet. Andel i procent efter enhetstyp (Fråga 2, Enkät 1).

	Annan anledning, nämligen	Intresse för att utveckla en mer evidens-baserad praktik	Intresse för information om Lyrica (pregabalin)	Total	Antal
Sjukhusklinik	15%	50%	35%	100%	52
Primärvård	12%	41%	47%	100%	17
Totalt	14%	48%	38%	100%	69

Tabell 3. Jag är nöjd med expertens inledande presentation. Andel i procent av samtliga svarande (Fråga 5; Enkät 1).

	1	2	3	4	5	Total
n	2	2	10	29	22	65
%	3%	3%	15%	45%	34%	100%

1= Inte alls, 5=I mycket hög grad.

Tabell 4. Jag är nöjd med det skriftliga sammanfattande evidensunderlaget. Andel i procent av samtliga svarande (Fråga 9; Enkät 1).

	1	2	3	4	5	Total
n	0	1	9	36	16	62
%	0%	2%	15%	58%	26%	100%

1= Inte alls, 5=I mycket hög grad.

Tabell 5. Jag bedömer att innehållet i presentationen är relevant för mina kliniska ställningstaganden. Andel i procent efter enhetstyp (Fråga 12; Enkät 1).

	1	2	3	4	5	Total
Sjukhusklinik	0%	4%	12%	35%	49%	100%
Primärvård	12%	6%	6%	41%	35%	100%
Alla	3%	5%	11%	36%	45%	100%

1= Inte alls, 5=I mycket hög grad.

Tabell 6. Fråga 13 ("På det hela taget uppfattar jag denna form av presentation som värdefull") och fråga 3 ("Ledningen vid min enhet (klinik, vårdcentral) uppmantrar till användningen av bästa möjliga evidens för att förbättra vården"). Andel i procent av samtliga svarande.

		Fråga 13					Total
		1	2	3	4	5	Total
Fråga 3	2	0%	33%	0%	33%	33%	100%
	3	8%	8%	8%	33%	42%	100%
	4	0%	0%	5%	43%	52%	100%
	5	0%	7%	0%	22%	70%	100%
	Alla	2%	6%	3%	32%	57%	100%

1= Inte alls, 5=I mycket hög grad.

Tabell 7. Fråga 11 ("Jag bedömer att innehållet i presentationen är relevant för min enhet, klinik, vårdcentral") och Fråga 3 ("Ledningen vid min enhet (klinik, avvårdcentral) uppmantrar till användningen av bästa möjliga evidens för att förbättra vården"). Andel i procent av samtliga svarande.

		Fråga11				Total
		2	3	4	5	Total
Fråga3	2	33%	0%	33%	33%	100%
	3	18%	9%	46%	27%	100%
	4	0%	10%	57%	33%	100%
	5	4%	7%	26%	63%	100%
	Alla	7%	8%	40%	45%	100%

1= Inte alls, 5=I mycket hög grad.

CMT RAPPORTSERIE/CMT DISCUSSION PAPERS

(Reports with titles in English in brackets are only available in Swedish)

