

Ref N150

Utvärdering av SBU

**Statens Beredning för
Utvärdering av
medicinsk metodik**

Slutbetänkande av SBU kommittén

SOU
1991:6



Statens offentliga utredningar
1991:6
Socialdepartementet

Utvärdering av SBU

Statens Beredning för
Utvärdering av medicinsk
metodik

Slutbetänkande av SBU kommittén
Stockholm 1991

SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget, som också på uppdrag av regeringskansliets förvaltningskontor ombesörjer remissutsändningar av dessa publikationer.

Adress: Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 Stockholm
Tel 08/739 96 30
Telefax: 08/739 95 48

Publikationerna kan också köpas i Informationsbokhandeln, Malmorgsgatan 5, Stockholm.

REGERINGSKANSLIETS
OFFSETCENTRAL
Stockholm 1991

ISBN 91-38-10726-0
ISSN 0375-250X

November 1990

**Till statsrådet och chefen för
socialdepartementet**

Genom beslut den 17 maj 1990 bemyndigade regeringen chefen för socialdepartementet, statsrådet Ingela Thalén, att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utvärdera SBU:s hittillsvarande verksamhet och lägga fram förslag om framtida organisation och att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren.

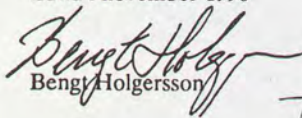
Jag får härmed överlämna mitt betänkande:

**Utvärdering av
SBU
Statens Beredning för
Utvärdering av
medicinsk metodik**

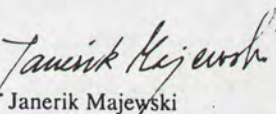
Förutom mig har i utarbetandet av betänkandet deltagit med dr Johan Calltorp och 1:e sekr Janerik Majewski. Dessa har även utgjort utredningens sekretariat.

Som fristående sakkunniga experter har jag tillkallat prof Peter F. Hjort, Statens institutt for folkehelse, Oslo och dir Finn Kamper-Jørgensen, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, Köpenhamn. Deras respektive yttrande bifogas betänkandet.

Lund i november 1990


Bengt Holgersson


Johan Calltorp


Janerik Majewski

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	SID
0. SAMMANFATTNING	4
1. UPPDRAGET	11
1.1. Regeringens beslut	11
1.2. Uppdragets genomförande	12
2. UTVÄRDERING AV MEDICINSK METODIK	14
2.1. Några definitioner	14
2.2. Bakgrunden till SBU	16
2.3. Utvärdering som styrmedel	17
3. SBU's ORGANISATION OCH ARBETSFORMER	19
3.1. Samverkan med andra nationella myndigheter och organisationer	19
3.2. Organisatorisk ställning	22
3.3. Myndighetsuppgifter	24
3.4. Inre organisation	25
4. SBU's ARBETSUPPGIFTER OCH ARBETSOMRÅDE	28
4.1. Regeringens uppdrag till SBU	28
4.2. Val av analysobjekt	28
4.3. SBU's intresseområde	32
4.4. Produkternas kvalitet	34
4.5. Presentationsform mm	35
4.6. Genomslag på nationell, landstings- och kliniknivå	36
4.7. Internationell samverkan	41
5. SBU's RELATION TILL FORSKNINGEN	44
5.1. Det internationella perspektivet	44
5.2. Det svenska perspektivet	46
5.3. Diskussion	50

BILAGOR

SID

1. Spridning av SBU's resultat.
Redovisning av enkät hösten 1990 52
2. Utvärderingsnotat. Statens beredning för utvärdering af
medicinsk metodik (SBU). 1990-09-14. 63
Direktör Finn Kamper-Jørgensen
Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi
3. Evaluering av statens beredning för utvärdering av
medicinsk metodik (SBU). 1990-09-20. 81
Professor Peter F. Hjort.
Statens Institutt for Folkehelse, Oslo
4. Litteratur mm 92

0. SAMMANFATTNING

SBU har nu verkat i tre år. Detta är för kort tid för att tillåta en fullständig utvärdering av en verksamhet med så långsiktigt syfte som SBU:s. Min utvärdering kan därför inte betraktas som heltäckande. Särskilt gäller det frågan om vilka faktiska genomslag SBU:s utvärderingsresultat haft i den praktiska svenska hälso- och sjukvården.

Utvärdering av medicinsk metodik är en verksamhet med betydande utvecklingspotential. Enligt min uppfattning bör den betraktas som ett av flera strategiska styrmedel för den svenska hälso- och sjukvården. Ett antal förutsättningar måste dock föreligga.

Underrubrikerna nedan redovisar de frågeställningar jag fått i uppdrag av regeringen att belysa.

Val av analysobjekt (kap 4.2.)

En granskning av SBU:s sex första rapporter i förhållande till SBU:s egna prioriteringsgrunder visar att rapporterna fångar upp flera av kriterierna. De behandlar emellertid relativt ensidigt ämnen från det kirurgiskt-tekniska området. Svaren i en SBU-enkät från 1989 liksom min egen enkät antyder ett stort intresse för utvärderingsprojekt med breda samhällskonsekvenser. Min bedömning är att resultaten från noggrant prioriterade utvärderingsprojekt som känns angelägna för beslutsfattare på olika nivåer i sjukvården har högt läsvärde och därmed lätt att få genomslag.

Jag rekommenderar mot bakgrund av detta SBU, och särskilt dess styrelse, att i fortsättningen ägna prioriteringsfrågorna ökad uppmärksamhet både vid kartläggning av intressanta utvärderingsprojekt och vid valet mellan dessa. Jag diskuterar också hur en rullande 3-årig prioriteringsprocess kan utformas.

Prioriteringsprocessen är enligt min mening en av de absolut viktigaste uppgifterna för SBU:s styrelse. De ledamöter som representerar samhällets institutionella intressen har en viktig uppgift som beställare av utvärderingsprojekt med stor ekonomisk, social och organisatorisk betydelse.

delse. En öppen och aktiv prioriteringsprocess bör dessutom i sig bidra till ett bredare intresse för hela utvärderingsområdet.

SBU:s intresseområde (kap 4.3.)

Eftersom utvärdering är så starkt efterfrågad inom hela den offentliga sektorn har det redovisats tankar att SBU skulle bredda sitt intresseområde och aktivt gå in på t ex socialtjänstens område. Jag vill för min del bestämt avråda från detta och framhålla att SBU bör koncentrera sina insatser och sin kompetensupbyggnad till det medicinska fältet där det under lång tid kommer att finnas ett omfattande behov av vetenskapligt grundade utvärderingar. Detta överensstämmer även med min uppfattning att kärnan i SBU:s utvärderingar skall vara medicinskt vetenskapliga bedömningar kompletterade med bredare aspekter.

Produkternas kvalitet (kap 4.4.)

En genomgång av SBU:s hittills publicerade rapporter, utförd av två nordiska vetenskapliga experter inom ämnesområdet, tillkallade av mig som fristående granskare, har fallit väl ut. Rapporternas vetenskapliga klass, särskilt inom de medicinska och ekonomiska fälten, bedöms ha hög internationell standard. De två experterna framför också var för sig synpunkter och förslag som jag anser bör diskuteras inom SBU och i tillämpliga delar beaktas i det fortsatta arbetet.

Presentationsform mm (kap 4.5.)

Enligt min uppfattning är SBU:s gula rapporter välskrivna och språkligt lättillgängliga. De blå sidorna ger en bra sammanfattning över slutsatser och rekommendationer medan de vita sidorna, huvudtexten, innehåller fördjupningar av ämnet. SBU bör överväga att ytterligare skärpa och konkretisera sina rekommendationer och där så är möjligt ange tydliga mottagare av dessa.

Jag föreslår att SBU utvecklar sina kanaler för informationsspridning genom att exempelvis utforma kortfattade och populärt utformade sammanfattningar som ges en bred spridning och genom att framställa

periodiska nyhetsbrev kring SBU:s verksamhet och utvärderingsforskning i allmänhet. Jag föreslår vidare en tydligare åtskillnad mellan SBU:s olika publikationer så att det klart framgår vad som är egentliga rapporter och vad som är konferensredovisningar, litteratursammanställningar etc.

Genomslag på nationell, landstings- och kliniknivå (kap 4.6.)

Detta är en av de centrala frågorna kring utvärdering av medicinsk metodik och därmed kring SBU:s verksamhet. Nationella och internationella undersökningar har visat hur svårt det är för utvärderingsresultat att få faktiskt genomslag i den kliniska verkligheten. Utformning av och språkbehandling mm i SBU:s skrifter är viktig men även valet av informationskanaler har stor betydelse för spridning och acceptans av utvärderingsresultaten.

Skall SBU:s arbete få reell betydelse för den svenska sjukvårdens förändring och utveckling måste SBU ägna implementeringsfrågorna och strategier kring dessa stor uppmärksamhet. Även om prioriteringen av vad som skall utvärderas är väl genomtänkt, själva utvärderingen är väl genomförd och slutsatser och rekommendationer är väl formulerade, så är verksamheten, sett ur samhällets synpunkt, effektiv först då utvärderingsresultaten faktiskt påverkar kliniska, politiska och administrativa beslut.

Internationell samverkan (kap 4.7.)

Internationella erfarenheter och utvärderingsresultat är väl tillvaratagna i respektive SBU-rapport. Däremot saknar jag ett mer systematiskt arbete med syfte att kartlägga och översätta internationella utvärderingsresultat och att värdera i vilken mån de kan tillämpas på svenska förhållanden. Ett sådant arbete bör ha en bredare ansats och inte bara vara knutet till de aktuella utvärderingsprojekten. SBU bör i dessa frågor utveckla former för samverkan med Läkaresällskapets sektioner.

Eftersom utveckling av medicinsk teknologi i hög grad är en internationell företeelse och merparten av utvecklingen sker i andra länder föreslår

jag under denna rubrik att SBU skall ha till uppgift att svara för kartläggning och identifiering av sådan ny medicinsk teknologi som kan få stor klinisk betydelse - s k medicinsk förvarning.

SBUs nuvarande organisation och arbetsformer samt resurser mm i relation till beredningens nuvarande uppgifter (kap 3.2. och 3.4.)

SBU är ett organ för nationell organisationsövergripande samordning av utvärdering av medicinsk metodik. Därför bör SBU ha en central och i förhållande till olika parter och intressenter neutral ställning och en ställning som underlättar direktkontakter med samtliga tunga institutionella intressen inom svensk hälso- och sjukvård. Ett viktigt argument för detta är att ett gott förtroendekapital hos forskare samt kliniska, politiska och administrativa beslutsfattare är en förutsättning för att utvärderingsresultat skall få brett genomslag i den praktiska kliniska verksamheten. Detta förutsätter såväl vetenskaplig som organisatorisk integritet.

Jag bedömer att SBUs verksamhet nu fått så stabila former att organisationen kan lämna den omedelbara närheten till regeringskansliet och organiseras som en fristående myndighet under socialdepartementet.

Jag har inte i detalj studerat SBUs inre arbetsformer eller reviderat hur SBU använt de resurser som ställts till organisationens förfogande. Med denna reservation framför jag ändå några synpunkter som styrelsen bör beakta i sitt fortsatta arbete. Bland dessa kan nämnas vikten av att de styrelseledamöter som representerar de direkta samhällsintressena svarar för att ett brett perspektiv läggs på SBUs verksamhet. SBU bör också finna former för en konkret verksamhetsplanering omfattande något eller några års horisont. Avslutningsvis bedömer jag att kansliet kan behöva en viss utökning av de fasta resurserna främst för att arbeta med ett antal för verksamheten strategiska frågor.

Arbetsfördelning och samarbete mellan SBU och andra berörda organisationer och myndigheter på nationell nivå (kap 3.1.)

SBUs samordningsuppgift på det nationella planet är central i regeringens uppdrag till SBU. Medicinska forskningsrådet, Landstingsför-

bundet, socialstyrelsen och Språk har delvis överlappande intresse- och ansvarsområden inom utvärderingsfältet.

Samordning mellan olika intressenter och kunskapsbaser - men också tydlig fördelning av uppgifter - är enligt min uppfattning en förutsättning för att möjliggöra breda ansatser inom hela hälso- och sjukvårdsområdet. Samordning och samverkan är väsentlig under alla moment i utvärderingsprocessen; kartläggning, prioritering, utförande, information och implementering. Det är därför nödvändigt att de centrala parterna är överens om en konkret och operationell ansvarsfördelning och formerna för en sådan ansvarsfördelning skall ändras. Eftersom parterna är representerade i SBU:s styrelse ter det sig naturligt att denna kan användas som forum för sådana frågor.

Om det inte går att komma överens om och fastställa en klar ansvarsfördelning vill jag förorda att de resurser som primärt används för utvärdering av medicinsk metodik inom främst Språk och socialstyrelsen samlas och ställs under ledning av SBU:s styrelse. Ett övergripande mål måste vara att kraftsamla och därmed effektivt utnyttja den än så länge fåtaliga utvärderingskompetens som finns på den centrala nivån.

SBU:s myndighetsorienterade uppgifter (kap 3.3.)

Efter att ha vägt för och nackdelar med att ge SBU mera uttalade myndighetsuppgifter såsom direktivrätt över eller rätt att utkräva ansvar av annan organisation eller enskild person, har jag kommit till slutsatsen att SBU inte bör ha sådana uppgifter. Formell maktutövning skall ske genom de organ som redan idag har sådana uppgifter och antalet bör inte öka.

För- och nackdelar med en närmare samordning eller integrering av SBU:s nuvarande verksamhet med annan organisation (kap 3.2.)

Det finns flera skäl till att jag inte vill förorda att SBU samordnas eller integreras med någon annan organisation. För en verksamhet med SBU:s uppgifter är ett gott förtroendekapital hos olika beslutsfattare avgörande för hur dess produkter värderas och därmed för vilket genomslag de får i praktiken. De slutsatser som SBU formulerar får inte utsättas för risken att misstänkas vara påverkade av någon enskild organisations särintresse.

Min bedömning är vidare att det är lättare att samordna central, regional och lokal utvärderingskompetens genom en i förhållande till centrala partsintressen neutral organisation med vetenskaplig och organisatorisk integritet. Utvärdering av medicinsk metodik, med den breda ansats som finns i SBUs uppdrag, är en verksamhet under dynamisk utveckling och bör ha bättre utvecklingsmöjligheter i en liten organisation som leds och företräds av en styrelse med utvärdering av medicinsk metodik som sitt primära ansvar.

SBUs relation till forskningen (kap 5.)

Teknologivärdering, eller i detta sammanhang utvärdering av medicinsk metodik, är en del av den samlade utvärderingsforskningen inom sjukvården. Denna forskning, som syftar till en kritisk granskning och genomlysning av alla aktiviteter i sjukvården, tilldrar sig allt större intresse i Sverige och utlandet.

SBUs huvuduppgift är att göra synteser, d v s sammanställa existerande kunskap om olika medicinska metoders värde ur medicinskt, ekonomiskt, socialt och etiskt perspektiv. För att SBU skall få optimal funktion i den svenska sjukvården är det nödvändigt att dess verksamhet kopplas till en målmedvetet utformad struktur för utvärderingsforskning vid universiteten. Jag rekommenderar därför en successiv uppbyggnad av tvärvetenskapliga forskargrupper inom utvärderingsområdet vid varje universitet. Jag rekommenderar vidare att sjukvårdshuvudmännen och staten förstärker sina satsningar på hälso- och sjukvårdsforskning i regionerna samt i lämpliga former stödjer en utveckling av utvärderingskompetens i landstingen.

Sådana grupper på regional och lokal nivå kan generera nödvändigt underlag för för SBUs synteser. De har också en viktig uppgift som mottagare av utvärderingsrapporter och kan därigenom aktivt bidra till att utvärderingsresultaten verkligen får genomslag i den praktiska sjukvården.

En uppbyggnad av universitetsbaserad tvärvetenskaplig forskning med inriktning på utvärdering är en strategiskt viktig åtgärd. Den är också en

förutsättning för att utveckla en önskvärd kritisk granskning i vårdmiljöerna - vilket är förutsättning för väsentliga förändringar inom svensk hälso- och sjukvård.

1. UPPDRAGET

1.1. Regeringens beslut

Regeringen beslöt den 17 maj 1990 bemyndiga chefen för socialdepartementet tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utvärdera SBU:s hittillsvarande verksamhet och lägga fram förslag om framtida organisation (Dir 1990:29). Uppdraget skulle redovisas senast den 31 oktober 1990.

Socialministern tillkallade under slutet av maj landstingsrådet Bengt Holgersson, Malmöhus läns landsting, som utredare. Han har i sin tur utsett med dr Johan Calltorp, institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet och 1:e sekr Janerik Majewski, Malmöhus läns landsting att vara utredningens sekreterare.

Uppdraget formulerades på följande sätt:

"Vid tillkomsten av SBU bestämdes att dess verksamhet skulle utvärderas efter tre år. Såväl SBU:s styrelse och referensgrupp som representanter för socialdepartementet anser emellertid att det redan nu finns underlag för en utvärdering av beredningen.

Mot denna bakgrund bör en särskild utredare tillkallas med uppdrag att i samverkan med fristående experter dels utvärdera SBU:s hittillsvarande verksamhet dels förutsättningslöst analysera och lägga fram förslag om framtida organisation och inriktning av verksamheten

Utvärderingen bör bland annat omfatta en granskning av SBU:s hittillsvarande verksamhet med avseende på val av analysobjekt, produkternas kvalitet, presentationsform mm. Vidare bör utvärderingen belysa vilket genomslag SBU:s verksamhet haft och kan komma att få på nationell och landstingskommunal nivå samt i det kliniska arbetet.

Till utvärderingen hör även att belysa SBU:s nuvarande organisation och arbetsformer samt resurser m.m. i relation till beredningens nuvarande uppgifter.

Arbetsfördelningen och samarbetet mellan SBU och andra berörda organisationer och myndigheter på nationell nivå skall också analyseras.

De myndighetsorienterade uppgifter som SBU har bör ägnas särskild uppmärksamhet i analysen.

