

Lång väg till patientnytta

– en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: istock/Getty Images
Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2015
ISBN 978-91-87213-45-8

Lång väg till patientnytta

– en uppföljning av nationella riktlinjers
inverkan på vården i ett decentraliserat system

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Nina Viberg har varit föredragande.

Stockholm 2015-10-26

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Ordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Elisabeth Rynning
Styrelseledamot

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Nina Viberg
Föredragande



Förord

Varje dag fattas ett stort antal beslut om vård och behandling inom hälso- och sjukvården. Alla sådana beslut förutsätter aktuell kunskap om de fördelar och nackdelar, effekter, risker och kostnader som följer med de tillgängliga alternativen. Därtill behövs en stor portion professionellt omdöme för att omsätta kunskapen till den enskilda patientens eller brukarens situation. Den legitimerad hälso- och sjukvårdspersonalen har en lagstadgad skyldighet att verka enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. En utmaning i sammanhanget är att hälso- och sjukvården är en av våra mest kunskapsintensiva sektorer och att kunskapsutvecklingen går allt snabbare. Den medicinska databasen *PubMed* består i dag av närmare 25 miljoner vetenskapliga artiklar och varje år tillkommer ytterligare en miljon. Halveringstiden för medicinskt kunnande, alltså den tid det tar för hälften av dagens kunskap att bli inaktuell, sägs vara nere i åtta år. Det är uppenbart att vårdens professioner behöver ett ändamålsenligt kunskapsstöd för att kunna ge patienterna en kunskapsbaserad, jämlik och patientcentrerad vård.

Kunskapsstyrning, styrning med kunskap, kunskapsstöd, evidensbaserad medicin, eller hur man nu väljer att uttrycka sig, har länge setts som centralt för utvecklingen av vården. Under senare år har såväl Ansvarskommittén (Delrapport 2. Hälso- och sjukvården, SOU 2007:12 s. 126) som utredningen om översyn av myndighetsstrukturen inom vård- och omsorgssektorn, *Gör det enkla!* (SOU 2012:33 s.135), betonat statens roll i en stärkt kunskapsstyrning. För att kunna ta detta arbete vidare behövs ett förbättrat underlag kring hur dagens kunskapsstyrning fungerar och vilken förbättringspotential som finns.

Nationella riktlinjer är det mest centrala av dagens statliga kunskapsstyrningsverktyg. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har fått regeringens uppdrag att göra en samlad uppföljning av de nationella



riktlinjernas effekter ur ett patientperspektiv. Den här rapporten utgör vår slutrapportering av uppdraget, där vi försöker belysa i vilken utsträckning riktlinjerna bidrar till en mer kunskapsbaserad, jämlik och patientcentrerad vård.

Dagens nationella riktlinjer riktar sig främst till beslutsfattare såsom politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer och är tänkta som ett stöd för prioritering och resursfördelning. Även om riktlinjerna inte är bindande är förstås tanken att de ska tas vidare av regioner, landsting och kommuner; genom prioriteringsbeslut, beslut om strukturer och vårdprogram samt eventuella lokala riktlinjer och kunskapsstöd. Socialstyrelsen pekar också på att vårdens professioner, patienter och anhöriga kan ha nytta av riktlinjerna. På så vis förväntas de nationella riktlinjerna sammantaget bidra till en mer kunskapsbaserad, jämlik och effektiv vård. För vår uppföljning spelar det alltså ingen roll att det tänkta användningsområdet för dagens nationella riktlinjer i sig är mer begränsat. Att vi utvärderar nationella riktlinjer ur ett patientperspektiv innebär med andra ord att vi inte bara belyser Socialstyrelsens arbete och nationella riktlinjer i sig, utan också hur de tas vidare, implementeras och används av olika aktörer; främst regioner och landsting men också av verksamhetschefer, professioner, patientföreträdare och patienter.

Att utvärdera nationella riktlinjer ur ett patientperspektiv är metodologiskt en stor utmaning. Det är mycket svårt att isolera effekten av just nationella riktlinjer över tid. För att i möjligaste mån komma runt dessa metodutmaningar har vi i vårt arbete använt oss av en rad kompletterande metoder. Sammantaget menar vi att det gett ett gott underlag för att föra ett informerat resonemang om effekterna av de nationella riktlinjerna ur ett patientperspektiv, samt belysa framgångsfaktorer och utvecklingsområden.

Även om det här är en uppföljning av ett kunskapsstyrningsverktyg menar vi att vår analys och våra slutsatser belyser mer övergripande utmaningar för att ge nationellt kunskapsstöd i ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem. Vår förhoppning är därför att rapporten kan fungera som underlag för ett nödvändigt arbete med att utveckla ett mer ändamålsenligt kunskapsstöd för hälso- och sjukvården.

Arbetet har bedrivits av projektledaren Nina Viberg, projektmedlemmarna Rebecka Janols, som också svarat för den internationella utblicken, och Annika Stjernquist, samt vetenskapligt ansvarige Joakim Ramsberg. Ett stort antal personer har intervjuats och på andra sätt bidragit till projektet. Vi vill framföra ett stort tack för dessa värdefulla bidrag och vill också rikta ett särskilt varmt tack till Vårdanalys patient- och brukarråd för engagerade

diskussioner. Vi vill också tacka de externa experter som har lämnat synpunkter på analyser och texter. Dessa är Kjell Asplund (Statens medicinska råd) och Fredrik Westander (Sveriges Kommuner och Landsting). Avslutningsvis vill vi rikta ett varmt tack till Arvid Widenlou Nordmark, Karin Palm och Björn Nilsson vid Socialstyrelsen för konstruktiva bidrag och faktagranskning av valda texter.

Stockholm i november 2015

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

SOCIALSTYRELSENS NATIONELLA RIKTLINJER – ETT PRIORITERINGSSTÖD FÖR BESLUTFATTARE

Alla de beslut som dagligen fattas om vård och behandling inom hälso- och sjukvården förutsätter aktuell kunskap om de fördelar och nackdelar, effekter, risker och kostnader som följer med de tillgängliga alternativen. Därför arbetar en lång rad aktörer, bland annat professionsföreningar, sjukvårdshuvudmän och myndigheter med att ta fram kunskapsstöd. Ibland ges stöd i form av vårdprogram med rekommendationer som täcker in hela vårdkedjan. Ibland är kunskapsstöden fokuserade på delar av en vårdkedja och i andra fall på enskilda metoder.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är det viktigaste kunskapsstyrnings-verktyget och syftar ytterst till att uppnå en god och jämlik vård och omsorg. De är framtagna tillsammans med experter utifrån aktuell forskning och beprövad erfarenhet och visar på nyttan och riskerna med olika åtgärder. De nationella riktlinjerna är inte bindande – det vill säga huvudmännen och vårdgivare måste inte följa dem. De är i första hand tänkta som ett stöd för beslutsfattare så som politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer i frågor som resursfördelning, verksamhetsplanering och organisation samt som underlag för regionala och lokala vårdprogram. Socialstyrelsen anger vidare att de nationella riktlinjerna kan användas som stöd för de individuella beslut som till exempel läkare, handläggare inom socialtjänsten eller tandläkare fattar i mötet med patienten eller brukaren. Tidigare har Socialstyrelsen också tagit fram patientversioner av riktlinjerna. Nu har ett samarbete i stället inletts med 1177 Vårdguiden.

Det finns i dag femton nationella riktlinjer på utvalda områden. De omfattar stora patientgrupper med svåra kroniska sjukdomar som tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Totalt innehåller de femton riktlinjerna 2 638



rekommendationer som alla är rangordnade enligt en tiogradig prioriteringsskala (1–10). En rekommendation med prioriteringssiffran 1 kan förväntas ge stor nytta för patienten och hög kostnadseffektivitet för samhället. Lågt prioriterade åtgärder representerar i stället begränsad eller osäker nytta för patienten eller alltför hög kostnad i relation till åtgärdens effekt. Tanken är att de rekommendationer som prioriterats högt ska få en stor del av resurserna. De åtgärder som Socialstyrelsen anser inte alls ska utföras får beteckningen ”icke-göra” och åtgärder som är otillräckligt utvärderade benämns ”FoU” (forskning och utveckling). Socialstyrelsen har begränsat antalet rekommendationer i de nationella riktlinjerna till de frågor där behovet av vägledning är som störst. De nationella riktlinjerna är alltså inte heltäckande på ett område. Indikatorer för uppföljning finns på alla riktlinjeområden.

Nationella riktlinjer har funnits i sin nuvarande form i drygt tio år. Socialstyrelsens utvärderingar visar emellertid att det finns brister i följsamheten till de nationella riktlinjerna och att det finns relativt stora skillnader mellan landstingen i den vård patienterna får. Riksrevisionen har även pekat på att staten kan använda nationella riktlinjer mer effektivt för att främja en patientcentrerad och effektiv vård. Det saknas dock en mer heltäckande utvärdering av de nationella riktlinjernas inverkan på vården. Det saknas också en oberoende kartläggning av utmaningarna med ett statligt kunskapsstyrningsverktyg i ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem.

EN SAMLAD UPPFÖLJNING UR ETT PATIENTPERSPEKTIV

Mot den beskrivna bakgrunden har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fått regeringens uppdrag att göra en samlad uppföljning av de nationella riktlinjernas effekter ur ett patientperspektiv. I vårt decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem involverar införandet av rekommendationerna många aktörer på olika nivåer. För att rekommendationerna i de nationella riktlinjerna ska skapa ett värde för patienterna behöver kunskapen de förmedlar finnas tillgänglig vid patientmötet.

Vi behandlar följande övergripande frågeställningar:

- I vilken utsträckning har nationella riktlinjer bidragit till att vården blir mer kunskapsbaserad?
- I vilken utsträckning har nationella riktlinjer bidragit till att vården blir mer jämlik?
- I vilken utsträckning är arbetet med nationella riktlinjer ändamålsenligt utformat för att leda till en kunskapsbaserad och jämlik vård?

Vi för även ett resonemang kring om kunskapsstyrning i form av nationella riktlinjer i sin nuvarande form har förutsättningar att bidra till en mer patientcentrerad vård.

SÅ HÄR HAR VI GJORT VÅR BEDÖMNING

Det är en metodologisk utmaning att göra en samlad uppföljning av de nationella riktlinjernas påverkan på vårdens strukturer, processer och framför allt på nyttan för patienterna. Det är i själva verket inte möjligt att fullt ut isolera effekten av just de nationella riktlinjerna från allt annat som samtidigt påverkar vården. Vi har emellertid använt oss av flera olika metoder som tillsammans ger en bred belysning av riktlinjernas funktion och påverkan på vården. För att bedöma i vilken utsträckning de nationella riktlinjerna leder till en kunskapsbaserad och jämlik vård har vi studerat registerdata som visar hur användandet av de rekommenderade åtgärderna har utvecklats över tid. Vi har också vägt in Socialstyrelsens egna uppföljningar och andra relevanta rapporter i bedömningen. Vi har gått igenom relevant litteratur och gjort en internationell utblick för att få erfarenheter av arbetet med nationella riktlinjer i andra länder. Vidare har vi genomfört intervjuer med olika intressenter samt två enkätundersökningar som riktat sig till verksamhetschefer inom vården och till kvalitetsregisterhållare. Slutligen har vi hållit en workshop med Vårdanalys patient- och brukarråd och gjort studiebesök i ett par landsting och i en kommun.

VISSA POSITIVA EFFEKTER MEN ETT OTILLRÄCKLIGT STÖD

Vår uppföljning visar att de nationella riktlinjerna i viss mån bidrar till att göra vården mer kunskapsbaserad, men att det fortfarande är långt ifrån all vård som baseras på bästa tillgängliga kunskap. Vi bedömer vidare att riktlinjerna bidrar till att göra vården mer jämlik men att betydande och omotiverade skillnader kvarstår. I sin nuvarande utformning understödjer inte riktlinjerna i tillräcklig utsträckning en patientcentrerad vård. Det saknas robusta strukturer och processer för att ta vidare, implementera och följa upp nationella riktlinjer i vårdens vardag. I dagens system för kunskapsstyrning görs i många delar ett förtjänstfullt arbete på såväl nationell som regional och lokal nivå – men systemet hänger inte ihop.

- ▶ *Nationella riktlinjer bidrar i viss mån till en mer kunskapsbaserad vård*
 Våra resultat pekar mot att de nationella riktlinjerna i viss mån har lett till en mer kunskapsbaserad vård. För knappt en tredjedel av de studerade rekommendationerna visar analyserna en förbättring åren efter att en riktlinje publicerats, som inte kan förklaras av den underliggande trenden. Vi kan även konstatera förekomst av bristande följsamhet till rekommendationer om att helt avstå från en viss behandling ("icke-göra"). Att ett riktlinjearbete påbörjas skapar ett mervärde i sig. Riktlinjeområdet får ett ökat fokus i vården, och en anpassning till de kommande rekommendationerna har i viss mån förutsättningar att påbörjas redan innan riktlinjerna publiceras. Riktlinjerna kan också lägga grunden till ett mer systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete, inte minst genom att indikatorer och målnivåer tas fram. Genomslaget för rekommendationerna varierar dock mellan olika riktlinjeområden. En genomgång av den vetenskapliga litteraturen visar att det är en betydande utmaning att nå ut med evidens och påverka praxis genom riktlinjer. Med tanke på dessa svårigheter är genomslaget för de nationella riktlinjerna troligen i linje med vad som kunde förväntas. Vi kan också konstatera att endast 5 procent av de högst prioriterade åtgärderna gick att följa upp med nationella data för åren före och efter att respektive nationell riktlinje tillkom.

- ▶ *De geografiska skillnaderna i vården minskar men de nationella riktlinjerna har en begränsad påverkan på utvecklingen*
 Flera tidigare utvärderingar har visat på stora skillnader i hur olika kommuner och landsting följer rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Det betyder att patienterna och brukarna inte får tillgång till kunskapsbaserad vård och omsorg i samma utsträckning i hela landet. Vi har en underliggande trend av minskade skillnader mellan landstingen. För knappt en femtedel av rekommendationerna minskade skillnaderna mellan landstingen snabbare åren efter att en riktlinje publicerats än innan. Skillnaderna i följsamhet är alltså betydande mellan landstingen. Vissa av de åtgärder som bör mönstras ut (icke-göra) minskar entydigt över hela landet men det finns också exempel på att sådana åtgärder som inte bör utföras (icke-göra) ökar i vissa landsting och minskar i andra.

- ▶ *Det behövs olika typer av kunskapsstöd och en mer utvecklad struktur*
 Vi kan konstatera att nationella riktlinjer har ett högt förtroende hos berörda aktörer. Ändå brister landstingens och kommunernas arbete med att införa och följa upp de rekommendationer som ges i riktlinjerna.

Att ge beslutsfattare prioriteringsstöd för resursfördelning är angeläget i sig. Sverige är relativt ensamt om att ha beslutsfattare som primär målgrupp för riktlinjer – det vanliga är att målgruppen är vårdpersonal. Beslutsfattare värdesätter stöd för resursfördelning men menar också att prioritering mellan olika områden kan försvåras. Prioriteringsskalan upplevs av många som svårtolkad och kan även bidra till förvirring om vad som bör respektive inte bör göras. Cirka hälften av de verksamhetschefer som besvarat vår enkät anger att de tycker att nationella riktlinjer är ett bra stöd för att prioritera mellan åtgärder och för prioriteringar av verksamhetens resurser.

Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna når inte vårdpersonalen och patienterna i tillräcklig utsträckning. Många aktörer gör ett fullgott arbete inom sina ramar och förutsättningar, men processen tenderar att avstanna i en kedja där många olika aktörer ansvarar för olika delar av genomförandet. Vissa regioner och landsting har utvecklat mottagarstrukturer för nationella riktlinjer men vårt huvudsakliga resultat är att det finns stora variationer och bristande systematik i arbetet.

Det finns behov av kunskapsstöd som är mer heltäckande och som tydligare följer vårdens processer och patientens väg genom vården. Kunskapsstödet behöver också vara lätt att använda i vårdens vardag. Det är också viktigt att verksamheterna kan följa sina egna resultat för att effektivt kunna använda den samlade kunskapen i sitt lokala förbättringsarbete. Denna typ av uppföljning saknas ofta och mer utvecklade stödstrukturer behövs för det verksamhetsnära förbättringsarbetet.

Vidare kan vi konstatera att det behövs kunskapsstöd på långt fler områden än vad som i dag täcks av de nationella riktlinjerna. Även om Socialstyrelsens nationella riktlinjer täcker breda områden så finns nationella riktlinjer på färre områden i Sverige än i andra jämförbara länder. Kanada och Norge har nationella riktlinjer på ett femtiotal områden, Finland på nästan hundra och England på uppemot tvåhundra områden. Våra analyser pekar även på att processen för urval av riktlinjeområden inte är tillräckligt transparent och att den inte involverar alla relevanta aktörer. Vi kan också konstatera att Socialstyrelsens arbete med framtagandet av nationella riktlinjer tar förhållandevis lång tid jämfört med andra länder vilket riskerar att snabbt göra rekommendationerna inaktuella.



► *Vården behöver ett kunskapsstöd som understödjer en patientcentrerad vård*

De nationella riktlinjerna är i dag inte utformade för att understödja en patientcentrerad vård. Ett kunskapsstöd som ska stärka patienternas och patientorganisationernas möjlighet till delaktighet och inflytande behöver vara mer heltäckande i sina rekommendationer inom ett område. Det behöver också stödja en samordnad vård genom att täcka in hela vårdprocesser, och understödja en mer individualiserad behandling som är anpassad efter patientens behov och förutsättningar. Dessutom behöver kunskapsstödet målgruppsanpassas, och patienterna och deras organisationer behöver involveras på ett ändamålsenligt sätt i arbetet med att ta fram, sprida, implementera och följa upp kunskapsstödet rekommendationer.

REGERINGEN BÖR TILLSAMMANS MED HUVUDMÄNNEN UTVECKLA EN STRATEGI FÖR ETT ÄNDAMÅLSENLIGT KUNSKAPSTÖD TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Vi har identifierat ett flertal förbättringsområden för ett mer effektivt arbete med nationella riktlinjer. Med utgångspunkt i dessa skulle det vara möjligt att rikta rekommendationer till specifika aktörer som vi menar skulle kunna ta arbetet vidare på olika sätt. Det skulle exempelvis kunna handla om att Socialstyrelsen utvecklar sina processer för att initiera, ta fram, sprida och uppdatera nationella riktlinjer. Socialstyrelsen skulle också kunna se över utformningen av nationella riktlinjer, inklusive prioriteringsskalan, för att göra dem mer målgruppsanpassade. Vi skulle också kunna rikta rekommendationer till landstingen och kommunerna om att de behöver utveckla sitt arbete med att systematiskt ta emot, anpassa, implementera och följa upp nationella kunskapsstöd.

Vår sammanvägda bedömning är dock att det i första hand behövs en sammanhållen och långsiktig strategi för att etablera ett mer välfungerande system för kunskapsstöd. I stället för att ge specifika rekommendationer till olika aktörer väljer vi därför att rikta en mer övergripande rekommendation till regeringen. Regeringen har redan tagit flera initiativ till att stärka den nationella kunskapsstyrningen, med initialt fokus på att förbättra samordningen mellan de statliga myndigheterna och utveckla dialogen med huvudmännen. Vi menar att det arbetet behöver tas vidare och fokusera på att kunskapen i ökad utsträckning ska nå ut till vårdpersonalen och patienterna. Det är i vårdmötet, i samverkan mellan vårdpersonal och patient,

som kunskapen ska omsättas i praktiken och först när kunskapen når ut till patientmötet kan den på allvar bidra till en mer kunskapsbaserad, jämlik och patientcentrerad vård.

Utgångspunkterna för en kunskapsstödsstrategi för vården bör vara följande:

- ▶ *Arbetet på nationell, regional och lokal nivå måste hänga ihop*
En kunskapsstödskedja behöver utvecklas där arbetet på nationell, regional och lokal nivå hänger ihop på ett mer systematiskt sätt än i dag. Ansvaret på olika nivåer behöver tydliggöras och robusta strukturer och processer för att ta fram, sprida, anpassa, implementera och följa upp ett ändamålsenligt kunskapsstöd behöver utvecklas.
- ▶ *Ett kunskapsstöd som är ändamålsenligt för vårdens professioner och patienterna måste prioriteras*
Det är i mötet mellan professioner och patienter som kunskapen i slutändan ska omsättas i praktiken. Därför är framtagandet av ett ändamålsenligt kunskapsstöd för vårdmötet prioriterat. Utvecklingen måste också gå mot att kunskapsstödet integreras i vårdens IT-stöd och att verktyg som gör det lätt att göra rätt utvecklas. Kunskapsstödet behöver dessutom anpassas så att det kan stärka patienternas förutsättningar till delaktighet och bidra till en mer patientcentrerad och samordnad vård.
- ▶ *Uppföljning på lokal, regional och nationell nivå samt stöd till förbättringsarbete bör utgöra en naturlig del i ett utvecklat kunskapsstödsystem*
Ett välfungerande system för kunskapsstöd måste bygga in mekanismer för kontinuerlig uppföljning, lärande och kvalitetsutveckling.
- ▶ *Kunskapsstöd behöver finnas på fler områden än i dag och processerna för att ta fram och uppdatera kunskapsstödet behöver utvecklas*
Kunskapsstöd behöver finnas på fler områden, tas fram snabbare än i dag och hållas kontinuerligt uppdaterade. Professioner och patienter behöver involveras ytterligare i arbetet.

Att få ett ändamålsenligt system för kunskapsstöd på plats för vården är en utmaning som kommer att involvera många aktörer under lång tid och anknyta till flera andra aktuella nationella utvecklingsinsatser. Vi menar därför att det är viktigt att regeringen tar det samlade ansvaret.



Innehåll

1. En samlad uppföljning av nationella riktlinjer ur ett patientperspektiv...21

- 1.1 Vi har studerat påverkan på vården samt utmaningar för kunskapsstyrning i ett decentraliserat system.....21
- 1.2 Riktlinjer av olika typ 22
- 1.3 Socialstyrelsens nationella riktlinjer är prioriteringsstöd för resursfördelning 23
 - 1.3.1 Rekommendationerna är rangordnade 1–10..... 25
 - 1.3.2 Indikatorer för uppföljning utvecklas till varje riktlinje 26
 - 1.3.3 Socialstyrelsen tar fram riktlinjerna med hjälp av experter och SBU...26
- 1.4 Nationella riktlinjer är en del av kunskapsstyrningen 27
 - 1.4.1 Olika ansvar på olika nivåer i ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem – vad säger lagen?..... 28
 - 1.4.2 Flera initiativ för samordning av kunskapsstyrning har tagits..... 29
 - 1.4.3 ... och nya initiativ är på väg30

2. Vi har använt ett flertal metoder för att ge en samlad bild 33

- 2.1 Ramverk för analysen 33
- 2.2 Blir vården mer kunskapsbaserad och jämlik? 34
- 2.3 Intervjuer, studiebesök och workshop 38
- 2.4 Enkäter till verksamhetschefer och kvalitetsregisterhållare..... 38

3. Nationella riktlinjer bidrar i begränsad utsträckning till en mer kunskapsbaserad och jämlik vård 43

- 3.1 Den vetenskapliga litteraturen visar en splittrad bild av riktlinjers effekt.....44



3.2 Kunskapsbaserad vård – nationella riktlinjer har viss effekt på vilken vård patienterna ges.....	44
3.3 Jämlig vård – nationella riktlinjer har viss effekt på spridningen mellan landsting	47
3.4 Få rekommendationer går att följa över tid.....	49
3.5 Nationella riktlinjer är inte utformade för att understödja en patientcentrerad vård	49

4. Utmaningar för ett statligt kunskapsstyrningsverktyg i ett decentraliserat system 55

4.1 Otydlig process för urval av riktlinjeområden	56
4.2 Gedigen process för att ta fram nationella riktlinjer	57
4.3 Förväntningarna på nationella riktlinjer stämmer inte alltid med syftet..	59
4.4 Implementering behöver ske på olika nivåer	60
4.5 De nationella riktlinjerna i patientmötet	67
4.6 Uppföljning är en viktig del	70
4.7 Splittrad statlig kunskapsstyrning riskerar att begränsa genomslaget	73

5. Slutsatser..... 79

Vissa positiva effekter men ett otillräckligt stöd	79
--	----

6. Rekommendationer..... 85

Regeringen bör tillsammans med huvudmännen utveckla en strategi för ett ändamålsenligt kunskapsstöd till hälso- och sjukvården	85
--	----

7. Referenser..... 89

Bilagor 101

Bilaga 1 – Områdesvis genomgång av de nationella riktlinjerna	101
Bilaga 2 – Intervjupersoner och andra kontakter	116



En samlad uppföljning av nationella riktlinjer ur ett patientperspektiv

Nationella riktlinjer utgör ett centralt kunskapsstöd för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård. Riktlinjerna tas fram av Socialstyrelsen och har haft nuvarande ungefärlig utformning i drygt tio år. Socialstyrelsens egna utvärderingar visar emellertid att det finns brister i följsamhet till de nationella riktlinjerna och att det finns relativt stora skillnader mellan landstingen i vilken vård som ges patienterna (Socialstyrelsen 2015a). Riksrevisionen har pekat på att staten kan använda nationella riktlinjer mer effektivt för att främja en mer patientcentrerad och effektiv vård (Riksrevisionen 2013). Det har dock hittills saknats en mer heltäckande genomlysning av vilken inverkan nationella riktlinjer har på vården i ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att göra en samlad uppföljning av de nationella riktlinjernas effekter ur ett patientperspektiv (Socialdepartementet 2013a).