- 1986:1 P Carlsson, B Jönsson: Makroekonomisk utvärdering av medicinsk teknologi - En studie av introduktionen av cimetidin för behandling av magsår (Medical technology assessment in a macroeconomic perspective - A study of the introduction of cimetidine for treatment of ulcers)
- 1986:2 L-Å Levin: Betablockerare som profylaktisk behandling efter akut hjärtinfarkt - en samhällsekonomisk analys (Beta-blockers as prophylaxis after acute myocardial infarction - a cost-effectiveness study)
- 1986:3 B Jönsson: Prevention som medicinsk teknologi - hälsoekonomiska aspekter (Prevention as a medical technology - economic aspects)
- 1986:4 B Jönsson: Economic aspects of health care provision - is there a current crisis?
- 1986:5 B Jönsson: The economics of drug regulation
- 1986:6 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av alternativa teknologier för behandling av urinvägskonkrement - uppläggningsstudien (Evaluation of alternative technologies for treatment of upper urinary tract calculi - study design)
- 1986:7 S Björk, A Bonair: Att mäta livskvalitet (Quality of life measurements)
- 1986:8 G Karlsson: Samhällsekonomisk utvärdering av käkbensförankrade broar - en förstudie (Economic evaluation of jaw-bone anchored bridges - a pilot study)
- 1986:9 Verksamhetsberättelse 1985/86 och plan för 1986/87
- 1986:10 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av stötvågsbehandling av njursten - Redovisning av ett års verksamhet (Evaluation of extracorporeal shockwave lithotripsy treatment for upper urinary tract calculi - The first year experiences)
- 1986:11 B Jönsson: Health Economics in the Nordic Countries: Prospects for the Future
- 1986:12 B Jönsson: Cost Benefit Analysis of Hepatitis-B Vaccination
- 1987:1 P Carlsson, B Jönsson: Assessment of Extracorporeal Lithotripsy in Sweden
- 1987:2 P Carlsson, H Hjertberg, B Jönsson, E Varenhorst: The cost of prostatic cancer in a defined population
- 1987:3 B Jönsson, S Björk, S Hofvendahl, J-E Levin: Quality of Life in Angina Pectoris. A Swedish Randomized Cross-Over Comparison between Transiderm-Nitro and Long-acting Oral Nitrates
- 1987:4 Verksamhetsredovisning 1986/87 och plan för 1987/88
- 1987:5 B Jönsson: Ekonomiska konsekvenser av de nya behandlingsriktlinjerna för hypertoni (Economic consequences of new guidelines of hypertension)
- 1987:6 B Jönsson, G Karlsson: Cost-Benefit of Anesthesia and Intensive Care
- 1987:7 J Persson, L Borgquist & C Debourg: Medicinsk teknik i primärvården. En enkätstudie riktad till vårdcentraler och medicintekniska avdelningar (Medical devices in primary health care)
- 1988:1 J Persson (ed.): Innovation assessment in rehabilitation. Workshop proceedings

- 1988:2 C Debourg, L Borgquist & J Persson: Fördelning av hjälpmedel och kostnad på sjukdomsgrupp (Aids for disabled and costs related to groups of diagnoses)
- 1988:3 BJönsson, G Karlsson & R Maller: Ekonomisk utvärdering av antibiotika (Economic evaluation of antibiotics)
- 1988:4 Carlsson, P: Stötvågsbehandling av gallsten (ESVL-G) En konsekvensanalys av att införa ESVL-G i den sydöstra sjukvårdsregionen (Extracorporeal shock Wave lithotripsy treatment of biliary stones - A consequence analysis of an introduction of the technology in the south-east health care region)
- 1988:5 Carlsson, P: Extrakorporal stötvågs-litotripsi vid behandling av njursten och gallsten (Extracorporeal shock wave lithotripsy in treatment of renal and biliary stones)
- 1988:6 Andersson, F & Gerdtham, U: En studie av sjukvårds- utgifternas bestämningsfaktorer i ett internationellt och nationellt perspektiv (A Study of the Determinants of Health Expenditures in a National and International Perspective)
- 1988:7 Bonair, A: Spridning av medicinsk teknologi - en internationell jämförelse (Diffusion of medical technology - an international comparison)
- 1988:8 Andersson, F, Brodin, H & Stafelt A-M: Kostnader för behandling av akut myeloisk leukemi - En analys av kostnadsvariationer över tiden (The Cost of Treating Acute Myeloid Leukemia - An Intertemporal Cost Analysis)
- 1988:9 Gerdtham, U, Andersson, F, Sögaard, J & Jönsson, B: Econometric analysis of health care expenditures A cross-section study of the OECD-countries
- 1989:1 Persson J: Ethical codes in biomedical and clinical engineering - an international comparison
- 1989:2 Gerdtham U: Läkemedelsförsörjningen i Sverige (The Provision of Pharmaceuticals in Sweden)
- 1989:3 Andersson, F: Effektiv patenntid för nya läkemedelssubstanser registrerade i Sverige 1965-1987 (Effective Patent Life of New Chemical Entities Approved in Sweden between 1965 and 1987)
- 1989:4 Rehnberg, C, Westerberg, I & Carlsson, P: Hälso- och sjukvård i Kanada. En analys av organisation, styrning och finansiering (Health care in Canada - Organisation, Management and Financing)
- 1989:5 Carlsson, P, Pedersen, K, Varenhorst, E: Ekonomisk utvärdering av prostatacancerscreening med dubbelpalpatation - En pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping (Economic evaluation of screening for prostate cancer with digital palpation)
- 1989:6 Falk, J, Haglund, J, Hultberg, T & Persson, J: Blodtrycksmätning i primärvården (Indirect measurement of blood pressure in primary health care)
- 1989:7 Jönsson, B & Karlsson, G: Neonatal intensivvård av barn med mycket låg födelsevikt (Economic aspects of neonatal intensive care of very-low-birth-weight infants)
- 1989:8 Jönsson, B, Horisberger B, Bruguera, M & Matter:L: Cost-benefit analysis of hepatit-B vaccination. A Computerised decision model for Spain
- 1989:9 Jönsson, B: Medicinsk teknologi - utveckling, utnyttjande och utvärdering (Medical technology - development, utilization and assessment)