Vidare bör förutsättningarna för, liksom för- och nackdelarna med, en närmare samordning eller integrering av SBUs nuvarande verksamhet med någon annan organisation analyseras"

1.2. Uppdragets genomförande

Utredningen har haft kort tid för sitt arbete. Planeringen av arbetet startade första veckan i juni. Efter inledande diskussioner och inläsning av SBUs publikationer och andra skrifter av värde för utredningen kunde det egentliga arbetet starta under senare delen av augusti.

Utredningen har använt följande bakgrundsmaterial:

* SBUs samtliga rapporter, konferensrapporter, litteratursammanställningar samt en del interna arbetspaper (se bil 4).

* Annan skriftlig dokumentation som behandlar begreppet utvärdering av medicinsk metodik (se bil 4).

* Samtal med följande, i SBUs verksamhet väl insatta, personer.

- Walter Slunge, direktör, landstingsförbundet
- Lars Werkö, styrelsens ordförande, SBU
- Tore Scherstén, expertgruppens ordförande, SBU
- Egon Jonsson, verkställande chef, SBU
- Claes Örtendahl, generaldirektör, socialstyrelsen
- Kurt Roos, departementsråd, socialdepartementet, hälso- och sjukvårdsberedningens repr i styrelsen, SBU
- Leni Björklund, direktör, Spris repr i styrelsen, SBU
- Bengt Pernow, Svenska Läkaresällskapets repr i styrelsen, SBU

- Thomas Luttrupp, departementsråd, socialdepartementets repr i styrelsen, SBU
- Thomas Ihre, läkarförbundets repr i styrelsen, SBU

* Rapporter från två nordiska vetenskapliga experter inom ämnesområdet, tillkallade som fristående granskare; professor Peter F. Hjort, Statens Institutt For Folkehelse, Oslo och direktör Finn Kamper-Jørgensen, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, Köpenhamn. Rapporternas innehåll ligger till grund för flera av mina slutsatser. (Se bilagorna 2 och 3).

* Studiebesök hos och samråd 17-19/10 med

- Dr Els Borst-Eilers, Gezondheidsraad, den Haag
- Dr Yvonne van Duivenboden, Gezondheidsraad, den Haag
- Prof David Banta, State University, Maastricht
- Dr Chris Ham, Kings Fund College, London
- Dr Bill Maton-Howarth, Research Management Division, DHSS, London
- Mrs Barbara Stocking, Director, King's Fund Centre, London
- Mr David Costain, King's Fund Centre, London
- Dr Martin Buxton, professor of health economics, Brunel University, London.

* Enkät till 330 läkare inom specialiteter som berörs av de rapporter som SBU hittills publicerat samt till 360 hälso- och sjukvårdspolitiker och centralt placerade hälso- och sjukvårdsadministratörer i samtliga lands- ting. (Se bilaga 1).

Den 25 november 1990 är det två år sedan SBU genomförde sin första mer offentliga aktivitet, konferensen på Rosenbad. Detta är för kort tid för att tillåta en fullständig utvärdering av en verksamhet med så långsiktigt syfte som SBU:s. Särskilt gäller det frågan om vilket faktiskt genomslag SBU:s verksamhet haft på resursfördelning och kliniskt handlande inom den svenska hälso- och sjukvården. Utvärderingen kan därför inte betraktas som heltäckande.

2. UTVÄRDERING AV MEDICINSK METODIK

2.1 Några definitioner

Utvärdering inom medicinen har gamla anor. Kritisk granskning och ifrågasättande av etablerade uppfattningar och handlingsmönster är en grundläggande drivkraft för medicinsk forskning och utveckling. Genom medicinhistorien kan man iakta hur detta förhållningssätt brutit mark för nya och mer rationella behandlingsmetoder. Ifrågasättande och utvärdering är därför en viktig beståndsdel i den medicinska vetenskapen.

I den kliniska forskningen och vardagen har, under de senaste decennierna, prövning och effektgranskning blivit allt vanligare. Man beskriver ofta utvecklingen så att medicinen blir alltmer vetenskaplig, dvs att rationellt tänkande dominerar. Man försöker styra medicinsk behandling och handlande utifrån en kunskap om dess effekter för patienten.

Detta synsätt har successivt vuxit fram under 1900-talet i takt med att alltmer precisa metoder i medicinsk forskning och praktik utvecklats. Metoder som idag införs i behandlingsarsenalen utsätts för en helt annan och noggrannare granskning och kontroll vad gäller såväl biverkningar som effekter än vad som var fallet ännu för några decennier sedan. Detta är i sin tur förklaringen till att det i den nuvarande medicinska behandlingsarsenal - i den beprövade erfarenheten - finns så många metoder som väntar på en noggrann utvärdering och ibland utmönstring.

När det gäller nya medicinska metoder handlar frågorna i första hand om hur nyttan förhåller sig till risker, kostnader och samhällseliga konsekvenser. När det gäller de gamla metoderna som ännu inte utsatts för noggrann vetenskaplig granskning är frågan i första hand om de har en effekt och vilken denna i så fall är.

I takt med att den medicinska vetenskapen blivit kraftfullare och att tillväxten av nya behandlingsmetoder ökat allt snabbare har också andra perspektiv kommit att bli viktiga. Som exempel kan nämnas risk-nyttorelationen, kostnads-nyttoperspektivet, sekundära effekter utanför den

enskilde patienten, på familjen, på samhället etc. Resursmässiga, etiska och sociala perspektiv har blivit allt viktigare vid utvärdering av sjukvård.

Utvärdering ur ett tvärvetenskapligt perspektiv har, mot ovan tecknade bakgrund, börjat utvecklas som en viktig verksamhet inom sjukvården i många länder. Den bedrivs under olika namn och i olika organisatorisk form. De viktigaste begreppen är följande:

Hälso- och sjukvårdsforskning (Health Services Research) utvecklades som begrepp på 1960-talet i USA och England och används fortfarande ofta som samlingsnamn för den totala utvärderingsforskningen inom sjukvården. Forskningens kärnområden är hur sjukvården fungerar ur ett systemperspektiv, man undersöker den samlade effekten av delar och helhet, kombination av medicinska och organisatoriska perspektiv, mm.

Hälsoekonomi (Health Economics) innebär att ekonomiska perspektiv appliceras på sjukvården. Ämnet utvecklades i USA och England under 1960-talet. Vid introduktionen i Sverige under senare delen av 1970-talet definierades hälsoekonomi relativt brett med avsikten att ett tvärvetenskapligt anslag i granskningen av sjukvårdens kostnader och nytta skulle tillämpas.

Kvalitetssäkring (Quality Assurance) är som begrepp och aktivitet relativt nytt. Inspirationen har hämtats utanför sjukvården, från industrin och dess försök att applicera ett mer systematiskt och vetenskapligt perspektiv på produktionsprocessen. Metodens användning inom sjukvården har fått allt större internationellt intresse. Dess tillämpning går i korthet ut på att man försöker mäta hur sjukvården fungerar i ordinarie rutinmässig drift. Perspektivet är brett men en viktig kärna är att åtgärda avvikelser från en fastlagd standard.

Teknologivärdering (Technology Assessment) fick sin organisatoriska bas i Sverige i och med bildandet av SBU. Termen och begreppet utvecklades i USA under 1970-talet och innebär en bred tvärvetenskaplig granskning av alla metoder använda inom sjukvården. Det avser förutom

sedvanlig medicinsk effektmätning också värdering av ekonomiska, sociala, organisatoriska och etiska aspekter av teknologierna. Termen relaterar till det engelska ordet technology som har en vidare innebörd än det svenska ordet teknologi. Begreppet innefattar på engelska inte bara teknik och metod i mera snäv mening utan också procedurer, sätt att arbeta och handla även där inte teknisk utrustning finns med. Begreppet täcker således in de flesta aktiviteter som förekommer i sjukvården. Detta är bakgrunden till att benämningen *Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik* valdes.

Begreppen teknologivärdering och kvalitetssäkring överlappar delvis varandra. Ett försök att definiera en gräns utgör följande precisering från Spris expertgrupp för kvalitetssäkring i vården (Spri-rapport nr 287): Teknologivärdering syftar till att undersöka hur medicinska metoder fungerar under optimala förhållanden. Kvalitetssäkring däremot studerar hur metoder fungerar i den dagliga sjukvården under mer normala förhållanden, med alla de avvikelser från ideala förhållanden som kan förklaras av organisatoriska störningar, ojämnt utbildad och motiverad personal etc.

2.2 Bakgrunden till SBU

Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik, SBU, är en fristående myndighet inom Regeringskansliet. SBU tillkom genom ett regeringsbeslut 1987. Beslutet föregicks av en utredning om betydelsen av vetenskapliga utvärderingar av de metoder som används i sjukvården. I utredningen framhölls bl a följande:

Utvecklingen inom den svenska sjukvården bestäms till stor del av effektiviteten i både nya och etablerade medicinska åtgärder för prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering av sjukdom och handikapp med därtill hörande utrustning, material, läkemedel samt administration och organisation av åtgärderna, dvs det medicinska handlandet eller den medicinska teknologin.....

Trots de resurser som idag står till sjukvårdens förfogande kan det vara svårt att etablera och sprida nya värdefulla metoder.....

Vissa metoder introduceras å andra sidan utan större hinder trots att de aldrig bedömts med hänsyn till deras samlade nytta, risker och ekonomiska konsekvenser.....

Utvecklingen av det medicinska handlandet under de närmaste decennierna kommer att kräva ställningstagande och prioriteringar utifrån en mer samlad kunskapsbas än den som finns tillgänglig idag.....

Den medicinska utvecklingen går mot metoder som tillåter behandling utanför den traditionella vården. En kontinuerlig bevakning och värdering av dessa metoder ur medicinska och ekonomiska synpunkter är en förutsättning för att snabbt ta tillvara teknologier som medför både humanitära och nationalekonomiska vinster.

Ett rationellt utnyttjande av givna resurser för sjukvård, hälsovård och socialvård förutsätter metodik för utsortering av föråldrade metoder när nya tillkommer. Utvärdering av medicinskt handlande syftar just till att ge ett samlat underlag för val av metod med hänsyn tagen till nytta och säkerhet samt ekonomiska och sociala konsekvenser och rättvisesynpunkter.

2.3 Utvärdering som styrmedel

Ett karakteristiskt drag i den medicinska utvecklingen är att kunskaper omsätts allt snabbare. Nya diagnostiska metoder blir tillgängliga, behandlingsarsenalen växer. Vid varje tidpunkt är antalet diagnos- och terapimetoder större än tidigare, samtidigt som den enskilda metodens livslängd tenderar att bli kortare. Detta aktualiserar ett behov att kontinuerligt ompröva existerande behandlingstradition och att utmönstra omoderna och mindre effektiva eller t o m ibland icke verkningsfulla metoder. Det finns en vitt utbredd uppfattning att ett av de viktigaste strategiska problemen är just utmönstring av äldre metoder.

Ett annat problem som blir alltmer aktuellt gäller hur man skall ta ställning till användning av alla nya, påstått effektiva, metoder som erbjuds vården. I takt med utvecklingen av allt kraftfullare teknologier, samtidigt som andelen vårdmässigt resurskrävande äldre i befolkningen ökar,

växer också problemen att avgöra olika medicinska metoders användningsområde.

Sjukvårdsorganisationen som helhet kommer sannolikt att i ökande omfattning konfronteras med sådana frågeställningar under 1990-talet. De resursbegränsningar som sjukvårdssystemet möter kommer att på ett mycket påtagligt sätt aktualisera frågor kring mätbar effektivitet. Behovet av vetenskapligt grundad utvärdering kommer därför att öka.

Den sjukvårdspolitiska diskussionen fokuseras alltmer på frågor kring rationalisering och effektivare resursutnyttjande. En grundsyn är att sådan förändring bör utgå från faktiska kunskaper och väl grundade bedömningar av vilken reell nytta olika delaktiviteter inom vården har. Ett centralt begrepp och därmed mätområde är medicinsk effekt kompletterad med bedömning av och försök att mäta effekter i exempelvis ekonomiska och sociala termer. I detta perspektiv blir försöken att mera objektivt och systematiskt utvärdera de medicinska metoderna ett strategiskt viktigt medel att förändra sjukvården.

Sammanfattningsvis bör, enligt min uppfattning, utvärdering av medicinsk metodik som underlag för effektivisering och rationalisering betraktas som ett viktigt och strategiskt styrmedel i sjukvården. Detta har emellertid hittills använts i begränsad omfattning i Sverige. Det är därför angeläget dels att utveckla kraftfullare och mer precisa sådana aktiviteter, dels att mer aktivt och systematiskt koppla den utvärdering som bedrivs inom forskningen och i den kliniska vardagen till politiska och administrativa beslutsnivåer inom hälso- och sjukvården. Det är mot denna bakgrund särskilt viktigt att utveckla verktyg för ekonomisk analys så att resursmässiga konsekvenser av olika handlingsalternativ klart framgår.

3. SBU's ORGANISATION OCH ARBETSFORMER

3.1. Samverkan med andra nationella myndigheter och organisationer

Den nationella samordning av utvärdering av medicinsk metodik som SBU svarar för motiveras enligt regeringen av:

.....Vidare bör samtliga tunga intressenter stå bakom en samlad utvärdering av särskilt betydelsefulla medicinska metoder så att resultaten kan respekteras och förändringar åstadkommas för ett effektivare utnyttjande av samhällets hälso- och sjukvård.....Det är emellertid viktigt att samtliga berörda organisationer fortsätter och vidgar sina uppgifter vad gäller utvärdering av medicinsk metodik inom sina olika intresse- och kompetensområden.

Syftet med ett fristående samordningsorgan är dock inte att förändra den arbetsstruktur som finns idag, utan att åstadkomma samordnade insatser, där så är möjligt.

I arbetsuppgifterna bör inte ingå att bedriva egen forskning. Det kan dock bli aktuellt att vissa begränsade studier initieras och bekostas inom ramen för beredningens verksamhet.....Samordningsorganet bör inte heller ha en forskningsrådsliknande funktion att fördela pengar till forsknings- och utvecklingsprojekt.

Utvärdering, uppföljning och utveckling inom hälso- och sjukvården bedrivs på central nivå av flera myndigheter och organisationer. Förutom av SBU, bl a av socialstyrelsen, statens medicinska forskningsråd, Landstingsförbundet, och Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri).

Socialstyrelsen är en myndighet som skall utöva tillsyn genom uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har kompetens inom områden som medicin, odontologi, hälso- och smittskydd, läkemedel, epidemiologi samt hälsoekonomi. Hälso- och sjukvård är endast en del av socialstyrelsens ansvarsområde. Vad avser utvärdering har

verksledningen angett att ett primärt intresseområde bör vara systemnivån, exempelvis vilka effekter primärvården har inom svensk hälso- och sjukvård. Samtidigt har dock socialstyrelsen en viktig uppgift att granska kvalitetsfrågor på individ-, klinik- och huvudmannanivå.

Landstingsförbundets uppgift är att företräda sjukvårdshuvudmännens gemensamma intressen i vårdpolitiska frågor. Ekonomiska, organisatoriska och personalpolitiska frågor är centrala i förbundets verksamhet.

Spris aktuella verksamhetsinriktning anger bl a att uppföljning och utvärdering av kvalitet, effektivitet och produktivitet i vården är ett av organisationen centrala intresseområden. Det anges vidare att inriktningen för Spris del bör vara metodutveckling och hälsoekonomisk utvärdering. Det slås också fast att Spri inom ramen för sin uppdragsverksamhet bör stödja SoS och SBU i dessa organisationers utvärdering av medicinska metoder och teknik.

I kap 5 diskuteras SBU:s samverkan med forskare, institutioner och forskningsenheter inom och utom den svenska universitetsorganisationen.

SBU:s nationella samordningsuppgift är central i regeringens uppdrag. Samordning mellan olika intressenter och kunskapsbaser - men också tydlig fördelning av uppgifter dem emellan - är enligt min uppfattning en förutsättning för att möjliggöra kraftfullare utvärderingsansatser inom hela hälso- och sjukvårdsområdet.

Samordning och samverkan är väsentlig både när utvärderingsresultat skall användas som underlag för formulering av den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken och när resultaten skall få genomslag i det dagliga kliniska handlandet. Koordination vid presentation av forskningsresultat är särskilt viktig när beslutsfattare på olika nivåer skall påverkas. Att de tyngsta intressena i svensk hälso- och sjukvård är representerade i SBU:s styrelse är bl a ett uttryck för behovet av koordination på denna centrala nivå.

För att samla den än så länge begränsade utvärderingskompetens som finns här är det således nödvändigt att dessa centrala organisationer samverkar utifrån sina respektive kompetens- och ansvarsområden. Det gäller under alla faser av en utvärderingsprocess; prioritering, beslut om vem som skall ansvara för utförandet, planering, genomförande, informationsspridning och implementering. De olika organisationerna och deras experter måste därför utveckla konstruktiva arbetsformer för att stödja och komplettera varandra istället för att tävla om anslag och uppmärksamhet.

All samverkan måste grundas på en klar uppgifts- och rollfördelning. Enligt min mening har bl a socialdepartementet, hälso- och sjukvårdsberedningen, landstingsförbundet och socialstyrelsen viktiga uppgifter som beställare av utvärderingsprojekt och bör därför ha stort inflytande över SBU:s prioriteringsprocess. Medicinska forskningsrådet, läkarsällskapet, Spri samt forskargrupper och universitetsinstitutioner inom och utom landet representerar å andra sidan en professionell utvärderingskunskap, var och en med sin särskilda inriktning och kunskap.

Medicinska forskningsrådet, SBU, Landstingsförbundet, Socialstyrelsen och Spri har, med utgångspunkt från deras respektive instruktion (motsv), delvis överlappande intressen och ansvar inom utvärderingsområdet. En sådan instruktion måste alltid formuleras så allmänt att den medger ett mått av handlingsfrihet och möjlighet att anpassa verksamheten efter nya krav och ändrade förutsättningar. Därför är det väsentligt att de olika parterna är överens om en konkret och operationell ansvarsfördelning och om vilka former som skall tillämpas när denna behöver ändras.