1.1 VI HAR STUDERAT PÅVERKAN PÅ VÅRDEN SAMT UTMANINGAR FÖR KUNSKAPSTYRNING I ETT DECENTRALISERAT SYSTEM

Nationella riktlinjer ger rekommendationer till hälso- och sjukvården men även till omsorgen. I huvudsak berör denna rapport hälso- och sjukvårdsområdet men omsorgsområdet berörs när en specifik riktlinje riktar rekommendationer till kommunernas verksamhet.

Det är inte möjligt att fullt ut isolera effekterna av nationella riktlinjer och med säkerhet slå fast att en förändring av de åtgärder patienter får huvudsakligen



beror på just nationella riktlinjer. Att slå fast hur de nationella riktlinjerna påverkar de medicinska resultaten är en ännu större utmaning eftersom de kan förväntas påverkas av ytterligare faktorer. Våra analyser bidrar emellertid till att ge en samlad bild av i vilken utsträckning nationella riktlinjer påverkar vården och vilka utmaningar som finns på vägen dit. Vår förhoppning är att resultaten från denna rapport kan bidra till förbättrat och förstärkt nationellt kunskapsstöd till nytta för brukare och patienter.

Vi behandlar följande övergripande frågeställningar:

- I vilken utsträckning har nationella riktlinjer bidragit till att vården blir mer kunskapsbaserad?
- I vilken utsträckning har nationella riktlinjer bidragit till att vården blir mer jämlik?
- I vilken utsträckning är arbetet med nationella riktlinjer ändamålsenligt utformat för att leda till en kunskapsbaserad och jämlik vård?

Vi för även ett resonemang kring om kunskapsstyrning i form av nationella riktlinjer i sin nuvarande form har förutsättningar att bidra till en mer patientcentrerad vård.

1.2 RIKTLINJER AV OLIKA TYP

Varje dag fattas en stor mängd beslut om vård, omsorg och behandling inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Som grund för dessa beslut behövs kunskap om för- och nackdelar, effekter, risker och kostnader av de olika tillgängliga alternativen för just den aktuella patienten. Kunskapen baseras på såväl vetenskaplig evidens som beprövad erfarenhet. Den bästa tillgängliga kunskapen ska därefter anpassas till den enskilde patientens situation. Patienternas eget engagemang, egna kunskap och insikter är också betydelsefullt för behandlingsresultatet.

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har en skyldighet att verka enligt evidens och beprövad erfarenhet. Det finns emellertid en väldokumenterad brist på enhetlighet i beslutsfattandet och brister i att använda den evidens som finns inom vården (Collado 2014, McGlynn 2003, Mensah 2015). Vård- och omsorgspersonalen har visserligen hög kompetens med specialistkunskaper och gedigen utbildning men det är knappast möjligt för den enskilde att, utan kunskapsstöd, i varje läge känna till vilken behandlingsmetod som kan förväntas vara bäst och ännu mindre vilken metod som är mest kostnadseffektiv. Inte minst den snabba kunskapsutvecklingen inom vård och omsorg gör

det i praktiken omöjligt. Som exempel kan nämnas att den medicinska tidskriftsdatabasen *PubMed* innehåller bibliografiska referenser till över 25 miljoner tidskriftsartiklar (PubMed 2015). Det finns därför ett stort behov av stöd till dem som ger vård och omsorg. För att bästa tillgängliga kunskap ska vara till direkt nytta för patienten och brukaren behöver den finnas tillgänglig i patientmötet. Forskning visar att beslutsstödsystem som riktar sig till både vårdpersonal och patienter oftast är de effektivaste (Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2015).

En typ av kunskapsstöd inom vård och omsorg är rekommendationer i form av riktlinjer som baseras på den samlade kunskapen. Många aktörer, bland annat sjukvårdshuvudmän, myndigheter och professionsföreningar på såväl lokal, regional, nationell, nordisk, europeisk som global nivå tar fram riktlinjer för olika tillstånd och situationer. Ibland tar riktlinjerna formen av vårdprogram som syftar till att ge rekommendationer som täcker in hela vårdkedjan, ibland är de fokuserade på delar av en vårdkedja och i andra fall på enskilda metoder.

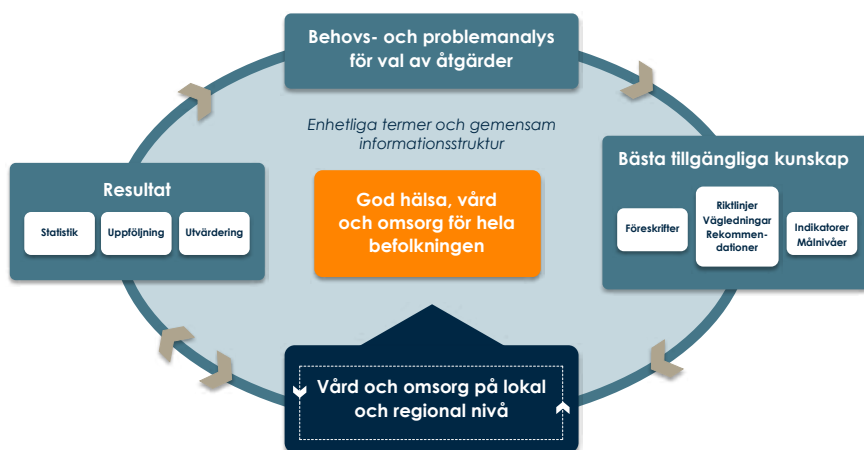
1.3 SOCIALSTYRELSENS NATIONELLA RIKTLINJER ÄR PRIORITERINGSSTÖD FÖR RESURSFÖRDELNING

Socialstyrelsen ska enligt sin instruktion (2015:284) genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen ska också ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer baseras på dessa uppgifter i myndighetens instruktion. Det övergripande syftet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer är att bidra till att patienter och brukare får en god vård och omsorg på lika villkor (Socialstyrelsen 2014a). De nationella riktlinjerna är främst tänkta att fungera som prioriteringsstöd för dem som fattar beslut om hur resurser fördelas inom hälso- och sjukvården och omsorgen, det vill säga politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer (Socialstyrelsen 2014a). Ett trettiotal centrala rekommendationer som bedöms vara särskilt viktiga ur ett styr- och ledningsperspektiv och förväntas få ekonomiska och organisatoriska konsekvenser lyfts fram i en tryckt publikation för varje riktlinje. Övriga rekommendationer ligger med som en bilaga och presenteras på hemsidan (Socialstyrelsen 2012). Hur beslutsfattarna sedan ska hantera rekommendationerna i riktlinjerna är inte reglerat och kan se olika ut i olika situationer och organisationer. Det kan till exempel innebära att medel tillförs ett verksamhetsområde i en budgetprocess eller att ett uppdrag ges för framtagande av ett lokalt



vårdprogram som stöd i den faktiska vårdsituationen. Socialstyrelsen uppger att även vårdpersonal kan ha nytta av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Fullständiga rekommendationslistor samt medicinska och hälsoekonomiska underlag finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats (Socialstyrelsen 2015b, Socialstyrelsen 2015c). Socialstyrelsen poängterar dock att rekommendationerna är av generell karaktär och att vården av enskilda patienter måste anpassas efter den enskilde individens behov och förutsättningar (Socialstyrelsen 2015d). Patientversioner har tidigare tagits fram för sju av riktlinjerna. I nuläget tas inte patientversioner fram utan ett samarbete för patientinformation har i stället inletts med 1177 Vårdguiden (Socialstyrelsen 2015e). Uppdatering av de nationella riktlinjerna sker genom att en grupp av experter får i uppdrag av Socialstyrelsen att bevaka utvecklingen på området i förhållande till riktlinjen. Gruppen lämnar information till Socialstyrelsen om ny information eller händelser i omvärlden som kan tänkas påverka riktlinjerna. Socialstyrelsen kontakter också relevanta patientorganisationer för att ge dem möjlighet att lämna information. I de fall Socialstyrelsen anser att rekommendationer behöver ändras, görs också en bedömning av om det kan göras genom ett enkelt beslut inom myndigheten, eller om en prioriteringsgrupp behöver anlitas (Socialstyrelsen 2014a). Socialstyrelsen ser nationella riktlinjer som ett verktyg för kunskapsstyrning. Se figur 1 nedan.

Figur 1. Socialstyrelsens modell för kunskapsstyrning.



Källa: Socialstyrelsen.

Utmärkande för områden som har nationella riktlinjer är att de omfattar stora patientgrupper med svåra kroniska sjukdomar som tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Liknande kriterier för urval av områden finns inom omsorgen (Socialstyrelsen 2014a). I dag finns nationella riktlinjer på femton områden:

- Astma och KOL
- Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård
- Demens
- Depression och ångest
- Diabetes
- Hjärtsjukvård
- Lungcancer
- Missbruk och beroende
- Palliativ vård
- Rörelseorganens sjukdomar
- Schizofreni – antipsykotisk läkemedelsbehandling
- Schizofreni – psykosociala insatser
- Sjukdomsförebyggande metoder
- Stroke
- Tandvård

1.3.1 Rekommendationerna är rangordnade 1–10

De nationella riktlinjerna är uppbyggda av ett antal ”tillstånds- och åtgärdspar”. Dessa är av olika karaktär. Vissa berör medicinska frågor om exempelvis en viss behandlings- eller utredningsmetod. Ett exempel på detta är tillståndet ”typ 2-diabetes utan retinopati (kärlförändringar i ögats näthinna)” och åtgärden ”ögonbottenfoto vart tredje år”. Andra berör vårdens organisation som till exempel tillståndet ”akut stroke” och åtgärden ”vård på strokeenhet”. Tillstånds- och åtgärdsparen rangordnas i en tiogradig skala. Rangordningen baseras på hur allvarligt tillståndet är, vilken effekt åtgärden har och åtgärdens kostnadseffektivitet. Även hur starkt vetenskapligt stöd som finns för åtgärdens effekt har betydelse i rangordningen, liksom etiska överväganden. Ett tillstånds- och åtgärdspar som har prioriteringssiffran 1 förväntas ge stor nytta för patienten och hög kostnadseffektivitet för samhället. Rekommendationer med låg prioritet representerar i stället begränsad eller osäker nytta för patienten eller mycket hög kostnad i relation till åtgärdens effekt. Tillstånds- och åtgärdspar där det vetenskapliga underlaget är ofullständigt eller bristfälligt och det samtidigt finns andra alternativ med gott vetenskapligt stöd, får också lägre prioritet eller inkluderas inte i riktlinjerna.

Tanken är att åtgärder med hög prioritet ska få en stor del av resurserna och de med låg ska få en mindre del av resurserna. Gränsen mellan hög och låg prioritet är inte definierat. Åtgärder som Socialstyrelsen anser inte alls ska utföras får beteckningen ”icke-göra” och åtgärder som är otillräckligt



utvärderade benämns FoU (forskning och utveckling) (Socialstyrelsen 2014b).

Socialstyrelsen har successivt begränsat antalet rekommendationer i de nationella riktlinjerna till att omfatta tillstånds- och åtgärdspar där behovet av vägledning är som störst. Nationella riktlinjer har inte ambitionen att vara heltäckande på ett område, det vill säga de innehåller inte alla tänkbara tillstånds- och åtgärdspar (Socialstyrelsen 2014c).

1.3.2 Indikatorer för uppföljning utvecklas till varje riktlinje

Varje riktlinje åtföljs av ett antal indikatorer för uppföljning. De avser att täcka de viktigaste rekommendationerna och utvecklas av Socialstyrelsen tillsammans med expertgrupper för respektive riktlinjeområde. Socialstyrelsen gör en indikatorbaserad utvärdering av hälso- och sjukvårdens och omsorgens följsamhet till rekommendationerna inom det aktuella området cirka två år efter att riktlinjer på ett område tagits fram (Socialstyrelsen 2011a, Socialstyrelsen 2014b). För ett urval av indikatorerna har Socialstyrelsen även tillammans med berörda professioner, huvudmän och patienter definierat målnivåer. De anger till exempel hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller uppnå ett mål för en viss behandling. Syftet med målnivåerna är att ge hälso- och sjukvården tydliga mål att sträva mot i sitt arbete för förbättrad kvalitet (Socialstyrelsen 2015f).

1.3.3 Socialstyrelsen tar fram riktlinjerna med hjälp av experter och SBU

Framtagandet av riktlinjerna är en process i flera steg. För det första initieras processen genom att ett område som ska få riktlinjer väljs ut. Sedan arbetas riktlinjen fram, vilket i sig är en process i flera led: bland annat avgränsas området, tillstånds- och åtgärdspar definieras och den vetenskapliga litteraturen går igenom och sammanställs, något som SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) nu helt tagit över ansvaret för. Parallellt tar hälsoekonomiska experter fram underlag om tillstånds- och åtgärdsparens kostnadseffektivitet. Synpunkter från experter och patienter tas in, evidens och beprövad erfarenhet värderas och tillstånds- och åtgärdsparen prioriteras på den tiogradiga skalan. När riktlinjen arbetats fram (och varit ute på remiss) publiceras den tillsammans med indikatorer för utvärdering (Socialstyrelsen 2014b). Rekommendationerna som ges i riktlinjerna är inte bindande utan det är upp till huvudmännen och vårdpersonalen att därefter på lämpligt sätt ta riktlinjerna vidare.

1.4 NATIONELLA RIKTLINJER ÄR EN DEL AV KUNSKAPSSTYRNINGEN

Att studera utformningen av nationella riktlinjer kan vara angeläget i sig, men för att rekommendationerna som ges ska leda till största möjliga nytta för patienterna måste de ses i ett större sammanhang av kunskapsstyrning på flera nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Kunskapsstyrning syftar till att uppnå en evidensbaserad praktik, det vill säga att patienter och brukare ges vård och insatser som baseras på bästa tillgängliga kunskap. Den statliga kunskapsstyrningen består både av olika former av kunskapsstöd och allmänna råd och av bindande föreskrifter som riktar sig till kommuner och landsting (*En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst* DS 2014:9). Den statliga kunskapsstyrningen har beskrivits som splittrad och en vidareutvecklad kunskapsstyrning har pekats ut som en nyckelfråga för att hantera de utmaningar som vården och omsorgen står inför (*Gör det enklare!* SOU 2012:33). Socialstyrelsen ska enligt budgetpropositionen (prop. 2014/15:1 utg.omr. 9 avsnitt 4.6.3) för 2015 vara navet i den statliga kunskapsstyrningen. Även andra aktörer än staten bedriver vad som skulle kunna beskrivas som nationell kunskapsstyrning. Det rör sig till exempel om Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), professionsföreningar och specialitetsföreningar (SKL 2015a).

För att den enskilde ska ges god vård och omsorg ska kunskapen finnas tillgänglig i det praktiska vård- och omsorgsarbetet lokalt. SKL har tagit fram ett positionspapper om evidensbaserad praktik där de beskriver samspelen mellan nationell och lokal nivå som en cirkulär process där de nationella och lokala nivåerna berikar varandra i ett kontinuerligt samspel (se figur 2). Även Socialstyrelsen har utvecklat en liknande modell där nationell stöd och styrning preciseras som bland annat riktlinjer (se figur 1 ovan). Utifrån båda modellerna blir det tydligt att ingen del i kunskapsstyrningen kan ses isolerat. Det blir också tydligt att kunskapsstyrningen berör många aktörer på flera olika nivåer.



Figur 2. Samspelet mellan nationell och lokal nivå för att åstadkomma en evidensbaserad praktik.



Källa: SKL, 2012.

1.4.1 Olika ansvar på olika nivåer i ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem – vad säger lagen?

Landstinget (också benämnd vårdgivaren) ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detta gäller i viss utsträckning även kommunerna. Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Kvaliteten i verksamheten ska dessutom systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOF 2011:9) ska vårdgivaren också ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Detta ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Med stöd av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Verksamhetschefen ska i sin tur enligt hälso- och sjukvårdslagen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Socialstyrelsen ska enligt sin instruktion genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen ska också enligt instruktion (2015:

284) ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har enligt sin instruktion (2015:167) till uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya metoder i hälso- och sjukvården, socialtjänst och på funktionshindersområdet. SBU ska även sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt och sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig kunskapen. Myndigheten ska kontinuerligt utveckla sitt arbete med att sprida utvärderingarna så att dessa tillämpas i praktiken och leder till önskade förändringar inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Vårdpersonalen har genom sin legitimation en skyldighet att utöva sitt yrke enligt vetenskap och beprövad erfarenhet (Socialstyrelsen 2015g). Patientsäkerhetslagen (2010:659) anger att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär dock själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet (SOFS 2011:9).

Landstingen, det vill säga vårdgivarna, är politiskt styrda och har rätt att ta ut skatter, bestämma skatternas storlek och hur de ska användas. Statens uppgift vad gäller hälso- och sjukvård är att genom lagar och regler ge ramar för verksamheten och se till att medborgarnas intressen tas till vara (Karlberg 2011).

1.4.2 Flera initiativ för samordning av kunskapsstyrning har tagits...

Det har tagits initiativ för att öka samordningen av den nationella kunskapsstyrningen. Till exempel etablerades Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NSK) 2008 för att öka samverkan för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården och är ett gemensamt forum för myndigheter, SKL, sjukvårdsregioner och vårdens professioner (SKL 2015b). Motsvarande gruppering finns på socialtjänstsidan och kallas NSK-s (SKL 2015c). Inom NSK samlar sig myndigheterna i en egen samordningsgrupp (MSG), medan regionerna samlar sig i gruppen NSK-region (SOU 2012:33, SKL 2015b). NSK-region utgör ledningsgrupp för de så kallade nationella programråden etablerade av sjukvårdsregionerna. Programråden som finns på tre områden (diabetes, stroke och astma-KOL) ska gemensamt utarbeta nationella vårdprogram, ta initiativ till att förbättra vården, utarbeta mål och indikatorer för vårdens kvalitet och att följa upp vårdpraxis (SKL 2015a). På cancerområdet finns en landstings- och regionsgemensam kunskapsorganisation som kallas



Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan. Här samarbetar de regionala cancercentra på nationell nivå för en mer patientfokuserad, tillgänglig och jämlik cancervård med utgångspunkt i nationella cancerstrategin och tio gemensamma utvecklingsuppdrag. Ett av uppdragen är att tillsammans med landsting och regioner arbeta för en mer kunskapsstyrd cancervård. I samarbete med professionen utarbetar RCC nationella vårdprogram och stödjer regional implementering av dessa och annat kunskapsstöd inom cancervården. RCC stödjer de nationella kvalitetsregistren genom att utgöra registercentrum för dessa samt arbetar för att nationella kvalitetsregister ska användas för cancervårdens verksamhetsutveckling. Med hjälp av statliga medel genom överenskommelser mellan regeringen och SKL har RCC sedan starten 2010 tagit fram 23 nationella vårdprogram och ytterligare 13 är under utformande (RCC 2015).

1.4.3 ... och nya initiativ är på väg

I förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst anger regeringen att statens styrning med kunskap skall var samordnad, effektiv och anpassad till de behov olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har. De statliga myndigheter som har i uppdrag att styra med kunskap eller har centrala roller för att bidra till framtagande av underlag ska samverka i ett rådgivande organ, *Rådet för statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst* (Rådet för styrning med kunskap). Rådet består av myndighetscheferna för berörda myndigheter med Socialstyrelsens generaldirektör som ordförande. Representanter för huvudmännen ska erbjudas att delta i ett annat rådgivande organ, *Huvudmannagruppen för behovsanpassad styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst* (Huvudmannagruppen). Denna grupp informerar Rådet om områden där huvudmännen har behov av statlig kunskapsstyrning samt hur kunskapsstyrningen bör utformas och kommuniceras. Rådet ska beakta den information som Huvudmannagruppen lämnar (9 § förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst). Genom att inrätta Rådet för styrning med kunskap och Huvudmannagruppen vill staten åstadkomma en större samordning av den statliga kunskapsstyrningen där nationella riktlinjer är ett av verktygen.



Vi har använt ett flertal metoder för att ge en samlad bild

Att följa upp effekten eller påverkan av ett specifikt kunskapsstöd, i det här fallet nationella riktlinjer, är metodologiskt utmanande eftersom det är många faktorer och aktörer som påverkar både vilken vård som ges och effekterna av den vård patienterna får. Vi har använt oss av flera metoder, både kvantitativa och kvalitativa, som tillsammans ger en bild av i vilken utsträckning ett kunskapsstöd som nationella riktlinjer påverkar den vård patienterna får och vilka utmaningar som finns på vägen. Nedan ges en sammanfattande översikt över våra metoder. För en mer utförlig beskrivning, se bilaga, vardanalys.se.

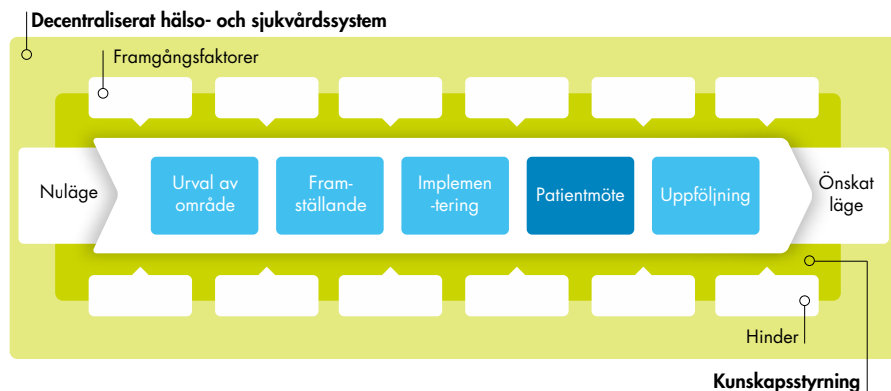
2.1 RAMVERK FÖR ANALYSEN

I ett första steg upprättades en programteoretisk modell för nationella riktlinjer baserad på litteraturstudier och inledande intervjuer. Syftet med programteorin är att analysera inte bara i vilken utsträckning ett visst mål nåtts, utan vilka faktorer som kan förklara graden av måluppfyllelse och effekt (Ekonomistyrningsverket 2012, Funnell 2011). Med utgångspunkt i programteorin genererades hypoteser om hinder och framgångsfaktorer som sedan låg till grund för metodval samt den intervjuguide och de enkätfrågor som användes i projektet. *Utgångsläge* i programteorimodellen är att vården inte i tillräckligt stor utsträckning är kunskapsbaserad och jämlik och *önskat läge* är att den har blivit mer kunskapsbaserad och mer jämlik på grund av nationella riktlinjer (se figur 3).



Vi har använt ett flertal metoder för att ge en samlad bild

Figur 3. Programteoretisk modell för nationella riktlinjer som kunskapsstyrningsverktyg i ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem.



2.2 BLIR VÅRDEN MER KUNSKAPSBASERAD OCH JÄMLIK?

Hur de nationella riktlinjerna påverkar vården belystes genom två frågeställningar:

- I vilken utsträckning har nationella riktlinjer bidragit till att vården blir mer kunskapsbaserad?
- I vilken utsträckning har nationella riktlinjer bidragit till att vården blir mer jämlik?

För att besvara dessa frågeställningar studerade vi trender för användningen av rekommenderade åtgärder över tid för att se om trenden förändrats efter det att en riktlinje kommit. I vår bedömning har vi också vägt in de utvärderingar som Socialstyrelsen gjort på tio av de områden som har nationella riktlinjer. I förekommande fall har vi också vägt in årsrapporter från nationella kvalitetsregister och andra relevanta rapporter.