- 1990:1 Johannesson, M, Borgquist, L, Elenstål, A, Jönsson, B, Tilling, B: Läkemedels- och konsultationskostnad för hypertoni vid en vårdcentral (Hypertension treatment in an out-patient setting: the costs of drugs and physician visits)
- 1990:2 Johannesson, M, Jönsson, B, & Gerdtham, U-G: Kostnads-effektanalys av behandling mot högt blodtryck - en metodstudie (Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues)
- 1990:3 Gerdtham, U-G: Den förändrade åldersstrukturens effekt på sjukvårdskostnaderna (Implications of the changing age structure on the health care costs)
- 1990:4 Jönsson, B: The cost of diabetes and the cost-effectiveness of interventions
- 1990:5 Johannesson, M & Jönsson, B: Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues
- 1990:6 Persson, J, Fagnani, F, Hutton, J, Jorgensen, T & Saranummi, N: Survey of Health Care Systems and Potential of Information Technology
- 1990:7 Johannesson, M, Borgquist, L, Jönsson, B & Råstam, L: Kostnaderna för behandling av hypertoni i Sverige - en analys av olika interventionsgränser och behandlingsmix (The costs of hypertension treatment in Sweden - an analysis of various intervention strategies and mix of treatment)
- 1990:8 Jönsson, B, Brorsson, B, Carlsson, P & Karlsson, G: Assisterad befruktning vid ofrivillig barnlöshet. Hälsoekonomiska aspekter. (Artificial fertilization in case of unwanted childlessness - economic aspects)
- 1991:1 Ekberg, K, Lindén, M & Persson, J: Medicinsk teknik och arbetsmiljö. Del I: Effekter på hälsa, vårdkvalitet och säkerhet. Del II: Klinikvis redovisning. (Medical technique and working environment Part I: Effect on health, quality of care and security. Part II: A record of performance on clinic level)
- 1991:2 Garpenby, P: Ny organisation för psykiatrin i Östergötland - en studie av implementering inom ett landsting. (A new organization of psychiatric care in Östergötland - a study of implementation in a County Council)
- 1991:3 Johannesson, M, Hedbrant, J & Jönsson, B: A computer simulation model for cost-effectiveness analysis of cardiovascular disease prevention
- 1991:4 Nordenfelt, L: Quality of Life and Health Promotion. Two Essays in the Theory of Health Care
- 1991:5 Carlsson, P, Garpenby, P, Bonair, A: Kan sjukvården styras? En rapport om spridning och kontroll av medicinsk teknologi. (Is control of health care possible? A report on the diffusion and control of medical technology.)
- 1991:6 Brodin, H: Köer till vård - Myt och verklighet. (Queues in health care - myth and reality)
- 1991:7 Carlsson, P, Tiselius, H-G, Borch, K: Some aspects of extracorporeal shock wave lithotripsy for renal and biliary stone treatment
- 1991:8 Rehnberg, C: Primärvård i privat entreprenad - En sammanfattning av ett års verksamhet i Norrköping. (Primary Care on contract - a summary of the first year in Norrköping)