Medicinska forskningsrådets initiativgrupp för utvärdering av medicinsk teknologi genomförde den 5 juni 1990 ett sammanträde med deltagare från forskningsrådet, socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Spri och SBU. Mötet handlade om ansvaret för teknologivärdering. Den avslutande diskussionen resulterade i en överenskommelse att parterna skulle samla sig kring en gemensam skrift som redovisar vad respektive part har ansvar för och hur parterna skall samarbeta. Diskussionen och överenskommelsen visar att ansvarsområdena inte är helt klara och att det därmed kan finnas risk för överlappning, dubbelarbete och kanske t o m

revirhävande från någon part. Jag vill understryka nödvändigheten av att parterna snarast slutför detta arbete. Eftersom samtliga aktörer är representerade i SBU:s styrelse är det rimligt att dokumentet redovisas där och att styrelsen löpande kan användas som forum för sådana diskussioner.

Om det inte går att fastställa en klar ansvarsfördelning mellan de centrala parterna vill jag förorda att de primära resurser för utvärdering av medicinsk metodik som nu finns hos respektive organisation, främst Spri och socialstyrelsen, samlas och ställs under ledning av SBU:s styrelse. Ett övergripande mål måste vara att genom kraftsamling effektivt utnyttja det begränsade antal personer med utvärderingskompetens som finns i de centrala organisationerna.

Ett område där rutinmässig samverkan borde kunna utvecklas och få fastare former är konsensuskonferenserna. De genomförs nu av MFR och Spri. I några fall har SBU bidragit med vetenskapligt underlag. Enligt min uppfattning är Utvärdering av medicinsk metodik - Konsensuskonferens - Kvalitetssäkring delar i en och samma process som ytterst syftar till att förbättra och effektivisera vår hälso- och sjukvård.

Ett annat område där en bättre samverkan borde få positivt resultat är spridning av information om utvärderingsresultat. Kliniska, politiska och administrativa beslutsfattare får idag kunskapen från olika avsändare via olika kanaler och media, med olika utformning mm. Ett närmare samarbete, framförallt mellan SBU och Spri, borde kunna förbättra situationen. SBU:s styrelse bör utarbeta en långsiktig informationsstrategi som ett led i implementeringsarbetet. I strategin fastläggs bl a vilken typ av information som skall spridas och vilka kanaler som skall användas.

3.2. Organisatorisk ställning

Den i kap 2 omnämnda utredningsgruppen bakom SBU:s tillkomst gjorde följande bedömning:

Existerande organ i samhället, exempelvis socialstyrelsen, Spri och medicinska forskningsrådet, har vissa definierade uppgifter som täcker

delar av detta problemområde men det saknas en resurs på det nationella planet som kan ansvara för hela frågan i ett samlat perspektiv och som har den kompetens och tyngd som är nödvändig för att få läkare och beslutsfattare inom hälso- och sjukvården engagerade och villiga att respektera gjorda utvärderingar.

Utredningens slutsats blev därför:

Befintliga organisationer har olika kompetens och intresseinriktning. Ingen separat organisation kan heller påta sig en samordningsuppgift utan resursförstärkning. Konsensus är vidare en förutsättning för att få genomslag. Förutsättningar för en kraftsamling är också större om arbetet kan ske utan konkurrens från annan verksamhet. Arbetsgruppen föreslår mot denna bakgrund att ett under socialdepartementet fristående nationellt organ för utvärdering av medicinskt handlande etableras.

Jag delar utredningens bedömning och slutsats. Ett organ för nationell, dvs organisationsövergripande, samordning bör ha en central och i förhållande till olika aktörer neutral ställning. Om utvärdering av medicinsk metodik skall utvecklas till ett styrmedel för svensk hälso- och sjukvård, exempelvis genom att bidra till formulering av den nationella politiken, bör SBU dessutom ha en ställning som underlättar direktkontakt med socialdepartementet och hälso- och sjukvårdsberedningen. Detta även om SBU inte i formell mening är beredning åt departementschef eller regering utan är ett fristående organ som initierar, koordinerar och rapporterar uppdrag inom utvärderingsområdet.

För en organisation med SBUs uppgifter är ett gott förtroendekapital hos forskare samt kliniska, politiska och administrativa beslutsfattare avgörande för hur dess produkter kommer att värderas och därmed för vilket genomslag de får i praktiken. Detta förtroendekapital förutsätter såväl vetenskaplig som organisatorisk integritet. De slutsatser SBU formulerar får inte utsättas för risken att misstänkas vara påverkade av andra organisations särskilda intressen.

Enligt mina direktiv skall jag analysera förutsättningarna för, liksom för- och nackdelar med en närmare samordning eller integrering av

SBU:s nuvarande verksamhet med någon annan organisation. Det finns flera skäl till att jag inte nu vill förorda en sådan lösning. Av diskussionen i avsnitt 3.1. framgår vikten av att de än så länge fåtaliga utvärderingsresurserna och -aktiviteterna i landet samordnas. Det är min uppfattning att detta är lättare genom en i förhållande till olika organisatoriska särintressen "fristående" organisation. Vidare är hela utvärderingsområdet i en dynamisk utvecklingsfas och det är min uppfattning att verksamheten har bäst utvecklingsmöjligheter i en liten organisation som leds och företräds av en styrelse med utvärdering av medicinsk metodik som sitt primära ansvar.

Jag har uppfattat att nuvarande organisatoriska placering inom regeringskansliet valdes för att ge ett aktivt stöd åt SBU under dess uppbyggnadsfas. Jag bedömer att verksamheten nu fått så fasta former att denna nära knytning kan upphöra och att SBU därför bör organiseras som en fristående myndighet under socialdepartementet - dock utan direktivrätt i förhållande till andra organ.

Små, fristående myndigheter i gränsskiktet mellan regeringskansli och centrala ämbetsverk är en sedan länge etablerad organisationsform, som väl lämpar sig för verksamheter av SBU:s typ. Organisationsformen tillfredsställer högt ställda krav på bl a samordning, utredning, utvärdering och flexibilitet, speciellt då flera samhällsaktörer är involverade.

Sammanfattningsvis bedömer jag därför att SBU tillsvidare bör behålla en i förhållande till tunga centrala hälso- och sjukvårdsintressen organisatoriskt fristående ställning. Jag har således inte funnit några vägande skäl för att nu inordna SBU och dess verksamhet under något annat organ.

3.3. Myndighetsuppgifter

Efter att ha vägt för- och nackdelar med att ge SBU mer uttalade myndighetsuppgifter såsom direktivrätt över eller rätt att utkräva ansvar av annan organisation eller enskild person, har jag kommit till slutsatsen att SBU inte bör ha sådana uppgifter.

Som jag tidigare redovisat och som jag återkommer till måste SBU, för att dess resultat skall få genomslag i hälso- och sjukvårdens vardag, verka genom professionell auktoritet - inte genom formell makt. Formell maktutövning bör ske genom de olika organ som redan i dag har sådana uppgifter, exempelvis socialstyrelsen. Antalet sådana organ bör inte öka.

SBU:s styrelse kan eventuellt överväga att i rapporternas slutsatser och rekommendationer tydliggöra och föreslå vilka utvärderingsresultat som bör ligga till grund för annan organisations eller myndighets maktutövande.

3.4. Inre organisation

SBU bedriver sitt arbete genom en styrelse och en expertgrupp.

Styrelsens ledamöter representerar följande organ:

- Hälso- och sjukvårdsberedningen,
- Landstingsförbundet,
- Medicinska forskningsrådet,
- Socialdepartementet,
- Socialstyrelsen,
- Sveriges läkarförbund,
- Svenska läkaresällskapet
- Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut.

Expertgruppen representerar personalkategorier med nära erfarenhet från sjukvårdens vardag; läkare, sjuksköterskor och administratörer.

SBU stöds av ett kansli. Antalet fasta tjänster är begränsat. En icke oväsentlig del av personalkostnaderna används för olika former av projektanställning.

Under 1989/1990 har SBU en budget på 5 milj. kr.

Jag har inte granskat SBU:s inre arbete eller de arbetsformer som tillämpas inom styrelse, expertgrupp och kansli. Jag har inte heller reviderat hur SBU och dess verkställande ledning använt och använder de resurser

som ställts till organisationens förfogande. En detaljerad granskning av dessa frågor nu är mindre meningsfull eftersom organisationen verkat jämförelsevis kort tid. Arbetsformer och sättet att använda resurserna utvecklas fortfarande och kommer att förändras vidare, kanske bl a som en följd av de synpunkter jag redovisar i denna utvärdering.

Med dessa reservationer vill jag ändå framföra några allmänna synpunkter som bör diskuteras inom styrelsen och mellan denna och dess verkställande ledning.

* SBU:s styrelse är sammansatt av ledamöter som representerar de tyngsta institutionella intressena inom svensk hälso- och sjukvård. Beslut om allmän inriktning av SBU:s verksamhet eller om genomförande av enskilda projekt fordrar överenskommelse, ibland kompromisser. Under uppbyggnadsfasen har en sådan konsensuskonstruktion, enligt uppgift från flera styrelseledamöter, inte medfört några nackdelar. Det skulle dock vara förvånande om det inte någon gång uppstod oenighet om verksamhetens inriktning eller om prioritering av enskilda utvärderingsprojekt. Styrelsen bör därför överväga hur, för olika intressenter kontroversiella frågor, skall behandlas i framtiden. SBU skall ha möjlighet att kritiskt granska alla delar av hälso- och sjukvården oavsett organisatoriska och andra särintressen.

* Såväl styrelse som expertgrupp har en stark representation från det medicinskt vetenskapliga och professionella området. Detta garanterar en ingående kunskap om den medicinska vårdens betingelser och att den vetenskapliga standarden på SBU:s produkter är hög. Samtidigt kan det finnas en risk att problembeskrivning, prioritering, utvärdering av forskningsresultat, etc får en alltför snäv medicinskt-vetenskaplig bedömning. Det är därför viktigt att de ledamöter i styrelsen som representerar de direkta samhällsintressena, dvs socialdepartementet, hälso- och sjukvårdsberedningen, socialstyrelsen och landstingsförbundet svarar för att ett brett hälso- och sjukvårdsperspektiv beaktas under alla faser av SBU:s arbete.

* Jag har inte närmare studerat fördelning av uppgifter och ansvar mellan styrelse och expertgrupp. Jag har inte heller tagit del av de krav på kompetens eller representativitet som är vägledande när ledamöter till

expertgruppen utses. Expertgruppen har en viktig uppgift vid såväl initiering och prioritering av utvärderingsprojekt som vid granskning av resultat före publicering. Jag bedömer att denna verksamhet hittills fungerat väl vad avser granskningsarbetet. Kritiska synpunkter på en publicerad litteraturoversikt har föranlett styrelse och expertgrupp att ändra sina rutiner för att i fortsättningen säkerställa hög vetenskaplig kvalitet.

* SBU har sedan starten initierat ett 25-tal utvärderingsprojekt. Några är färdiga och presenterade. Efter denna första intensiva fas skall verksamheten enligt uppgift från SBUs ledning inriktas mot att omfatta tre till fyra projekt per år. Det är min uppfattning att styrelsen relativt snart måste finna former för en genomarbetad och konkret verksamhetsplanering omfattande något eller några års horisont. Prioriteringsdiskussion och nära samråd med olika intressenter inom hälso- och sjukvården är nödvändiga inslag i en sådan process (se även avsnitt 4.2).

* Som framgår på annat håll i min utvärdering anser jag det som nödvändigt att SBU ägnar mer uppmärksamhet och mer systematiskt arbete åt frågor som; nationell samordning av teknologivärdering och utvärderingsforskning, prioritering av utvärderingsprojekt, strategiska problem kring information och implementering av utvärderingsresultat samt systematisk internationell samverkan.

Jag bedömer därför kansliet kan behöva en viss utökning av fasta resurser, på nivån handläggare med hög kompetens, under de närmaste åren. Att ange den exakta storleken är svårt eftersom detta beror på en mängd faktorer som verksamhetens framtida omfattning och inriktning, eventuella projekt i egen regi, avvägning mellan fasta resurser och ersättning åt konsulter mm.

4. SBU:s ARBETSUPPGIFTER OCH ARBETSOMRÅDE

4.1. Regeringens uppdrag till SBU

Enligt regeringens beslut den 18 juni 1987 skall beredningen verka för **nationell samordning** av utvärdering av medicinsk metodik genom att bland annat **sammanställa vetenskapligt grundade kunskaper** på området. Arbetet skall vara inriktat på **utvärdering i vid mening** och belysa de samlade medicinska, ekonomiska, sociala och etiska konsekvenserna av såväl etablerade som nya teknologier.

Syftet med beredningens verksamhet är att den **skall ge underlag för beslut på statlig, landstingskommunal eller medicinskt professionell nivå** som leder till god sjukvårdskvalitet och jämlik tillgång till effektiva metoder i hela landet.

Den exakta formuleringen av regeringens uppdrag till SBU redovisas i kursiverade underrubriker nedan.

4.2. Val av analysobjekt

"att identifiera nya och etablerade medicinska metoder som är i behov av utvärdering"

SBU publicerade i juni 1989 resultatet av en enkät riktad till läkare och annan vårdpersonal samt till administratörer, politiker och patientorganisationer inom den svenska sjukvården. Enkätsvaren ger en god överblick över vilka gamla och nya metoder som, företrädesvis kliniskt verkssamma läkare, då bedömde som önskvärda att utvärdera. Det noteras i rapporten att svarsfrekvensen från omvårdnadsforskare, politiker och administratörer var låg.

Rapporten redovisar och diskuterar andra möjligheter än enkätundersökning för att systematiskt identifiera vilka metoder som bör utvärderas; att registrera alla nya teknologier, att konsekvent följa den internationella vetenskapliga litteraturen, att tillfråga professionella grupper

som exempelvis Läkaresällskapets olika sektioner, att samarbeta med internationella organ som har uppgifter liknande SBUs, att bilda expertgrupper och paneler som fortlöpande har kontakt med både forskningsfront och praxis. Enligt rapporten tillämpar SBU en kombination av dessa metoder.

Rapporten redovisar även SBUs grunder för prioritering av teknologier som bör utvärderas. Dessa är i sammanfattning:

- * Teknologin bör vara utvärderingsbar och utvärderas vid rätt tidpunkt.*
- * Teknologin bör ha stor potentiell betydelse för människors liv och hälsa.*
- * Teknologin bör beröra många människor eller rikta sig mot ett vanligt medicinskt hälsoproblem.*
- * Teknologin bör ha betydande ekonomiska konsekvenser.*
- * Teknologin bör ha omfattande etisk betydelse.*
- * Teknologin bör medföra stora konsekvenser för vårdorganisation och personal.*
- * Teknologin bör vara kontroversiell och ifrågasatt inom eller utom sjukvården.*
- * Teknologin bör tilldra sig stort intresse från allmänheten.*

Jag förstår att SBUs vilja att snabbt komma igång med ett antal konkreta utvärderingsprojekt och därmed sprida kunskap om att organisationen finns och börjat verka medfört att styrelse och verkställande ledning ännu inte ägnat prioriteringsfrågorna särskilt stor uppmärksamhet. Det har funnits och finns sannolikt fortfarande ett antal utvärderingsobjekt som är "mogna" i den meningen att de återfinns i enkätsvaren, att de i stort överensstämmer med SBUs prioriteringsgrunder, att det finns konsensus om behovet att utvärdera frågan, etc.

En granskning av SBU:s sex första rapporter i förhållande till prioriteringsgrunderna visar bl a följande: Fyra av rapporterna har direkt anknytning till det kirurgiska området - Preoperativa rutiner, Benförankrade implantat, Kärlikirurgi samt Stötvågsbehandling av njursten och gallsten. De två återstående - Ont i ryggen samt Gastroskopi - har anknytningar till kirurgin men berör stora sjukdomsgrupper som även tas om hand även av allmänläkare, invärtesmedicinare m fl.

Det är förklarligt att SBU:s inledande rapporter har denna tyngdpunkt i det kirurgiska eller operativa området. Det är lättare att isolera, påvisa och mäta effekter av behandling inom detta område än inom det medicinska. Behandlingsmetoderna är också i allmänhet lättare att beskriva och renodla. Erfarenhet av hur teknologivärdering byggs upp i andra länder visar att denna typ av områden får initial uppmärksamhet. SBU:s förteckning över aktuella projekt visar dock att intresseområdet håller på att breddas.

I relation till prioriteringskriterierna behandlar rapporten om preoperativa rutiner en bred teknologi som berör många specialiteter i sjukvården och stora patientgrupper. Den behandlar också rutiner och metoder som är väl inarbetade - dess inriktning är således ifrågasättande och utmönstring. Teknologin har också betydande ekonomiska konsekvenser, vilket visas i rapporten.

Rapporten om benförankrade implantat däremot, berör en mycket mindre patientgrupp, men är en relativt ny teknologi, på väg in i vården och med betydelse för patienternas livskvalitet.

Ont i ryggen är en konferensrapport - alltså inte en färdig vetenskaplig rapport från SBU - som diskuterar preliminära resultat från en genomgång av området. Ämnet berör en mycket stor patientgrupp och har en avsevärd samhällsekonomisk betydelse. Ämnet är så brett och mångfacetterat att det t o m kan ifrågasättas om det inte är alltför brett för att en strikt vetenskaplig bedömning skall kunna göras. Man kan alltså diskutera om ämnet i sin helhet fyller kriteriet att teknologin skall vara utvärderingsbar. Hög relevans står alltså här mot möjlighet till vetenskapligt stringent utvärdering.

Gastroskopirapporten berör en specifik diagnostisk teknologi och ämnet är därigenom ganska smalt. Det intressanta ur utvärderingssynpunkt borde främst vara att metoden berör såväl vårdorganisation - arbetsfördelning mellan specialiteter eller mellan öppen och slutna vård etc - som behandlingskvalitet - möjlighet till snabbare diagnos, lindrigare undersökning och behandling etc. Dessa aspekter behandlas dock knapphändigt i rapporten.

Rapporten om kärllkirurgi i benen behandlar ett relativt vanligt problem. Det är en ganska smal teknisk metod och rapporten belyser kanske främst bristen på kunskap om indikationerna för ingreppen. Rapporten utmynnar framförallt i krav på mera klinisk forskning. Man skulle alltså kunna ifrågasätta om tidpunkten för utvärdering av detta ämne var optimalt vald.