2.2.1 Vi har studerat processmått över tid för att få en bild av riktlinjernas påverkan

Det mest direkta måttet på påverkan av en riktlinje torde vara om de rekommenderade åtgärderna används i högre utsträckning efter att riktlinjen kommit än innan. Vi har därför valt att så långt som möjligt studera utvecklingen över tid av rekommenderade åtgärder. Vi har använt oss av

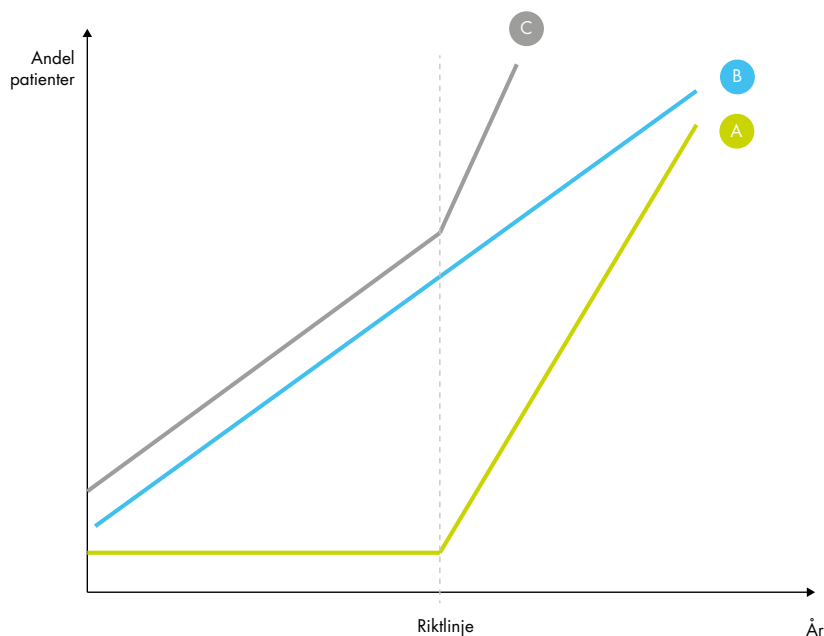
processindikatorer kopplat till de åtgärder som har högst prioritet (1, 2, 3) samt de åtgärder som bör mönstras ut (icke-göra). Dessa åtgärder har vi valt eftersom det inte bör råda någon tveksamhet kring om de ska utföras eller inte. Som ett komplement har vi även studerat ett antal resultatindikatorers utveckling över tid och då valt resultat av mycket stor betydelse för patienterna.

En utmaning med att studera om en viss rekommenderad åtgärd eller metod har ökat efter det att en riktlinje kom är att det ofta redan finns en underliggande positiv utveckling det vill säga kurvan uppvisar redan en positiv trend. Kunskapen om att vissa behandlingar bör ges sprids på många olika sätt och bidrar till utvecklingen. Att användningen av en viss metod ökar under åren efter att en riktlinje publicerats kan därmed inte direkt tolkas som att förändringen beror på riktlinjen i sig men inte heller att den inte gjort det. Vi har därför valt att inte enbart titta på utvecklingen av en rekommenderad åtgärd efter det att en riktlinje kommit utan även innan. Om riktlinjen har haft en påverkan kan användningen av en rekommenderad åtgärd förväntas öka snabbare efter det att riktlinjen kommit än innan (eller minska snabbare om det gäller åtgärder som ska utmönstras). Vi har också studerat trenderna för två områden som inte har nationella riktlinjer för att få en uppfattning om hur trenderna ser ut på andra områden inom vården.

Vi har jämfört kurvan för olika rekommenderade åtgärder åren före med åren efter det att riktlinjer publicerats (se figur 4).



Figur 4. Tre exempel på hur vi bedömt användningen av en rekommenderad åtgärd påverkats eller inte påverkats av att en riktlinje kommit.



- A** Publicering av en riktlinje har påverkat användningen av en rekommenderad åtgärd.
- B** Underliggande positiv utveckling som varken minskar eller förstärks efter publicering av en riktlinje.
- C** Underliggande positiv utveckling av användningen av en rekommenderad åtgärd som förstärks efter publicering av en riktlinje.

I analyserna har vi inte tagit hänsyn till hur stor skillnaden är mellan kurvans lutning före och efter, bara om det finns en skillnad. Vi har heller inte heller testat om skillnaden är statistiskt signifikant. Detta kan ha lett till en viss överskattning av nationella riktlinjers påverkan. En påverkan av en riktlinje kan å andra sidan innebära att en underliggande positiv trend snarare behålls än förstärks, det vill säga att utan riktlinjen skulle den positiva utvecklingen ha avtagit. I en sådan situation ger vår analys en underskattning av riktlinjernas påverkan. En viss påverkan på vården skulle kunna komma redan innan en riktlinje har publicerats bland annat eftersom en remissversion av riktlinjen publiceras en tid innan den slutliga versionen. Känslighetsanalyser med startår ett år före och ett år efter att riktlinjen publicerades ledde inte till annat än marginella förändringar och redovisas därför inte i rapporten.

Vi har utgått från den tidigast publicerade nationella riktlinjen på respektive området och använt riksmedelvärden och landstingsmedelvärden

från så många år före och så många år efter som data har funnits tillgängligt för respektive indikator. Data kommer från hälsodataregister och nationella kvalitetsregister, dels genom rapporterna *Öppna jämförelser* och de nationella kvalitetsregistrens webbpubliceringar, dels genom egna beställningar av registerkörningar. Kvalitetsregistrens täckningsgrad har förbättrats över tid, vilket i någon mån kan ha påverkat resultaten.

Nationella riktlinjers påverkan på jämlikheten har vi studerat genom att analysera om spridningen mellan landstingen i utförande av rekommenderade åtgärder har minskat i snabbare takt efter det att nationella riktlinjer kommit än före. För de processindikatorer där vi haft tillgång till landstingsmedelvärden beräknades en variationskoefficient för varje år. Dessa värden plottades sedan i en kurva och lutningen på kurvan före riktlinjen publicerades jämfördes med lutningen efter på motsvarande sätt som vi beskrivit ovan.

2.2.2 Socialstyrelsens utvärderingar är ett av våra underlag

Socialstyrelsen utvärderar vården och socialtjänsten med utgångspunkt i de rekommendationer som ges i nationella riktlinjer. Hittills har de gjort utvärderingar på tio av de områden som har riktlinjer. Syftet är att utvärdera följsamheten till rekommendationerna i riktlinjerna men även att belysa kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen vilket också ska kunna ligga till grund för det lokala förbättringsarbetet (Socialstyrelsen 2015a). Utvärderingarna utgår från de indikatorer som följer med riktlinjerna men bygger även till stor del på enkäter eftersom registerdata för struktur- och processindikatorer ofta saknas. Enkäterna ger information om viktiga intermediära utfall, till exempel att ett landstings ledning tagit initiativ till en konsekvensbeskrivning av riktlinjerna eller att det har fattats beslut med stöd av riktlinjerna. Ambitionen i Socialstyrelsens utvärderingar är att för varje indikator presentera utvecklingen över tid, vilket också görs i flera av utvärderingarna. Resultat presenteras också per landsting och eventuella könsskillnader redovisas. Utöver detta redovisas ibland även socioekonomiska utfall och uppgifter på kliniknivå. Våra analyser, presenterade ovan, kompletterar Socialstyrelsens utvärderingar vad gäller trender över tid i den utsträckning som varit möjligt. Vår analys syftar till studera påverkan på vården av verktyget nationella riktlinjer snarare än att belysa tillståndet i vården på respektive område. När så har varit möjligt har vi också använt oss av information i nationella kvalitetsregisters årsrapporter och andra relevanta utvärderingar.



2.3 INTERVJUER, STUDIEBESÖK OCH WORKSHOP

Sammanlagt sextiosju nyckelpersoner har intervjuats. Intervjupersonerna var bland annat patienter och deras representanter, chefer i kommun och landsting, vårdens professioner och deras representanter, kvalitetsregisterrepresentanter, forskare samt tjänstemän och politiker på lokal och nationell nivå. Vi använde semi-strukturerade intervjuer med en generell intervjuguide som anpassades något efter intervjupersonen. Intervjuerna skrevs ner och analyserades med deduktiv innehållsanalys där de fördefinierade kategorierna utgjordes av de hinder och framgångsfaktorer som identifierats i den programteorimodell vi utgått ifrån (presenteras närmare i bilaga, vardanalys.se). Utöver de personer vi intervjuat har vi gjort studiebesök och haft möten med ett fyrtiotal personer för diskussion, kvalitetssäkring och samråd. Vi har också genomfört en workshop med myndighetens patientråd med frågeställningarna:

- Hur skulle nationella riktlinjer som verktyg kunna utvecklas för att ge en större effekt för patienter?
- Hur skulle patienter och patientorganisationer kunna bidra till att nationella riktlinjer "2.0" får en större effekt för patienter.

Utifrån vårt intervjumaterial och vår modell för utvärdering av patientcentrering för vi också ett resonemang kring vilka förutsättningar nationella riktlinjer har för att främja en mer patientcentrerad vård.

2.4 ENKÄTER TILL VERKSAMHETSCHEFER OCH KVALITETSREGISTERHÅLLARE

För att nå ett större antal verksamhetschefer och kvalitetsregisterhållare har vi skickat ut två olika enkäter.

2.4.1 Enkät till verksamhetschefer för att studera uppfattningar om och användning av nationella riktlinjer

Vårdanalys skickade i oktober 2014 ut en enkät till 1 937 verksamhets- och klinikchefer verksamma i patientnära verksamheter. Enkäten innehöll flera avsnitt varav ett berörde Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Sammanlagt inkom 517 fullständiga svar på detta avsnitt. Dessa kom från olika delar av landet och från både primärvård och specialiserad vård. Svarsfrekvensen på avsnittet om nationella riktlinjer var 26,7 procent vilket gör att resultaten får tolkas med viss försiktighet. För mer information samt en bortfallsanalys, se

bilaga, vardanalys.se. I våra intervjuer hade det tidigare framkommit att inte alla intervjupersoner var säkra på vad de nationella riktlinjerna var. Vi valde därför att i verksamhetschefsenkäten räkna upp alla 15 riktlinjerna innan frågorna ställdes.

2.4.2 Enkät till kvalitetsregisterhållare för att studera kopplingen mellan nationella riktlinjer och nationella kvalitetsregister

Under våren 2014 genomförde Vårdanalys en enkätundersökning riktad till registerhållarna för de nationella kvalitetsregistren. Enkäten innehöll frågor som främst berörde Vårdanalys regeringsuppdrag kring nationella kvalitetsregister, men också tre frågor om kvalitetsregistrens koppling till riktlinjer i allmänhet och Socialstyrelsens nationella riktlinjer i synnerhet. Enkäten skickades till samtliga kvalitetsregister och svarsfrekvensen var 84 procent.

2.4.3 Vi har gjort en internationell utblick

I den internationella utblicken, *Nationella riktlinjer – en internationell utblick* som presenteras i sin helhet på vår hemsida (se bilaga, vardanalys.se) har vi gjort en dokumentstudie där ett tiotal länders och organisationers arbete med riktlinjer studerats (England, Skottland, Kanada, Australien, Norge, Finland, Danmark, Nederländerna, Belgien, WHO samt sjukvårdssystem i USA (Kaiser Permanente, Intermountain, Johns Hopkins och Health Group)). Ett antal länder och organisationer studerades sedan närmare. Detta skedde bland annat genom intervjuer under den internationella nätverkskonferensen G-I-N (Guideline International Network) 2014. De personer som intervjuades kom från Duodecim (Läkarsällskapet i Finland), Kaiser Permanente och American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery i USA, Sundhetsstyrelsen (Danmark), Cancer Centre Australia, NICE (England) och från MAGIC-projektet (Norge). Information samlades även in genom diskussioner och kortare intervjuer med ett 50-tal av deltagarna (från bland annat Holland, Norge, Frankrike, Belgien, Australien, Brasilien, Finland, Nya Zeeland).

2.4.4 Vi har granskat litteraturen på området

Den vetenskapliga litteraturen på området har granskats med utgångspunkt i en lista på relevanta artiklar som sorterats fram av SBU för vår räkning. Dessa



har kompletterats med egna litteratursökningar i databasen *PubMed*, bland annat med ledning av relevanta artiklars referenslistor. Även annan relevant litteratur på området har studerats.



Nationella riktlinjer bidrar i begränsad utsträckning till en mer kunskapsbaserad och jämlik vård

Våra resultat pekar mot att de nationella riktlinjerna påverkat vården både i fråga om den vård patienterna får och i fråga om oönskade skillnader mellan landstingen. Vissa riktlinjeområden har påverkats mer, andra mindre. Några riktlinjer har haft klart begränsad inverkan på vården och ingen riktlinje förefaller ha vad som kan beskrivas som ett brett genomslag, i betydelsen att vården i stort sett följer rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Med hänsyn tagen till de väl kända svårigheterna att nå ut med evidens och att påverka praxis genom riktlinjer är effekten troligen i linje med, eller kanske på vissa områden till och med större än, förväntat.

Vår redovisning av de nationella riktlinjernas påverkan på vilken vård patienterna får samt hur spridningen mellan landsting förändrats baseras på en genomgång av riktlinjeområde för riktlinjeområde och presenteras i bilaga 1. Redovisningen baseras på analyser av trender över tid för processindikatorer kompletterade med trender för resultatindikatorer. Socialstyrelsens utvärderingar och nationella kvalitetsregisters årsrapporter ingår som underlag för bedömningen.

I de nationella riktlinjerna ges sammantaget 2638 rekommendationer varav drygt 30 procent rör åtgärder som prioriteras högt (1–3) och 8 procent åtgärder eller metoder som bör utmönstras (icke-göra). Antalet rekommendationer varierar mellan riktlinjeområdena på mellan drygt 30 upp till knappt 400 rekommendationer. Antal högt prioriterade rekommendationer varierar mellan 8 och 167 (tabell 1).



3.1 DEN VETENSKAPLIGA LITTERATUREN VISAR EN SPLITTRAD BILD AV RIKTLINJERS EFFEKT

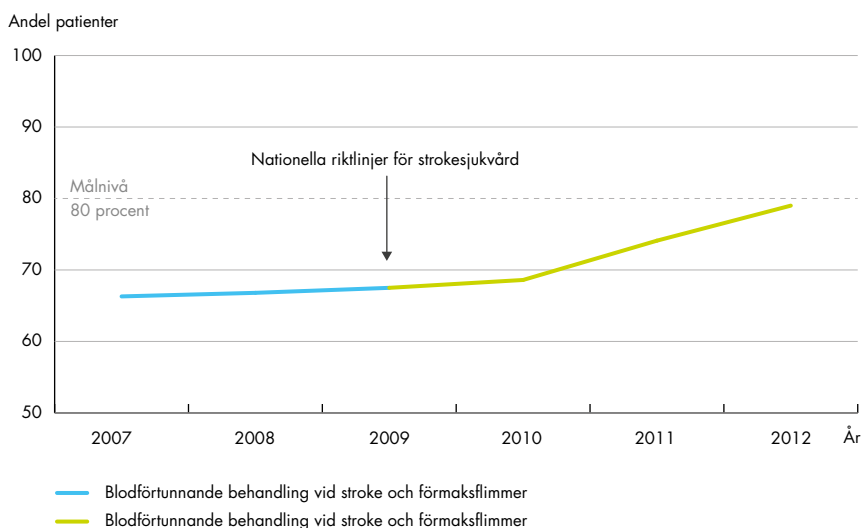
Det är sedan länge känt att det är en utmaning att omsätta forskningsresultat till klinisk praxis och påverka vården via riktlinjer (Bero 1998). Klinisk praxis påverkas av många olika faktorer och vårdpersonal exponeras dagligen för olika typer av influenser (Gabbay 2004). Utifrån litteraturen är det inte lätt att uppskatta vilken storlek på effekten av riktlinjer som kan förväntas. En sammanställning av 54 översiktsstudier visade att de flesta av de studerade interventionerna ledde till mer eller mindre förändring i klinisk praxis med en medeleffekt på 10 procent på huvudindikatorerna. De inkluderade studierna bedömdes dock vara av låg kvalitet (Grol 2003). I en annan översikt redovisades att 17 av 19 studier visade en effekt på åtminstone någon av de studerade struktur- eller processindikatorerna. Storleken på effekten i följsamhet till rekommendationerna varierade emellertid mellan 7 och 88 procent (Lugtenberg 2009). En viktig förutsättning för att få effekter av riktlinjer tycks vara att vården genomför fokuserade och väl designade interventioner. Enbart spridning av skriftligt material är enligt vetenskapen inte tillräckligt för att förändra praxis (Bero 1998, Grol 2003, Lugtenberg 2009). Nationella riktlinjers utformning skiljer sig åt mellan olika länder men ett flertal studier på populationsnivå ger en bild av en underanvändning av, det vill säga ett lågt genomslag för, denna typ av riktlinjer (Brown 2004, FitzGerald 2006, Gagliardi 2012, Latosinsky 2007, McGlynn 2003, Mensah, 2015). Förväntningarna på effekten, eller påverkansgraden, av Socialstyrelsens nationella riktlinjer måste alltså utifrån litteraturen sägas vara relativt låga.

3.2 KUNSKAPSBASERAD VÅRD – NATIONELLA RIKTLINJER HAR VISS EFFEKT PÅ VILKEN VÅRD PATIENTERNA GES

För att se om det skett förändringar i praxis efter det att en nationell riktlinje kommit jämfört med före, har vi analyserat trender över tid för 56 rekommenderade åtgärder med hög prioritet (1–3) och rekommendationer om att upphöra med vissa typer av åtgärder (icke-göra) (se tabell 1). Av dessa 56 visade 16 (29 procent) en förbättring efter det att nationella riktlinjer publicerats som föreföll avvika från den underliggande trenden. Bryter man specifikt ut de åtgärder som bör mönstras ut (icke-göra) uppvisar endast en av de sex studerade rekommendationerna en ökad utmönstring efter att riktlinjen publicerats (se tabell 1). Vi kunde också konstatera att den underliggande trenden för de flesta av de studerade processindikatorerna (77 procent) var positiv (eller negativ för icke-göra). Detta gällde även medicinska

resultat. Den positiva utveckling som redan ses för många indikatorer tycks alltså i begränsad utsträckning påverkas av att rekommendationer ges i nationella riktlinjer. I figur 5 presenteras ett exempel på trenden över tid för en rekommendation som vi bedömt påverkats av att en nationell riktlinje kommit.

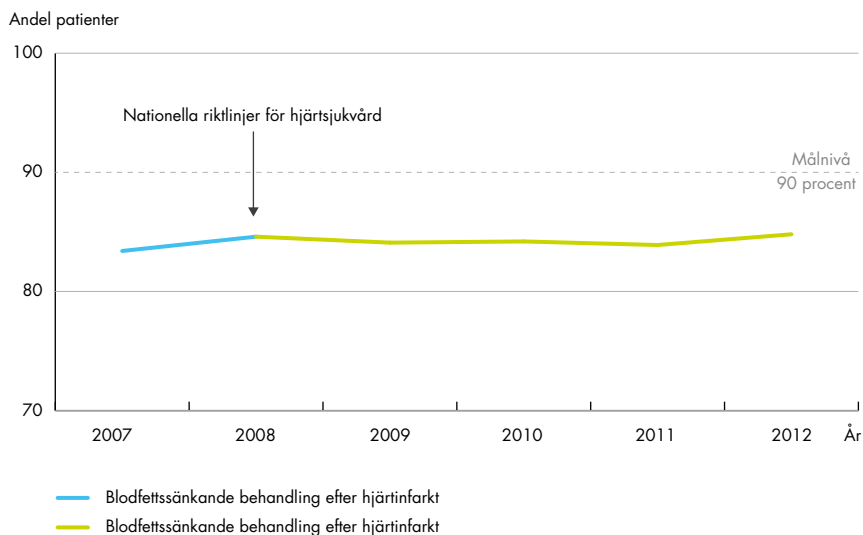
Figur 5. Kurvan visar en utveckling över tid för en rekommenderad åtgärd som vi bedömt har påverkats av att en nationell riktlinje kom 2009. Den aktuella åtgärden, blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer har prioritet 2 i den nationella riktlinjen för stroke-sjukvård.



Källa: Patientregistret, Läkemedelsregistret och Dödsorsaksregistret genom Öppna Jämförelser hälso- och sjukvård 2014.

I figur 6 presenteras i stället ett exempel på trenden över tid för en rekommendation som vi bedömt inte påverkats av att en nationell riktlinje kommit.

Figur 6. Kurvan visar en utveckling över tid för en rekommenderad åtgärd som vi bedömt inte påverkats av att en nationell riktlinje kom 2008. Den aktuella åtgärden, blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt har prioritet 1 i den nationella riktlinjen för hjärtsjukvård.



Källa: Patientregistret och Läkemedelsregistret genom Öppna Jämförelser hälso- och sjukvård 2014.

Resultatindikatorer som mäter medicinska resultat eller utfall av en viss process är än svårare metodologiskt att koppla till effekter av riktlinjernas rekommendationer eftersom ett stort antal faktorer påverkar utvecklingen. För att komplettera bilden av de nationella riktlinjernas påverkan på vården analyserade vi ändå trenden över tid för 44 resultatindikatorer. Elva av dessa (25 procent) uppvisade en förbättring efter det att nationella riktlinjer publicerats som föreföll avvika från den underliggande trenden.

Enligt Socialstyrelsens utvärderingar av områden som har nationella riktlinjer bedöms alla nationella riktlinjer ha haft effekter. Socialstyrelsen delar dock vår uppfattning att det ofta är svårt att isolera effekter av riktlinjerna från andra faktorer av betydelse. Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att många landsting har gjort insatser på central nivå för att stimulera tillämpningen av olika riktlinjer men att det behövs ytterligare insatser för att riktlinjerna ska få fullt genomslag ute i verksamheterna. Vissa av Socialstyrelsens analyser tyder på en lägre grad av införande av rekommendationerna inom den kommunala verksamheten.

3.3 JÄMLIK VÅRD – NATIONELLA RIKTLINJER HAR VISS EFFEKT PÅ SPRIDNINGEN MELLAN LANDSTING

I vår analys om skillnader mellan landsting i följsamhet till rekommendationerna kunde vi se en förbättring efter det att nationella riktlinjer publicerats som föreföll avvika från den underliggande trenden för 7 av 36 (19 procent) studerade processindikatorer. Vissa av de åtgärder som bör mönstras ut (icke-göra) minskar entydigt över landet men det finns också exempel på icke-göra som ökar i vissa landsting och minskar i andra. Skillnaderna mellan landstingen är alltså betydande för många av de studerade indikatorerna även om trenden går mot en minskad spridning.

Även Socialstyrelsen konstaterar i flera utvärderingar att stora skillnader mellan olika kommuner och landsting föreligger och att patienterna och brukarna därmed inte får tillgång till kunskapsbaserad vård och omsorg i samma utsträckning i hela landet.



Tabell 1. Tabellen visar antal tillstånds- och åtgärdspar inom respektive område, antal som ingår i vår analys, antal indikatorer kopplade till åtgärder med prioritet 1–3 samt antal icke-göra som visar påverkan av riktlinjen.

Riktlinje (publiceringsår för tillstånds- och åtgärdspar som används i analysen)	Antal tillstånds- och åtgärdspar	Rekommendation med prioritet 1–3				Rekommendation om icke-göra			
		Antal prio 1–3	Antal prio 1–3 som ingår i analysen	Antal indikatorer som visar påverkan av NR***		Antal icke-göra	Antal icke-göra som ingår i analysen	Antal indikatorer som visar påverkan av NR***	
				Användning av åtgärd	Skilnader mellan landsting			Användning av åtgärd	Skilnader mellan landsting
Astma KOL (2004)	58	30	0			0	0		
Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändrarmscancer (2014)*	91	8	0			5	0		
Bröstcancer									
Prostatacancer	97	10	3	3	**	17	1	0	1
Tjocktarms och ändrarmscancer	97	21	0			7	0		
Demens (2010)	157	77	6	1	**	19	0		
Depression och ångest (2010)	265	98	4	2	1	23	1	1	**
Diabetes (2010)	186	73	3	1	0	14	0		
Hjärtsjukvård (2008)	370	167	8	0	0	26	0		
Lungcancer (2011)	68	18	3	1	**	6	0		
Misbruk och beroende (2014)	133	48	0			10	0		
Palliativ vård (2013)	29	10	5	2	0/1**	3	0		
Rörelseorganens sjukdomar (2012)	274	25	2	1	2	47	4	0	2
Schizofreni läkemedel (2014)	34	13	0			0	0		
Schizofreni psykosociala insatser (2011)	41	20	0			0	0		
Sjukdomsförebyggande metoder (2011)	187	73	2	1	0	5	0		
Stroke (2009)	154	57	8	2	1/6**	22	0		
Tandvård (2011)	397	73	6	1	0/5**	10	0		
Totalt	2638	821 av 2638	50 av 821	15 av 50	4 av 31	214	6 av 214	1 av 6	3 av 5

NR = nationella riktlinjer.

* Riktlinjen som kom 2007 hade inga tillstånds- och åtgärdspar.

** Data på landstingsnivå saknas för en eller flera indikatorer.

*** Visar en förbättring efter det att nationella riktlinjer publicerats som förefaller avvika från den underliggande trenden

3.4 FÅ REKOMMENDATIONER GÅR ATT FÖLJA ÖVER TID

Den generella bilden är att datatillgången är mycket begränsad för denna typ av analys. Det är endast möjligt att följa en mycket liten andel av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna över tid (se tabell 1). Av de 2638 identifierade tillstånds- och åtgärdspar var 821 åtgärder med hög prioritet (prio 1–3) och 214 åtgärder som bör undvikas helt (icke-göra) (totalt 1035). För 56 av dessa 1035 (5 procent), var det möjligt att hitta nationella data för åren före och efter det att respektive nationell riktlinje kom. Tillgången på data skiljde sig mellan de olika riktlinjeområdena och saknades helt för några av områdena. I tabell 1 har vi delat upp riktlinjen för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer i tre vilket leder till att det sammanlagt blir 17 riktlinjeområden. Nationella data över tid för de mest prioriterade åtgärderna verkar helt saknas på sex av 17 riktlinjeområden. Vi har inte heller kunnat hitta denna typ av data för 11 av de 14 riktlinjeområden där det finns rekommendationer om icke-göra.