- 1992:1 Carlsson, P, Jönsson, B, Ahlstrand, C: Prevalence and costs of benign prostatic hyperplasia in Sweden
- 1992:2 Persson, J (ed.): Advancing the role of biomedical engineering in health care technology assessment. Proceedings of a joint session organized by IFMBE (International Federation for Medical and Biological Engineering) and ISTAHC (International Society of Technology Assessment in Health Care), at the ISTAHC Eighth Annual Meeting, Vancouver, June 14-20, 1992
- 1992:3 Jonsson, D, Zethraeus, N, Mansfield, M, Wålinder, J: Hälsoekonomisk analys av klotzapinbehandling vid farmakoterapifraktär scizofreni - en pilotstudie
- 1992:4 Bonair, A, Persson J: Innovation and technology transfer in health care. COMETT-ASSESS General Overview
- 1992:5 Carlsson, P, Varenhorst, E, Pedersen, K: Assessment of screening for carcinoma of the prostate - An introduction
- 1992:6 Carlsson, P, Ahlstrand, C, Jönsson, B. Surgical treatment of benign prostatic hyperplasia - Manifestations, complications and costs
- 1992:7 Chowdhury, S, Persson, J. Videophones for Surgeon - Pathologist Consultations: A Pre-implementation Study
- 1993:1 Johannesson M, Jönsson B. Ekonomisk utvärdering av osteoporos prevention
- 1993:2 Carlsson P, Hedbrant J, Pedersen K, Varenhorst E, Gray D. An evaluation of prostate cancer screening using a decision analytic model
- 1993:3 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier - effekter och kostnader. En utvärdering initierad av REDAH-projektet
- 1993:4 Karlsson G. Att mäta behandlingsresultat inom sjukvården. En teoretisk jämförelse mellan QALYs och HYE. Arbetsrapport
- 1994:1 Garpenby P. Introduktion av metoder inom psykiatrin i Blekinge, Västmanland och Östergötland - en jämförande studie
- 1994:2 Garpenby P, Carlsson P. Utvärdering och förslag till organisation av nationella register för kvalitetskontroll inom hälso- och sjukvården
- 1994:3 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. En jämförelse av två behandlingsstrategier - kiropraktik och sjukgymnastik - vid rygg/nackbesvär
- 1994:4 Lindvall P, Karlsson G. Primärvård under kommunalt huvudmannaskap. En första bild av försöksverksamheten i Katrineholms kommun
- 1994:5 Rahmqvist M, Carlsson P. Ålder och andra faktorerens betydelse för ohälsa och vårdutnyttjande
- 1994:6 Karlsson G, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande 1990-1992
- 1995:1 Lundh U. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård
- 1995:2 Hass U, Karlsson G. Sambandet mellan kostnader för hjälpmedel och andra insatser för personer med funktionsnedsättningar