Ämnet Stötvågsbehandling av njure och gallsten, slutligen, behandlar en högteknologi under introduktion och spridning i sjukvården. Den presenteras vid en tidpunkt då sjukvårdshuvudmän och kliniskt verksamma beslutsfattare behöver rådgivning kring metodens utbredning, indikationer och kostnadseffektivitet.

Sammanfattningsvis kan sägas att SBU:s första rapporter fångar upp flera av prioriteringskriterierna. De behandlar relativt ensidigt ämnen från det tekniskt-kirurgiska området. Ämnesvalet bör och kommer sannolikt att breddas. Av kriterier som saknas kan nämnas att teknologin bör ha omfattande etisk betydelse och kanske också kriteriet att teknologin skall vara påtagligt kontroversiell.

Svaren i den tidigare nämnda SBU-enkäten från 1989 antyder ett stort intresse för utvärderingsprojekt med breda samhällskonsekvenser, dvs som utgår från prioriteringsgrunder som *bör beröra många människor eller rikta sig mot ett vanligt medicinskt hälsoproblem*, eller *bör ha betydande ekonomiska konsekvenser* eller *bör medföra stora konsekvenser för vårdorganisation och personal*. Sannolikt är det så att resultaten från noggrant prioriterade utvärderingsprojekt som känns angelägna för beslutsfattare på olika nivåer i sjukvården har högt läsvärde och därmed lätt att få genomslag.

Jag rekommenderar därför SBU, dess styrelse, expertgrupp och kansli att i fortsättningen ägna prioriteringsfrågorna ökad uppmärksamhet. Detta är särskilt viktigt om SBU i fortsättningen skall begränsa antalet egenad-ministrerade utvärderingsprojekt till 3-4 per år. SBU bör därför utarbeta en klar strategi och systematik för hur detta arbete skall bedrivas i fortsättningen, både vad avser kartläggning av intressanta utvärderingsprojekt och hur man väljer mellan dessa. En intressant fråga är exempelvis avvägningen mellan utvärdering av ny eller redan etablerad metodik.

Ett sätt att utveckla prioriteringsprocessen är att årligen göra en förteckning över de kanske 9 till 10 utvärderingsprojekt som kan vara aktuella de följande tre åren. För varje projekt anges vilka av SBUs prioriteringskriterier som är relevanta. Förteckningen publiceras och blir föremål för ingående diskussion inom SBU och mellan SBU och dess viktigaste intressenter innan den fastställs. Eventuellt bör en formell remissomgång ingå innan periodens utvärderingsprojekt fastställs. Den fastställda prioriteringslistan skall självfallet kunna revideras om ny kunskap eller nya förutsättningar tillkommer.

Prioriteringsprocessen är enligt min mening en av de absolut viktigaste uppgifterna för SBU:s styrelse. De styrelseledamöter som representerar samhällets institutionella intressen; socialdepartement, hälso- och sjukvårdsberedning, socialstyrelse och landstingsförbund har en viktig uppgift som beställare av utvärderingsprojekt av stor ekonomisk, social och organisatorisk betydelse. En öppnare prioriteringsprocess bör dessutom i sig bidra till ett ökat intresse för hela utvärderingsområdet.

4.3. SBU:s intresseområde

En väsentlig fråga är hur brett SBU:s intresseområde skall definieras. Det tvärvetenskapliga anslaget vid beskrivning av teknologivärdering, där förutom medicinska, även sociala, ekonomiska, organisatoriska och etiska aspekter ryms, föreskriver en betydande bredd eller syntes när den enskilda teknologin skall granskas. Detta är i själva verket en avgörande skillnad mellan teknologivärdering i denna mening och sedvanlig klinisk granskning och effektmätning.

SBU:s arbete skall alltså ha tvärvetenskaplig bredd. Ett av SBU:s problem är hur man skaffar sig underlag för att dra vetenskapliga slutsatser utifrån dessa olika perspektiv. SBU har byggt upp arbetsgrupper kring sina utvärderingsprojekt som har stark medicinskt vetenskaplig förankring. Även epidemiologisk, ekonomisk och sociologisk expertis har medverkat. Ju längre från den medicinska vetenskapens kärnområde man kommer, mot exempelvis de sociala fälten, ju svårare har en organisation av SBU:s karaktär att inrymma adekvat kompetens. Auktoriteten i SBU:s uttalanden blir därmed också svagare ju längre bort man rör sig från de snävt medicinska teknologierna.

Eftersom utvärdering är så starkt efterfrågad inom hela den offentliga sektorn har det redovisats tankar att SBU skulle bredda sitt intresseområde och aktivt gå in på t ex socialtjänstens område. Det är ett område som bedöms vara i stort behov av utvärdering och effektgranskning.

Jag vill för min del bestämt avråda från detta och framhålla att SBU bör koncentrera sina insatser och sin kompetensuppbyggnad till det medicinska fältet. Kärnan i SBU:s utvärderingar bör vara de medicinskt vetenskapliga bedömningarna. SBU:s framgång hittills bygger på att organisationen upparbetat en trovärdighet och tyngd i medicinska kretsar. Detta anser jag vara en förutsättning för att utvärderingsresultaten skall få genomslag i den kliniska vardagen. Mitt samlade underlagsmaterial - bl a enkäterna till politiker, administratörer och läkare - stöder tanken att SBU bör fortsätta enligt den inriktning som påbörjats, alltså en koncentration mot medicinskt vetenskapliga utvärderingar inom alla delar av hälso- och sjukvårdsområdet. Självfallet skall ekonomiska, organisatoriska och sociala perspektiv också läggas på teknologierna och SBU bör ägna stor omsorg åt att utveckla syntesen mellan dessa perspektiv och det medicinska.

När det gäller ännu bredare bedömningar av olika medicinska teknologier i ett samhällsperspektiv bör sådana i första hand komma in vid val och prioritering av ämnen för utvärdering. En allsidig bedömning utifrån dessa aspekter bör vara ett väsentligt stöd för att finna de vid varje tidpunkt mest angelägna teknologierna för utvärdering. Jag ansluter mig här till den diskussion som förs av de tillkallade nordiska granskarna, se t ex bil. 2, sidorna 5 och 6.

4.4. Produkternas kvalitet

"att på vetenskapligt underlag utforma synteser av värdet av olika teknologier ur såväl medicinska och humanitära som sociala och samhällsekonomiska synpunkter"

En genomgång av SBU:s hittills publicerade rapporter, utförd av två nordiska vetenskapliga experter inom ämnesområdet, som jag tillkallat som fristående granskare, har fallit väl ut. Rapporternas vetenskapliga klass, särskilt inom de medicinska och ekonomiska fälten, bedöms ha hög internationell standard. Granskarna har dock några principiella synpunkter som jag särskilt vill framhålla:

- * Den vetenskapliga kvaliteten på de medicinska risk-nyttoanalyserna är hög. Dessa har stor tyngd i rapporterna medan de humanitära, sociala, etiska, och i viss mån de samhällsekonomiska, behandlas mer ytligt. En av granskarna föreslår därtill att SBU i sina analyser även bör beakta faktorer som organisation, arbetsmiljö, finansiering och utbildning. De icke-medicinska faktorerna och den värdering som görs av dessa har stor betydelse i den faktiska beslutsunderlaget för klinikledningar och sjukvårdshuvudmän.

- * SBU:s hittillsvarande koncentration på utvärdering av relativt snäva medicinska diagnostik- och behandlingsmetoder är delvis en följd av den svenska hälso- och sjukvårdsforskningens nuvarande status. Den sker i stor utsträckning på hälso- och sjukvårdens premisser, det kurativa arbetet sätts i centrum, varje problem analyseras för sig och vitt skilda metoder eller fält ställs sällan eller aldrig mot varandra. Om utvärdering av medicinsk metodik skall kunna bidra aktivt till formulering av en nationell hälso- och sjukvårdspolitik bör detta problem angripas.

- * Det kan anas en konflikt inom SBU mellan kraven på strikt vetenskaplig stringens å ena sidan och kraven på en bredare syntes å den andra. Med hänsyn till gällande instruktion bör SBU klargöra vad SBU avser med "vetenskapligt underlag". Om samma vetenskapsdefinition tillämpas på alla typer av problem kan det finnas risk att verksamheten stelnar i metodikutvärderingar utan att bidra till en bredare kunskap om hälso- och sjukvårdens förutsättningar och effekter.

I anslutning till diskussionen om SBU:s intresseområde, avsnitt 4.3, vill jag här påpeka vikten av att SBU ingående diskuterar hur syntesen mellan medicinska, ekonomiska, sociala och organisatoriska aspekter skall utvecklas. Jag är medveten om att sådana frågor ligger i den traditionella vetenskapens gränsszon men anser frågan nödvändig för att utvärdering av medicinsk metodik skall bli ett verksamt medel för att förändra den svenska hälso- och sjukvården.

I SBU:s fortsatta arbete kan kanske en modell provas som innebär att synpunkter, slutsatser och rekommendationer som inte är strängt vetenskapligt grundade, utan som mer utgår från bedömning, "state of the art" etc, ändå redovisas. Givetvis måste av slutsatser och rekommendationer klart framgå vad de grundar sig på.

4.5. Presentationsform mm

"att sammanställa kunskapsunderlaget på ett lättillgängligt språk och med olika detaljeringsnivå för beslutsfattare inom både staten, landstingen och den praktiska hälso- och sjukvården"

"att sprida information om det samlade resultatet av utförda utvärderingar"

Enligt min uppfattning är SBU:s gula rapporter väl skrivna och språkligt lättillgängliga. Den enkät till mottagargrupperna som genomförts stöder detta. De blå sidorna ger en bra sammanfattning över slutsatser och rekommendationer. De kan förstås av såväl vårdpersonal som av lekmän utan speciella medicinska kunskaper. De vita sidorna, huvudtexten, innehåller acceptabel fördjupning av ämnet. Någon rapport saknar konkreta slutsatser och rekommendationer. SBU bör överväga att ytterligare skärpa och konkretisera sina rekommendationer och där så är möjligt ange tydliga mottagare av dessa.

En av de nordiska granskarna ifrågasätter om huvudtexten är tillräckligt väl avvägd med avseende på detaljeringsgrad. Genom att de är skrivna för en genomsnittlig målgrupp kan det finnas en risk att rapporterna är för omfattande och detaljerade för lekmän och för allmänna för specialister och forskare. SBU bör därför eventuellt överväga olika utformning

av rapporterna beroende på målgrupp; kliniskt verksamma, administratörer, politiker eller allmänhet.

En tänkbar modell för informationsspridning är att göra kortfattade och populärt utformade sammanfattningar med slutsatser och rekommendationer. Dessa ges en bred spridning inom den svenska hälso- och sjukvårdsorganisationen medan de fullständiga rapporterna endast distribueras till särskilda målgrupper och i övrigt får rekvideras av intresserade.

För att öka intresset för utvärdering och utvärderingsforskning bör SBU överväga att framställa ett periodiskt "nyhetsbrev" som redovisar svenska och internationella aktiviteter inom området, pågående och slutförda projekt, konferensrapporter, prioriteringsförslag etc.

Jag föreslår att SBU i fortsättningen skall ha en tydligare åtskillnad mellan sina olika typer av publikationer. Färg, utformning etc bör särskilja åtminstone de egentliga rapporterna med SBUs slutsatser och rekommendationer från SBUs konferensredovisningar, litteratursammanställningar, etc.

4.6. Genomslag på nationell, landstings- och klinisknivå.

"att utarbeta strategier för hur introduktion av nya och effektiva medicinska metoder skall kunna påskyndas"

"att utveckla strategier för hur mindre effektiva metoder skall kunna ersättas"

Enkät till politiker, administratörer och läkare

För att kartlägga kännedomen om SBU och hur dess rapporter spritts har utredningen genomfört en enkätundersökning riktad till ledande sjukvårdspolitiker och sjukvårdsadministratörer samt till klinikchefer från ett urval specialiteter. För gruppen politiker och administratörer var enkäten en totalundersökning och för gruppen klinikchefer en urvalsundersökning. Frågor har också ställts om åtgärder vidtagna med anledning av SBUs rapporter. Enkätsvaren redovisas mer utförligt i bilaga 1.

Nedan sammanfattas de viktigaste resultaten.

Kännedomen om SBU är god bland samtliga tillfrågade. Bland de som besvarat enkäten angav 92% av administratörerna, 76% av klinikcheferna och 64% av politikerna att de kände till SBU. Många kommentarer visar dock att man önskar ökad och fördjupad information om SBU. Det kan inte heller uteslutas att enkäten i sig bidragit till ökad kännedom om SBU och dess produkter genom att den initierat ett aktivt sökande efter information kring verksamheten.

De sex första rapporterna har lästs och spritts i varierande omfattning. Rapporterna om preoperativa rutiner och ont i ryggen tycks ha fått störst spridning. Till detta förefaller även spridning av rapporternas budskap till politikerna och administratörerna via massmedia ha bidragit. Rapporten om benförankrade implantat hade minst spridning.

Ämnesvalet för de sex första rapporterna fick varierande bedömning vad gäller nytta och tillämpbarhet. Rapporterna om preoperativa rutiner och ont i ryggen angavs generellt som mest användbara. Rapporterna bedömdes ha praktisk nytta för mottagarna - i den mån ämnesvalet var relevant för dem. För politiker och administratörer tycks värdet främst ligga i en allmän kunskapsupbyggnad, där den nya kunskapen ger bättre underlag för diskussioner med läkare.

SBU:s rapporter får genomgående god bedömning vad gäller språk, tillgänglighet och balans mellan de aspekter som avses täckas in i rapporterna.

SBU bedöms enligt enkätsvaren ha en självständig ställning gentemot myndigheter och organisationsintressen och en god förankring i relevanta vetenskapliga kretsar.

Kärnfrågan kring SBU, dess verksamhet och produkter, gäller förändringar i den medicinska verksamheten. Klinikcheferna anger att i stort sett endast rapporten om preoperativa rutiner lett till förändrat kliniskt handlande. Å andra sidan anger hela 36% i klinikchefgruppen - i de specialiteter enkäten riktat sig till - att de preoperativa rutinerna ändrats.

För de direkt opererande specialiteterna (kirurgi, ortopedi och urologi) ligger andelen närmare 50%.

Utvärderingsresultat och medicinskt handlande

Det jämförelsevis höga tal för genomslag som vår enkät redovisar för preoperativa rutiner bör ses i relation till den före-efter studie som docent Bengt Brorsson utfört på SBU:s uppdrag kring just rapporten om preoperativa rutiner (bil 4 nr 31). Han påvisade vid studie av 8 svenska sjukhus mellan 1989 och 1990, att andelen preoperativa rutiner i form av hjärt-lungröntgen, EKG och elektrolytundersökningar i serum minskade med 3-10%. Detta var i linje med SBU:s rapport. Brorsson påpekar samtidigt att SBU-rapporten endast var en av flera kanaler där ett likartat budskap, att minska onödigt utnyttjande av vissa laboratorieundersökningar främst hos yngre och i övrigt friska personer, fördes fram under denna period. Hans slutsats är att budskapet, spritt via olika kanaler - konsensuskonferens, specialistföreningarnas vetenskapliga möten, symposium vid medicinska riksstämman 1989 och SBU-rapport - samverkade för att påverka det medicinska handlandet.

Sammantaget indikerar vår enkät och Brorssons att en förändring verkligen skett i kliniskt handlande kring preoperativa utredningar. Spridningen av ett budskap via olika kanaler är säkert av betydelse. Lika viktigt är dock att en auktoritativ vetenskaplig dokumentation finns som grund för de föreslagna förändringarna. SBU:s rapport tycks här ha fyllt detta behov.

En växande kunskap kring svårigheterna att med information ändra läkares medicinska beteende samlas successivt. Området har under senare år rönt ett ökande intresse inom hälso- och sjukvårdsforskningen. En av de större och mest väldokumenterade studierna är den utvärdering som Rand Corporation gjort av det amerikanska konsensusprogrammet (bil 4 nr 17). I studien granskades åtta konsensuskonferenser, hur deras rekommendationer spritts till olika läkarkategorier och vilket genomslag i form av konkret förändring av kliniska rutiner som kunde kopplas till konferenserna.

Trots en spridning till relativt stora läkargrupper hade utvärderarna svårt att finna att konferenserna generellt resulterade i faktiska genomslag. En konferens - om kejsarsnitt - kunde dock påvisas ha ett sådant. Det ansågs bero på att den ägde rum vid rätt tidpunkt, att själva uttalandet var slagkraftigt och vilade på fast vetenskaplig grund samt att budskapet om rätt indikationer för kejsarsnitt till stor del spreds via sedvanliga vetenskapliga kanaler.

Rapporten, som också summerar aktuell kunskap om faktorer som anses kunna påverka kliniskt beslutsfattande, rekommenderar vissa förändringar i det amerikanska konsensuskonferensprogrammet. Ämnesvalet, liksom förhållandet mellan ämnesval och tidpunkt för konferensen, ägnas stor uppmärksamhet. Vikten av att sprida de budskap som skall leda till förändringar via specialistföreningar och vetenskapliga tidskrifter understryks också.

Liknande erfarenheter redovisas i den utvärdering av det svenska konsensusprogrammet som publicerades 1986 (bil 4 nr 23). I en delstudie inom denna utvärdering (bil 4 nr 21) visades bl a att olika konferenser, enligt rapport från läkare, uppgavs ha lett till förändrat kliniskt handlande hos upp till 10 procent av aktuella specialister. Om praxis verkligen har förändrats i denna omfattning måste det anses som en framgång med hänsyn till i andra sammanhang redovisade svårigheter att ändra läkares kliniska rutiner. De svenska konsensuskonferenserna har också - i linje med rekommendationerna från Rand Corporation - traditionellt spritts via kanaler inom de medicinska specialistkretsarna.

De svenska konsensuskonferenserna har, förutom läkare, även politiker och administratörer som målgrupp. I en annan delstudie i den svenska utvärderingen (bil 4 nr 22) visades att konsensusuttalandena hade stor spridning bland dessa grupper och där främst tjänade som utbildnings- och underlagsmaterial bl a för diskussioner med läkare. Konsensusuttalandena förbättrade politikernas och administratörernas kunskap om den aktuella medicinska teknologin och underlättade på så sätt kommunikationen mellan olika beslutsfattare i landstingen.