3.5 NATIONELLA RIKTLINJER ÄR INTE UTFORMADE FÖR ATT UNDERSTÖDJA EN PATIENTCENTRERAD VÅRD

Vårdanalys har i en rad rapporter (exempelvis 2012:5, 2014:1, 2014:2, 2015:1) belyst att svensk hälso- och sjukvård inte i tillräcklig utsträckning är patientcentrerad. Det är därför intressant att utifrån våra intervju- och workshopresultat föra ett resonemang kring om nationella riktlinjer kan vara ett instrument att bidra till utvecklingen på detta område. Riksrevisionen (2013) drog i sin rapport slutsatsen att staten kan använda nationella riktlinjer mer effektivt för att främja en vård som sätter patienten i centrum. I samband med att Riksrevisionen publicerade sin rapport invände Socialstyrelsen att nationella riktlinjer hade ett annat syfte än att bidra till en patientcentrerad vård (Holm & Eklund 2013). Mot denna bakgrund belyser vi nedan i vilken utsträckning nationella riktlinjer är utformade för att kunna bidra till en patientcentrerad vård utifrån det ramverk för patientcentrerad vård som vi utvecklat i en tidigare rapport (Vårdanalys 2012). Enligt ramverket är det lämpligt att analysera patientcentrerad vård utifrån fem dimensioner:

- Patienter som medaktörer i vården genom information och utbildning
- Respekt för patienters individuella behov, preferenser och värderingar
- Samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg
- Helhetssyn på patienter som människor med både medicinska och icke-medicinska behov



- Involvering av familj och närstående i vården enligt patientens önskemål

Vår analys pekar på att nationella riktlinjer i flera avseenden skulle kunna utvecklas för att bidra till bättre informerade och aktiva patienter och en mer samordnad vård och omsorg. Nationella riktlinjer är i dag primärt riktade till beslutsfattare, även om Socialstyrelsen också anger vårdpersonal, patienter och anhöriga som möjliga målgrupper. I våra intervjuer med patientföreträdare och vårdpersonal framkommer att nationella riktlinjer kan utgöra ett stöd för patienterna i mötet med vården och att de med stöd av riktlinjer lättare kan hävda sina intressen. Samtidigt konstateras att nationella riktlinjer inte är anpassade för att användas av patienter. Patientversioner har tidigare tagits fram för sju av riktlinjerna. Det görs inte längre och nu har i stället ett samarbete för patientinformation inletts med 1177 Vårdguiden (Socialstyrelsen 2015e). Patientens rätt till delaktighet och information är reglerad i patientlagen (2014:821) och ett avsnitt om vikten av god information och patientmedverkan finns som regel i inledningen till respektive nationell riktlinje. I våra intervjuer har det framkommit att det delvis upplevs som problematiskt att tilldela en prioriteringssiffra till åtgärder som redan är lagstadgade, vilket har lett till att specifika rekommendationer kring information och delaktighet till stor del saknas.

För att vara användbara för patienterna är det vidare problematiskt att riktlinjerna inte omfattar samtliga relevanta tillstånd och åtgärdspar inom ett område – utan bara sådana där det uppfattas finnas ett behov av vägledning. Det gör det utmanande för patienter och patientföreträdare att kunna få ett helhetsgrepp om området och vilka rekommenderade åtgärder som finns, som ett underlag för dialog med vården. Patientföreträdare vi intervjuat framförde kritik mot att det saknas rekommendationer på viktiga områden eftersom det kan vara svårt att få en behandling som det inte ges rekommendationer om.

Patienterna upplever också att prioriteringsskalan kan skapa problem i deras möte och dialog med vården. Trots att det framgår att riktlinjerna måste anpassas efter varje patients behov upplever patienter och patientföreträdare att åtgärder som ges en låg prioritet i nationella riktlinjer inte erbjuds, trots att det skulle kunna vara det mest ändamålsenliga i det enskilda fallet. Nationella riktlinjer är vidare inte utformade för att ge stöd till att anpassa vården efter olika gruppers behov och förutsättningar. Att nationella riktlinjer är uppbyggda kring enskilda tillstånds- och åtgärdspar, och gör nedslag i vårdprocessen i stället för att följa den, medför att de inte understödjer en sammanhållen vård och omsorg.

Trots den identifierade utvecklingspotentialen uppfattar patientföreträdare sammantaget nationella riktlinjer som värdefulla. Patientföreträdare menar att nationella riktlinjer bidrar till att sätta fokus på området och att de i förlängningen kan medföra att området prioriteras och tillförs resurser. De menar också att nationella riktlinjer kan fungera som ett underlag för dialogen med vården om en mer kunskapsbaserad och jämlik vård.





Utmaningar för ett statligt kunskapsstyrningsverktyg i ett decentraliserat system

Även om berörda aktörer har ett högt förtroende för nationella riktlinjer kan vi konstatera att arbetet med att ta fram och införa dem behöver utvecklas. Det är särskilt problematiskt att nationella riktlinjer inte på ett systematiskt sätt omsätts i ett kunskapsstöd som är ändamålsenligt i vårdmötet. Även om många aktörer som på olika sätt berörs av nationella riktlinjer gör ett förtjänstfullt arbete inom sina ramar och förutsättningar finns det betydande brister i hela processen, från framtagande av riktlinjerna till användning av kunskapen i vårdmötet. Ansvaret är utspritt på en lång rad aktörer och det saknas ett systematiskt och sammanhållet arbete med att ta fram nationellt kunskapsstöd, anpassa och införa det på regional nivå och lokal nivå, samt att arbeta med uppföljning och lärande.

Vi ser också att det behövs kunskapsstöd på långt fler områden än vad som i dag täcks av nationella riktlinjer. Våra analyser pekar på att processen för urval av riktlinjeområden inte är helt transparent och att processen inte involverar alla relevanta aktörer. Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer tar förhållandevis lång tid och därmed riskerar rekommendationerna att snabbt bli inaktuella. På många ställen i landstingen och kommunerna saknas dessutom ändamålsenliga verktyg för kunskapsstöd i patientmötet. För att verksamheter framgångsrikt ska kunna använda den samlade kunskapen i sitt förbättringsarbete behöver de även kunna följa sina egna resultat. Denna typ av uppföljning saknas ofta liksom väl utvecklade stödstrukturer för det verksamhetsnära förbättringsarbetet.

I det här kapitlet analyserar vi förutsättningarna för att ett statligt kunskapsstöd som nationella riktlinjer ska kunna påverka den vård patienter får. Analysen är baserad på intervjuer, litteraturstudier, vår internationella utblick (se bilaga, vardanalys.se), en workshop samt studiebesök. I analysen kartlägger och diskuterar vi steg för steg de utmaningar som finns i kedjan från urval av riktlinjeområden, framtagande, spridning, implementering, användning i patientmötet till uppföljning. Vi redogör även i separata avsnitt för intervjuresultat relaterade till kunskapsstyrning och Socialstyrelsens roll samt ger löpande förbättringsförslag och goda exempel.

4.1 OTYDLIG PROCESS FÖR URVAL AV RIKTLINJEOMRÅDEN

Ett beslut om att initiera arbetet med att ta fram nationella riktlinjer på ett nytt område är ibland ett resultat av ett regeringsuppdrag men vanligtvis är det Socialstyrelsen som väljer vilket område som ska få nya nationella riktlinjer (Socialstyrelsen 2014c). Socialstyrelsen har kriterier för urval av de områden som ska ges kunskapsstöd i form av nationella riktlinjer. Det handlar om områden som omfattar en stor patientgrupp med en svår kronisk sjukdom som tar omfattande resurser i anspråk. Omsorgens riktlinjeområden väljs utifrån liknande kriterier: en stor patient- eller klientgrupp med en svår sjukdom eller svåra problem (till exempel missbruk av alkohol). Det ska även finnas ett stort behov av vägledning hos beslutsfattare och profession (Socialstyrelsen 2014b).

I våra intervjuer framkommer att många patientgrupper är angelägna om att det tas fram nationella riktlinjer på deras område. Processen för urval, och hur man kan påverka den uppfattas dock som otydlig. Vissa andra länder, exempelvis Danmark och Finland, förefaller ha tydligare beskrivna processer för nominering och urval. I Finland har läkaresällskapet, som arbetar fram nationella riktlinjer, utvecklat ett prioriteringsverktyg för att utvärdera om ett område är lämpligt för en nationell riktlinje (Duodecim 2015a). I Danmark tar Sundhedsstyrelsen som ansvarar för att ta fram nationella riktlinjer, emot förslag på områden en gång per år. Deras process för val av område finns beskriven i en metodhandbok som publiceras på internet (Sundhedsstyrelsen 2014).

En kritik som frekvent återkommit under senare år är att riktlinjer finns på för få områden (Sprengel 2014). Våra intervjuer bekräftar behovet av nationella riktlinjer på fler områden och det påtalas att vården riskerar att bli mer ojämlig om stora patientgrupper lämnas utan nationella riktlinjer. De områden som får nationella riktlinjer ges relativt stor uppmärksamhet medan områden utan riktlinjer riskerar att uppfattas som lägre prioriterade. Avgränsningen

av ett riktlinjeområde ser olika ut i olika länder och Socialstyrelsens nationella riktlinjer är bredare andra länders riktlinjer. I vår enkät till kvalitetsregisterhållare som presenteras närmare nedan framkommer att 30 procent av de nationella kvalitetsregistren har nationella riktlinjer på det område som registret täcker. Sett till antal patienter är det rimligt att anta att en större andel berörs eftersom de områden som har nationella riktlinjer innefattar mycket stora patientgrupper. Vi kan dock konstatera att de andra länder vi studerat har betydligt fler nationella riktlinjer än Sverige. I Finland finns 97 nationella riktlinjer, i Norge 51 och i Danmark ska 50 nationella riktlinjer utarbetas mellan 2012 och 2016 (Helsedirektoratet 2015, Sundhedsstyrelsen 2015, Duodecim 2015a). National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i England, tar fram nationella riktlinjer som mest liknar de svenska, och har hittills utvecklat ca 200 nationella riktlinjer (NICE 2015, Socialstyrelsen 2015h).

4.2 GEDIGEN PROCESS FÖR ATT TA FRAM NATIONELLA RIKTLINJER

I framtagandeprocessen har såväl Socialstyrelsen som SBU sammanställt aktuell kunskap som underlag för nationella riktlinjer. SBU har under 2015 fått hela ansvaret för kunskapssammanställningen och resurser har överförts från Socialstyrelsen till SBU.

I vårt intervjumaterial framstår processen för att arbeta fram en riktlinje som gedigen och förtroendeingivande – men lång. Flera av dem vi intervjuat anser att riktlinjernas användbarhet begränsas av den långa processen eftersom de baseras på vetenskapliga studier som genomförts ett antal år tidigare och därmed riskerar att snabbt bli inaktuella. Sverige utmärker sig också internationellt genom att det tar relativt långt tid att framställa nationella riktlinjer. Socialstyrelsens mål för de nationella riktlinjerna för multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom som nu tas fram, är att processen ska kortas ned till två år. I de länder vi studerat i vår internationella utblick tar framställandeprocessen mellan nio och tjugofem månader (se bilaga, vardanalys.se).

Vår internationella utblick visar också att medan vi i Sverige tar fram varje riktlinje från grunden använder sig andra länder ofta av olika verktyg för att kvalitetsgranska och anpassa riktlinjer som tagits fram av en annan aktör, vilket förkortar processen (AGREE 2015, The ADAPTE Collaboration 2009). Om detta på något sätt påverkar kvaliteten på de slutliga riktlinjerna har vi inte studerat.

Flera intervjupersoner påpekade att det vore önskvärt om riktlinjerna



uppdaterades regelbundet. Det finns validerade metoder och verktyg för detta som används i andra länder och som eventuellt kunde vara intressanta även för Sveriges del (MAGIC 2015).

Socialstyrelsen och SBU använder liksom de flesta andra länder den så kallade GRADE-metoden för att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier. Där evidensen är bristfällig använder Socialstyrelsen ett konsensusförfarande bland experter för att bedöma om det råder enighet om en åtgärds effekt (Socialstyrelsen 2015d). Riksrevisionen kritiserade i sin rapport från 2013 Socialstyrelsens process för att riskera att missa aspekter som är viktiga för patienten om man allt för konsekvent håller sig till dessa metoder. Faktorer av betydelse för patienterna är inte alltid så väl studerade och kan sakna vetenskaplig evidens eller uppfattas som mindre viktiga av medicinska experter. De höga kraven på vetenskaplig evidens vid utformandet av riktlinjerna skulle alltså kunna leda till att vissa åtgärder som är viktiga för patienten, exempelvis olika typer av hjälpmedel, inte "platsar" i riktlinjerna eller att de ges låg prioritet (Riksrevisionen 2013). Denna uppfattning stöds i vårt intervjumaterial där patientföreträdare lyfter fram vikten av en mer systematisk involvering av patienter och brukare i arbetet. Socialstyrelsen har uppmärksammat denna fråga och arbetar nu inom ramen för ett regeringsuppdrag för att bättre ta tillvara patientperspektivet (Socialdepartementet 2013b). Det finns föregångsländer och även en handbok för hur man involverar patienter i riktlinjearbetet som är framtagen av det internationella riktlinjenätverket G-I-N (2012). Även de företrädare för olika professioner som vi intervjuat önskar få en mer tydlig roll i framtagandet av nationella riktlinjer och att samarbetet mellan Socialstyrelsen och specialitetsföreningarna kring olika former av riktlinjer bör utvecklas.

Den del av framtagandeprocessen som får mest kritik i våra intervjuer är prioriteringsförfarandet. Utgångspunkten för Socialstyrelsens uppdrag att utforma nationella riktlinjer för prioriteringsstöd var att skapa förutsättningar för en öppen och transparent prioriteringsprocess i vård och omsorg. Processen uppfattas dock av flera av intervjupersonerna som svår att förstå och tidskrävande. Det uppfattas som ottydligt hur experterna väljs ut till prioriteringsgruppen och man menar att prioriteringarna påverkas av vilka som sitter i gruppen. Även funderingar kring jäv togs upp. Att landstingsledningarna ibland inte känner till vilka experter från det egna landstinget som sitter med i riktlinjearbetet beskrevs som otillfredsställande av några intervjuade landstingsföreträdare.

4.3 FÖRVÄNTNINGARNA PÅ NATIONELLA RIKTLINJER STÄMMER INTE ALLTID MED SYFTET

Socialstyrelsen sprider de nationella riktlinjerna främst genom att diskutera remissversionen med landstings- och kommunföreträdare vid de regionala konferenser som landstingen och kommunerna anordnar samt genom att publicera riktlinjerna på sin hemsida. Många intressenter har enligt våra intervjuer ett högt förtroende för Socialstyrelsen och för riktlinjerna och därtill högt ställda förväntningar på vad nationella riktlinjer skulle kunna betyda för dem. Eftersom förtroende är en viktig komponent för följsamhet till riktlinjer är detta självfallet en mycket stark utgångspunkt. Många olika intressenter vill använda riktlinjerna men samtidigt upplevs det frustrerande att produkten inte är anpassad efter just deras behov. Deras specifika förväntningar infrias inte alltid fullt ut.

Intervjupersonerna har ofta en otydlig bild av vad de nationella riktlinjerna är. Flera av dem hade svårt att urskilja nationella riktlinjer från annat kunskapsstöd och publikationer till exempel Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer, Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, SBU:s och TLV:s publikationer eller Socialstyrelsens föreskrifter. Vi uppfattar vid våra dokumentstudier en viss otydlighet i kommunikationen från Socialstyrelsen som framhåller att nationella riktlinjers primära målgrupp är beslutsfattare så som politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer men också anger att vårdpersonal, patienter och anhöriga är möjliga målgrupper. Detta kan vara en kommunikationsfråga men kan också bero på att riktlinjernas syfte och avgränsningar inte helt tydligt har definierats. Sverige utmärker sig internationellt genom att de nationella riktlinjerna primärt är riktade till beslutsfattare. Det vanliga är annars att nationella riktlinjer är riktade till vårdpersonal (se bilaga, vardanalys.se).

Nationella riktlinjer har sedan nittioalet förändrats från att vara rekommendationer riktade till vårdpersonal till att bli prioriteringsstöd för beslutsfattare. Socialstyrelsens nuvarande arbete med nationella riktlinjer är reglerat i förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen. Enligt den ska myndigheten genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, samt ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt område. I Dagmaröverenskommelsen från år 2000 (regeringens skrivelse 1999/2000:21) fick Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera nationella riktlinjer med beslutsstöd för prioriteringar i syfte att ge vägledning på både politisk, administrativ och klinisk nivå. Ingen statlig aktör har i dag tagit över arbetet med att ta fram kunskapsstöd i form av



behandlingsrekommendationer riktade till vårdpersonal men vi tolkar det som att Socialstyrelsen inte genom sin instruktion är förhindrade att göra det. Landstingen har, som tidigare nämnts, i samverkan börjat ta fram nationella vårdprogram genom RCC i samverkan och nationella programråd (RCC 2015, SKL 2015a).

Nationella vårdprogram blev till nationella riktlinjer...

Av Dagmaröverenskommelsen (regeringens skrivelse 1995/96:122) framgår att Socialstyrelsen, efter samråd med bland annat företrädare för brukarorganisationer och professioner, skulle utarbeta så kallade nationella vårdprogram. De skulle innehålla specifika uppgifter om diagnostik, behandling, prevention, rehabilitering och mätbara kvalitetsindikatorer. Avsikten var att vårdprogrammen skulle tillämpas i hela landet och utgöra grunden för att patienter i hela landet skulle få tillgång till jämförlig vårdkvalitet och vårdinnehåll vid en allvarlig kronisk sjukdom. Det första nationella vårdprogrammet som utformades var för diabetes och var uppdelat i tre dokument för tre olika målgrupper: ett huvuddokument till personal inom hälso- och sjukvård, en sammanfattning till politiska och administrativa beslutsfattare samt ett informationsmaterial till patienter och deras anhöriga (Socialstyrelsen 1996). I Dagmaröverenskommelsen året efter (regeringens skrivelse 1996/97:66) anges att de nationella vårdprogramen har bytt namn till nationella riktlinjer för medicinsk praxis.

... som blev till prioriteringsstöd

Ett ökande behov av stöd vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården föranledde den så kallade Prioriteringsutredningen. Slutbetänkandet, *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5) följdes av propositionen, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60) som angav att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska göras medvetet, ske i en öppen process och vara baserade på tre etiska principer: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. I Dagmaröverenskommelsen (regeringens skrivelse 1999/2000:21) gavs Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram beslutsstöd och kunskapsunderlag som kan bidra till att prioriteringarna kan göras på ett öppet sätt enligt riksdagsbeslutets intentioner. Avsikten var att Socialstyrelsens samtliga nationella riktlinjer successivt skulle kompletteras med kunskapsunderlag som skulle ligga till grund för ställningstaganden till prioriteringar. Syftet var att ge vägledning på både politisk, administrativ och klinisk nivå. I och med detta påbörjade Socialstyrelsen ett systematiskt och långsiktigt metodutvecklingsarbete med att rangordna sina rekommendationer i en prioriteringsskala. När Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård publicerades första gången 2004 utgjorde de en helt ny typ av dokument med en ambition att påverka såväl klinisk som politisk beslutsnivå hos sjukvårdshuvudmännen (Garpenby 2007). På senare år har Socialstyrelsens riktlinjearbete snävats in ytterligare till att vara ett stöd för dem som fattar beslut om hur resurserna ska fördelas inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (Socialstyrelsen 2014a).

4.4 IMPLEMENTERING BEHÖVER SKE PÅ OLIKA NIVÅER

Det finns en stor mängd forskning kring implementering av riktlinjer som visar på varierande effekt av olika typer av interventioner (Lugtenberg

2009, Weinmann 2007). Ofta, men inte alltid, framhålls sammansatta interventioner med en kombination av flera olika komponenter som mest effektiva (Brusamento 2012, Francke 2008, Squires 2014). Effekten av olika typer av implementeringsstrategier är kontextberoende och ingen intervention kan förväntas fungera överallt (Grimshaw 2004). Många översiktsartiklar om implementering berör förändring av enskilda läkares beteende medan de bortser från vikten av sammanhang och organisation (Solberg 2000). En viktig förutsättning för att få effekter av riktlinjer tycks dock vara att vården genomför fokuserade och väl designade interventioner för att få all vårdpersonal att tillämpa riktlinjerna (Grol 2003). En svensk litteratursammanställning anger att strategier för implementering av ny kunskap som ligger nära slutanvändarna och som är väl integrerade i hälso- och sjukvårdsprocessen generellt har bäst effekt (Kardakis 2011). Enbart spridning av skriftligt material är inte tillräckligt för att förändra praxis (Bero 1998, Grol 2003, Lugtenberg 2009).

Implementering av de nationella riktlinjerna är främst en fråga för landstingen och kommunerna. Som tidigare beskrivits är de nationella riktlinjerna huvudsakligen ett stöd till beslutsfattare som i sin tur kan använda dem i prioriteringsarbete och som underlag för beslut om lokala riktlinjer. Dessa riktlinjer ska sedan användas av personalen som stöd för att kunna verka i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. De nationella riktlinjerna kan också i vissa fall användas direkt i vårdmötet. Vid sidan av den generella uppgiften i myndighetens instruktion att svara för kunskapsförmedling inom sitt område har Socialstyrelsen inget specifikt ansvar att se till att de nationella riktlinjerna blir implementerade. Man förfogar dock över vissa medel för implementeringsinsatser, som till exempel för sjukdomsförebyggande metoder, samt tillhandahåller implementeringsstöd via Kunskapsguiden på nätet (Socialstyrelsen 2015j, Socialstyrelsen 2015j).

4.4.1 Viktigt med prioriteringsstöd på ledningsnivå men skalan är svårtolkad

Prioriteringsskalan (1-10, FoU, icke-göra) används inte i de andra länder vi har studerat även om det förekommer att andra länder väljer att lyfta fram vissa rekommendationer framför andra. Vi har inte hittat några andra exempel där hälsoekonomi lika tydligt vägs in i prioriteringsförfarandet som i Sverige. I exempelvis England och Skottland presenteras de hälsoekonomiska bedömningarna separat från själva riktlinjerna (se bilaga, vardanalys.se).

Beslutsfattare vi intervjuat uppger att de uppskattar att få stöd i att göra



prioriteringar och att de använder nationella riktlinjer för att forma politiska viljeinriktningar och uppdrag till verksamheterna. I Socialstyrelsens utvärderingar rapporteras en hög användning på landstingsledningsnivå av vissa nationella riktlinjer. Flera landstingspolitiker vi intervjuat framhåller dock att de har ansvar för hela hälso- och sjukvården och inte bara de områden som har nationella riktlinjer. Av intervjuerna framkom att riktlinjer kan försvåra horisontella prioriteringar, alltså prioriteringar mellan olika områden när prioriteringsstöd ges på vissa områden men inte på andra. Prioriteringsskalan upplevs som svårtolkad och intervjuade politiker beskriver hur de tar stöd av lokal medicinsk expertis för att avgöra vilka prioriteringar som bör gälla i det egna landstinget.

I intervjuerna gavs exempel på att landsting i vissa fall bestämmer sig för att erbjuda patienterna åtgärder upp till en viss prioriteringssiffra och att exempelvis åtgärder med prioritetssiffra 7 till 10 inte alls erbjuds i landstinget. Att en åtgärd har fått låg prioritet betyder att patienter med det aktuella tillståndet generellt inte rekommenderas få en den åtgärden. Socialstyrelsen framhåller dock att avsteg från riktlinjerna kan behöva ske i enskilda patientfall (Socialstyrelsen 2010). För en enskild patient kan det alltså vara motiverat att ge en viss åtgärd trots att den har låg prioritet i riktlinjerna.

Bara cirka hälften av de verksamhetschefer som besvarat vår enkät anger att de tycker att nationella riktlinjer är ett bra stöd för att prioritera mellan åtgärder och för prioriteringar av verksamhetens resurser. I intervjuer med vårdpersonal framkommer dock att nationella riktlinjer även kan användas gentemot ledningen för att äska resurser för åtgärder som fått mycket hög prioritet i riktlinjerna.