- 1995:3 Lindvall P, Karlsson G, Rosén I. Primärvårdsförsöket i Katrineholm. En lägesbild av verksamheten utifrån ett personalperspektiv
- 1995:4 Andersson A, Brodin H. Rehabilitering/habilitering av döva och dövblinda med ytterligare funktionsnedsättningar - en ekonomisk pilotstudie
- 1995:5 Karlsson G, Andersson A. Hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning - en hälsoekonomisk analys
- 1995:6 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Brukarinflytande och hjälpmedelsval - betydelse för hjälpmedelsförskrivning, livskvalitet och kostnader
- 1995:7 Karlsson G, Lindvall P, Rosen I. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa utifrån ett befolkningsperspektiv
- 1995:8 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering för personer sjukskrivna mer än 30 dagar. En jämförande studie i Östergötland
- 1995:9 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på reumatisk sjukdom
- 1995:10 Holmberg H, Carlsson P. Primärvård i privat och offentlig regi - En uppföljning av primärvårdsverksamheten i Norrköping
- 1995:11 Bäckman K, Jonsson D. Utvärdering av den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården (Dagmar 485) i Östergötland åren 1991-1994
- 1995:12 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. Kostnads- och effektanalys av behandling med kiropraktik eller sjukgymnastik vid rygg-/nackbesvär - Uppföljning efter 6 månader
- 1996:1 Varenhorst E, Carlsson P, Hagström I, Holmberg H, Lindahl T, Löfman O, Noorlind Brage H, Pedersen K, Wågermark J. Sex års erfarenhet med screening för prostatacancer - en pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping
- 1996:2 Ardeby O, Persson J, Borgquist L. Medicinsk teknik i primärvården - utveckling 1986-1995
- 1996:3 Rahmqvist M, Bäckman K. Landstingsenkät -95. Östgötarnas erfarenheter av primärvård, sjukhusvård och tandvård
- 1996:4 Garpenby P. Att omsätta psykiatireformen i handling - en första redovisning från Östergötland
- 1996:5 Konsensusuttalande. God strokevård i Östergötland. Landstinget i Östergötland i samarbete med Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi
- 1996:6 Hass U, Jonsson D. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1994 (LSS 1992/93)
- 1996:7 Garpenby P, Carlsson P. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården - en uppföljande studie
- 1996:8 Lindvall P. Introduktion av nya teknologier vid behandling av schizofreni under perioden 1935 - 1990
- 1996:9 Bäckman K, Brodin H. Äldres färdtjänstutnyttjande - bakgrundsfaktorer med exempel från Norrköping
- 1996:10 Rahmqvist M, Bäckman K. Östgötarnas hälsa, levnadsvanor och läkemedelsförbrukning

- 1996:11 Ardeby O, Ausmeel H, Persson J. Internet som verktyg för hälso- och sjukvården - handledning och exempel
- 1996:12 Persson J, Brodin H. Prototype tool for assistive technology cost and utility evaluation
- 1996:13 Holmberg H, Carlsson P, Varenhorst E, Kalman D. Ekonomiska konsekvenser av nya medicinska metoder i vården av prostatacancer. - En beräkning av sjukvårdskostnader under hela vårdperioden
- 1997:1 Jonsson D, Husberg M. Utvärdering av olika vårdalternativ inom mödrahälsovården i Östergötland - Kostnader, vårdkonsumtion och vårdkvalitet
- 1997:2 Jonsson D, Husberg M. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1995 (LSS 1992/93)
- 1997:3 Rahmqvist M, Garpenby P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa - en jämförelse mellan 1993 och 1996
- 1997:4 Larsson SA, Garpenby P, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Perspektiv på utveckling och samverkan
- 1997:5 Garpenby P, Lindvall P. Primärvård under kommunalt huvudmannaskap. CMTs analys av försöket i Katrineholm
- 1997:6 Jonsson D, Rahmqvist M, Husberg M. Psykiska besvär bland långtidssjukskrivna i Östergötland
- 1997:7 Lindvall P. Interna budgetöverenskommelser vid Lasarettet i Motala - Rationell styrning eller mode?
- 1997:8 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på användning av neuroleptika
- 1997:9 Rahmqvist M, Jonsson D. Psykisk ohälsa och vårdutnyttjande i Östergötland 1991 - 1995
- 1998:1 Lundh U, Sandberg J. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård
- 1998:2 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier. En utvärdering initierad av REDAH-projektet. Slutrapport mars 1998
- 1998:3 Byrsjö J, Persson J. Information för hälso- och sjukvården vid Internet och CD-ROM - en annoterad förteckning
- 1998:4 Andersson A, Levin L-Å. Sjukvård i hemmet - en litteraturgenomgång
- 1998:5 Sennfält K. Kostnadsnyttoanalys av behandlingar vid kronisk njursvikt. En pilotstudie
- 1998:6 Vimarlund V, Timpka T, Ferraz Nunez J, Jonsson, D. Utvärdering av yrkesrehabilitering
- 1998:7 Jonsson D, Husberg M, Foldemo A. Hälsoekonomisk utvärdering av psykiatrireformen i Östergötland
- 1998:8 Garpenby P, Larsson SA. Att genomföra psykiatrireformen i vardagen - en uppföljande studie från Östergötland
- 1998:9 Garpenby P, Byrsjö J. Den medicinska faktadatabasen MARS inom Socialstyrelsen - en utvärdering