Diskussion

Nationella och internationella undersökningar visar således att det är svårt för utvärderingsresultat att få faktiskt genomslag. Det tar tid för resultaten att tränga ut och bli accepterade i alla delar av organisationen så att det kliniska handlandet verkligen ändras.

SBU har regeringens uppdrag att utarbeta strategier för introduktion respektive utmönstring av medicinska metoder men har ännu inte redovisat någon samlad diskussion kring dessa frågor. Jag föreslår, med hänvisning till syftet med SBU och SBUs uppgifter som nationell samordnare, att en sådan diskussion snarast kommer igång och förs i mycket konkreta termer.

Hittills vunna erfarenheter av informationsspridning och dess koppling till beslutsfattande inom såväl den kliniska sfären som inom politik och administration måste beaktas när strategier för spridning av SBUs resultat skall läggas fast. Utformning av och språkbehandling mm i SBUs skrifter är viktig men även valet av informationskanaler har stor betydelse för spridning av utvärderingsresultaten. Viktigaste målgrupp är den medicinska professionen och den vetenskapliga debatt som ständigt förs här.

SBUs publikationer, sättet för spridning, eventuella uppföljningsaktiviteter mm, bör således vara en del av en samlad strategi för att göra SBUs verksamhet och utvärderingsresultat kända och accepterade. Man bör bl a överväga hur skriftlig dokumentation kan kompletteras med centrala och lokala aktiviteter. Vidare bör ett nätverk byggas upp i vilket ingår exempelvis Läkaresällskapets specialistsektioner, berörda fakulteter och undervisningssjukhus, sjukvårdshuvudmän och regionala samverkansnämnder. En viktig målgrupp kan bli de nya chefsöverläkare som skall utses under 1991. De kommer att ha inflytande över ett antal medicinskt-organisatoriska frågor och kommer, jämfört med dagens klinikchefer, sannolikt att vara färre. De bör kunna fylla en uppgift som auktoritativa mottagare av utvärderingsresultat.

I kapitel 5 diskuteras mer ingående hur samverkan mellan SBU och forskarsamhället kan utformas.

Möjligheterna för genomslag av utvärderingsresultat sammanhänger med hur hälso- och sjukvården är organiserad, vilka styrsystem som tillämpas och hur verksamheten finansieras. Det går därför inte att dra alltför långtgående slutsatser av internationella resultat och erfarenheter, särskilt när det gäller redan etablerad teknologi. Strategier för implementering av utvärderingsresultat måste därför utformas med hänsyn till de svenska förhållandena. Olika strategier måste också utformas för införande av ny respektive utmönstring av gammal teknologi.

Skall SBU:s arbete få reell betydelse för den svenska sjukvårdens utveckling måste SBU ägna implementeringsproblemen stor uppmärksamhet. Även om prioriteringen av vad som skall utvärderas är väl genomtänkt, själva utvärderingen är väl genomförd och slutsatser och rekommendationer är väl formulerade, så är utvärdering av medicinsk metodik, sett ur samhällets synpunkt, effektiv först då utvärderingsresultaten faktiskt påverkar kliniska, politiska och administrativa beslut.

4.7. Internationell samverkan

"att ta tillvara internationella erfarenheter och resultat från olika utvärderingar"

"att utgöra en nationell och internationell kontaktpunkt när det gäller utvärdering av medicinskt handlande"

Den biomedicinska och kliniska forskningen blir alltmer internationell. Svensk forskning inom detta område bedrivs som en del i ett globalt nätverk av forskningsinstitutioner. Man kan alltså inte se den medicinska kunskapsutvecklingen i ett isolerat nationellt perspektiv utan måste nu och i framtiden se åtminstone västvärlden som en enhet i utvecklingshänseende. Även när det gäller utvärderingsforskning ser man tydliga tendenser till internationalisering där kunskaperna relativt snabbt sprids mellan länder. Det internationella perspektivet är alltså självklart i detta sammanhang och svensk medicinsk utvärderingsforskning har stark internationell förankring. SBU bör vara ett viktigt instrument för att upprätthålla och utveckla detta samband.

De internationella erfarenheterna är väl tillvaratagna i respektive SBU-rapport. Dessa har i allmänhet en omfattande redovisning av internationell vetenskaplig litteratur inom området. Däremot saknar jag ett mer systematiskt arbete med syfte att kartlägga och översätta internationella utvärderingsresultat och att värdera i vilken mån de kan tillämpas på svenska förhållanden. Ett sådant arbete bör ha en bredare ansats och inte bara vara knutet till de aktuella utvärderingsprojekten. Intressanta områden är exempelvis de allmänna betingelserna för utvärdering och utvärderingsforskning, hälso- och sjukvårdsforskning, strategier för implementering etc.

Det borde i detta avseende vara lättare att dra nytta av internationella resultat från utvärdering av ny teknologi än av gammal sådan. En äldre, kanske sedan lång tid använd teknologi, är integrerad med och påverkad av nationella särdrag som vårdorganisation, ekonomiska och administrativa styrsystem, lokala behandlingstraditioner etc.

SBU bör överväga att utveckla sin samverkan med Läkaresällskapets sektioner inom områden som bevakning, översättning, värdering och spridning av internationella utvärderingsresultat.

Medicinsk förvarning

På uppdrag av landstingsförbundet överlämnades i juni 1990 en utredning med förslag hur rikssjukvården i framtiden skall planeras och styras. Ett av de styrmedel utredningen föreslog var att under socialstyrelsen skapa ett Medicinskt FörvarningsSystem (MFS).

Enligt utredningen är *"målsättningen med MFS att på ett tidigt stadium identifiera nya medicinska teknologier för att stödja, utveckla och utvärdera dessa. Begreppet medicinsk teknologi skall fattas i sin vida mening, dvs ej enbart avse teknisk apparatur utan också rutiner, handlingsmönster och organisation för medicinskt handlande överhuvudtaget."* På annat håll i utredningen klargörs att MFS skall intressera sig för *"helt nya eller alternativa och framväxande kliniska undersöknings- och behandlingsmetoder med ett sådant potentiellt värde att de inom en nära framtid kunde bli etablerade kliniska rutiner"*.

Utredningen antyder de praktiska och teoretiska svårigheterna med att identifiera dessa metoder och ger därför inga konkreta förslag till hur detta skall gå till.

Landstingsförbundets styrelse har avvisat förslaget i dess nuvarande utformning.

Jag bedömer att, trots de praktiska och teoretiska svårigheterna, någon form av medicinsk förvarning bör utvecklas och föreslår att SBU tillsvidare får till uppgift att svara för kartläggning och identifiering av medicinsk teknologi som kan få stor klinisk betydelse. Skälen till detta är flera; SBU har redan i uppdrag att identifiera nya medicinska metoder, de tyngsta intressenterna kring planering och styrning av den högspecialiserade vården är representerade i SBU:s styrelse, liksom företrädare för MFR och Läkarsällskapet. Ett ytterligare skäl är att SBU redan har ett internationellt kontaktnät bestående av forskare och enheter som följer forskningsfront och aktuell klinisk utveckling.

5. SBU RELATION TILL FORSKNINGEN

Teoretiskt går det att skilja begreppen utvärderingsforskning och praktisk utvärdering inom sjukvården. I praktiken går emellertid begreppen i varandra. När jag i det följande talar om utvärderingsforskning vill jag i första hand sammanfatta den bild jag fått av universitetsbaserade aktiviteter inom detta område internationellt och nationellt. Verksamheten har en teoretisk-akademisk förankring men också en påtaglig praktisk inriktning. Utvärdering och utvärderingsforskning ligger alltså nära varandra och där forskningens tyngdpunkt är att utveckla nya metoder för kritisk granskning av sjukvården.

Som framgick av redovisningen i avsnitt 2.1 återfinns denna forskning internationellt under olika ämnesbeteckningar. Ofta använda rubriker är i översättning; Hälso- och sjukvårdsforskning, Folkhälsoforskning och Hälsoekonomi. Vi väljer här att använda samlingsbegreppet utvärderingsforskning. Teknologivärdering kan beskrivas som en specifik, tillämpad verksamhet inom detta större fält.

5.1. Det internationella perspektivet

Hela utvärderingsfältet inom sjukvården tilldrar sig starkt ökande intresse i de flesta länder. Detta är naturligt mot bakgrund av den allt snabbare utvecklingen av nya medicinska behandlingsmetoder, växande vårdkrav hos befolkningen och de samhällsekonomiska gränser för sjukvårdens expansion som blir allt tydligare. Forskningsutvecklingen i flertalet länder sker också på likartat sätt som i Sverige, dvs i varierande organisatorisk form och under olika benämningar. Det finns emellertid exempel på länder där man försöker bygga upp en mer systematisk struktur för denna forskning och utveckling.

Ett exempel är Norge som utvecklar sin utvärderingsforskning och sin teknologivärdering enligt en av regeringen fastställd "Plan for helse-tjenstforskning". Målet är att systematiskt bygga upp forskargrupper med bred kompetens inom området. För drygt tio år sedan startades "Gruppe for helsetjenstforskning i Oslo". Planmässigt byggs nu successivt liknande grupper upp i Tromsø, Bergen och Trondheim. Respektive

grupp har viss egen profil och kopplingen till forskning och utveckling inom skilda universitetsinstitutioner är viktig.

I Nederländerna har regeringen beslutat om en strategi för hälsoforskning. Den bygger på systematiskt stöd till forskargrupper med distinkta profiler, lokaliserade till olika orter inom landet. Regeringen har speciellt intresserat sig för koppling mellan utvärderingsforskning och nationell styrning av sjukvården. Regeringen har ett rådgivande organ, Health Council, med uppgift att ge råd om exempelvis etablering eller lokalisering av viss medicinsk teknologi. Regeringen kan beställa teknologivärderingar och det finns en klar medvetenhet om verksamhetens betydelse vid formulering av en nationell policy.

Även kvalitetssäkring är väl utvecklad i Nederländerna. En nationell organisation, National Organization for Quality Assurance in Health Care (CBO), koordinerar detta arbete som konkret leds av kvalitetssäkringskommittéer vid sjukhusen.

I Storbritannien finns en strategi för den forskning som stöds av de nationella forskningsråden. Den syftar till uppbyggnad av forskningsenheter med särskild profil - därav flera med inriktning på utvärdering. Vid universiteten har också, i vissa fall med externt stöd, utvecklats forskargrupper med inriktning mot utvärderingsfältet. Hälsoekonomgruppen i York är ett av de bästa exemplen. Gruppen har en bred tvärvetenskaplig profil och torde vara en av de ledande inom hälsoekonomin i Europa. Utvärderingsforskning som underlag för nationella hälsopolitiska ställningstaganden bedrivs bl a vid den i förhållande till regeringen självständiga organisationen "King's Fund" i London. Därifrån leds exempelvis de engelska konsensuskonferenserna.

Department of Health and Social Services (DHSS) utvecklar en policy för teknologivärdering och utvärderingsforskning. Inom Research Management Division övervägs att inrätta en enhet, med ansvar för viss nationell koordinering av utvärderingsforskning. Det torde dock ta ytterligare något eller några år innan en sådan - som kan ses som en motsvarighet till SBU - etableras.

I **USA**, det land där teknologivärderingen utvecklades på 1970-talet, finns såväl nationellt som delstatligt en rad organisationer och forskningsenheter som sysslar med utvärderingsforskning. Universitetsstrukturen är mindre stel än den svenska varför tvärvetenskapliga institutioner och forskargrupper relativt snabbt kan bildas i takt med förändrade krav inom sjukvården.

Av nationella organisationer som sysslar med syntes av utvärderingsresultat utifrån en auktoritativ position bör i första hand nämnas Office of Technology Assessment (OTA), med uppdrag att ge kongressen råd kring teknologi inom många samhällsområden, således inte bara hälso- och sjukvård. Inom OTAs sjukvårdsprogram utvecklades på 1970-talet grundläggande nomenklatur, teori och principer för teknologivärdering inom det medicinska fältet.

På den federala nivån bör nämnas Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Dess uppdrag är att ge nationella rekommendationer kring användningen av olika medicinska teknologier. Även andra organisationer, t ex Institute of Medicine inom National Academy and Sciences, har utvecklat teknologivärderingsprogram. Konsensuskonferensprogrammet - nu med närmare 80 genomförda konferenser sedan starten på 1970-talet - inom National Institute of Health innehåller också inslag av inarbetad medicinsk teknologivärdering med tyngdpunkt på syntesverksamhet.

Typiskt för USA, med dess delstatliga mångfald, är att ingen enda organisation på det nationella planet har en dominerande ställning när det gäller att ge rekommendationer kring medicinsk teknologi. Trots en rikedom av initiativ finns sålunda en svaghet när det gäller att få breda och snabba genomslag av utvärderingsresultat i det kliniska handlandet.

5.2. Det svenska perspektivet

Som beskrevs i kap 2.1. har utvärderingsforskning inom sjukvården successivt vuxit fram under de senaste decennierna. Forskningen har en påtagligt tvärvetenskaplig ansats. I Sverige bedrivs den framförallt inom olika universitetsinstitutioner, men också inom organisatoriska enheter som skiljer sig från den ordinarie institutionsstrukturen.

I det följande presenteras en kort översikt över den aktuella svenska strukturen för utvärderingsforskning.

Den kliniska forskning som är inriktad på att kritiskt granska och mäta effekter av medicinska behandlingar är en viktig grundsten i utvärderingsforskningen. Enligt detta synsätt bedrivs någon form av utvärderingsforskning vid alla kliniska institutioner. Ett av många exempel på svensk klinisk utvärderingsforskning är de multicenterstudier inom ortopedi och onkologi som pågått i många år och där resultaten förts ut inte bara till universitetssjukhusen utan även till läns- och länsdelssjukhusen.

Epidemiologi är ett viktigt instrument för kritisk granskning av medicinska metoder. Samarbete byggs successivt upp mellan basal epidemiologisk forskning och olika kliniska forskningsinstitutioner. Epidemiologi får som ämnesområde en alltmer självständig ställning inom universitetsorganisationen. Särskilda epidemiologiprofessurer finns inrättade i Stockholm och Lund. I Umeå finns, parallellt med professur i socialmedicin en professur i epidemiologi med särskild inriktning mot hälso- och sjukvårdsforskning.

Hälso- och sjukvårdsforskning har hittills använts som ett samlingsbegrepp för all utvärderingsforskning med bred ansats inom sjukvården. Ämnet har bl a byggts upp i anslutning till de socialmedicinska universitetsinstitutionerna. Medicinska forskningsrådet tog på 1970-talet initiativ till inrättandet av två professurer i hälso- och sjukvårdsforskning inom forskningsrådsorganisationen. Dessa är nu överförda till den reguljära universitetsorganisationen och placerade i Uppsala och Stockholm. Professuren i socialmedicin vid Göteborgs universitet har nyligen omprövats och skall utlysas under beteckningen "Socialmedicin, särskilt hälso- och sjukvårdsforskning".

I Lund/Malmöområdet finns ämnesbeteckningen klinisk samhällsmedicin för den institutionsbildning som omfattar ämnena socialmedicin, långvårdsmedicin och numera även hälsoekonomi. Ämnet hälsoekonomi finns förutom vid Lunds universitet (med fak) representerat vid Linköpings universitet genom Tema H (Tema hälso- och sjukvården i samhäl-

let) och vid Karolinska institutet i Stockholm i form av en adjungerad professur.

Under senare tid har administrativ och ekonomisk utbildning för läkare blivit ett särskilt ämnesområde i läkarnas grundutbildning. Ämnet hälso- och sjukvårdsadministration, som variant av hälso- och sjukvårdsforskning, är inte representerat i den svenska universitetsorganisationen i form av egna professurer utan återfinns i princip inom de socialmedicinska institutionerna. Vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg är ämnet dock representerat av två professurer.

Inom den svenska universitetsorganisationen växer sålunda nu fram ett antal ämnen eller ämnesområden vilka kommer att bidra till den kunskapsbas som utvärdering av medicinsk metodik måste grundas på.

Det är också viktigt att uppmärksamma de olika tvärvetenskapliga grupper som vid sidan av den formella institutionsstrukturen är verksamma inom området hälso- och sjukvårdsforskning.

Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund med nära koppling till nationalekonomiska institutionen vid Lunds universitet bedriver sedan 1970-talet en väl utvecklad hälsoekonomisk forskning.

Vid Linköpings universitet finns sedan början av 1980-talet Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. Det tillkom på gemensamt initiativ av landstinget i Östergötland och Linköpings universitet. Centrumet har ett brett nationellt och internationellt kontaktnät och en nära koppling till institutionen Tema H vid universitetet.

Vid Stockholms universitet finns Institutet för kommunal ekonomi (IKE) vilket bildats med stöd av Stockholms läns landsting och Stockholms kommun. Ett av institutets intresseområden omfattar hälsoekonomiska frågor inom sjukvården.

Även Sjukvårdens Planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) i Stockholm bör nämnas i detta sammanhang. Spri har traditionellt nära kontakter med olika universitetsinstitutioner, det förekommer direkta

personutbyten med olika forskningsgrupper och Spris ledning har angett att uppföljning och utvärdering av kvalitet och effektivitet i vården är ett av Spris centrala intresseområden.

En intressant och viktig utveckling representerar de initiativ som tagits inom norra och södra sjukvårdsregionerna att avsätta särskilda medel för hälso- och sjukvårdsforskning. Verksamheten organiseras och styrs av de regionala samverkansnämnderna via särskilda råd för hälso- och sjukvårdsforskning. Medlen kanaliseras till forskartjänster inom den ordinarie universitetsorganisationen.

Ett exempel är södra sjukvårdsregionen där landstingen och Lunds universitet har ett samverkansavtal sedan 1985. Landstingen betalar 50 öre per invånare och år till Rådet för hälso- och sjukvårdsforskning (HSF). Universitetet ger också ett ekonomiskt bidrag och den årliga budgeten är för närvarande 1,6 milj. kr. Sekretariatet finns vid medicinska fakulteten. Rådet stödjer och initierar olika hälso- och sjukvårdsforskningsprojekt inom hela regionen, de flesta med tonvikt på olika former av utvärdering. I rådets verksamhet ingår också att arrangera kontakter och seminarier samt att brett stödja granskning och utvärdering inom sjukvården.