4.4.2 Olika aspekter påverkar lokala och regionala prioriteringar

Ett enskilt landstings möjligheter att nedprioritera eller helt välja bort en specifik åtgärd har i realiteten begränsats i och med att vikten av en nationellt jämlik vård betonats i den nya patientlagen (2014:821). Lagen som trädde i kraft 1 januari 2015 anger att patienten har rätt att söka offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i vilket landsting den enskilde själv önskar. Syftet är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Hälsoekonomiska bedömningar av olika åtgärders kostnadseffektivitet är en viktig del i arbetet med nationella riktlinjer. Att ta beslut om åtgärder utan att ta hänsyn till alternativkostnaden – det vill säga att resurserna hade kunnat användas för att skapa hälsa på något annat sätt – är svårt att

motivera för beslutsfattare. Det kan alltså betraktas som logiskt att nationella riktlinjer som ska stödja beslutsfattande inte bara tar hänsyn till effektivitet utan även till kostnadseffektivitet. Dilemmat är att i praktiken beror beslut om prioriteringar på beslutsfattarens budget och preferenser. En nationell aktör, som Socialstyrelsen, har begränsad möjlighet att avgöra vilken betalningsvilja som landsting och kommuner har och det är landstingen och kommunerna som beslutar om skatteintäkter och hur resurserna ska användas. Det finns exempel på att landstingen eftersträvar att ta särskilt svåra prioriteringsbeslut gemensamt och kommer överens om att en prioritering bör gälla i hela landet. Nationellt ordnat införande av nya läkemedelsterapier är exempel på en sådan process (Stockholms läns landsting (SLL) 2015).

4.4.3 Nationella riktlinjer i olika mottagarstrukturer

Landstingens, regionernas och kommunernas strukturer för kunskapsstyrning och mottagande av nationellt kunskapsstöd i form av exempelvis nationella riktlinjer är olika väl utvecklade. Några har en väl etablerad struktur för att utforma politiska viljeinriktningar och uppdrag om exempelvis vårdprogram medan andra delvis saknar sådana strukturer. I överenskommelsen om vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2013 mellan staten och SKL enades parterna om en vidareutveckling av landstingens strukturer för kunskapsstyrning. Under 2012 hade ett så kallat programråd inom diabetesområdet etablerats på initiativ av NSK för att vidareutveckla landstingens gemensamma kunskapsstyrning (Socialdepartementet och SKL 2013). Under 2014 etablerades programråd även för strokesjukvård och astma-KOL-området (SKL 2015a). Andra nationella initiativ som stärker kunskapsstyrningen är satsningarna *Bättre liv för sjuka äldre* (2010–2014) och *Evidensbaserad praktik, kunskapsstyrning inom socialtjänsten* (SKL 2015d, 2015e).

Socialstyrelsens utvärderingar visar ett större genomslag på landstingsledningsnivå och ett lägre genomslag i patientmötet. Att nå ut i patientmötet är en betydligt mer komplex process och det innebär en större utmaning att utvärdera genomslaget i detta steg. Nedan ges ett par exempel.



Exempel 1: Diabetes

I utvärderingen av diabetesvården från 2011 anger Socialstyrelsen att beslutsfattarna i 20 av 21 landsting och regioner upplever att de har ett gott stöd av riktlinjerna när de ska formulera sina uppdrag. Ledningen i 17 av 21 landsting har tagit initiativ till en analys och konsekvensbeskrivning av riktlinjerna. Styrelsen eller nämnden i 11 landsting har fattat politiska beslut med stöd av riktlinjerna. Totalt har 15 regioner och landsting omsatt riktlinjerna i lokala eller regionala riktlinjer eller vårdprogram och 7 av dessa kommer att följa upp de eventuella satsningarna på lokal och regional nivå. Utvärderingen pekar emellertid på betydande skillnader i följsamhet mellan landstingens medicinkliniker samt mellan landstingens primärvårdsenheter (Socialstyrelsen 2011b).

Exempel 2: Depression och ångest samt schizofreni

Vad gäller de nationella riktlinjerna för depression och ångest hade ledningen i 14 landsting tagit initiativ till en analys och konsekvensbeskrivning av riktlinjerna medan sju av dessa hade fattat politiska beslut med stöd av riktlinjerna. I 14 av landstingen och regionerna hade andra delar av organisationen på ledningsnivå fattat beslut med stöd av riktlinjerna. Tolv av landsingen och regionerna anser att de nationella riktlinjerna ger tillräcklig vägledning för att användas i uppdragsbeskrivningar och styrning av primärvården och psykiatri. Tre landsting uppger att de nationella riktlinjerna har lett till organisatoriska förändringar inom primärvård eller psykiatri. Tre landsting uppger att de nationella riktlinjerna har lett till att de gjort ekonomiska omfördelningar för att finansiera införandet av riktlinjerna inom primärvården och psykiatri. I 12 landsting och regioner planeras att följa upp riktlinjerna i lokala och regionala utvärderingar. Inom fyra landsting och regioner har rekommendationer om "icke-göra" lett till att de inventerat förekomsten metoderna i landstinget. Socialstyrelsen drar slutsatsen att vården inte följer upp utmönstringen av ineffektiva metoder i tillräcklig utsträckning.

Totalt har 12 landsting och regioner omsatt riktlinjerna i lokala eller regionala riktlinjer eller vårdprogram. Socialstyrelsen konstaterar därför att patienterna och brukarna inte får tillgång till kunskapsbaserad vård och omsorg i den omfattning som behövs. Det finns oroväckande skillnader i hälsa, dödlighet och levnadsförhållanden som inte minskat. Över hälften av vårdcentralscheferna (57 procent) bedömde att de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom inte har föranlett några konkreta förändringar inom primärvården. För de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd var motsvande andel 82 procent. Drygt sju procent av primärvårdsenheterna har tagit fram en plan för implementering i samband med att riktlinjerna publicerades 2010. Strax under 10 procent uppgav att de nationella riktlinjerna lett till andra konkreta förändringar, som till exempel resursförstärkning kring psykologisk behandling, utbildning kring psykiatrisk diagnostik och bedömning av självmordsnära personer.

Av vårdcentralerna uppgav 34 procent att en eller flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna för depression och ångest har haft inverkan på verksamheten. Tre procent av vårdcentralerna bedömer att en eller flera rekommendationer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har haft inverkan på verksamheten. Av primärvårdsenheterna uppgav 28 procent att riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom omsatts i lokala riktlinjer och vårdprogram medan motsvarande andel för de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande endast var 7 procent.

Inom allmänpsykiatri angav drygt en tredjedel att riktlinjerna föranlett särskilda satsningar och 20 procent av verksamhetscheferna angav att verksamheten i stor omfattning lyckats implementera de nationella riktlinjerna i verksamheten (Socialstyrelsen 2013a).

4.4.4 Verksamhetschefer har ett högt förtroende för de nationella riktlinjerna men är till viss del tveksamma till användbarheten

Verksamhetschefer kan ses som nyckelpersoner i frågor om implementeringen av nationella riktlinjer. Svarsfrekvensen på den enkät vi skickade till verksamhetschefer var låg (26,7 procent). Resultaten kan alltså inte sägas representera vad verksamhetschefer i Sverige generellt anser om nationella riktlinjer utan beskriver vad de drygt 500 verksamhetschefer som besvarat enkäten anser. Totalt 72 procent av de verksamhetschefer som besvarat vår enkät anger att de har ett högt eller mycket högt förtroende för de nationella riktlinjerna. Sjuttiofyra procent anser att nationella riktlinjer har en positiv effekt för patienterna. Knappt 8 procent anser att de har en mycket positiv effekt medan nästa lika många anser att de inte har någon effekt för patienterna. Fyrtio procent anser att nationella riktlinjer leder till minskade ojämlikheter i vården. Enligt Socialstyrelsens utvärderingar uppfattar vården som regel de nationella riktlinjerna som relevanta och viktiga. Detta resultat får visst stöd i våra enkätresultat där drygt hälften (60 procent) av verksamhetscheferna anger att de nationella riktlinjerna omfattar de relevanta tillstånden och åtgärderna och att de innehåller det som är viktigt ur patientens perspektiv (58 procent). Sextiofem procent anser att nationella riktlinjer är uppdaterade och aktuella. Vad gäller användbarheten är det främst som stöd för att utveckla lokala vårdprogram som de nationella riktlinjerna uppskattas. Sextioåtta procent anser att riktlinjerna utgör ett bra eller mycket bra stöd i detta. Inte lika många tycker att de är ett bra stöd i patientmötet (48 procent). Runt hälften tycker att de nationella riktlinjerna är ett bra stöd för att prioritera mellan åtgärder och något färre tycker att de är ett bra stöd för prioritering av verksamhetens resurser. De verksamhetschefer som säger sig använda nationella riktlinjer är genomgående något mer positiva till riktlinjerna (se tabell 2).



Tabell 2. De verksamhetschefer som besvarat enkätens syn på nationella riktlinjer. Uppgifterna redovisas i andel som instämmer i hög eller mycket hög grad med redovisade påståenden.

Anser i hög eller mycket hög grad att nationella riktlinjer...	% av alla svar	% av de som använder nationella riktlinjer
(innehåll)		
...är uppdaterade och aktuella	65	74
...omfattar de relevanta tillstånden och åtgärderna på området	60	70
...innehåller det som är viktigt ur patientens perspektiv	58	67
(användbarhet)		
...är ett bra stöd för att utveckla lokala vårdprogram	68	77
...är ett bra stöd i patientmötet	48	55
...inte är ett bra stöd i patientmötet	12	11
...är ett bra stöd för att prioritera mellan åtgärder	46	53
...är ett bra stöd för prioritering av verksamhetens resurser	42	49

4.4.5 Verksamhetschefer använder nationella riktlinjer som underlag för lokala vårdprogram

I våra intervjuer och även i diskussioner om nationella riktlinjer har det framhållits att de nationella riktlinjerna inte är relevanta för situationen i primärvården. Detta reflekteras dock inte i enkätsvaren från verksamhetscheferna. Av de primärvårdschefer som besvarat enkäten anger 91 procent att de använder nationella riktlinjer i sin verksamhet. För de chefer i specialistvården som besvarat enkäten är siffran lägre (66 procent) vilket kan bero på att en större andel har angett att det inte finns nationella riktlinjer framtagna på deras område. Sammantaget anger 76 procent av verksamhetscheferna att de använder sig av nationella riktlinjer i sin verksamhet.

Det är mindre vanligt att man uppger sig använda de nationella riktlinjerna direkt i sin ursprungliga form (33 procent svarar att de gör det). I stället används nationella riktlinjer indirekt genom lokala vårdprogram (69 procent). Trettionio procent anger att de använder rekommendationerna som ges i nationella riktlinjer som grund för nationella vårdprogram och lika många att de använder indikatorerna som ingår för uppföljning av verksamheten. Trettioåtta procent anger att de använder nationella riktlinjer genom landstingets lista över rekommenderade läkemedel. Tio procent anger att de använder nationella riktlinjer genom beslutsstöd integrerade i journalen.

I våra intervjuer framkommer att även om verksamheten inte använder de nationella riktlinjerna i sin ursprungliga form så förutsätter vårdpersonalen att de ligger till grund för de lokala riktlinjer och vårdprogram de använder

och även att de ligger till grund för kommersiella webbaserade stöd så som *Internetmedicin.se*.

Den höga användningen av nationella riktlinjer som uppges bland verksamhetschefer stämmer väl överens med resultaten av den enkät Socialstyrelsen skickade ut 2012. Våra resultat är också i linje med Socialstyrelsens utvärderingar där det konstaterats ett högt genomslag på landstingsledningsnivå.

4.5 DE NATIONELLA RIKTLINJERNA I PATIENTMÖTET

De nationella riktlinjerna är inte utformade för att användas i patientmötet utan för att ligga till grund för prioriteringar, vårdprogram och behandlingsriktlinjer. Värde för patienterna skapas fullt ut först då relevant kunskapsstöd finns tillgängligt i vårdsituationen.

4.5.1 Vårdpersonalen måste förstå, vilja och kunna följa riktlinjerna

En vetenskaplig teori kring användning av riktlinjer visar att om människor ska följa en riktlinje krävs att de för det första *förstår* riktlinjens intention, vad deras egen uppgift i sammanhanget är och vad de ska göra för att agera i linje med riktlinjen. För det andra måste de *kunna* agera enligt riktlinjen. Det kräver att de har tillräckliga resurser, organisatoriska möjligheter och tid samt att de känner till att riktlinjerna finns och vad de innehåller. Slutligen måste de *vilja* agera i enlighet med de rekommendationer som ges i riktlinjen. Det kräver att de känner förtroende för den, känner att den inte påverkar deras yrkesverksamhet negativt och att de har incitament för att följa dem (Lundquist 1984, Vengberg 2012, Winblad-Spångberg 2003). Effekten av olika typer av implementeringsstrategier är kontextberoende och ingen intervention fungerar överallt (Grimshaw 2004). Många vetenskapliga studier utvärderar dock förändring av enskilda läkares beteende medan de bortser från vikten av kontext och organisation (Solberg 2000).

Det är svårt att driva förändringsarbete i sjukvårdssammanhang, och därmed en utmaning att implementera kunskapsstöd i form av exempelvis nationella riktlinjer. En svårighet handlar om att det i vårdorganisationerna både finns en medicinsk-professionell och en administrativ hierarki med olika perspektiv och delvis skilda värderingar och olika förståelse för verksamheten (Abbott 1988 och Glouberman & Mintzberg 2001 via Källberg 2013). De professionella grupperna har ofta fokus på den *enskilda patienten*, och vill ge bästa möjliga vård och omsorg. Politik och administration har fokus på



patienter, exempelvis alla som står i vårdköer. Ibland kan dessa perspektiv stå i motsatsförhållande. Ett sådant exempel är när en riktlinje ger låg prioritet till en effektiv behandling på grund av att den inte är kostnadseffektiv. Kritiker menar att det inte är lämpligt att använda evidensbaserad medicin för att skära ner kostnader eftersom målet är att åstadkomma bästa möjliga livskvalitet för den enskilde patienten (Sackett m.fl. 1996). En svensk litteratursammanställning anger att strategier för implementering av ny kunskap som ligger nära slutanvändarna och som är väl integrerade i hälso- och sjukvårdsprocessen generellt har bäst effekt (Kardakis 2011).

4.5.2 Beslutsstöd behövs i patientmötet

Kunskapsmassan inom vård och omsorg växer i en allt snabbare takt och därmed ökar behovet av evidensbaserade beslutsstöd för vård- och omsorgspersonal (Nilsen 2014). De nationella riktlinjerna utgör idag ett centralt kunskapsstyrningsverktyg men genomslaget är relativt svagt även för högt prioriterade åtgärder. Ett av skälen till detta är att vården i stort sett genomgående saknar ändamålsenliga verktyg för att göra kunskapen tillgänglig i vårdsituationen.

I dag finns emellertid teknik för att olika typer av elektroniska beslutsstöd ska kunna bli direkt användbara i vårdsituationen. SBU har sammanfattat kunskapsläget och konstaterar att beslutsstödssystem som inte bara riktar sig till vårdpersonal utan även till patienter är effektivare än de som riktar sig enbart till vårdpersonal. En annan framgångsfaktor är att vårdpersonalen avkrävs en motivering om de väljer att avvika från råd och varningar i systemet. Tvärt emot vad man tidigare trott har system som infogar påminnelser och varningar i arbetsflödet mindre sannolikhet att vara effektiva (SBU 2015). Det pågår arbete för att tillgängliggöra rekommendationerna i nationella riktlinjer i form av öppna data. På så vis kan rekommendationerna göras mer åtkomliga i verksamhetssystem och e-tjänster (Socialdepartementet 2014a).

De intervjupersoner som förväntar sig att de nationella riktlinjerna, trots Socialstyrelsens information om annat syfte, ska fungera som ett beslutsstöd i patientmötet uppger att de nationella riktlinjerna inte är användarvänliga. Vidare framkommer kritik mot att de nationella riktlinjerna inte är tillräckligt anpassade till den faktiska vårdsituationen utan upplevs göra nedslag i vårdprocessen i stället för att följa den. Vissa upplever det också problematiskt att riktlinjerna inte innehåller alla relevanta tillstånd och åtgärder på området. Vidare uppges av vissa att riktlinjerna har ett för medicinskt fokus som inte innefattar exempelvis omvårdnad och rehabilitering i tillräckligt stor

utsträckning. Att riktlinjerna tar lång tid att ta fram och implementeras också upp av många av intervjupersonerna. De menar att riktlinjerna redan är inaktuella när de når vårdgolvet eller att de i praktiken blir en bekräftelse på vad vårdpersonalen redan gör.

Intervju personer från primärvård och sjukhusens medicinkliniker träffar många olika typer av patienter som ofta har flera olika sjukdomar. Att använda de nationella riktlinjerna beskrivs då som extra utmanande eftersom flera olika dokument måste kombineras. Behovet av ett fungerande kunskapsstöd eller beslutsstöd för primärvården är något som har diskuterats en längre tid (Health Navigator 2015, Olson 2009). Staten och SKL har kommit överens om att SKL under 2015 ska genomföra ett förarbete som syftar till att undersöka hur diagnos- och behandlingsrekommendationer kan tas fram och förvaltas nationellt samt hur ett sådant arbete långsiktigt kan finansieras av landstingen. Arbetet ska ske i samverkan med bland annat landstingen, professionsföreträdare och berörda myndigheter (Socialdepartementet och SKL 2015). Socialstyrelsen har fått i uppdrag att strukturera och anpassa nationella riktlinjer för olika kroniska sjukdomar till förutsättningarna i primärvården (Socialdepartementet 2014b). Det finns exempel på hur kunskapsstöd kan göras tillgängligt i vårdmötet. Ett sådant exempel är beslutsstödet *Evidence-Based Medicine Electronic Decision Support* (EBMeDS) som utvecklats av Duodecim i Finland (Duodecim 2015c).

I våra intervjuer med patientföreträdare och vårdpersonal framkommer att nationella riktlinjer kan utgöra ett stöd för patienterna i mötet med vården och att de med stöd av riktlinjer lättare kan hävda sina intressen. Men, som vi redogjort för ovan, är inte nationella riktlinjer utformade för att understödja en patientcentrerad vård. De intervjuade patientföreträdarna framhåller också att inte alla patienter känner till att nationella riktlinjer finns. Fyrtiotvå procent av de verksamhetschefer som besvarat vår enkät uppger att de anser att nationella riktlinjer i hög eller mycket hög utsträckning kan stärka patienten i mötet med vården. En knapp majoritet (58 procent) av verksamhetscheferna ansåg att de nationella riktlinjerna innehåller det som är viktigt ur patientens perspektiv (se tabell 2).

Rekommendationer i nationella riktlinjer ges för hela patientgrupper. Socialstyrelsen framhåller att avsteg från riktlinjerna kan behöva ske i enskilda patientfall (Socialstyrelsen 2010). I intervjuerna framkommer en viss osäkerhet kring hur prioriteringsskalan ska tolkas och användas i praktiken. Det finns exempel på att patienter upplevt att läkaren i en enskild vårdssituation tillämpat rekommendationerna alltför strikt. Patienter beskriver att de nekats en vårdåtgärd med motiveringen att den har låg prioritet.



4.6 UPPFÖLJNING ÄR EN VIKTIG DEL

Varje nationell riktlinje åtföljs av ett antal indikatorer för uppföljning och Socialstyrelsen gör en uppföljning av området två år efter att riktlinjen har kommit. Det är lättare att hitta data på nationell nivå för de områden som har nationella riktlinjer än för områden som inte har riktlinjer. De nationella riktlinjerna har bidragit till förbättrade möjligheter att följa den utvecklingen avseende vårdprocesser och vårdkvalitet på de områden som omfattas av riktlinjerna. I andra länder är det ovanligt att nationella riktlinjer följs upp (se bilaga, vardanalys.se).

4.6.1 Verksamhetsnära uppföljning viktig men saknas ofta

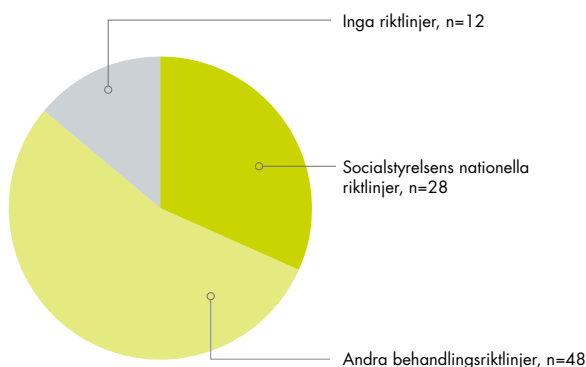
Att låta rekommendationerna i nationella riktlinjer ligga till grund för verksamheternas förbättringsarbete underlättas om verksamheterna har tillgång till aktuella data om den egna verksamhetens resultat. Den sortens uppföljning görs långt ifrån i alla verksamheter och understöds inte heller alltid av fungerande IT-system. Av våra intervjuer framkommer att Socialstyrelsens indikatorer och uppföljningar kan upplevas vara mer av allmänintresse än praktiskt användbara för verksamhetsutveckling. Intervjupersonerna ser behov av tillgång till lokalt nerbrutna och aktuella data från kvalitetsregistren. Här framhålls Nationella Diabetesregistret som ett gott exempel eftersom de anslutna verksamheterna ges tillgång till aktuella data nedbrutet på enhetsnivå (Nationella Diabetesregistret 2015). Att det ofta tar lång tid innan kvalitetsregisterdata blir tillgängliga lokalt och att registren därför har en begränsning i hur väl de kan användas som stöd för förbättringsarbete framhölls även i Vårdanalys rapport *Registrera flera eller analysera mera* (Vårdanalys 2014).

Verksamhetschefernas enkätsvar stödjer bilden av att tillgången på data brister och även att kunskap för att analysera data, sätta mål och följa utvecklingen saknas. Verksamhetscheferna anger i enkäten att nationella riktlinjer i mindre utsträckning än många andra faktorer påverkar deras förbättringsarbete och svarar själva att "vi saknar analyskompetens i förbättringsarbetet". En stor majoritet av cheferna menar att de endast har tillgång till data gällande "ekonomi", "tillgänglighet" och "medarbetarnas tillfredsställelse". Att verksamhetscheferna saknar information bland annat om följsamhet till vårdprogram och riktlinjer, medicinska resultat och patienters upplevelse innebär avsaknad av goda förutsättningar för ett kunskapsbaserat förbättringsarbete.

4.6.2 Kvalitetsregistren är kopplade till riktlinjer men inte alltid till de nationella riktlinjerna

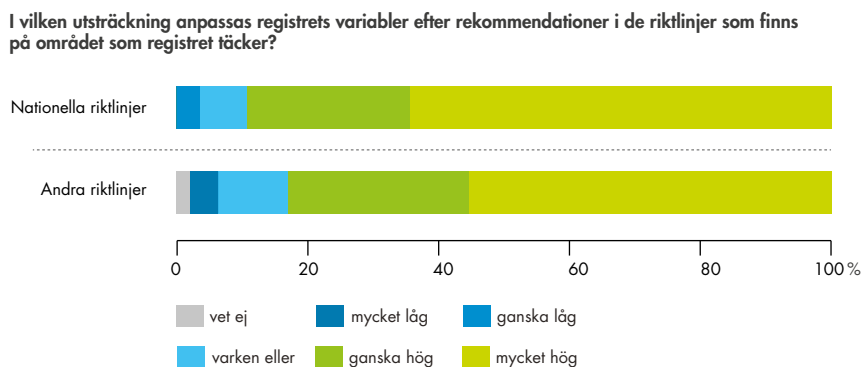
I vår enkät till kvalitetsregisterhållare svarade 28 av 88 (30 procent) att det finns nationella riktlinjer från Socialstyrelsen på det område som registret täcker. Fyrtioåtta registerhållare (52 procent) svarade att det finns andra behandlingsriktlinjer och 12 registerhållare (13 procent) svarade att registret inte täcks av vare sig nationella riktlinjer eller andra behandlingsriktlinjer (se figur 7). Exempel på andra behandlingsriktlinjer eller rekommendationer som nämndes var nationella, skandinaviska och europeiska vårdprogram, rekommendationer från SBU och Läkemedelsverket, specialistföreningars riktlinjer, kvalitetsregistrets egna riktlinjer och internationell konsensus.

Figur 7. Typ av riktlinjer som finns inom det område som kvalitetsregistret täcker.



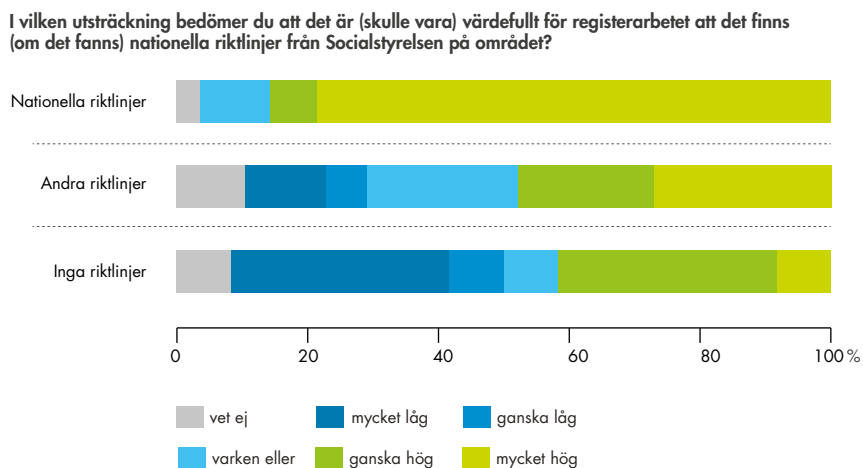
Av de 28 register som angav att de arbetar inom ett område som har nationella riktlinjer från Socialstyrelsen angav närmare 90 procent att de i hög grad anpassar registrets variabler efter de indikatorer som finns framtagna inom ramen för riktlinjearbetet. För de fyrtioåtta som angav att de har andra riktlinjer var siffran nästan lika hög (81 procent) (se figur 8).