- 1998:10 Ceder M, Garpenby P. Patientinformation avseende bröstcancer och diabetes - en utvärdering
- 1998:11 Öberg B, Funkesson K. En beskrivning av rehabiliteringskedjan mellan kommun och landsting i Östergötland. Patienters, anhörigas och personalens perspektiv
- 1998:12 Lofström L. Riskfaktorer och Resultat inom Hjärtkirurgin - från data till information och åtgärder. En introduktion till litteratur och metoder
- 1999:1 Rahmqvist M, Johansson G. Patienttillfredsställelse i öppen och slutna sjukhusvård i Östergötland 1997
- 1999:2 Hass U, Persson J. Utvärdering av ortoser och ortopedteknisk verksamhet
- 1999:3 Garpenby P, Larsson SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatri - en lägesrapport från Östergötland
- 1999:4 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av Rehabhuset von Platen - EU-projekt: Socialfond mål 3
- 1999:5 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar
- 1999:6 Garpenby P, Larsson SA. Hälsoinformation via Internet, bibliotek och patientinformationscentraler - en systematisk litteraturgranskning
- 1999:7 Sennfält K, Carlsson P, Magnusson M. Kostnadsnyttoanalys vid behandling av kronisk njursvikt, med fokus på hemodialys och peritonealdialys
- 1999:8 Rahmqvist M, Lindgren I, Larsson S. Hörselstudien 1998: Nyttan av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland
- 2000:1 Larsson SA, Schmidt A, Persson J. Dövblindas upplevelser och erfarenheter av projektet "Nya möjligheter i arbetslivet". Delprojekt för dövblinda inom EU-projektet Horizon
- 2000:2 Bäckman K, Schmidt A, Carlsson P, Karlsson E. Hjärtsjukdomars samhällskostnader
- 2000:3 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation idag och i morgon. Östgötarnas användning av och förtroende för olika informationskällor
- 2000:4 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatoid artrit och fibromyalgi
- 2000:5 Larsson SA, Jonsson D. Utvärdering av Dagmarmedel i Östergötland 1995-1999
- 2001:1 Lundh U. Äldres hälsa. En studie av befolkningen i Östergötland och Kalmar län
- 2001:2 Hellbom G, Samuelsson K, Jonsson D, Persson J. Instrument för resultatmätning vid hjälpmedelsbaserad rehabilitering
- 2001:3 Bäckman K, Carlsson P, Karlsson E, Schmidt A. Cost of heart disease in Sweden
- 2002:1 Henriksson M, Carlsson P. Att mäta hälsorelaterad livskvalitet - en beskrivning av instrumentet EQ-5D
- 2002:2 Götherström U-C, Persson J, Jonsson D. Samhällsekonomisk utvärdering av post- och teletjänster för funktionshindrade - modellutveckling och tillämpning
- 2002:3 Rahmqvist M. Nyttan av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland

- 2002:4 Husberg M, Larsson SA, Jonsson D, Persson J. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering vid Smärt- och Rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset i Linköping
- 2003:1 Roback K, Persson J, Hass U. Spridning och implementering av medicintekniska produkter. Bakgrundsrapport
- 2003:2 Liss P-E. Metoder för bedömning och rangordning av vårdbehov – En översikt
- 2003:3 Götherström U-C, Persson J. Instrumentet IPPA för resultatmätning vid arbetslivsinriktad rehabilitering
- 2003:4 Bernfort L, Nordfeldt S. AD/HD och relaterade tillstånd hos barn och ungdomar. Epidemiologi, behandling och hälsoeffekter i Sverige, Norge och Danmark samt situationen i Östergötland
- 2003:5 Schmidt A, Husberg M, Bernfort L. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar
- 2003:6 Henriksson M, Carlsson P. Att läsa och kvalitetsgranska hälsoekonomiska modellstudier
- 2003:7 Garpenby P, Götherström U-C, Larsson, SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland
- 2004:1 Andersson A, Carlsson P, Lundborg M, Gunnarson A. Ohälsans kostnader. Kartläggning av vårdutnyttjande för olika sjukdomsgrupper i Östergötland
- 2004:2 Bernfort L, Persson J. Bredbandstjänster för funktionshindrade - utvärdering av brukarnyttan
- 2004:3 Rahmqvist M. Kvalitet i vården ur patientens perspektiv: Variationer i betyg mellan olika patientgrupper och vårdenheter
- 2004:4 Henriksson M, Lundgren F. Screening för pulsåderbräck i buken - en hälsoekonomisk utvärdering
- 2005:1 Bernfort L, Persson J. Mobil videokommunikation för döva. Utvärdering av brukarnyttan
- 2005:2 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation i vår tid. Östgötarnas användning av nya och gamla informationskällor
- 2005:3 Bernfort L, Nordfeldt S. AD / HD i ett samhällsekonomiskt perspektiv
- 2005:4 Bernfort L, Fernell E. Hur påverkas vardagslivet av ADHD och närliggande funktionsnedsättningar? Analys och sammanfattning av en enkätstudie riktad till riksförbundet Attentions medlemmar
- 2006:1 Bartha E, Kalman S, Carlsson P. Postoperativ smärtlindring - till vilket pris? En hälsoekonomisk modellanalys av två smärtlindringsmetoder
- 2006:2 Nordfeldt S, Arvidsson E, Bernfort L. Sjukvårdens och skolans insatser för barn med AD/HD - föräldrars erfarenheter. En intervjustudie
- 2006:3 Mårtensson J, Carlsson P, Arvidsson E, Frank L, Lindström K, Borgquist L. Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar - En intervjustudie med personal i primärvården
- 2006:4 Garpenby P. Procedurrättvisa och praktisk prioritering - tre fall från svensk hälso- och sjukvård
- 2006:5 Davidson T, Levin L-Å. Kostnaden för förmaksflimmer i Östergötland