Sammanfattningsvis kan nu skönjas konturerna av en framväxande tvärvetenskaplig utvärderingsforskning i Sverige. Den svenska forskningsstrukturen är fortfarande svagt utvecklad, åtminstone i jämförelse med större länder i Europa, främst Holland och England, och i USA. Bland annat saknas en mer målmedveten satsning på att skapa tillräckligt starka forskargrupper av tillräcklig storlek för att säkerställa att såväl bredd som kontinuitet uppnås. Sjukvårdshuvudmännens ansatser är i detta sammanhang mycket intressanta.

En framväxande forskningsstruktur av denna typ är en nödvändig bas för SBU. Den basala utvärderingsforskningen måste genereras inom sådana enheter. SBUs uppgift är - enligt regeringens instruktion - att svara för samordning och syntes av nationell och internationell utvärderingsforskning, inte att själv utföra den. SBU måste därför i sitt syntesarbete använda sig av de resultat som frambringas av fristående forskningsinstitutioner och forskargrupper.

5.3. Diskussion

Från den internationella jämförelsen kan man slå fast att länder som Holland, England och även Norge har en mer utvecklad struktur för utvärderingsforskning inom sina universitetsorganisationer. Området präglas av en systematisk satsning på forskningsenheter med tillräcklig storlek och varierande profiler. En forskningsbas, som teknologivärdering och syntesaktiviteter kan baseras på, skapas på detta sätt. Däremot är verktygen för nationell samordning, liksom för implementering relativt svagt utvecklade i dessa länder.

Sverige har en mindre utvecklad struktur för utvärderingsforskning. Däremot framstår initiativet att bilda SBU som framsynt. Sverige har därmed fått en funktion som saknas i andra länder, nämligen en enhet med uppgift att koordinera utvärderingsaktiviteter på nationell nivå och att auktoritativt föra ut resultat från teknologivärdering till kliniska, politiska och administrativa beslutsfattare.

Man kan se följande önskvärda utveckling av detta fält:

- * En fortsatt konsolidering av SBU som nationellt samordnings- och initiativorgan för teknologivärdering, syntesaktiviteter och kunskaps-spridning riktad mot sjukvården. Ökat och systematiserat internationellt kunskapsutbyte, aktivt stöd åt utveckling av basal utvärderingsforskning samt kvalitetsgranskning av resultat från teknologivärderingar är exempel på angelägna uppgifter.

- * Till detta fogas en fastare struktur där SBUs uppgifter i relation till forskningsenheter inom den svenska universitetsorganisationen förtydligas. En sådan koppling förstärker SBUs potential och är sannolikt nödvändig för att utvärdering av medicinsk metodik skall få större kraft och genomslag. Staten bör, via universitetsmyndigheterna, tillsammans med MFR ta initiativ till en sådan utveckling. Ett tänkbart instrument är den statliga planeringen av professurer till olika universitet och högskolor men även inrättande av rekryteringstjänster. Sådana initiativ bör kopplas till landstingens och sjukvårdsregionernas satsning på hälso- och

sjukvårdsforskning. Målet måste vara att kraftsamla och bygga ut resurser för utvärderingsforskning inom universitets- och sjukvårdsregionerna.

* Vidare kopplas SBU:s verksamhet - eller snarare resultatet av dess verksamhet - till en fast struktur av mottagare inom landstingens organisation. För att SBU:s resultat skall få genomslag måste det finnas beredskap, kompetens och intresse hos mottagarna. Beredskapen hos läkare, politiker och administratörer att använda resultaten måste höjas. Läkarna är en primär målgrupp och de kanaler som de medicinska specialistföreningarna utgör bör utnyttjas i detta syfte. En väg kan vara att koppla utvärderingsforskning till den allmänna effekt- och kvalitetsgranskning som håller på att utvecklas hos sjukvårdshuvudmännen, bl a genom lokala, sjukhusbundna kommittéer för kvalitetsgranskning. På samma sätt borde kommittéer tillskapas inom varje landsting och sjukvårdsregion, som samlat intresserar sig för utvärdering av medicinsk metodik och kvaliteten inom sjukvården.

En målmedvetet utvecklad struktur av hälso- och sjukvårdsforskning vid varje universitet och en utveckling av kompetensen inom sjukvårdshuvudmännens organisationer kan avsevärt stärka både SBU:s roll och hela utvärderingsområdet. Tvärvetenskapliga forskargrupper med tillräcklig styrka inom varje region och vid varje universitet kan leverera underlag för SBU:s synteser av existerande kunskap kring teknologiers nytta. Inhemsk och utländsk basal utvärderingsforskning är den grund som SBU bör basera sina rekommendationer på. I ett litet land som Sverige är det av betydelse att målmedvetet och planmässigt bygga upp den här skisserade strukturen och kompetensen.

Förutom att generera basalt underlag för synteser kan universitetsbaserade forskargrupper utgöra viktiga lokala mottagare av SBU:s olika rapporter. För att rapporter och rekommendationer skall få genomslag måste det finnas lokala miljöer med kunskap, intresse och vilja att sprida rapporternas budskap. Universitetsbaserade tvärvetenskapliga forskargrupper bör kunna spela en viktig roll för detta tillsammans med motsvarande grupperingar inom sjukvårdsorganisationen. Genom detta kan en önskvärd kritisk granskande hållning utvecklas och bli en viktig förändringsfaktor inom svensk hälso- och sjukvård.

ENKÄT TILL POLITIKER, ADMINISTRATÖRER OCH LÄKARE

För att kartlägga kännedomen om SBU och spridningen av dess rapporter har utredningen utfört en enkätundersökning riktad till ledande politiker, administratörer och klinikchefer från ett urval specialiteter. Frågor har ställts om åtgärder vidtagna med anledning av SBU:s sex första rapporter samt om synen på SBU:s roll i svensk sjukvård. I det följande redovisas kortfattat de viktigaste resultaten.

Målgrupp och svarsfrekvens

Enkäten genomfördes som en totalundersökning till grupperna ledande sjukvårdspolitiker och administratörer. I tabell 1 ges en översikt över utsändning och svarsfrekvens.

Tabell 1:

Antal utsända respektive besvarade enkäter

Kategori	Antal utsända enkäter	Antal besvarade enkäter	Andel svar i %
Administratörer	153	132	86,3
Politiker	210	139	66,2
Läkare:			
Totalt	326	233	71,5
Fysiologi	30	21	70,0
Invärtes medicin	77	53	68,8
Klinisk kemi	26	21	80,8
Kirurgi	74	52	70,3
Ortopedi	39	27	69,2
Röntgen	67	51	76,1
Urologi	13	8	61,5

* inklusive de 8 respondenter som i sina svar angett att de som politiker inte direkt behandlar hälso- och sjukvårdsfrågor. De är i den fortsatta framställningen borttagna.

Samtliga heltids- eller deltidsverksamma landstingspolitiker som också ingick i hälso- och sjukvårdsnämnd eller motsvarande organ tillfrågades (210 personer). Bland administratörerna tillfrågade samtliga sjukvårdsdirektörer, sjukhusdirektörer (motsvarande) och planeringschefer (153 personer).

Enkäten sändes till klinikchefer i sju specialiteter vilka bedömdes ha ett primärt intresse av SBU:s sex första rapporter (326 personer).

Detta urval omfattade cirka 3/4 av samtliga klinikchefer inom dessa specialiteter. Namn och adress hämtades ur Läkemedelsstatistik AB:s adressregister, det enda tillgängliga namnregistret på klinikchefer. Det bygger på självrapportering vilket är skälet till att det inte är helt komplett.

Svarsfrekvensen med en påminnelse var 86 procent bland administratörerna, 72 procent bland klinikcheferna och 66 procent bland politikerna.

Enkäten genomfördes under tidsperioden september-oktober 1990. Enkätens utformning var identisk till de tre grupperna förutom frågan till politiker och administratörer om praktisk nytta av rapporterna. Klinikcheferna fick här i stället frågan om rapporterna föranlett förändrade kliniska rutiner.

Kännedom om SBU

Kännedomen om SBU måste betecknas som hög bland samtliga tillfrågade. Bland de som besvarat enkäten angav 92 procent av administratörerna att de kände till SBU. Motsvarande andel var 76 procent bland klinikcheferna och 64 procent bland politikerna. Sannolikt innebär dessa svar en viss positiv överrapportering då det på de följande sidorna i enkätformuläret gavs information om SBU.

Tabell 2:

Antal utsända respektive besvarade enkäter

Kategori	Antal återsända enkäter	Andel i % som kände till SBU
Administratörer	132	91,7
Politiker	131	64,1
Läkare:		
Totalt	233	75,5
Fysiologi	21	57,1
Invärtes medicin	53	79,3
Klinisk kemi	21	66,7
Kirurgi	52	84,6
Ortopedi	27	77,8
Röntgen	51	68,6
Urologi	8	100,0

Tagit del av/läst SBU:s rapporter

Andelen administratörer som tagit del av SBU:s sex första rapporter, tabell 3, varierade mellan 20 och 55 procent för var och en av rapporterna. Högst läsfrekvens hade rapporten om preoperativa rutiner (55 procent) samt ont i ryggen (53 procent), lägst benförankrade implantat (20 procent). Bland politikerna hade flest tagit del av rapporten om ont i ryggen (34 procent) samt stötvågsbehandling av njursten och gallsten (37 procent). Bland såväl politiker som administratörer hade ytterligare mellan 9 och 17 procent hört om de olika rapporterna via massmedierna. Rapporten om ont i ryggen hade störst spridning denna väg.

Respektive rapport hade lästs av mellan 4 och 56 procent av klinikcheferna sett till gruppen som helhet, tabell 4. Läsfrekvensen växlade alltså betydligt beroende på ämnets aktualitet för respektive klinikchef men också beroende på den faktiska spridningen (alltså SBU:s utsändningsrutiner).

Rapporten om preoperativa rutiner hade lästs i störst omfattning. 56 % av klinikcheferna hade läst den. Som framgår av tabellen hade dock klinikchefer i opererande specialiteter (kirurgi och ortopedi) läst den i betydligt större omfattning (73 och 78 procent). Även inom laboratorieområdet (klinisk fysiologi och kemi) var läsfrekvensen hög, vilket talar för att denna rapport verkligen nått ut till de berörda.

För övriga rapporter kan man konstatera en större och betydande spridning av läsfrekvensen mellan specialiteterna. Generellt tycks dock läsfrekvensen relatera till hur pass aktuellt ämnet är inom respektive specialitet.

Tabell 3:

Andel i procent som tagit del av SBU:s rapporter bland politiker och administratörer

	Preop rutiner	Benf implant	Ont i ryggen	Gastro- skopi	Kärl- kir	Stötv. behandl.
Administratörer: (n = 132)						
Läst rapporten eller hört referat/före- dragning	54,5	19,7	53,0	34,8	40,9	49,2
Tagit del via mass- media/tidskrifter	9,8	12,9	17,4	14,4	12,9	13,6
Politiker (n = 131)						
Läst rapporten eller hört referat/före- dragning	26,7	7,6	33,6	18,3	26,7	36,6
Tagit del via mass- media/tidskrifter	5,3	8,4	18,3	8,4	11,5	13,0

Tabell 4:
Andel i procent bland läkarna som läst SBU:s rapporter

Specialitet	An- tal	Preop rutiner	Benf Imp- lantat	Ont i ryggen	Gastro- skopi	Kärl kir	Stötv beh
Fysiologi	21	61,9	0,0	4,8	4,8	9,5	4,8
Invärtes medicin	53	32,1	1,9	18,9	34,0	30,2	7,6
Klinisk kemi	21	52,4	4,8	4,8	0,0	4,8	9,5
Kirurgi	52	73,1	0,0	13,5	50,0	48,1	38,5
Ortopedi	27	77,8	18,5	70,4	3,7	14,8	0,0
Röntgen	51	52,9	5,9	7,8	13,7	15,7	17,6
Urologi	8	37,5	0,0	12,5	12,5	12,5	75,0
Totalt	233	55,8	4,3	18,5	23,2	24,5	18,0

Val av ämne

Ämnesvalen för de sex första rapporterna fick varierande bedömning vad gäller nytta och tillämpbarhet, tabell 5. Bland klinikcheferna angavs preoperativa rutiner som ämne ha högst nytta och tillämpbarhet (55 procent). Övriga ämnen låg lägre för denna grupp. Administratörerna bedömde preoperativa rutiner och ont i ryggen ha den högsta nyttan och tillämpbarheten (cirka 44 procent för bägge ämnena). Politikerna värderade ont i ryggen högst (34 procent).

Tabell 5:

Andel i procent som angett att valet av ämne i respektive SBU-rapport har stor nytta och tillämpbarhet för verksamheten som politiker, administratör eller kliniker

Specialitet	Antal	Preop rutiner	Benf implan- tat	Ont i ryggen	Gastro- skopi	Kärl- kir	Stötv beh
Administratörer	132	44,7	6,1	43,2	16,7	23,5	33,3
Politiker	131	13,0	2,3	34,4	8,4	18,3	26,7
Läkare:							
Totalt	233	54,5	3,9	25,8	21,0	19,3	20,6
Fysiologi	21	47,6	0,0	14,3	4,8	9,5	4,8
Invärtesmedicin	53	41,5	0,0	26,4	34,0	26,4	13,2
Klinisk kemi	21	52,4	0,0	4,8	0,0	0,0	9,5
Kirurgi	52	67,3	5,8	19,2	32,7	25,0	32,7
Ortopedi	27	70,4	7,4	51,9	0,0	3,7	0,0
Röntgen	51	51,0	7,8	31,4	23,5	27,4	27,4
Urologi	8	50,0	0,0	25,0	12,5	12,5	87,5

Praktiskt användbara rapporter – administratörer, politiker

Frågan ställdes till politiker och administratörer om de olika rapporterna varit av praktisk nytta för dem, tabell 6. Av administratörerna angav 67 procent att de haft praktisk nytta av en eller flera rapporter, motsvarande för politikerna var 44 procent. För administratörerna angavs högst praktisk nytta för preoperativa rutiner (48 procent) och ont i ryggen (41 procent) medan för politikerna ont i ryggen fick det högsta nyttovärdet (31 procent).

Tabell 6:

Andel i procent bland administratörer och politiker som angett att SBU:s rapporter har varit praktiskt användbara för dem i deras verksamhet

Rapport	Administratörer (n = 132)	Politiker (n = 131)
Preoperativa rutiner	47,7	18,3
Benförank implantat	7,6	4,9
Ont i ryggen	40,9	30,5
Gastroskopi	23,5	11,5
Kärlkirurgi	22,0	21,4
Stötvågsbehandling	38,6	26,0
En eller flera rapporter	67,4	44,3

På följdfrågan om vilken typ av praktisk nytta man haft svarade politiker och administratörer att rapporterna i första hand använts som underlag för diskussioner med läkare (mellan 15 och 30 procent angav detta för de olika rapporterna).

Tabell 7:

Det sätt som rapporten varit praktiskt användbar för administratörer och politiker (andelar i procent). Flera alternativ möjliga

	Preop rutiner	Benf im- plant	Ont i ryggen	Gastro- skopi	Kärl- kir	Stötv beh
Administratörer (n = 132)						
Har lett till utredning	9,1	0,0	0,0	2,3	0,0	6,1
Underlag för politiskt beslut	7,6	1,5	9,1	2,3	3,8	12,9
Använts i diskussioner med läkare	32,6	3,8	24,2	16,7	15,9	23,5
Andra användningsområden	8,3	5,3	10,6	6,8	6,1	10,6
Politiker (n = 131)						
Har lett till utredning	3,8	0,0	3,8	0,0	0,0	6,1
Underlag för politiskt beslut	6,1	0,0	16,0	2,3	10,7	5,3
Använts i diskussioner med läkare	11,4	3,8	16,8	7,6	10,7	9,2
Andra användningsområden	3,8	3,1	7,6	5,3	6,9	5,3

Förändrade rutiner – läkare

Till läkarna ställdes frågan om rapporterna föranlett förändrade kliniska rutiner, tabell 8. Rapporten om preoperativa rutiner gavs här det i särklass högsta svaret – 36 procent av de tillfrågade angav att de ändrat kliniska rutiner med anledning av rapporten. För övriga rapporter låg nivåerna på mellan 3 och 5 procent i gruppen som helhet. Högst andel som angav förändringar av preoperativa rutiner återfanns i kirurgi (48 procent), ortopedi (44 procent) och urologi (50 procent). Inom urologin hade rapporten om stötvågsbehandling föranlett förändrade rutiner vid två av åtta kliniker (25 procent).

Tabell 8:

Andel i procent bland läkarna som angett att SBU:s rapporter har föranlett förändrade rutiner inom respektive klinik:

Specialitet	Antal	Preop rutiner	Benf Implan- tat	Ont i ryggen	Gastro- skopi	Kärl- kir	Stötv beh
Fysiologi	21	19,1	0,0	4,8	4,8	4,8	4,8
Invärtesmedicin	53	28,3	0,0	1,9	9,4	3,8	1,9
Klinisk kemi	21	28,6	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8
Kirurgi	52	48,1	0,0	0,0	1,9	3,9	7,7
Ortopedi	27	44,4	0,0	7,4	0,0	0,0	0,0
Röntgen	51	33,3	3,9	5,9	5,9	5,9	7,8
Urologi	8	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0
Totalt	233	35,6	0,9	3,0	4,3	3,4	5,6

Språk och tillgänglighet

Språk och tillgänglighet i SBU:s rapporter fick genomgående goda omdömen bland samtliga grupper av svarande, tabell 9. Av de som läst någon rapport angav 85–90 procent att de bedömde språket som lättillgängligt eller normalt. Bland politikerna angav 11 procent att de fann språket svårt.