Figur 8. Andel registerhållare som anger att de i olika utsträckning anpassar registrets variabler efter riktlinjer. Svaren är uppdelade på de områden som anger att det har nationella riktlinjer och de som har andra riktlinjer.



Av de som angav att de har nationella riktlinjer svarade en stor majoritet av kvalitetsregisterhållarna (86 procent) att de i hög grad anser det värdefullt för registerarbetet att det finns nationella riktlinjer på området. För de 60 som inte har nationella riktlinjer på sitt område svarade en lägre andel (47 procent) att det skulle vara värdefullt om det fanns nationella riktlinjer på området (se figur 7, staplarna för *Andra riktlinjer* och *Inga riktlinjer*). En betydande andel av de som arbetar inom ett område som har andra riktlinjer än nationella riktlinjer, eller som inte har några riktlinjer, angav att det i ganska eller mycket låg grad skulle vara värdefullt för registerarbetet om det fanns nationella riktlinjer från Socialstyrelsen på området (se figur 9).

Figur 9 Andel kvalitetsregisterhållare som i olika utsträckning bedömer att det är, eller skulle vara värdefullt med nationella riktlinjer på registrets område. Svaren är uppdelade på de områden som har nationella riktlinjer, de som har andra riktlinjer och de som saknar riktlinjer.



4.7 SPLITTRAD STATLIG KUNSKAPSSTYRNING RISKERAR ATT BEGRÄNSA GENOMSLAGET

Redan på 1970-talet myntade Simon begreppet ”uppmärksamhetsekonomi” för att beskriva hur människors uppmärksamhet blir en bristvara om informationsflödet blir stort (Simon 1971). Begreppet är knappast mindre aktuellt i dag och all kunskapsstyrning måste lösa det fundamentala problemet att tränga igenom bruset och få användarens uppmärksamhet. Av våra intervjuer framgår att intervjupersonerna förväntar sig att kunskapsstöd från olika nationella aktörer hänger ihop. Exempel ges dock, främst inom läkemedelsområdet, på när kunskapsstyrning från olika myndigheter inte är samordnade. I Läkemedelsindustriföreningens (LIF) remissvar kring remissversionen av nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2015 noterar LIF att det förekommer rekommendationer av läkemedel utanför godkänd indikation samtidigt som registrerade läkemedel saknas i tillstånds- och åtgärdslistan (LIF 2015). Detta menar LIF skapar osäkerhet kring ansvarsfrågan vid användning av läkemedlet eftersom de tolkar det som att Socialstyrelsen i praktiken överprövar Läkemedelsverkets godkännande och uppmuntrar till användande av ett läkemedel utanför dess indikation. Det läkemedelsföretag som säljer läkemedlet i fråga kan inte heller ta ansvar för, eller ens uttala sig om användning utanför den godkända indikationen på grund av ett strikt regelverk.



Intervjupersonerna har som tidigare nämnts ofta en otydlig bild av vad de nationella riktlinjerna egentligen är och flera intervjupersoner hade svårt att urskilja nationella riktlinjer från andra kunskapsstöd och publikationer, till exempel Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer, Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, SBU:s kunskapsöversikter eller Socialstyrelsens föreskrifter. Ett annat exempel som kommer upp i våra intervjuer är att det är förvirrande att flera olika myndigheter gör hälsoekonomiska bedömningar på samma områden. I vissa fall kommer de fram till olika bedömningar för att de använder olika grundmaterial eller tolkar dessa olika. Exempel på detta finns beskrivet i Vårdanalys rapport om nyttan av hälsoekonomiska bedömningar av medicinteknik (Vårdanalys 2015).

En angränsande fråga som diskuterades i våra intervjuer var att de olika myndigheterna använder sig av samma experter när de tar fram underlag för kunskapsstyrning inom ett område. Detta framhölls som positivt av någon intervjuperson eftersom det uppfattades leda till en större överensstämmelse mellan produkterna medan andra menade att detta ledde till en överbelastning av och konkurrens om vissa medicinska experters tid.

4.7.1 För- och nackdelar med att Socialstyrelsen gör de nationella riktlinjerna

Socialstyrelsen ska enligt budgetpropositionen för 2015 vara navet i den statliga kunskapsstyrningen (prop. 2014/15:1 utg.omr. 9 avsnitt 4.6.3). Det är tydligt i våra intervjuer att Socialstyrelsen och nationella riktlinjer åtnjuter ett högt förtroende bland intervjupersonerna. Även en stor andel (72 procent) av de verksamhetschefer som besvarat vår enkät sade sig ha högt eller mycket högt förtroende för nationella riktlinjer. Positiva aspekter som framhålls i intervjuerna är att det ger tyngd åt riktlinjerna att en myndighet är avsändare. Några intervjupersoner menar att det skyddar mot otillbörlig påverkan från intressenter med olika egenintressen och att det underlättar multiprofessionell samverkan. Socialstyrelsen upplevs som oberoende och någon menade att det kan vara en fördel att, så som en myndighet gör, befinna sig på visst avstånd från patienten när man ska ta obekväma prioriteringsbeslut.

De negativa aspekter som togs upp i intervjuerna var att Socialstyrelsen beskrevs som en otillgänglig och tungrodd myndighet som är svår att påverka. Det framstod som otydligt för vissa hur berörda aktörer kan få insyn och möjlighet att medverka i processen. Både företrädare för patientorganisationer och professionsorganisationer uttryckte, som tidigare nämnts, en önskan om att få en tydligare roll i processen. Några intervjupersoner tyckte att det var

ologiskt att Socialstyrelsen gör de nationella riktlinjerna när de inte själva har kompetensen utan ändå måste ta in experter från professioner utifrån. Det framfördes också att Socialstyrelsen som statlig myndighet inte har ansvar för att ta de nationella riktlinjerna hela vägen fram till patienten och heller inte har beslutanderätt över landstingen och kommunernas budgetar.





Slutsatser

VISSA POSITIVA EFFEKTER MEN ETT OTILLRÄCKLIGT STÖD

Vår uppföljning visar att de nationella riktlinjerna i viss mån bidrar till att göra vården mer kunskapsbaserad, men att det fortfarande är långt ifrån all vård som baseras på bästa tillgängliga kunskap. Vi bedömer vidare att riktlinjerna bidrar till att göra vården mer jämlik men att betydande och omotiverade skillnader kvarstår. I sin nuvarande utformning understödjer inte riktlinjerna i tillräcklig utsträckning en patientcentrerad vård. Det saknas robusta strukturer och processer för att ta vidare, implementera och följa upp nationella riktlinjer i vårdens vardag. I dagens system för kunskapsstyrning görs i många delar ett förtjänstfullt arbete på såväl nationell som regional och lokal nivå – men systemet hänger inte ihop.

- *Nationella riktlinjer bidrar i viss mån till en mer kunskapsbaserad vård*
Våra resultat pekar mot att de nationella riktlinjerna i viss mån har lett till en mer kunskapsbaserad vård. För knappt en tredjedel av de studerade rekommendationerna visar analyserna en förbättring åren efter att en riktlinje publicerats, som inte kan förklaras av den underliggande trenden. Vi kan även konstatera förekomst av bristande följsamhet till rekommendationer om att helt avstå från en viss behandling ("icke-göra"). Att ett riktlinjearbete påbörjas skapar ett mervärde i sig. Riktlinjeområdet får ett ökat fokus i vården, och en anpassning till de kommande rekommendationerna har i viss mån förutsättningar att påbörjas redan innan riktlinjerna publiceras. Riktlinjerna kan också lägga grunden till ett mer systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete, inte minst genom att indikatorer och målnivåer tas fram. Genomslaget för rekommendationerna varierar dock mellan olika riktlinjeområden. En genomgång av den vetenskapliga litteraturen visar att det är en betydande utmaning att nå



ut med evidens och påverka praxis genom riktlinjer. Med tanke på dessa svårigheter är genomslaget för de nationella riktlinjerna troligen i linje med vad som kunde förväntas. Vi kan också konstatera att endast 5 procent av de högst prioriterade åtgärderna gick att följa upp med nationella data för åren före och efter att respektive nationell riktlinje tillkom.

► *De geografiska skillnaderna i vården minskar men de nationella riktlinjerna har en begränsad påverkan på utvecklingen*

Flera tidigare utvärderingar har visat på stora skillnader i hur olika kommuner och landsting följer rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Det betyder att patienterna och brukarna inte får tillgång till kunskapsbaserad vård och omsorg i samma utsträckning i hela landet. Vi har en underliggande trend av minskade skillnader mellan landstingen. För knappt en femtedel av rekommendationerna minskade skillnaderna mellan landstingen snabbare åren efter att en riktlinje publicerats än innan. Skillnaderna i följsamhet är alltså betydande mellan landstingen. Vissa av de åtgärder som bör mönstras ut (icke-göra) minskar entydigt över hela landet men det finns också exempel på att sådana åtgärder som inte bör utföras (icke-göra) ökar i vissa landsting och minskar i andra.

► *Det behövs olika typer av kunskapsstöd och en mer utvecklad struktur*

Vi kan konstatera att nationella riktlinjer har ett högt förtroende hos berörda aktörer. Ändå brister landstingens och kommunernas arbete med att införa och följa upp de rekommendationer som ges i riktlinjerna. Att ge beslutsfattare prioriteringsstöd för resursfördelning är angeläget i sig. Sverige är relativt ensamt om att ha beslutsfattare som primär målgrupp för riktlinjer – det vanliga är att målgruppen är vårdpersonal. Beslutsfattare värdesätter stöd för resursfördelning men menar också att prioritering mellan olika områden kan försvåras. Prioriteringsskalan upplevs av många som svårtolkad och kan även bidra till förvirring om vad som bör respektive inte bör göras. Cirka hälften av de verksamhetschefer som besvarat vår enkät anger att de tycker att nationella riktlinjer är ett bra stöd för att prioritera mellan åtgärder och för prioriteringar av verksamhetens resurser.

Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna når inte vårdpersonalen och patienterna i tillräcklig utsträckning. Många aktörer gör ett fullgott arbete inom sina ramar och förutsättningar, men processen tenderar att avstanna i en kedja där många olika aktörer ansvarar för olika delar av genomförandet. Vissa regioner och landsting har utvecklat

mottagarstrukturer för nationella riktlinjer men vårt huvudsakliga resultat är att det finns stora variationer och bristande systematik i arbetet.

Det finns behov av kunskapsstöd som är mer heltäckande och som tydligare följer vårdens processer och patientens väg genom vården. Kunskapsstödet behöver också vara lätt att använda i vårdens vardag. Det är också viktigt att verksamheterna kan följa sina egna resultat för att effektivt kunna använda den samlade kunskapen i sitt lokala förbättringsarbete. Denna typ av uppföljning saknas ofta och mer utvecklade stödstrukturer behövs för det verksamhetsnära förbättringsarbetet.

Vidare kan vi konstatera att det behövs kunskapsstöd på långt fler områden än vad som i dag täcks av de nationella riktlinjerna. Även om Socialstyrelsens nationella riktlinjer täcker breda områden så finns nationella riktlinjer på färre områden i Sverige än i andra jämförbara länder. Kanada och Norge har nationella riktlinjer på ett femtiotal områden, Finland på nästan hundra och England på uppemot tvåhundra områden. Våra analyser pekar även på att processen för urval av riktlinjeområden inte är tillräckligt transparent och att den inte involverar alla relevanta aktörer. Vi kan också konstatera att Socialstyrelsens arbete med framtagandet av nationella riktlinjer tar förhållandevis lång tid jämfört med andra länder vilket riskerar att snabbt göra rekommendationerna inaktuella.

► *Vården behöver ett kunskapsstöd som understödjer en patientcentrerad vård*

De nationella riktlinjerna är i dag inte utformade för att understödja en patientcentrerad vård. Ett kunskapsstöd som ska stärka patienternas och patientorganisationernas möjlighet till delaktighet och inflytande behöver vara mer heltäckande i sina rekommendationer inom ett område. Det behöver också stödja en samordnad vård genom att täcka in hela vårdprocesser, och understödja en mer individualiserad behandling som är anpassad efter patientens behov och förutsättningar. Dessutom behöver kunskapsstödet målgruppsanpassas, och patienterna och deras organisationer behöver involveras på ett ändamålsenligt sätt i arbetet med att ta fram, sprida, implementera och följa upp kunskapsstödet rekommendationer.





Rekommendationer

REGERINGEN BÖR TILLSAMMANS MED HUVUDMÄNNEN UTVECKLA EN STRATEGI FÖR ETT ÄNDAMÅLSENLIGT KUNSKAPSTÖD TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Vi har identifierat ett flertal förbättringsområden för ett mer effektivt arbete med nationella riktlinjer. Med utgångspunkt i dessa skulle det vara möjligt att rikta rekommendationer till specifika aktörer som vi menar skulle kunna ta arbetet vidare på olika sätt. Det skulle exempelvis kunna handla om att Socialstyrelsen utvecklar sina processer för att initiera, ta fram, sprida och uppdatera nationella riktlinjer. Socialstyrelsen skulle också kunna se över utformningen av nationella riktlinjer, inklusive prioriteringsskalan, för att göra dem mer målgruppsanpassade. Vi skulle också kunna rikta rekommendationer till landstingen och kommunerna om att de behöver utveckla sitt arbete med att systematiskt ta emot, anpassa, implementera och följa upp nationella kunskapsstöd.

Vår sammanvägda bedömning är dock att det i första hand behövs en sammanhållen och långsiktig strategi för att etablera ett mer välfungerande system för kunskapsstöd. I stället för att ge specifika rekommendationer till olika aktörer väljer vi därför att rikta en mer övergripande rekommendation till regeringen. Regeringen har redan tagit flera initiativ till att stärka den nationella kunskapsstyrningen, med initialt fokus på att förbättra samordningen mellan de statliga myndigheterna och utveckla dialogen med huvudmännen. Vi menar att det arbetet behöver tas vidare och fokusera på att kunskapen i ökad utsträckning ska nå ut till vårdpersonalen och patienterna. Det är i vårdmötet, i samverkan mellan vårdpersonal och patient, som kunskapen ska omsättas i praktiken och först när kunskapen når ut till patientmötet kan den på allvar bidra till en mer kunskapsbaserad, jämlik och patientcentrerad vård.

Utgångspunkterna för en kunskapsstödsstrategi för vården bör vara följande:

- ▶ *Arbetet på nationell, regional och lokal nivå måste hänga ihop*
En kunskapsstödskedja behöver utvecklas där arbetet på nationell, regional och lokal nivå hänger ihop på ett mer systematiskt sätt än i dag. Ansvar på olika nivåer behöver tydliggöras och robusta strukturer och processer för att ta fram, sprida, anpassa, implementera och följa upp ett ändamålsenligt kunskapsstöd behöver utvecklas.
- ▶ *Ett kunskapsstöd som är ändamålsenligt för vårdens professioner och patienterna måste prioriteras*
Det är i mötet mellan professioner och patienter som kunskapen i slutändan ska omsättas i praktiken. Därför är framtagandet av ett ändamålsenligt kunskapsstöd för vårdmötet prioriterat. Utvecklingen måste också gå mot att kunskapsstödet integreras i vårdens IT-stöd och att verktyg som gör det lätt att göra rätt utvecklas. Kunskapsstödet behöver dessutom anpassas så att det kan stärka patienternas förutsättningar till delaktighet och bidra till en mer patientcentrerad och samordnad vård.
- ▶ *Uppföljning på lokal, regional och nationell nivå samt stöd till förbättringsarbete bör utgöra en naturlig del i ett utvecklat kunskapsstödsystem*
Ett välfungerande system för kunskapsstöd måste bygga in mekanismer för kontinuerlig uppföljning, lärande och kvalitetsutveckling.
- ▶ *Kunskapsstöd behöver finnas på fler områden än i dag och processerna för att ta fram och uppdatera kunskapsstödet behöver utvecklas*
Kunskapsstöd behöver finnas på fler områden, tas fram snabbare än i dag och hållas kontinuerligt uppdaterade. Professioner och patienter behöver involveras ytterligare i arbetet.

Att få ett ändamålsenligt system för kunskapsstöd på plats för vården är en utmaning som kommer att involvera många aktörer under lång tid och anknyta till flera andra aktuella nationella utvecklingsinsatser. Vi menar därför att det är viktigt att regeringen tar det samlade ansvaret.



Referenser

- Abbott 1988 och Glouberman & Mintzberg 2001 via Källberg. (2013). *Förändringsprocesser i sjukvården – en studie av aktörer på en röntgenavdelning och deras agerande*. Stockholm School of Economics.
- AGREE (2015). *Introduction to agree 2*. Tillgänglig: <http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/introduction-to-agree-ii>. Hämtat 2015-10-22.
- Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D. & Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The cochrane effective practice and organization of care review group. *BMJ*, 317(7156), s. 465–8.
- Brown, L.C., Johnson, J. A., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T. & McAlister, F. A. (2004). Evidence of suboptimal management of cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes mellitus and symptomatic atherosclerosis. *CMAJ*, 171(10), s. 1189–92.
- Brusamento, S., Legido-Quigley, H., Panteli, D., Turk, E., Knai, C., Saliba, V., Car, J., McKee, M. & Busse, R. (2012). Assessing the effectiveness of strategies to implement clinical guidelines for the management of chronic diseases at primary care level in eu member states: A systematic review. *Health Policy*, 107(2–3), s. 168–83.
- Cancerfonden (2015). *Cancerfondsrapporten 2015*. Tillgänglig: <https://www.cancerfonden.se/publikationer/cancerfondsrapporten>. Hämtat 2015-10-22.
- Collado, M. (2014). How prevalent and costly are choosing wisely low-value services? Evidence from medicare beneficiaries. *Find Brief*, 42(4), s. 1–2.
- Duodecim (2015a). *Current care criteria*. Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/29839/PRIO.pdf/c51d7283-c7e4-4400-bb1c-23d5259abd1c>. Hämtat 2015-06-07.

- Duodecim (2015b). *Current care guidelines*. Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/english/guidelineabstracts>. Hämtat 2015-06-07.
- Duodecim (2015c). *Process description*. Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/english/process-descriptions>. Hämtat 2015-10-22.
- Ekonomistyrningsverket (2012). *Programteori och verksamhetslogik – ett metodstöd för regeringskansliet*. Tillgänglig: <http://www.esv.se/Verktyg-stod/Publikationer/2012/Programteori-och-verksamhetslogik>. Hämtat 2015-10-22.
- FitzGerald, J.M., Boulet, L. P., McIvor, R. A., Zimmerman, S. & Chapman, K. R. (2006). Asthma control in canada remains suboptimal: The reality of asthma control (trac) study. *Can Respir J*, 13(5), s. 253–9.
- Francke, A.L., Smit, M. C., de Veer, A. J. & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak*, 8, s. 38.
- Funnell, S.C. & Rogers P.J. (2011). *Purposeful program theory: Effective use of theories of change and logic models*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- G-I-N (2012) *The guidelines international network public toolkit: Patient and public involvement in guidelines*. Tillgänglig: <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/g-i-n-public/toolkit/toolkit-combined.pdf>. Hämtat 2015-09-08.
- Gabbay, J., le May, A. (2004). Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ*, 329(7473), s. 1013.
- Gagliardi, A.R. (2012). "More bang for the buck": Exploring optimal approaches for guideline implementation through interviews with international developers. *BMC Health Serv Res*, 12, s. 404.
- Garpenby P. & Johansson P. (2007). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård implementeringen i fyra landsting och regioner – andra delen av utvärderingen 2007:5*. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Grimshaw, J.M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M. P., Matowe, L., Shirran, L., Wensing, M., Dijkstra, R. & Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*, 8(6), s. iii-iv, 1–72.
- Grol, G. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), s. 1225-30.
- Health Navigator (2015). *Hur vill primärvården bli mer evidensbaserad? – en kartläggning av primärvårdens användning och uppfattning om evidensbaserad praktik vid kronisk sjukdom*. Stockholm: Health Navigator.

- Helsedirektoratet (2015) *Nasjonale faglige retningslinjer* Tillgänglig: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer>. Hämtat 2015-06-07.
- Holm L-E. & Eklund K. (2013). Replik – Riksrevisorns kritik har en helt annan utgångspunkt. *Dagens Medicin*, 6 maj Tillgänglig: <http://www.dagensmedicin.se/artiklar/2013/05/06/riksrevisorns-kritik-har--en-helt-annan-utgangspunkt>. Hämtat 2014-06-11.
- Kardakis T., Sundberg L., Nyström M., Garvare R. & Weinehall L. (2011). *Utveckling och implementering av kliniska riktlinjer för hälso- och sjukvården – en litteraturöversikt*. Stockholm: Vinnvård.
- Karlberg, I. (2011). *Från vasa till vårdval – om ansvar och styrning av svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Latosinsky, S., Fradette, K., Lix, L., Hildebrand, K. & Turner, D. (2007). Canadian breast cancer guidelines: Have they made a difference? *CMAJ*, 176(6), s. 771–6.
- LIF, De forskande läkemedelsföretagen (2015). Remissvar: *Remissversionen av nationella riktlinjer för hjärtsjukvård, januari 2015*. Stockholm: De forskande läkemedelsföretagen.
- Lugtenberg, M., Burgers, J. S. & Westert, G. P. (2009). Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: A systematic review. *Qual Saf Health Care*, 18(5), s. 385–92.
- Lundquist, L. (1984). "Aktörer och strukturer". *Statsvetenskaplig tidskrift*, 87(1).
- MAGIC (2015) *Improving patient care through guidelines, evidence summaries and decision aids that we can all trust, use and share*. Tillgänglig: <http://www.magicproject.org>. Hämtat 2015-10-22.
- McGlynn, E.A., Asch, S. M., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A. & Kerr, E. A. (2003). The quality of health care delivered to adults in the united states. *N Engl J Med*, 348(26), s. 2635–45.
- Mensah, G.A., Engelgau, M., Stoney, C., Mishoe, H., Kaufmann, P., Freemer, M., Fine, L. & For the Trans- NHLBI T4 Translation Research Work Groups. (2015). News from NIH: A center for translation research and implementation science. *Transl Behav Med*, 5(2), s. 127–30.
- Nationella Diabetesregistret. (2015) *Statistik*. Tillgänglig: <https://www.ndr.nu>. Hämtat 2015-06-11.
- Nationella prostatacancerregistret. (2013) *Prostatacancer årsrapport från nationella prostatacancerregistret 2013*. Tillgänglig: <http://npcr.se/rapporter/nationella-arsrapporter>. Hämtat 2015-04-22.

- NICE och National Institute for Health and Care Excellence. (2015) *Conditions and diseases*. Tillgänglig: <http://www.nice.org.uk/guidancemenu/conditions-and-diseases>. Hämtat 2015-06-07.
- Nilsen, P. (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Falkenberg: Gleerups.
- Olson, U.J. (2009). *Mot en effektivare kunskapsstyrning – kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen och SKL.
- PsykosR (2014). *Enkätssammanställning 2014 projektet bättre psykosvård*. Stockholm: PsykosR.
- PubMed (2015). Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Hämtat 2015-08-02.
- RCC, Regionalt cancercentrum (2015). *Regionala cancercentrum i samverkan, nationellt vårdprogram bröstcancer*. Tillgänglig: <http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/bröst/vårdprogram>. Hämtat 2015-06-11.
- Riksrevisionen (2013). *Mer patientperspektiv i vården – är nationella riktlinjer en metod?* Stockholm: Riksrevisionen.
- Riksstroke (2014) *Årsrapport 2013 the swedish stroke register*. Tillgänglig: <http://www.riksstroke.org/sve/forskning-statistik-och-verksamhetsutveckling/forskning/arsrapporter>. Hämtat 2015-10-23.
- Sackett, D.L., W.M. Rosenberg, J.A. Gray, R.B. Haynes & W.S. Richardson (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), s. 71–2.
- SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2015). *Egenskaper hos effektiva datorbaserade kliniska beslutsstödssystem*. Stockholm: SBU.
- Simon, H.A. (1971). Designing organizations for an information-rich world, in martin greenberger, computers, communication, and the public interest. Baltimore, md: The johns hopkins press.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2015a). *Kunskapsstyrning, nationella programråd*. Tillgänglig: <http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad.1814.html>. Hämtat 2015-06-11.
- SKL (2015b). *Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning*. Tillgänglig: <http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/programradensorganisation/nationellsamverkansgrupp.1817.html>. Hämtat 2015-06-01.