- 2007:1 Garpenby P. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland - en kompletterande intervjustudie
- 2007:2 Jacobsson F. Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård
- 2007:3 Persson J, Husberg M, Hellbom G, Fries A. Kostnader och effekter vid förskrivning av rollatorer
- 2007:4 Rahmqvist M. Befolkningens hälsa och samhällets kostnader för vård och produktionsbortfall - Resultat från ULF-studien 1996 och 2005
- 2007:5 Tinghög G, Carlsson P, Synnerstad I, Rosdahl I. Samhällskostnader för hudcancer samt en jämförelse med kostnaderna för vägtrafikolyckor
- 2007:6 Arvidsson E, André M, Borgquist L, Carlsson P, Lindström K. Så resonerar läkare och sjuksköterskor vid prioriteringar av patienter i primärvård
- 2007:7 Hallert, E, Husberg M, Schmidt A, Jonsson D. Sjukdomsförlopp, kostnader och livskvalitet vid nydebuterad reumatoid artrit
- 2007:8 Heintz E. The cost-effectiveness of foetal monitoring with ST analysis (Master's Thesis, IEL)
- 2008:1 Bistoletti P, Sennfält K. En hälsoekonomisk modellstudie av primärscreening mot livmoderhalscancer med cellprov- och HPV DNA-test
- 2008:2 Schmidt A, Andersson A. Östgötars samhällskostnader för ohälsa fördelat på sjukdomsgrupper - 2006
- 2008:3 Alwin J, Persson J, Krevers B. Teknik för personer med demens. En utvärderingsstudie av teknikintervention för personer med demenssjukdom och deras närstående
- 2008:4 Davidson T, Levin L-Å. Närståendes konsekvenser – Hur kan de inkluderas i den hälsoekonomiska analysen?
- 2008:5 Persson J, Arlinger S, Husberg M. Kostnader och effekter vid förskrivning av hörapparat
- 2008:6 Jacobsson F. Mål och mått. En dokumentation och utvärdering av en resultatbaserad ersättning inom primärvården
- 2009:1 Roback K. Värmemätning för diagnos av begynnande fotproblem vid diabetes. Metodöversikt samt försöksanvändning av fotindikatorn SpectraSole Pro 1000
- 2009:2 Bernfort L. Hälsoekonomiska utvärderingar – Vad menas och hur gör man?
- 2009:3 Rahmqvist M, Husberg M. Effekter av sjukvårdsrådgivning per telefon. En analys av rådgivningsverksamheten 1177 i Östergötland och Jämtland
- 2009:4 Roback K, Carlsson P. Evidensgraderingssystemet GRADE. Ett sätt att granska vetenskaplig kunskap om metoder och arbetssätt i hälso- och sjukvården
- 2010:1 Carlsson P, Alwin J, Brodtkorb T-H, Heintz E, Persson J, Roback K, Tinghög G. Nationellt system för utvärdering, prioritering och införandebeslut av icke-farmakologiska sjukvårdsteknologier – en förstudie

- 2010:2 Levin L-Å, Andersson D, Anell A, Heintz E, Hoffman M, Schmidt A, Carlsson P. Styrformer för effektiv läkemedelsanvändning
- 2010:3 Davidson T, Husberg M, Janzon M, Levin L-Å. Kostnader och kostnadseffektivitet av ett införande av dabigatran hos patienter med förmaksflimmer (preliminär version – ej för spridning eller citering)
- 2011:1 Davidson T, Husberg M, Janzon M, Levin L-Å. Kostnader och kostnadseffektivitet av ett införande av dabigatran hos patienter med förmaksflimmer
- 2011:2 Brodtkorb T-H, Alwin J, Heintz E, Roback K, Carlsson P. Förutsättningar för etablering av en nationell prioriteringskommitté i hälso- och sjukvården. Erfarenheter från andra länder
- 2012:1 Bernfort L, Nyström Kronander U. Allergenspecifik immunoterapi vid behandling av allergisk rinit. Behandlingseffekter, kostnader och kostnadseffektivitet
- 2012:2 Bernfort L (red) QALY som effektmått inom vården. Möjligheter och begränsningar
- 2013:1 Davidson T, Levin-L-Å, Bergström A. En pilotstudie av självtestning vid behandling med oral antikoagulantia. Hälsoekonomiska aspekter
- 2013:2 Garpenby P, Nedlund A-C. Ordnat införande av metoder i klinisk verksamhet. En studie av försök med dialogmöten inom Landstinget i Östergötland

Rapporterna kan beställas från CMT till en kostnad av 150 kronor exklusive moms. Kontakta vår administratör på tel: 010-1034990. Vid beställningar av mer än 10 ex ges rabatt.