Tabell 9:

Bedömning av tillgänglighet och språk i rapporterna bland dem som läst en eller flera rapporter

Andel, i %, per kategori; bland dem som läst minst en rapport					
	Lättill- gängligt	Normalt	Svårtill- gängligt	Vet ej/ ej svar	Totalt
Administratörer (n = 75)	33,3	65,3	0,0	1,3	100,0
Politiker (n = 34)	17,6	67,6	11,8	2,9	100,0
Läkare (n = 164)	34,1	60,4	0,6	4,9	100,0

Balansen mellan olika aspekter i rapporterna

Frågan ställdes om balansen mellan medicinskt vetenskapliga, organisatoriskt/ekonomiska, socialt/samhälleliga samt etiska aspekter i SBU:s rapporter, tabell 10, (sid 9). Det stora flertalet tycks finna balansen **lagom** (genomgående mer än 50 procent för detta svarsalternativ). Man kan dock notera att politikerna önskat mer etiska aspekter belysta (32 procent angav alternativet för lite).

SBU:s självständighet och förankring inom olika forskningsområden

I tabell 11 (sid 10) ges en översikt av svaren på frågan om SBU:s självständighet samt förankring inom olika forskningsområden.

På frågan om SBU bedömdes ha självständighet gav det övervägande flertalet bedömningen **hög till normal** (50 – 70 procent). Medicinsk vetenskaplig förankring bedömdes likaså vara **hög till normal** (50 – 70 procent). När det gäller förankring i ekonomisk och sjukvårdsorganisatorisk forskning gavs något lägre tal (35 – 60 procent).

Tabell 10:

Uppfattningen om balansen mellan olika aspekter i rapporterna bland dem som läst en eller flera rapporter

Andel, i %, per kategori; bland dem som läst minst en rapport					
Aspekt	För mycket	Lagom	För litet	Vet ej/ Ej svar	Totalt
<u>Administratörer:</u> (n = 75)					
Medicinskt vetenskaplig	1,3	78,7	1,3	18,6	100,0
Ekonomisk och organisatorisk	0,0	70,7	22,7	6,7	100,0
Social, samhällelig	1,3	54,7	21,3	22,7	100,0
Etisk	0,0	50,7	22,7	26,7	100,0
<u>Politiker</u> (n = 34)					
Medicinskt vetenskaplig	5,9	73,5	0,0	20,5	100,0
Ekonomisk och organisatorisk	0,0	73,5	20,6	5,8	100,0
Social, samhällelig	0,0	58,8	29,4	11,7	100,0
Etisk	0,0	32,4	32,4	23,5	100,0
<u>Läkare:</u> (n = 164)					
Medicinskt vetenskaplig	1,2	86,0	4,3	8,5	100,0
Ekonomisk och organisatorisk	0,6	71,3	10,4	17,7	100,0
Social, samhällelig	1,2	57,3	8,5	32,9	100,0
Etisk	0,6	50,0	13,4	35,9	100,0

Tabell 11:

Uppfattningen om SBU:s förhållande till andra organisationer och intressen bland dem som svarat ja på frågan om de känner till SBU

Andel, i %, per kategori: bland dem som läst minst en rapport					
	Hög	Normal	Låg	Vet ej/ Ej svar	Totalt
Administratörer: (n = 121)					
Självständighet till parts- intressen i sjuk- vården	37,7	34,7	5,8	26,5	100,0
Medicinsk/ vetenskaplig förankring	43,8	29,8	0,0	26,5	100,0
Förankring i ekonomisk/sjuk- vårdsorganisatorisk forskning	20,7	41,3	9,9	28,1	100,0
Politiker (n = 85)					
Självständighet till partsintressen i sjukvården	20,0	28,2	3,5	48,3	100,0
Medicinsk/ vetenskaplig förankring	32,9	20,0	0,0	47,1	100,0
Förankring i ekonomisk/sjuk- vårdsorganisatorisk forskning	11,8	24,7	8,2	55,3	100,0
Läkare: (n = 177)					
Självständighet till partsintressen i sjukvården	29,9	29,9	5,1	35,0	100,0
Medicinsk/ vetenskaplig förankring	32,8	39,0	2,3	26,0	100,0
Förankring i ekonomisk/sjuk- vårdsorganisatorisk forskning	20,9	29,9	5,6	43,5	100,0

Sammanfattande bild av enkätresultaten

Den bild av SBU som ges via enkätsvaren kan sammanfattas så här:

Kännedomen om SBU är relativt god. Många kommentarer visar dock en önskan om ökad och fördjupad information om beredningen. De sex första rapporterna har lästs och spritts i varierande omfattning – preoperativa rutiner och ont i ryggen tycks ha fått störst spridning. Till detta förefaller även spridningen av rapporternas budskap till politiker och administratörer via massmedierna ha bidragit. Rapporterna bedöms ha praktiskt värde för mottagarna – i den mån ämnesvalet är relevant för dem. För politiker och administratörer tycks värdet främst ligga i en allmän kunskapsuppbyggnad, att de får underlag för diskussion med läkare.

Genomgående får SBU:s rapporter god bedömning vad gäller språk, tillgänglighet och balans mellan olika aktuella aspekter som avses täckas i rapporterna.

SBU tycks också enligt enkätsvaren i bedömarens ögon ha en självständig ställning gentemot myndigheter och organisationsintressen och god förankring i relevanta vetenskapliga kretsar.

Kärnfrågan kring SBU och dess produkter gäller förändringar i den medicinska verksamheten. Klinikcheferna anger att i stort sett endast rapporten om preoperativa rutiner lett till förändrat kliniskt handlande. I anslutning till denna rapport anger dock 36 procent i klinikchefgruppen (i de specialiteter enkäten riktat sig till) att rutinerna ändrats. För de direkt berörda opererande specialiteterna ligger andelen närmare 50 procent.

Betyder detta att rutinerna verkligen förändrats? Internationella erfarenheter visar hur svårt det tycks vara att via olika typer av information verkligen påverka det medicinska beslutsfattandet (se avsnitt 4.6 i huvudrapporten).

Svaren i denna enkät bör ses i relation till den före- efter studie som docent Bengt Brorsson utfört för SBU:s räkning kring rapporten om preoperativa rutiner. Han påvisade vid studie av rutinerna vid 8 svenska sjukhus mellan 1989 och 1990 att andelen preoperativa rutiner i form av hjärtlungröntgen, EKG och elektrolytundersökningar i serum minskade med mellan 3 och 10 procentenheter. Detta var i linje med rekommendationerna i SBU:s rapport.

Sammantaget indikerar dessa två enkätresultat att en förändring verkligen skett i kliniskt handlande kring den preoperativa utredningen. Spridningen av ett budskap via olika kanaler (konsensuskonferens, vetenskapliga möten etc) är säkert av betydelse. Lika viktigt är dock att en auktoritativ vetenskaplig dokumentation finns som en grund för föreslagna förändringar.

DANSK INSTITUT FOR KLINISK EPIDEMIOLOGI

SVANEMØLLEVEJ 25, 2100 KØBENHAVN Ø.

TLF. 31 20 77 77 . TLGR: DANINDEX . TELEFAX: 31 20 80 10

Finn Kamper-Jørgensen
j.nr. 3.3.90.11
d. 14. september 1990

UTVÄRDERINGSNOTAT

STATENS BEREDNING FOR UTVÄRDERING AF MEDICINSK METODIK (SBU)

Udarbejdet af Finn Kamper-Jørgensen, Danmark

● Resumé

Min sammenfattende vurdering af det svenske SBU-initiativ, de hidtidige aktiviteter og de fremlagte produkter, er generelt meget positiv. Et samordningsinitiativ forekommer indlysende rigtigt. Aktiviteterne udfoldes indenfor en bred og kritisk teknologivurderingsramme.

SBU har tilsyneladende prioriteret accept og synliggørelse højt i sin første 3-års periode med konferencer og videnskabelige rapporter som de væsentligste virkemidler.

Den videnskabelige granskning af rapporterne er generelt faldet meget positivt ud. De medicinske og økonomiske elementer er tyngden i rapporterne. Der ligger som regel god videnskab bag rapporterne; ofte af international karat. Til brug for de fremtidige overvejelser over SBUs udvikling m.v. fremdrager jeg som konsulent følgende problemstillinger:

1. at fastholde SBUs samordnende rolle, nedtone de udførende videnskabelige opgaver og opprioritere samordnende strategiske og koordinerende opgaver som opgaveplanlægning, samfinansiering og samordnet resultatformidling.
2. at SBUs metodik-fikserede udgangspunkt gøres bredere og udvides til også at omfatte halsopproblem og problem i hals- og sjukvården.
3. at det overvejes at inddrage spørgsmålet om kvalitetsvurdering og kvalitetssikring i SBUs arbejde.
4. at spørgsmål vedrørende organisation, finansiering, uddannelse, arbejdsmiljø og etik mere systematisk indarbejdes i rammen for teknologivurdering.
5. at hals- og sjukvårdsforskningen i Sverige styrkes som en nøglefaktor bag SBUs virksomhed.
6. at SBU mere synligt beskæftiger sig med videnskabelige metode-spørgsmål for at klargøre sit syn på begrebet ... vetenskabeligt grundade kunskaper.
7. at SBUs gule videnskabelige rapporter på grund af sine generelt høje, internationale teknologivurderingsstandarder, gøres tilgængelige i en eller anden form for et internationalt forum på engelsk.

1. BAGGRUND. INDLEDNING

På uppdrag af udredningsmanden landstingsrådet Bengt Holgersson har sekreterare med.dr. Johan Calltorp anmodet mig om at fungere som nordisk videnskabelig ekspert i forbindelse med utvärdering av Statens Beredning för Utvärdering av Medicinsk Metodik (SBU).

Jeg er blevet bedt om at granske rapporterne og gøre en bedømmning af deres emnevalg, oplægning, indhold och kvalitet. Granskningen skal især foregå ud fra to perspektiver:

- i förhallande til SBU's uppdrag
- i förhallande til teknologivärderingens utvecklingsnivå set i et nordisk og internationalt perspektiv.

Jeg har alene haft skriftligt materiale til min rådighed, - nemlig følgende material:

1. Rapport afgivet af en arbejdsgruppe inom socialdepartementet 6.6. 1986: Utvärdering av medicinsk handlande, förslag om nationell samordning.
2. Komitédirektiv. DIR. 1990: 29. Utvärdering av Statens Beredning för Utvärdering av Medicinsk Metodik (SBU).
3. Otte gule SBU rapporter, nemlig
 - a. Medicinska metoder i behov av utvärdering
 - b. Värdering av medicinska metoder och sjukvårdens effektivitet
 - c. Preoperativa rutiner
 - d. Benförankrade implantat inom huvud- och halsregionen
 - e. Ont i ryggen
 - f. Gastroskopi - vid utredning av ont i magen
 - g. Kärkirurgi vid åderförlökning i benen
 - h. Stötvågsbehandling av njursten och gallsten

Der er tale om i alt 4 rapporter tilrettelagt og gennemført ud fra et egentligt teknologivurderingsperspektiv (c,f,g,h). Der er endvidere tale om 3 konferencerapporter, hvoraf de 2 har faglig karakter (d,e), den tredje vedrører generelt SBU-initiativet (b). Endelig er

er der tale om en rapport fra en empirisk enquete-undersøgelse, der tilstræbte at vurdere behovet for teknologivurdering (a).

2. BASIS FOR KONSULENTVURDERINGEN

SBU initiativet har knapt nok varet 3 år på utvärderingstidspunktet. En 3-årig tidshorisont er alt for kort til at kunne foretage en rimelig utvärdering af et så stort og langsigtet initiativ, som SBU repræsenterer. Min utvärdering må derfor betegnes som partiel.

I Socialdepartementets 1986-rapport omtales side 4, at i utvärderingen av det medicinska handladet bör ingå en rad olika aspekter som:

- Nyttä
- Säkerhet
- Sociala konsekvenser
- Etiska aspekter
- Ekonomiska konsekvenser
- Arbetsmiljö
- Organisation
- Utbildning

Dette svarer til de sædvanlige, internationalt anerkendte hovedelementer i teknologivurdering. Jeg har imidlertid hæftet mig ved, at man i SBUs arbejdsopgifter ikke taler om arbejdsmiljø, organisation og utbildning, men kun om - ... medicinska och humanitära som sociala och samhällsekonomska synpunkter. Flere af de gule SBU rapporter indeholder imidlertid - men usystematisk - elementer, der relaterer sig til arbejdsmiljø, organisation og utbildning.

Jeg har systematisk læst de gule, videnskabelige rapporter med henblik på, om de relevante teknologivurderingselementer indgik i rapporten, og om der forelå veldokumenteret forskning som grundlag for rapportens sammenstillinger. Jeg har desuden søgt at vurdere, om rapportens konklusion/syntese står i rimeligt forhold til de teknologivurderingselementer, jf. ovenfor, som er indgået i vurderingen.

Jeg har systematisk søgt at vurdere det fremsendte materiale i relation til SBU's arbejdsopgaver (jf. senere figur 2).

Jeg har endvidere med hensyn til prioritering af emner for SBU udværdigelse hæftet mig ved de prioriteringsgrunde, som omtales på side 20 i rapporten om medicinske metoder i behov af udværdigelse, nemlig:

- Teknologien bør være udværdigelsesbar
- Teknologien bør have stor potentiel betydelse for menneskers liv og sundhed
- Teknologien bør berøre mange mennesker eller rette sig mod et særligt medicinsk sundhedsproblem
- Teknologien bør have betydningsfulde økonomiske konsekvenser
- Teknologien bør have omfattende etisk betydelse
- Teknologien bør medføre store konsekvenser for sundhedsorganisation og personale
- Teknologien bør være kontroversiel og ifrågesættes inden eller uden sundhedsudvalget
- Teknologien bør tiltrække sig stor interesse fra offentligheden

Det er ikke muligt for et enkelt menneske at give en kvalificeret ekspertvurdering på alle de mangefacetterede elementer, som indgår i en teknologivurdering/udværdigelse af medicinsk metode. Jeg har f.eks. nogle gange haft problemer med at vurdere den medicinske dybde i argumentationen.

Selv om jeg har lavet detaljerede noter for hver enkelt SBU publikation, ser jeg ikke noget formål med at gå i detaljer med den enkelte publikation. Jeg er blevet bedt om en generel vurdering.

Min personlige erfaringsbaggrund omfatter bl.a. nedenstående elementer:

- En medicinsk uddannelse med differentiering mod epidemiologi og forskning
- En solid sundhedsøkonomisk baggrund
- Praktisk administrativ ledererfaring fra sundhedsvæsenet

- Ordfører for Sundhedsstyrelsens medicinske teknologivurderingsudvalg i ca. 3 år
- Medlem af Statens Lægevidenskabelige Forskningsråds udvalg vedrørende forskning om teknologivurdering og helsetjenesteforskning
- Vice-chairman i EEC's permanente health services research gruppe, hvor jeg også har været medlem af et særlig strategiudvalg for teknologivurderingsforskning i EEC
- Flere tidligere konsulentarbejder i Sverige, bl.a. for det Medicinske Forskningsråd og for Socialdepartementet.

3. SBU's UPPGIFTER. SBU's EMNEVALG

I komitédirektivet siges det mere overordnet om SBUs oppgifter:

"Beredningen skal verka för en nationell samordning av utvärdering av medicinsk metodik genom att bl.a. sammanställa vetenskapligt grundade kunskaper på området. Arbetet skall vara inriktat på utvärdering i vid bemärkelse och belysa de samlade medicinska, ekonomiska, sociala och etiska konsekvenserna av såväl etablerade som nya metoder.

Syftet med beredningens verksamhet är att den skall ge underlag för beslut på statlig, landstingskommunal eller praktisk medicinsk nivå som leder till god sjukvårdskvalitet och jämlik tillgång till effektiva metoder i hela landet".

I figur 1 har jeg forsøgt en formaliseret opstilling, der samtidig skulle belyse SBU's principielle angrebsvinkel.

I figur 1 ses til venstre en bestemt problemstilling, nedenfor illustreret med helseproblemer og med problemer i hälso- och sjukvården. Problemet løses ved valg af problemløsningsmodel = metodik. Der tales i SBUs oppgift om utvärdering av medicinsk metodik. Der tales ikke om utvärdering av helseproblem eller problem i hälso- och sjukvården. Resultatet skal belyse de samlede medicinske, økonomiske, sociale og etiske konsekvenser. Der tales som tidligere nævnt ikke om arbejdsmiljø, organisation, uddannelse.

Figur 1. Formaliseret opstilling af vejen fra problem over metodik til utvärdering. Eksempler.

Fuldt optrukne ramme: SBUs præciserede, overordnede oppgift.

PROBLEM —————>	VALG AF PROBLEMLØSNINGS- MODEL = METODIK	————-> RESULTAT
<u>Hälsoproblem</u>		Utvärdering udtrykt i medicinske, humanitäre, sociale och samhällsekonomiska värde
Ont i magen	Gastroskopi	
Åderförkalkning i benen	Kärlkirurgi	
Njursten	Stötvågsbehandling	
?????	Preoperative rutiner	- " -
Ont i ryggen	Diagnostik, behandling, forebyggelse	
<u>Problem i hälso- och sjukvården</u>		
Köer	????????	????????
Kostnadsutvecklingen	????????	????????
Snabb ersättande av mindre ändamålsenliga metoder med nya och effektivare	Strategier. Hur?	????????
Samverkan sjukhus och primärtjänst om åldringar	????????	????????
De långa vårdkedjorna för långvarigt sjuka	????????	????????
Kontinuitet i vården	????????	????????

Da syftet med beredningens virksomhed er at give underlag for faglige og politiske beslutninger, og da der direkte tales om god sjukvårds kvalitet og jæmlig tillgång, må det være underforstået, at organisatoriske, finansielle og uddannelsesmæssige problemstillinger må medinddrages i overvejelserne. Men dette nævnes som sagt ikke eksplis- cit.

I figur 1 har jeg med fuldt optrukken ramme forsøgt at indkredse de elementer, som SBUs overordnede formål taler om. Man ser en fuldt op- trukken ramme øverst til højre i figuren og nedadtil midt på.

Med hensyn til valg af emner for SBUs utvärderinger er der næppe tvivl om, at udgangspunktet i almindelighed har været utvärdering av medicinsk metodik. Der har været tale om gastroskopi, karkirurgi, stötvågsbehandling, preoperative rutiner m.v. Det forekommer også sandsynligt, at de tidligere citerede prioriteringsgrunda har været anvendt. SBUs udgangspunkt er altså en metode. På den anden side har SBU allerede fra starten tilsyneladende sprængt rammen for de arbe- tssuppgifter, som er nævnt. Dette ses tydeligst af rapporten Ont i Ryggen, - et Samhällsproblem. Her er udgangspunktet ikke en medi- cinsk metodik, men et stort helseproblem. Derfor har jeg i figur 1 med punkteret markering medinddraget nogle af de problemstillinger, som det er fremgået ved læsningen af SBUs rapporter, men som ikke umiddelbart fremgår af SBUs arbe- tssuppgifter.