- SKL (2015c). *Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten*. Tillgänglig: [http://skl.se/socialomsorgstod/evidensbaserad praktik socialtjanst/kunskapsstyrningsocialtjanst.5419.html](http://skl.se/socialomsorgstod/evidensbaserad_praktik_socialtjanst/kunskapsstyrningsocialtjanst.5419.html). Hämtat 2015-06-01.
- SKL (2015d). *Bättre liv för sjuka äldre*. Tillgänglig: <http://skl.se/socialomsorgstod/aldre/kvalitetutveckling/battrelivforsjukaaldre.1689.html>. Hämtat 2015-06-21.
- SKL (2015e). *Evidensbaserad praktik, kunskapsstyrning inom social tjänsten*. Tillgänglig: [http://skl.se/socialomsorgstod/evidensbaserad praktik socialtjanst.622.html](http://skl.se/socialomsorgstod/evidensbaserad_praktik_socialtjanst.622.html). Hämtat 2015-10-22.
- SKL (2015f). *Slutrapport 2015 , sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*. Tillgänglig: http://skl.se/download/18.46eac49e14c97cdf4313ef5/1428556350963/OK+mest+sjuka+aldre_slutrapp+ort_SKL+2015_med+bilagor+kopia.pdf. Hämtat 2015-10-22.
- SLL, Stockholms läns landsting (2015). *Janusinfo nationellt ordnat införande av nya läkemedel*. Tillgänglig: <http://www.janusinfo.se/Nationellt-inforande-av-nya-lakemedel>. Hämtat 2015-05-27.
- Socialdepartementet (2013a). *Regleringsbrev för budgetåret 2013 avseende myndigheten för vårdanalys, s2013/6128/fs*.
- Socialdepartementet (2013b). *Regleringsbrevet för socialstyrelsen för år 2013, s2013/4702/sam*.
- Socialdepartementet (2014a). *Uppdrag till socialstyrelsen att strukturera nationella riktlinjer för vissa kroniska sjukdomar så att de kan tillgängliggöras i digitala format, s2014/394/fs*.
- Socialdepartementet (2014b). *Uppdrag till socialstyrelsen att anpassa nationella riktlinjer för kroniska sjukdomar för primärvården. s2014/393/fs*.
- Socialdepartementet och SKL. (2013) *Överenskommelse om vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården*. Tillgänglig: <http://skl.se/download/18.492990951464200d714ee4f7/1404136521292/SKL+%C3%B6verenskommelse+vissa+utvecklingsomr%C3%A5den+2013.pdf>. Hämtat 2015-10-22.
- Socialdepartementet och SKL (2015). *Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården 2015 – överenskommelse mellan staten och skl*. Stockholm: Socialdepartementet och SKL.
- Socialstyrelsen (1996). *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus – version för hälso- och sjukvårdspersonal*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2011a). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011b). *Nationell utvärdering 2011 – diabetesvård: rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011c). *Nationell utvärdering 2011 strokevård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013a). *Nationell utvärdering 2013: vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013b). *Nationell utvärdering 2013 bröst-, prostata-, tjocktarms-, och ändtarmscancervård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013c). *Nationell utvärdering 2013: vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni, rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013d). *Nationell utvärdering 2013 – tandvård: rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014a). *Om nationella riktlinjer*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer>. Hämtat 2014-03-27.
- Socialstyrelsen (2014b). *Så tar vi fram riktlinjerna*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/satarviframriktlinjerna>. Hämtat 2014-03-27.
- Socialstyrelsen (2014c). *Personlig kommunikation*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014d). *Nationella riktlinjer – utvärdering 2014: vård vid astma och kol – förbättringsområden, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014e). *Nationell utvärdering – vård och omsorg vid demenssjukdom 2014 rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014f). *Öppna jämförelser 2014 missbruks- och beroendevården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014g). *Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010 och 2013. Kommunal enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområde*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2014h). *Nationella riktlinjer – utvärdering vård vid rörelseorganens sjukdomar rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014i). *Nationella riktlinjer – utvärdering 2014 sjukdomsförebyggande metoder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015a). *Nationella utvärderingar*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering>. Hämtat 2015-10-22.
- Socialstyrelsen (2015b). *Så kan riktlinjerna användas*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/sakanriktlinjernaanvandast>. Hämtat 2015-03-03.
- Socialstyrelsen (2015c). *Sök i riktlinjerna*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvard/sokiriktlinjerna>. Hämtat 2015-03-03.
- Socialstyrelsen (2015d). *Nationella riktlinjer – metodbeskrivning*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/metodbeskrivning-nationella-riktlinjer.pdf>. Hämtat 2015-06-07.
- Socialstyrelsen (2015e). *Patientperspektivet i nationella riktlinjer*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/patientperspektivet>. Hämtat 2015-03-03.
- Socialstyrelsen (2015f). *Målnivåer*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/malnovaer>. Hämtat 2015-03-16.
- Socialstyrelsen (2015g). *Vem får jobba i vården?* Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/legitimation/vemfarjobbaivarden>. Hämtat 2015-10-23.
- Socialstyrelsen (2015h). *Riktlinjer internationellt*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/riktlinjerinternationellt>. Hämtat 2015-06-07.
- Socialstyrelsen (2015i). *Kunskapsguiden – evidensbaserad praktik*. Tillgänglig: <http://www.kunskapsguiden.se/ebp/Sidor/default.aspx>. Hämtat 2015-06-21.
- Socialstyrelsen (2015j). *Stöd i arbetet med sjukdomsförebyggande metoder*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforsjukdomsforebyggandemetoder/stod-i-arbetet-med-sjukdomsforebyggandemetoder>. Hämtat 2015-10-23.
- Socialstyrelsen (2015k). *Nationella riktlinjer – utvärdering 2015 – diabetesvård – indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015l). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och SKL (2014). *Öppna jämförelser hälso- och sjukvård del 2*. Stockholm: Socialstyrelsen och SKL.

- Solberg, L.I. (2000). Guideline implementation: What the literature doesn't tell us. *Jt Comm J Qual Improv*, 26(9), s. 525–37.
- Sprengel, V. (2014). Riktlinjer faller platt i primärvården. *Dagens Medicin*, 4 juni.
- Squires, J.E., Sullivan, K., Eccles, M. P., Worswick, J. & Grimshaw, J. M. (2014). Are multifaceted interventions more effective than single-component interventions in changing health-care professionals' behaviours? An overview of systematic reviews. *Implement Sci*, 9, s. 152.
- Sundhedsstyrelsen (2014). *Model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer metodehåndbogen version 2.0*. Tillgänglig: https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/metode/~media/B57174DDF80947579_9DF899B_BB1EEA11.ashx. 2015-06-07.
- Sundhedsstyrelsen (2015). *Nationale kliniske retningslinjer*. Tillgänglig: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer>. Hämtat 2015-10-23.
- SWEDEHEART (2014). *Swedehearts kvalitetsindex 2014*. Tillgänglig: <http://www.ucr.uu.se/swedeheart>. Hämtat 2015-10-23.
- SWEDEHEART (2015). *Annual report 2014*. Stockholm: SWEDEHEART.
- Sveréus, S, B.S., Dahlgren, C. & Rehnberg, C. (2014). *Kartläggning av registerbaserad kol-prevalens, vårdutnyttjande och möjligheter till kvalitetsstyrning i stockholms läns landsting*. Stockholm: Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet.
- The ADAPTE Collaboration (2009). *The ADAPTE process: Resource toolkit for guideline adaption. Version 2*. Tillgänglig: <http://www.g-i-n.net>. Hämtat 2015-10-23.
- Vengberg, S. (2012). *Statlig kunskapsstyrning av den medicinska professionen – en studie om implementeringen av de nationella riktlinjerna för strokesjukvård*. Diss. Uppsala Universitet. Uppsala: Universitetet.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2012). *Patientcentrering i svensk hälso och sjukvård – en extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring (2012:5)*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys (2014). *Registrera flera eller analysera mera (2014:9)*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys (2015). *Mot en mer effektiv och jämlik användning av medicinteknik – om nyttan med hälsoekonomiska bedömningar av medicinteknik (2015:2)*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

- Weinmann, S., Koesters, M. & Becker, T. (2007). Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: Systematic review. *Acta Psychiatr Scand*, 115(6), s. 420-33.
- Winblad-Spångberg U. (2003). *Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården*. Diss. Uppsala Universitet. Uppsala: universitet.



BILAGA 1. OMRÅDESVIS GENOMGÅNG AV DE NATIONELLA RIKTLINJERNA

Nedan presenterar vi resultaten för samtliga riktlinjeområden. Först presenteras resultat och slutsatser från Socialstyrelsens utvärderingar och resultat presenterade av ett nationellt kvalitetsregister och/eller annan aktör. Därefter följer en redovisning av våra analyser.

1. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR VÅRD AV ASTMA OCH KRONISKT OBSTRUKTIV LUNGSJUKDOM (KOL) (2004)

Socialstyrelsens utvärdering från 2014 konstaterar att bilden av svensk astma- och KOL-vård i många fall är positiv när det gäller sjukvårdens strukturer och processer. Patientutfall och vårdens kvalitet är enligt Socialstyrelsen svårare att bedöma eftersom det i dagsläget saknas dataunderlag. Inom vissa områden finns dock stora förbättringsmöjligheter för landstingen, regionerna och kommunerna. Dessutom finns skillnader mellan olika landsting och regioner som tyder på variationer i vårdkvalitet och praxis över landet (Socialstyrelsen 2014d). Uppdaterade nationella riktlinjer för astma och KOL kommer under 2015.

En rapport från Stockholms läns landsting konstaterar att de nationella riktlinjerna från 2004 är inaktuella och att de mest aktuella nationella rekommendationerna är Svensk lungmedicinsk förenings nationella vårdprogram som uppdaterades år 2013 och Läkemedelsverkets rekommendationer för farmakologisk behandling som publicerades år 2009 (Sveréus 2014).

Vi har inte kunnat analysera effekten av riktlinjerna för astma och KOL från 2004 på den vård patienterna får eftersom nationell processdata

för önskad tidsperiod på området saknas. Detta beror bland annat på att mycket av vården utförs i primärvård och att det nationella kvalitetsregistret Luftvägsregistret inte startade förrän 2009.

Dödsorsaken KOL har ökat i omfattning sedan 1997, medan dödlighet i astma och akut astma har minskat. Denna minskning har dock saktats av något sedan 2004, när riktlinjerna kom.

2. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR BRÖST-, PROSTATA-, TJOCKTARMS- OCH ÄNDTARMSCANCERVÅRD (2007, 2014)

Bröstcancer (2007, 2014)

Socialstyrelsen skriver i sin utvärdering för 2013 att indikatorerna genomgående visar ett bra resultat. De variationer som förekommer beror ofta på att några landsting, och i flera fall att enstaka sjukhus inom landstinget, släpper efter (Socialstyrelsen 2013b).

Cancerfonden har gjort en bedömning av i vilken grad landstingen lever upp till målen i de nationella riktlinjerna för bröst-, tjocktarms-, ändtarms-, och lungcancer. I bedömningen har de använt sig av fyra till sex processindikatorer per cancerområde som oviktat har vägts samman till ett samlingsmått för området. Tre av landstingen når det sammanräknade målet för bröstcancerområdet. Samtidigt bekräftas bilden av att måluppfyllelsen inom bröstcancerområdet generellt är hög och att skillnaderna mellan landstingen är relativt små. Femårsöverlevnaden konstateras stadigt ha ökat från ca 65 procent i mitten av 1960-talet till 87,7 procent för perioden 2008–2012 (Cancerfonden 2015).

För bröstcancer har vi studerat data från 2008 till 2013 och kan konstatera att trenden över tid är positiv för alla studerade processindikatorer och målnivåerna är uppnådda för fyra av sex av dem. Redan 2008 låg dock dessa indikatorer nära målnivåerna och man kan anta att det är svårare att öka förbättringstakten om resultaten redan är mycket bra. Spridningen mellan landstingen har minskat för alla studerade indikatorer. RCC kom med ett nationellt vårdprogram 2014 som var baserat på Svenska Bröstcancergruppens tidigare nationella riktlinjer/vårdprogram. RCCs vårdprogram uppges vara i samklang med de uppdaterade nationella riktlinjerna som även de kom 2014 (RCC 2015).

Vi har som framgår ovan inte haft tillgång till data före det att riktlinjen kom 2007 och inte efter 2014 när uppdateringen kom. Vi gör dock bedömningen att de nationella riktlinjerna har haft liten möjlighet att påverka utvecklingen på området eftersom trenden redan var positiv och resultaten nära målnivåerna.

De kan dock ha bidragit till att bibehålla den positiva trenden.

Prostatacancer (2007, 2014)

Socialstyrelsens utvärdering från 2013 redovisar dels stora variationer mellan landstingen i resultaten för prostatacancervården, dels att landstingen inte når upp till de målnivåer som finns för vissa indikatorer (Socialstyrelsen 2013b). Nationella prostatacancerregistret redovisar motsvarande resultat (Nationella prostatacancerregistret 2013).

Vi har följt utvecklingen av fyra processindikatorer för åren 1998 till 2013. Av dessa uppvisar tre en förstärkt positiv trend efter det att riktlinjerna för prostatacancer publicerats. De tre indikatorerna är:

- Kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk
- Strålbehandling i kombination med neoadjuvant hormonbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer med hög risk
- Skelettundersökning vid högrisk prostatacancer

Skillnaderna mellan landstingen är fortsatt stora. För en av de fyra processindikatorerna ses dock en minskad spridning efter 2007 som inte kan förklaras av den underliggande trenden. Våra analyser visar att trenden över tid i stort är positiv för de indikatorer vi studerat på prostatacancerområdet. Målnivån uppnås för landet som helhet för en av de fyra studerade indikatorer.

Tjocktarmscancer och Ändtarmscancer (2007, 2014)

Riktlinjerna för kolorektal (tjock- och ändtarm) cancer kom 2007 och uppdaterades 2014. Det finns inget nationellt vårdprogram från RCC på området men ett antal onkologiska centra gav ut ett gemensamt år 2008 (RCC 2015). Vi har inte kunnat finna nationella data som speglar indikatorer kopplade till rekommendationer för tjocktarms- eller ändtarmscancer före det att den nationella riktlinjen kom 2007 och inte heller för tiden efter 2014 när uppdateringen kom.

Tjocktarmscancer (2007, 2014)

Socialstyrelsen konstaterade i en utvärdering 2013 att resultaten för de studerade process- och resultatindikatorerna hade förbättrats under de närmast föregående åren men att det fortfarande fanns stora variationer mellan landsting och sjukhus (Socialstyrelsen 2013b). Inget av landstingen når

Cancerfondens sammanlagda mål för tjocktarmscancer. Den genomsnittliga femårsöverlevnaden har däremot ökat de senaste 25 åren och var under perioden 2008–2012 63,9 procent (Cancerfonden 2015).

Vi har studerat data från 2008 till 2013 och kan bekräfta att trenden är positiv för alla analyserade processindikatorer samt för en av två resultatindikatorer. Ingen av indikatorerna har uppnått de uppsatta målnivåerna i landet som helhet men spridningen mellan landstingen har minskat under den studerade perioden.

Ändtarmscancer (2007, 2014)

Socialstyrelsen konstaterar även här i sin utvärdering 2013 att resultaten har förbättrats under de senaste åren men att det fortfarande finns stora variationer mellan landsting och sjukhus (Socialstyrelsen 2013b). Inget av landstingen når det sammanlagda målet för ändtarmscancer som Cancerfonden tagit fram. Den genomsnittliga femårsöverlevnaden har ökat den senaste 25-årsperioden och var 63,3 procent under perioden 2008–2012 (Cancerfonden 2015).

Vi har även på detta område studerat data från 2008 till 2013 och kan konstatera att trenden är positiv för alla analyserade processindikatorer och resultatindikatorer. Ingen av indikatorerna har uppnått uppsatta målnivåer i landet som helhet men spridningen mellan landsting har minskat under den studerade perioden.

3. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR VÅRD OCH OMSORG VID DEMENSSJUKDOM (2010)

Socialstyrelsen bedömer i sin utvärdering från 2014 att de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom som kom 2010 har fått ett stort genomslag, både inom landstingen och inom kommunerna. Utvärderingen visar att det i de flesta landsting och kommuner finns vårdprogram eller andra riktlinjer, som beskriver hur vården och omsorgen om personer med demenssjukdom ska utformas. Det har gjorts omfattande utbildningsinsatser, och många verksamheter deltar idag i de kvalitetsregister som finns inom området. Socialstyrelsen påpekar dock att det finns brister både i utredning, behandling samt i de omvårdnads- och omsorgsinsatser som ges och att skillnaderna i landet är stora (Socialstyrelsen 2014e). Under åren 2010–2014 pågick ett omfattande nationellt förbättringsarbete *Bättre liv för sjuka äldre* genom en överenskommelse mellan SKL och regeringen. Denna satsning syftade bland annat till en bättre demensvård och omvårdnad enligt de nationella riktlinjerna och en ökad registrering i berörda kvalitetsregister (SKL 2015f).

I vår analys har vi följt 6 processindikatorer mellan 2007 och 2014 och

för en av dem, basal demensutredning i primärvård, ses en förbättring som avviker från den underliggande trenden.

4. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR VÅRD VID DEPRESSION OCH ÅNGESTSYNDROM (2010)

Socialstyrelsen konstaterar i sin utvärdering 2013 att det finns stora skillnader i resultat mellan kommuner och landsting för flera indikatorer och att patienterna och brukarna inte får tillgång till kunskapsbaserad vård och omsorg i den omfattning som behövs. Socialstyrelsen anger vidare att det finns oroväckande skillnader i hälsa, dödlighet och levnadsförhållanden som inte minskat. Fjorton av landstingen hade genomfört konsekvensbeskrivningar till följd av riktlinjerna. Tre landsting uppgav att de genomfört organisatoriska förändringar till följd av dem. Totalt angav tolv landsting att de omsatt riktlinjerna i lokala eller regionala riktlinjer eller vårdprogram och lika många angav att de kommer att göra lokala eller regionala uppföljningar. Över hälften (57 procent) av vårdcentralscheferna som besvarat Socialstyrelsens enkät bedömde att de nationella riktlinjerna inte hade föranlett några konkreta förändringar inom primärvården. Av primärvårdsenheterna uppgav dock 28 procent att riktlinjerna omsatts i lokala riktlinjer och vårdprogram.

Drygt en tredjedel av psykiatrins verksamheter inom landstingen hade gjort särskilda satsningar som en följd av de nationella riktlinjerna. Tjugo procent av verksamhetscheferna inom allmänpsykiatrien uppgav att verksamheten i stor omfattning hade lyckats med att implementera de nationella riktlinjerna i verksamheten. Drygt 60 procent uppgav att de i någon omfattning lyckats med att införa riktlinjerna i verksamheten. I närmare 40 procent av de allmänpsykiatriska verksamheterna har riktlinjerna omsatts i lokala riktlinjer och vårdprogram. På riksnivå uppskattade drygt 60 procent av verksamhetschefer att en eller flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna haft inverkan på verksamheten (Socialstyrelsen 2013c).

Vi har studerat data från 2006 till 2014. I vår analys visar tre av de fem processindikatorer som varit möjliga att följa upp en förbättring som avviker från den underliggande trenden efter det att riktlinjerna kommit. De tre indikatorerna är:

- Andelen patienter som förskrivits litium under året
- Andelen patienter (bipolär) som förskrivits något antipsykotiskt preparat under året
- Regelbunden behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel (icke-göra)

De två andra utvecklas negativt. Av tre uppföljningsbara resultatindikatorer visade ingen effekt. Fyra processindikatorer gick att följa med avseende på spridningen mellan landsting och en visade en förbättring efter det att riktlinjerna kommit som avviker från den underliggande trenden.

5. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR DIABETESVÅRDEN 2010

Socialstyrelsens utvärdering av diabetesvården från 2011 visade att vården i hög grad tillämpar rekommendationerna som ges i de nationella riktlinjerna. Beslutsfattarna i landstingen och regionerna angav att de hade ett gott stöd av riktlinjerna för att formulera sina uppdrag till vårdverksamheterna. Riktlinjerna användes exempelvis i uppdragsbeskrivningar och i politiska viljeinriktningar för att få en mer jämlik diabetesvård. Flera av rekommendationerna i riktlinjerna rapporterades ha fått genomslag i verksamheterna (Socialstyrelsen 2011b). Utvärderingen upprepades 2015 och bekräftade bilden av att flera av rekommendationerna har fått genomslag i verksamheterna, bland annat som underlag för vårdprogram, läkemedelsterapirekommendationer och som underlag för andra beslut. Utvärderingen visar också att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl landstingen och regionerna som i kommunerna, där hälso- och sjukvården behöver lägga ytterligare kraft för att i ännu högre grad följa riktlinjerna för att uppnå målnivåerna (Socialstyrelsen 2015k). Ett nationellt programråd för diabetes startades 2012 i syfte att uppnå en mer jämlik och kunskapsbaserad diabetesvård (SKL 2015a).

Vi har studerat data för processindikatorer mellan 2009 och 2013. Av de tre processindikatorer vi kunnat följa visade en, fotundersökning vid diabetes typ 2, en förbättring som avviker från den underliggande trenden. Inte för någon av de tre processindikatorerna sågs minskade skillnader mellan landstingen. För resultatindikatorerna har vi studerat data mellan 2007 och 2013. Fem av nio resultatindikatorer visade en förbättring efter det att riktlinjerna publicerats som föreföll avvika från den underliggande trenden.

På diabetesområdet är trenden över tid för de indikatorer vi studerat i stort sett positiv. De försämrade medicinska resultaten som tidigare noterats verkar ha fått en vändning 2013 och 2014. Stora skillnader kvarstår dock mellan landstingen och inget landsting uppnår de målnivåer som fastställts för de studerade indikatorerna. I vår enkät till verksamhetschefer svarade en stor majoritet, främst chefer i primärvård, att de nationella riktlinjerna för diabetesvård är de riktlinjer de främst använder.

6. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR HJÄRTSJUKVÅRD (2008, KOMPLETTERADE 2011 OCH 2013 SAMT NY REMISSVERSION 2015)

Hjärt-kärlsjukdomar är fortfarande den vanligaste dödsorsaken i Sverige men antalet dödsfall per år har sjunkit kraftigt sedan 1990-talet. Kvalitetsregistret SWEDEHEART tar fram ett kvalitetsindex som är baserat på 11 åtgärder som rekommenderas med hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Medeltalet för kvalitetsindexet har höjts från 4,2 poäng av 11 möjliga år 2011 till 5,7 poäng år 2014. Spridningen mellan landsting och enskilda sjukhus är emellertid fortsatt stor och SWEDHEART rapporterar att det finns utrymme för omfattande förbättringar (SWEDEHEART 2014, 2015). Socialstyrelsen gör en utvärdering av området under 2015. I rapporten *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvård* från 2014 konstateras att vården av akut hjärtinfarkt har genomgått snabba förändringar och utvecklats dramatiskt till det bättre under de senaste femton åren, vilket medfört en minskad dödlighet med cirka 50 procent (Socialstyrelsen och SKL 2014).

Vi har studerat åtta processindikatorer mellan 2004 och 2013. Vår analys bekräftar att utvecklingen går åt rätt håll för en majoritet av de studerade indikatorerna. Däremot kan vår analys inte påvisa någon extra förbättring sedan de nationella riktlinjerna kom 2008 vad gäller den vård patienterna får eller spridningen mellan landsting. Ingen av de åtta studerade processindikatorerna visar en förbättring som avviker från underliggande trend vare sig vad gäller användning av rekommenderade åtgärder eller minskad spridning mellan landsting efter det att riktlinjerna publicerades. En av åtta studerade resultatindikatorer visar en förbättring som avviker från underliggande trend efter det att riktlinjen kom.

7. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR LUNGCANCERVÅRD (2011)

Socialstyrelsen har inte publicerat någon utvärdering av de nationella riktlinjerna för lungcancervård. Cancerfonden rapporterar att sju landsting når deras sammanräknade nationella mål för lungcancer. Socialstyrelsens målnivåer för lungcancerområdet är enligt Cancerfonden emellertid lägre satta än på de andra studerade cancerområdena och är under revidering (Cancerfonden 2015). Ett nationellt vårdprogram från RCC kom 2015 (RCC 2015).

Vi har studerat data för processindikatorer mellan 2002 och 2013. En av de tre processindikatorer som vi har kunnat följa uppvisar en förbättring som avviker från den underliggande trenden. Denna indikator är multidisciplinär

konferens inför behandlingsstart. Två av de tre indikatorerna har uppnått Socialstyrelsens uppsatta målnivåer i landet som helhet. Trenden över tid för de indikatorer vi studerat är positiv och den relativa ettårsöverlevnaden har ökat kontinuerligt sedan 1993, men den uppsatta målnivån för denna indikator är inte uppnådd i landet som helhet.

8. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR VÅRD OCH STÖD VID MISSBRUK OCH BEROENDE (2007, 2014)

Socialstyrelsen har inte gjort någon uppföljning av riktlinjerna för missbruk och beroende, men det finns en redovisning av öppna jämförelser av missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen 2014f). I de nationella riktlinjerna från 2007 rekommenderas vissa läkemedel för personer med olika former av alkohol- eller narkotikamissbruk. I de öppna jämförelserna konstateras att ingen märkbar förändring syns för dessa indikatorer. Det är cirka 22 procent av personerna med alkoholdiagnos och cirka 29 procent av personerna med narkotikadiagnos som förskrivits och hämtat ut de rekommenderade läkemedelen under perioden.

Socialstyrelsen har i andra sammanhang uppgett att metoder som rekommenderas i nationella riktlinjer behöver införas på ett mer systematiskt sätt och i högre grad (Socialstyrelsen 2015l). De pekar på att tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende varierar och att användningen av läkemedelsbehandling vid alkoholberoende är begränsad. Samtidigt noterar Socialstyrelsen att flera av de metoder som rekommenderas i riktlinjerna vad gäller bedömningsinstrument och psykosocial och psykologisk behandling redan tillämpas inom åtminstone delar av missbruks- och beroendevården. Användningen varierar dock stort över landet och mellan olika verksamheter.

Enligt Socialstyrelsens enkätundersökning till chefer inom socialtjänsten är riktlinjerna för missbruks- och beroendevård förhållandevis välkända i verksamheterna. Drygt hälften av cheferna som arbetar med missbruk- och beroendefrågor samt med hemlöshet har använt riktlinjerna i sitt arbete (Socialstyrelsen 2014g). Riktlinjerna från 2007 lyfter fram användning av standardiserade bedömningsmetoder för personer med missbruk och användningen av dessa har ökat markant sedan riktlinjerna publicerades (tabell 3).

Tabell 3. Användning av standardiserade bedömningsmetoder.

Bedömningsmetoder	2007	2010	2013
Något instrument	62	74	81
AUDIT (alkohol)	29	51	62
DUDIT (narkotika)	16	43	53

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010 och 2013 (tabell 10).

Det nationella utvecklingsarbetet *Kunskap till Praktik* (KtP) inleddes under 2008. Det har i utvärderingar bedömts vara mycket framgångsrikt i införandet av de nationella riktlinjerna för missbruk och beroende (Fridell m.fl. 2015). Inom KtP genomfördes en rad utbildningar såsom stora nationella baskurser, fördjupningskurser och metodutbildningar. Kunskap om riktlinjerna, utredning och behandling samt evidensbaserad praktik gjordes därmed tillgängligt för personal inom missbruks- och beroendevård i en omfattning som inte funnits tidigare. En utvärdering av KtP slutredovisades under 2015. Synen på Socialstyrelsen riktlinjer var positiv från 2010 och genom hela studieperioden. Personal från sjukvården var mer positiva till riktlinjerna än personal inom socialtjänsten.

Den alkohol- eller narkotikarelaterade dödligheten visar ingen tendens att sjunka sedan år 2000 (Socialstyrelsen 2014f).

De nationella riktlinjerna för missbruk och beroende som publicerades 2007 följde inte samma metod i framtagandet som övriga nationella riktlinjer. De innehåller inte tillstånds- och åtgärdspar och inte heller prioriteringar och vi har därför inte kunnat analysera dessa riktlinjer på samma sätt som övriga. En uppdatering av riktlinjerna publicerades 2014 och riktlinjerna har nu samma format som övriga riktlinjer.

9. NATIONELLT KUNSKAPSSTÖD FÖR GOD PALLIATIV VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE (2013)

Socialstyrelsen har inte publicerat någon utvärdering av det nationella kunskapsstödet för palliativ vård. Vi har studerat data från 2007 men eftersom den nationella riktlinjen publicerades 2013 hade vi endast tillgång till data från ett år efter publicering, vilket starkt begränsar möjligheten till analys. Fem processindikatorer har gått att följa och två av dessa uppvisar en förbättring som avviker från den underliggande trenden nämligen:

- Brytpunktssamtal närstående
- Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel

En processindikator kunde följas med avseende på spridning mellan landstingen men visade ingen påverkan på skillnaderna mellan landstingen. Ingen av de två resultatindikatorer som gått att följa upp uppvisade en förbättring som avviker från den underliggande trenden.

Socialstyrelsen betonar att det nationella kunskapsstödet och det nationella vårdprogrammet för palliativ vård, som tagits fram av professionen, kompletterar varandra. Palliativ vård och en ökad registrering i Palliativregistret ingick som en del av det nationella förbättringsarbetet *Bättre liv för sjuka äldre 2010–2014* (SKL 2015f).

10. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR RÖRELSEORGANENS SJUKDOMAR (2012)

Socialstyrelsens utvärdering från 2014 är att betrakta som en baslinjemätning eftersom data är från 2012. Utifrån en enkätundersökning från november 2013 har Socialstyrelsen kunnat konstatera att de flesta landstingen har påbörjat insatser för att införa de nationella riktlinjerna. En tredjedel av landstingen har en övergripande handlingsplan (hälso- och sjukvårdsledningsnivå) för arbetet, och de flesta landsting har lokala handlingsplaner (verksamhetsnivå). Två tredjedelar av landstingen följer upp följsamheten till riktlinjernas rekommendationer på lokal eller regional nivå och de flesta landsting anger att riktlinjerna påverkat den vård patienterna får. Enkäten visade dock att endast drygt hälften av de kommuner som besvarade enkäten känner till de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar och att det är få som har vidtagit några åtgärder för att införa riktlinjerna (Socialstyrelsen 2014h).

Vi har studerat sex processindikatorer från 2002 till 2014. Vår analys visar att för en av dem, biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, ses en förbättring efter det att riktlinjerna publicerats som avviker från den underliggande trenden. Fyra av de analyserade processindikatorerna var icke-göra. Ingen av dessa uppvisar en förbättring som avviker från den underliggande trenden. Vad gäller spridningen mellan landsting uppvisar fyra av de sex processindikatorerna en förbättring som avviker från den underliggande trenden. Analysen begränsas av att data endast var tillgänglig till och med 2013 för några av indikatorerna. Utvecklingen på området går åt rätt håll för samtliga studerade indikatorer, det vill säga den underliggande trenden är positiv.

11. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR ANTIPSYKOTISK LÄKEMEDELS-BEHANDLING VID SCHIZOFRENI OCH SCHIZOFRENILIKNANDE TILLSTÅND (2014)

Denna riktlinje är en komplettering av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som publicerades först under 2014. Den har därför inte ingått i vår analys.

12. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR PSYKOSOCIALA INSATSER VID SCHIZOFRENI OCH SCHIZOFRENILIKNANDE TILLSTÅND (2011)

Socialstyrelsen anger i sin utvärdering från 2013 att de på grund av brist på datakällor istället genomfört en enkätundersökning. Man konstaterar att praxis ofta skiljer sig från de rekommendationer som finns i riktlinjerna. Socialstyrelsens kartläggning visar på ett behov av ökad följsamhet till de nationella riktlinjerna inom såväl kommunerna som landstingen. Flera av kommunerna och landstingen uppger att de inte inom de närmaste åren har för avsikt att följa vissa av de högt prioriterade rekommendationerna i Socialstyrelsens riktlinjer. Kartläggningen visar också att inte alla huvudmännen har upprättat överenskommelser för samverkan mellan landsting och kommun för personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsen anser att resultatet är otillfredsställande. Socialstyrelsens kartläggning visar vidare att i tretton av landstingen har ledningen tagit initiativ till en analys och en konsekvensbeskrivning av riktlinjerna. Tio landsting uppger att resultatet från konsekvensbeskrivningen för de nationella riktlinjerna har förankrats hos landstingsledningen. Tre landsting har uppgett att de nationella riktlinjerna har lett till organisatoriska förändringar inom primärvården eller psykiatrin inom landstinget eller regionen. Totalt har nio landsting och regioner omsatt riktlinjerna i lokala eller regionala riktlinjer eller vårdprogram. Elva landsting anger att de kommer att följa upp de nationella riktlinjerna genom lokala och regionala utvärderingar. En stor majoritet av vårdcentralscheferna (82 procent) bedömde att de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd inte har föranlett några konkreta förändringar inom primärvården. Av primärvårdsenheterna uppgav 7 procent att riktlinjerna omsatts i lokala riktlinjer och vårdprogram. Tre procent bedömer att en eller flera rekommendationer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd har haft inverkan på verksamheten (Socialstyrelsen 2013c).

Projekt *Bättre psykosvård* där kvalitetsregistret PsykosR var ansvariga pågick mellan 2011 och 2013 och syftade till att stödja implementeringen av de

nationella riktlinjerna. År 2014 genomfördes en avslutande enkät. Resultaten från enkäten visade av att användningen av högprioriterade insatser möjligen var något mer positiv än tidigare år men att resultaten ligger långt under önskad nivå, med undantag för ett par åtgärder (PsykosR 2014).

Vi har på grund av avsaknad av data inte kunnat studera trender över tid för de nationella riktlinjerna för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

13. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR SJUKDOMSFÖREBYGGANDE METODER (2011)

I sin utvärdering från 2014 konstaterar Socialstyrelsen att det är svårt att utvärdera hälso- och sjukvårdens arbete med sjukdomsförebyggande metoder eftersom det saknas uppgifter i hälsodataregister och nationella kvalitetsregister eller andra nationella datakällor (Socialstyrelsen 2014i). Socialstyrelsen har i sin utvärdering samlat in uppgifter genom enkäter till landstingen och kommunerna. Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att många landsting har gjort insatser på central nivå för att stimulera tillämpningen av riktlinjerna. Socialstyrelsen ser dock att det behövs ytterligare insatser för att riktlinjerna ska få fullt genomslag ute i verksamheten. Detta gäller särskilt de landsting som inte har arbetat systematiskt med införandet. Enkätsvaren tyder på att de nationella riktlinjerna inte har införts i kommunernas verksamhet. De nationella riktlinjerna har haft liten påverkan på det förebyggande arbetet inom skolorna, många känner inte till dem eller upplever inte att de är relevanta för elevhälsan. Socialstyrelsen har gjort en särskild satsning på att stödja införandet av de nationella riktlinjerna men bedömer att det är för tidigt att se någon effekt av den än (Socialstyrelsen 2014i).

Vi har studerat data för processindikatorer från 2006 till 2013. En av de två processindikatorer som vi analyserat uppvisar en förbättring som avviker från den underliggande trenden men ingen påverkan på spridningen mellan landsting kan ses för indikatorerna. Den indikator som visar en förbättring är fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt. Däremot ses en förbättring som förefaller vara större än den underliggande trenden för tre av de sex analyserade resultatindikatorerna. Data för resultatindikatorerna är från 1997 till 2013.

14. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR STROKESJUKVÅRD 2009

I sin utvärdering av strokevården gör Socialstyrelsen år 2011 bedömningen att resultaten för bland annat dödlighet, ADL-oberoende och nedstämdhet skulle kunna förbättras genom en bättre följsamhet till de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen 2011c). Kvalitetsregistret Riksstroke anger i sin årsrapport från 2013 att den svenska strokevården fortsätter att förbättras i många avseenden. Följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokevård uppges allmänt sett vara god, men det finns sjukhus som markant avviker från det som rekommenderas (Riksstroke 2014).

Vi har studerat data för processindikatorer mellan 2002 och 2013. Av de åtta processindikatorer som vi kunnat följa uppvisar två en förbättring som avviker från den underliggande trenden. De två processindikatorerna är:

- Blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer
- Mediantid till trombolysbehandling (i minuter)

Spridningen mellan landstingen har kunnat studeras för sex processindikatorer varav en visar en minskad spridning mellan landstingen efter att de nationella riktlinjerna kom 2009. För några av resultatindikatorerna har vi studerat data från så lång tillbaka som 1997 fram till 2013. En av de fem resultatindikatorer vi studerat uppvisar en förbättring som avviker från den underliggande trenden.

Ser man till alla de processindikatorer vi studerat går utvecklingen åt rätt håll för de flesta. Det vill säga den underliggande trenden är positiv. Detta gäller även de medicinska resultaten. Utvecklingen är däremot negativ vad gäller indikatorer avseende patientnöjdhet och nedstämdhet efter stroke. I de nationella riktlinjerna för strokesjukvård finns målnivåer definierade för ett antal indikatorer. Av de indikatorer vi studerat uppnår alla en måttlig måluppfyllelse utom en indikator som uppvisaren hög måluppfyllelse. Skillnaderna mellan landstingen är fortsatt stor.

15. NATIONELLA RIKTLINJER FÖR VUXENTANDVÅRD (2011)

Socialstyrelsens utvärdering från 2013 visar att en stor andel av landets vårdgivare inom tandvården uppfattar de nationella riktlinjerna som viktiga för tandvården. Landets vårdgivare hade kommit olika långt i implementeringen av riktlinjerna i sin verksamhet. Bland de större vårdgivarna har man valt olika strategier för implementeringen och bland de mindre vårdgivarna har ofta en brist på resurser, kunskap eller intresse medfört att rekommendationerna inte implementerats i verksamheten. De nationella riktlinjerna har, enligt de

intervjuade vårdgivarna och de inkomna enkätsvaren, haft liten påverkan på vårdens organisation. Specialisterna uppges vara de som noggrant läser riktlinjerna. I tandvården utgör de cirka 10 procent av tandläkarna. Utvärderingen visade på stora regionala skillnader i följsamheten till riktlinjerna och det fanns stora skillnader mellan landstingen, och även mellan befolkningsgrupper, för flera av indikatorerna, till exempel inom områdena bemötande och information till patienterna. Vuxentandvården finansieras till stor del av patientavgifter, vilket skiljer den från övrig hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen anger att en situation som kan uppstå mellan behandlare och patient är när riktlinjerna rekommenderar en viss åtgärd, men patienten tycker att kostnaden är för hög och därför önskar en åtgärd som är lägre rangordnad i riktlinjerna (Socialstyrelsen 2013d).

Vi har kunnat följa utvecklingen över tid för sex processindikatorer mellan 2006 och 2014 varav en, antibiotikaföreskrivning hos tandläkare, visar en förbättring efter det att riktlinjen publicerades som avviker från underliggande trend. Spridningen mellan landsting tycks emellertid inte vara påverkad för indikatorn och inte heller för de övriga fyra där vi hade tillgång till data på landstingsnivå.

EN POSITIV TREND KAN SKÖNJAS ÄVEN FÖR DE OMRÅDEN SOM INTE HAR NATIONELLA RIKTLINJER

För att få en bild av hur utvecklingen över tid ser ut för områden som inte har nationella riktlinjer har vi studerat trenderna för två jämförelseområden, urinblåsecancer och kvinnosjukvård. Resultaten visar att även dessa områden över lag har en positiv utveckling av de processindikatorer som vi analyserat även om utvecklingen av jämförelseområdet kvinnosjukvård varit mer svårtolkad.

JÄMFÖRELSEOMRÅDE 1: URINBLÅSECANCER

För området urinblåsecancer har vi haft tillgång till data från 2008 till 2013. Utvecklingen är försiktigt positiv på tre av fyra processindikatorer och mer tydligt positiv för den fjärde. Spridningen mellan landsting ökade för två av fyra processindikatorer fram till runt 2010 för att därefter minska för alla fyra indikatorerna. Utvecklingen är försiktigt positiv sedan 1990-talet vad gäller femårsöverlevnad.

JÄMFÖRELSEOMRÅDE 2: KVINNOSJUKVÅRD

För området kvinnosjukvård finns data från så långt tillbaka som 1970-talet för vissa resultatindikatorer. Det har varit svårare att hitta data för processindikatorer och inte heller alltid självklart vilken som är den önskvärda utvecklingen av dem. Andelen akuta kejsarsnitt i landet har ökat något sedan 1990-talet. Det finns betydande skillnader mellan landstingen som snarare har ökat än minskat med tiden. Andelen dagkirurgiska operationer vid livmoderframfall har ökat kraftigt under den studerade perioden (2009–2013) och spridningen mellan landstingen har minskat. Vad gäller resultatmåttan finns det en långsiktig trend mot en ökad andel som får allvarliga bristningar i samband med förlossning sedan början av 1990-talet. Mellan 2004 och 2009 minskade frekvensen något för att därefter öka igen. Skillnaderna mellan landsting är relativt. Andelen dödfödda barn sjönk kraftigt under 1970-talet för att sedan plana ut på mellan 3–4 dödfödda barn per 1000 födda.

BILAGA 2. INTERVJUPERSONER OCH ANDRA KONTAKTER

Intervjupersoner:

Namn	Organisation	Roll
Mersiha Ajan	Halmstads kommun	Aktivitetsledare
Jonas Andersson	Västra Götalandsregionen: Hälsa- och sjukvårdsutskottet	Ordförande
Karolina Antonov	LIF (Läkemedelsindustriföreningen)	Lifs medicinska råd
Kjell Asplund	SBU	Ordförande (vetenskapliga rådet, Eira)
Catharina Bergold	LIF (Läkemedelsindustriföreningen)	Sakkunnig Policy
Sofia Björk	Sveriges kommuner och Landsting	Handläggare
Mats Brommels	Karolinska Institutet	Professor
Johan Brun	LIF (Läkemedelsindustriföreningen)/Pfeizer	Ordförande, Lif:s medicinska råd/Medicinsk direktör
Helena Brändström	Regionalt cancercentrum (Uppsala Örebro)	Projektleddare
Anne Carlsson	Rematikerförbundet	Ordförande
Peter Danderyd	Forum for Health Policy	Projektdirektör
Johan Ejerhed	Danderyds sjukhus	ST-läkare
Maria Ek	Hallands sjukhus Halmstad	Biträdande. Avd. chef
Ann Ekberg-Jansson	Angereds Närsjukhus/Luftvägsregistret	Tf. Sjukhusdirektör och forskningschef/ Registerhållare
Agneta Eklund	Uppsala läns landsting: Enheten för kunskapsstöd	Enhetschef
Carl-Gustav Elinder	Stockholms läns landsting: Avdelningen stöd för evidensbaserad medicin	Avdelningschef
Sofia Ernestam	Karolinska Institutet	Registerhållare
Berne Forzelius	Malmö stad	Sektionschef
Karin Fröjd	Västra Götalandsregionen: Enheten för kunskapsstyrning	Enhetschef
Magnus Hagiwara	Högskolan i Borås	Forskare
Anders Hallberg	Landstinget i Värmland	Forskningschef
Jarl Hellman	Akademiska sjukhuset	Överläkare (diabetesvård)
Tony Holm	Sveriges kommuner och Landsting	Samordnare för NSK
Liselotte Hozjan	Halmstads kommun	Demenssjuksköterska
Marit Jensen	Neuroförbundet	Generalsekreterare
Wenche Jenssen	Västra Götalandsregionen: Enheten för kunskapsstyrning	Utvecklingsledare
Per Johansson	Svenska Läkarförbundet	Utredningschef
Stefan Jutterdal	Fysioterapeuterna	Ordförande
Monika Karlsson	Hallands sjukhus Halmstad	Strokesköterska
Bodil Klinberg	Sveriges kommuner och Landsting	Samordnare
Maria Klässbo	Landstinget i Värmland	Ansvarig för vårdprogramsprocessen

Namn	Organisation	Roll
Ida Kullgren	Landstinget i Värmland: Utredningsenheten	Enhetschef
Bertil Lindahl	Uppsala universitet	Professor
Christina Lindberg	Uppsala läns landsting: Enheten för kunskapsstöd	Processledare nationella riktlinjer
Susanne Lindvall	Parkinsonsfonden	Ordförande
Karin Lundberg	Landstinget i Värmland	Verksamhetsanalytiker
Fredrik Lönn Dahl	Diabetesförbundet	Ordförande
Lisbeth Löpare	Vårdförbundet	Vårdstrategisk chef
Roger Molin	SKL	Analytiker
Ingrid Nielsen	Västra Götalandsregionen: Kanslienheten	Utredningsledare
Kerstin Nilsson	Svenska Läkaresällskapet	Ordförande
Karin Träff Nordström	Skåne universitetssjukhus/SFAM	Divisionschef/Ordförande
Pelle Nordlander	Astra Zeneca/LIF	County Council Affairs Director
Filippa Nyberg	Svenska Läkaresällskapet	VD
Eva Persson	Halmstads kommun: Hemvårdsförvaltningen	Utvecklingsledare
Sineva Ribeiro	Vårdförbundet	Ordförande
Sara Riggare	Karolinska institutet	Expertpatient/Doktorand
Inger Ros	Riksförbundet Hjärtlung	Förbundsordförande
Måns Rosen	SBU	fd. Generaldirektör
Birgit Rötblad	Fysioterapeuterna	FoU-chef
Ingrid Schmidt	Socialdepartementet	Departementsekreterare
Fredrik Settergren	Samarierhemmet	Allmännläkare
Nicole Silverstople	Södersjukhuset	Programchef
Heidi Stensmyren	Svenska Läkarförbundet	Ordförande
Karina Tellingner	Inera	Strateg E-tjänster
Gudrun Tevell	Regionförbund Uppsala	Chef för FoU stöd
Peter Thomasson	Hallands sjukhus Halmstad	Överläkare (Neurolog)
Jarl Torgerson	Västra Götalandsregionen: Hälso- och sjukvårdsavdelningen	Regionläkare
Henrik Toss	Uppsala läns landsting	Ordförande läkemedelskommitén
Calle Waller	Prostatacancerförbundet	Vice ordförande
Janne Wallgren	Handikapssamundet	Ombudsman
Anna Wallman	Västra Götalandsregionen: Enheten för kunskapsstyrning	Utvecklingsledare
Anna Karevi Verdoes	Västra Götalandsregionen: Enheten för kunskapsstyrning	Utvecklingsledare
Maria Engren Zavisic	Fysioterapeuterna	Socialpolitisk strateg
Anna Zucco	Nationella programrådet för stroke	Processledare
Sven-Åke Svensson	Inera	Strateg Invånartjänster
Ragnar Åstrand	Karlstad centralsjukhus: Minnesmottagningen	Överläkare

Kontakter för samråd och diskussion:

Namn	Organisation
Socialstyrelsen	
Maria Branting	Socialstyrelsen
Andreas Cederlund	Socialstyrelsen
Anders Fejer	Socialstyrelsen
Grethe Fochsen	Socialstyrelsen
Ulrika Freiholtz	Socialstyrelsen
Margareta Hedner	Socialstyrelsen
Marie Lawrenze	Socialstyrelsen
Martin Lindblom	Socialstyrelsen
Frida Lindgren	Socialstyrelsen/Tandhälsoregistret
Björn Nilsson	Socialstyrelsen
Irene Nilsson-Carlsson	Socialstyrelsen
Arvid Widenlou Nordmark	Socialstyrelsen
Katarina Nydahl	Socialstyrelsen
Mariana Näslund Blixt	Socialstyrelsen (tidigare Vårdanalys)
Sofia Orrskog	Socialstyrelsen
Karin Palm	Socialstyrelsen
Gunilla Ringbeck-Weitof	Socialstyrelsen
David Svärd	Socialstyrelsen
Nela Söder	Socialstyrelsen
Per Henrik Zingmark	Socialstyrelsen
Riksrevisionen	
Lasse Einarsson	Riksrevisionen
Tove Gemzell	Riksrevisionen (numera IVO)
Ann-Christin Johnredén	Riksrevisionen
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)	
Sofie Alverlind	SKL
Gunilla Gunnarsson	SKL
Tony Holm	SKL

Namn	Organisation
Roger Molin	SKL (tidigare Socialdepartementet)
Fredrik Westander	SKL
Kvaitetsregister och Regionala cancercentrum (RCC)	
Maria Hals-Berglund	Riksstroke
Birgitta Stegmayr	Riksstroke
Ann-Marie Svensson	Nationella Diabetesregistret
Ann-Katrin Edlund	SveDem – Svenska demensregistret
Pär Stattin	Nationellt Prostatacancerregister (NPCR)
Fredrik Sandin	NPCR/RCC Uppsala Örebro
Hans Östholm	Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SkaPa)
Inger von Bültzingslöwen	SkaPa
Gunnar Ekbäck	SkaPa
Greger Fransson	Svenska Palliativa registret
Carina Thorstensson	BOA- registret (Bättre Omhändertagande av patienter med artros)
Mathias Kardell	Kvalitetsregistret Bipolär
Axel Nordenskjöld	ECT Registret
Helena Brändström	RCC Uppsala Örebro
Lars Holmberg	RCC Uppsala Örebro
Pia Jestin	RCC Uppsala Örebro
Övriga	
Helena de la Cour	Landstinget i Dalarna
Frida Mowafi	SBU
Ulf-Johan Olson	Utvecklingspartner

BILAGOR PÅ VARDANALYS.SE:

- Metodbeskrivning
- Nationella riktlinjer – en internationell utblick

Lång väg till patientnytta

– en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system

Vårdanalys har på regeringens uppdrag följt upp nationella riktlinjers effekter ut ett patientperspektiv. Våra resultat visar att nationella riktlinjer bidrar till en mer kunskapsbaserad och jämlik vård men att arbetet behöver utvecklas. En relativt stor andel av patienterna får inte fullt ut den kunskapsbaserade och jämlika vård som skulle vara möjligt om den bästa tillgängliga kunskapen fanns tillgänglig i vårdmötet. Vårdanalys ser behov av en sammanhållen och långsiktig strategi för att etablera ett välfungerande system för kunskapsstöd.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