Jeg har i figur 1 opdelt problemstillingerne i hälsoproblem og i pro- blem i hälso- och sjukvården. SBUs arbe- tssuppgifter omfatter i almin- delighed ikke problem i hälso- och sjukvården. Alligevel fremgår det, at man har taget sådanne problemer op, uden at udgangspunktet har været en bestemt medicinsk metodik.

Som jeg senere skal gøre opmærksom på, kan jeg kun se positivt på denne udvidelse og re-definering af SBUs arbe- tssuppgifter. Jeg hæfter mig således ved, at SBU i selve sit udgangspunkt har et metodikfik- seret udgangspunkt, - ikke et problemorienteret udgangspunkt.

I figur 2 findes min korte, sammenfattende vurdering af, hvorledes SBU har arbejdet med den enkelte SBU arbe- tssuppgift.

Figur 2. SBU's arbetsuppgifter enligt komitédirektiv.
Konsulentens värdering af arbetsuppgiften

Arbetsuppgift	Värdering
1. att identifiera nya och etablerade medicinska metoder, som behöver utvärdera	God enquete blandt nøglegrupper indtalt. Uppfølgningsinitiativer? Early warning systems?
2. att på vetenskabelig underlag utforme sammenfattninger af vær-det av olika nya och befintliga teknologier ur såväl medicinska, humanitära som sociala och samhällsekonomska synpunkter	Generelt god videnskabelig kvalitet i de "gule" SBU-rapporter. Man får indtryk af en veludviklet medicinsk forskning og en meget beskeden udvikling af humanistisk forskning og hälso- och sjukvårdsforskning som basis for sammen-ställning av rapporterne. Den samhällsekonomske overbygning/värdering virker generelt systematisk og stringent.
3. att sammenställa kunskapsunderlaget på et lättillgängligt språk och med olika detaljerings-nivå för beslutsfattare inom staten, landstingen och den praktiska hälso- och sjukvården	De "gule rapporters" blå resumerende sider holdes sædvanligvis i et lättillgängligt sprog. De hvide sider uddyber godt. Det foreligger ikke oplyst, om der er skrevet lättillgänglige pjecer med stor udbredelse, i-værksat oplysnings- og uddannelseskurser m.v. De gule rapporter har antagelig en meget begrænset læserkreds.
4. att utarbeta strategier för hur introduktion av nya och effektiva medicinska metoder skall kunna ske snabbt	Denne arbejtsoppgift synes slet ikke at være taget op. Der foreligger ingen sammenstilling af litteratur om spredning af medicinsk teknologi. Heller ingen policyerklæringer om hensigtsmæssige spredningsmåder.
5. att utveckla strategier för hur mindre effektiva metoder skall kunna avvecklas	Denne arbejtsoppgift synes heller ikke at være taget op. Se kommentarer til pkt. 4.
6. att sprida information om det samlade resultat av gjorda utvärderingar	Der foreligger ikke materiale fra SBU om dette punkt. Se kommentarer til pkt. 3.
7. att ta till vara internationelle erfarenheter och resultat från olika utvärderingar	De gule rapporter indeholder som hovedregel en solid gennemgang af den internationale videnskabelige litteratur på området.
8. att vara nationell och internationell kontaktpunkt när det gäller utvärdering av medicinsk metodik	Der foreligger ikke materiale til brug for konsulentens vurdering. Konsulenten har dog personligt haft glæde af at henvende sig til SBU for at få information om teknologivurdering i Sverige.
Samlet, generel värdering	Godt svensk samordningsinitiativ, der på en række områder bringer svensk teknologivurdering ind i en stærk international position. Engelsksproget formidling mangler dog. Konsulenten har kritiske bemærkninger overfor avgrænsningen af SBU's arbejtsoppgifter.

Det har været en indlysende god idé at starte SBUs virksomhed med en behovsorienteret enquete (jf. pkt. 1). Man har dels fået synliggjort en række nøglegruppers vurderinger af behov for utvärdering, dels har man haft lejlighed til at introducere hele initiativet.

Det fremgår ikke af materialet, om der vil blive tale om opfølgnings-initiativer, f.eks. om en ny enquete 5 år efter den første, eller om en kontakt til specialeselskaberne med henblik på at få disse til selv at følge tingene op. De såkaldte Early warning systems ses heller ikke umiddelbart diskuteret. Disse initiativer kan man næppe heller forvente efter en funktionsperiode på kun 3 år.

Punkt 2, vurdering af rapporter, videnskabelig set følger senere.

Jeg har generelt en positiv bedømmelse af den sproglige formulering i rapporter (jf. pkt. 3 og 6). Som sundhedsfaglig person har jeg i almindelighed let ved at læse rapporter, der ledsages af gode figurer og illustrative tabeller. De blå sammenfatningssider finder jeg endvidere korte og præcise. Som et eksempel på anvendeligheden af den korte opsummering på de blå sider, kan jeg nævne, at jeg med hensyn til rapporten om preoperative rutiner i den danske Sundhedsstyrelse i udvalget for medicinsk teknologivurdering og kvalitetsvurdering netop har anbefalet, at man direkte forholder sig til den ene spalte, s. 7: "Förslag till åtgärder". Forslagene fylder kun en halv side, er lettilgængelige både for helsepersonale og for administratører, de er perspektivrige i sine forslag og kan give anledning til en række overvejelser og interventioner.

Det fremgår ikke af det fremsendte materiale, om SBU har videregående planer, der spreder informationen yderligere ud, f.eks. i form af lettilgængelige pjecer, audio-visuel formidling, conference- eller mødeinitiativer m.v. Det fremgår heller ikke, om man har forsøgt at udvalge et "test landsting", hvor SBUs rekommendationer prøves af i det virkelige liv. Der findes derfor ikke nogen solid basis for videregående konsulentvurdering på dette punkt.

Det ser ud til, at SBU hverken har beskæftiget sig med at udarbejde strategier for hurtig introduktion af nye og effektive metoder eller med strategier for afvikling af ineffektive metoder. Man skulle i givet fald foretage en kortlægning af den videnskabelige litteratur vedrørende teknologidiffusion/spredning af medicinsk metodik og følge op med praktiske erfaringer fra det svenske samfund.

I enkelte af de gule rapporter tages der direkte, konkret stilling til en udbredelsesstrategi. Skal arbejdet have mere generel betydning for det svenske sjukvårdssystem, savnes der en systematisk udvikling af arbejdsoppgift 4 og 5 i figur 2.

Såvidt jeg kan bedømme det, har SBU i sin første tre års periode i høj grad prioriteret, hvad man kan kalde accept og synliggørelse. Accepten er bl.a. sket gennem en initial, bredt anlagt konference, og synliggørelsen er sket ved en enquete vedrørende behov samt ved at udsende de gule rapporter.

Ved at læse om de øvrige rapporter, som snart synes på vej, får jeg indtryk af en høj produktivitet i SBU regi.

4. VIDENSKABELIG VURDERING AF DE GULE SBU RAPPORTER

Som tidligere nævnt lægger jeg her vægt på en generel karakteristik, - ikke på en detaljeret vurdering af den enkelte rapport.

Jeg finder i almindelighed rapporterne veldisponerede med en klar systematik og indholdsfortegnelse.

Jeg har det hovedindtryk, at de medicinske og økonomiske komponenter i teknologivurderingen har været tillagt størst betydning og derfor indtager mest plads i rapporterne. Rapporterne bærer tydeligvis præg af, at læger og økonomer har været de centrale personer i arbejdsgrupperne. Etablering af en videnskabskritisk referencegruppe er en god idé. SBU's sammensætning sikrer afslutningsvis, at der er en vis jordnærhed i de forslag, som rapporterne lægger frem.

I rapporterne findes ingen systematisk behandling af organisatoriske spørgsmål, finansielle spørgsmål, uddannelsesspørgsmål og arbejdsmiljøspørgsmål.

Teknologivurdering handler i almindelighed om at vurdere alternative fremgangsmåder mod hinanden. Der er i flere af rapporterne gode analyser af alternativer.

Der er som hovedregel en god og grundig medicinsk forskning som grundlag for rapporternes sammenstillinger på det medicinske område. Man mærker her, at den stærke forskningstradition i især behandling gør det rimeligt nemt at sammenstille til en samlet rapportering. Det er min vurdering, at der i flere af rapporterne er udført original svensk forskning af høj international karat. Det er også min vurdering, at der i almindelighed foretages en særdeles solid, kritisk sammenstilling af foreliggende medicinsk viden.

I flere af rapporterne, f.eks. om kærtskirurgi, om gastroskopi og om ont i ryggen giver de kritisk-videnskabelige sammenfatninger anledning til flere særdeles provokerende statements, der går imod "conventional wisdom". Det er meget vigtigt, at sådanne statements formuleres og diskuteres og giver anledning til videregående overvejelser.

Et hovedproblem i denne sammenhæng er: Hvad er den rigtige/korrekte videnskabelige metode som basis for at kunne drage en videnskabelig konklusion? Når dette spørgsmål er centralt skyldes det, at der i SBUs oppgifter tales om: Beredningen skal verka för en nationell samordning av utvärdering av medicinsk metodik genom att bl.a. sammenställa vetenskabeligt grundade kunskaper på området.

SBU har slet ikke diskuteret eller beskæftiget sig med, hvad der må betegnes som vetenskabeligt grundade kunskaper. Først og fremmest fra konferencerapporterne får jeg indtryk af, at der implicit findes et svar herpå. I enkelte af de videnskabelige rapporter fremgår det ret eksplicit, hvad der tænkes på.

Jeg får indtryk af, at SBU-rapporternes videnskabsideal, når det drejer sig om vurdering af en behandlingsmetodes eller anden interventions effekt og bivirkninger, er den klinisk kontrollerede undersøgelsesmetodik (randomized controlled trial). Foreligger der ikke sådanne undersøgelser på området, kan man ikke udtale sig konklusivt, fremgår det.

Når det drejer sig om vurdering af risikofaktorer f.eks. til brug for forebyggelse, forekommer den prospektive, epidemiologiske undersøgelsesmetodik at være videnskabsidealet.

Videnskabelige metoder kan sammenlignes med lægemidler: de har deres indikationsområde, og de har virkninger, men kan også have bivirkninger.

Der er i det internationale forskersamfund ikke konsensus om, hvad der kan anses for den ideale videnskabelige undersøgelsesmetodik overfor en given problemstilling. Der er bl.a. hårde anklager mod den naturvidenskabeligt orienterede lægevidenskab om at have udviklet stereotype og konforme videnskabsmodeller. Blandt andet derfor udvikles såkaldte kvalitative metoder i stigende grad og videnskabsvurderingen nuanceres og differentieres.

Hvis man i Sverige er på vej mod en sjukvårdspolitik, hvor man kun vil tilbyde den svenske befolkningen tilbud, baseret på "vetenskabeligt grundede kunskaper", må man i SBU have en diskussion af, hvilke metoder man vil anerkende som videnskabelige i bestemte sammenhænge. Det er ikke tilstrækkeligt at udpege fremstående personer indenfor lægevidenskaben i Sverige som garant for videnskabeligheden. Hvis de udpegede tilhører samme videnskabs-paradigme, risikerer SBU på et tidspunkt at blive anklaget for videnskabelig konformisme og en-øjethed.

Jeg finder ganske enkelte steder i SBU's konferencerapporter og videnskabelige rapporter tilløb til ret en-øjede videnskabsmetodiske synspunkter. Men det er ikke noget, der præger rapporterne eller ud-

gør en trussel mod SBU's troværdighed i videnskabelig sammenhæng. Rapporterne præges i almindelighed af alsidig videnskabelighed og erfaringsdannelse og repræsenterer efter min opfattelse et højt internationalt videnskabelighedsniveau.

På det økonomiske område veksler kvaliteten i rapporterne fra i den ene ende af spektret at tage udgangspunkt i halvdårlige omkostningsvurderinger, der benyttes - som vi siger på dansk - til købmandsregning, mens man i den anden ende af spektret ser anvendelse af stringente helseøkonomiske analyser og beslutningsteoretiske analyser med økonomiske komponenter.

I Sverige findes der en rimelig god tradition for helseøkonomiske analyser, især i relation til teknologivurdering. En tidligere investering i forskning på dette område ses nu at give gode resultater i rapporterne.

Det er i almindelighed min vurdering, at de etiske sider, de sociale sider og de psykologiske sider har et meget sparsomt forskningsmæssigt fundament at blive vurderet på. Nogle vurderinger har direkte spekulativ karakter i rapporterne. Man savner tydeligvis en solid forskningstradition på dette område.

Jeg finder også, at hälso- och sjukvårdsforskningen kun i beskeden udstrækning er udviklet til brug for systematiske vurderinger i de gule rapporter. Det er min vurdering, at der ikke kan laves en konkret, værdifuld samhällsekonomisk analyse, uden at dette tager sit udgangspunkt i organisatoriske alternativer.

I flere rapporter har man tydeligvis selv i SBU regi måttet danne sig et indtryk af de organisatoriske forhold.

Hvis rapporterne skal bruges til praktisk beslutningsunderlag, er det en betydelig mangel, at der ikke findes tilstrækkelig systematisk hälso- och sjukvårdsforskning og at der ikke foretages en systematisk vurdering af organisationselementet. Der er dog gode ansatser i flere af rapporterne.

Rapporten om stötvågsbehandling av njursten og gallsten er efter min opfattelse den mest elegante teknologi-vurderingssag, som SBU præsenterer som et nationalt samordnet case. Man starter med at begrænse metodeanvendelsen til et enkelt sted for herved at skaffe erfaring og foretage en bred teknologivurdering. Forskningsmetodisk er der ansatser til kontrolleret undersøgelsesmetodik, - der inkluderes humanistiske og samfundsvidenskabelige forskningselementer i teknologivurderingen. Sjukvårdshovedmændene beslutter at foretage en vis, koordineret spredning af teknologien, og der iværksættes et forskningsprogram for teknologiens langsigtede konsekvenser efter at de kortsigtede konsekvenser tegner positive.

Dette samspil mellem den politiske sjukvårdsorganisation, forskningsorganisationen, bredt anlagte forskningsmiljøer med solid forskningskompetence og et nationalt forum for samvirke (SBU) aftegner en meget positiv udviklingstendens.

Jeg finder i almindelighed syntesen/konklusionen i den enkelte rapport velbegrunder ud fra de fremdragne videnskabelige fakta i rapporten.

I sammenligning med danske regeringsrapporter, der har karakter af teknologivurdering, finder jeg, at det systematiske tankesæt, der ligger nedlagt i en teknologivurdering, i almindelighed, om end i varierende omfang, præger rapporterne. Jeg kunne ud fra et nordisk perspektiv godt ønske mig en lidt bedre balance imellem på den ene side de medicinske og økonomiske komponenter og på den anden side alle de øvrige komponenter. Når man ved, hvilken stor rolle bl.a. organisatoriske og finansielle spørgsmål spiller for den praktiske politiske stillingtagen til teknologivurderingsrapporter samt hvilken stigende betydning etiske spørgsmål har i offentligheden, kunne jeg godt ud fra et nordisk perspektiv ønske en større forskningsmæssig vægt bag de nævnte elementer.

Ingen af rapporterne beskæftiger sig seriøst med spørgsmålet om kvaliteten og økonomien m.v. ved, at teknologi spredes fra de fremstå-

ende videnskabelige universitetscentre til små sygehuse og behandlingssteder i Sverige.

De medicinske og økonomiske utvärderinger foretages typisk på fremstående akademiske centre efter en fastlagt protokol. Flere erfaringer tyder på, at når teknologien spredes - også til udygtige læger og til vrangvillige patienter - kan effekt og resultater ikke umiddelbart overføres til alle enheder, der anvender teknologien. Resultaterne og økonomien bliver dårligere end beregnet.

Disse problemstillinger, som kan være meget væsentlige, bør nok fremover indgå med større vægt i SBUs overvejelser.

SBUs samordnende initiativ har efter min opfattelse bragt svensk teknologivurdering og forskningen på dette område et tigerspring fremad. På grundlag af flere af rapporternes systematik og bredde i behandlingen af elementerne i teknologivurderingen er jeg ikke i tvivl om, at flere af rapporterne har endog meget høj international karat. Dette gælder efter min vurdering alle de egentlige videnskabelige rapporter.

Jeg synes derfor, at SBU meget alvorligt bør overveje at sikre en relevant engelsksproget udbredelse af de egentlig videnskabelige rapporter.

5. SAMMENFATTENDE VURDERING. FORSLAG TIL OVERVEJELSE

Min sammenfattende vurdering af det svenske SBU initiativ, de hidtidige aktiviteter og de fremlagte produkter, er generelt meget positiv. Et samordningsinitiativ mellem på den ene side den hälso- och sjukvårdspolitiske udvikling og forskningsudviklingen forekommer indlysende rigtigt. Aktiviteterne udfoldes med stor dygtighed indenfor en bred og kritisk teknologivurderingsramme.

SBU har i sin første 3-års periode tilsyneladende prioriteret accept og synliggørelse højt. Konferencer og videnskabelige rapporter har været de væsentligste virkemidler. Et betydeligt antal videnskabelige

rapporter synes at være på vej, og jeg finder, at produktiviteten såvel som kvaliteten har været i højsædet i SBU's hidtidige virke.

Svensk teknologivurdering fremstår i dag for mig - nu også suppleret af SBU's samordnende ramme - som noget af det bedste, internationalt set. Jeg vurderer det således, at det i høj grad har sin baggrund i svensk forskning af høj karat, først og fremmest på det medicinske område, men på det seneste også på det helseøkonomiske område. Punktvis har der eksisteret hälso- och sjukvårdsforskning af høj kvalitet som grundlag for sammenfattende vurderinger.

Jeg finder derfor mange rigtige elementer lagt ind i det udviklingsspor, som SBU repræsenterer. Men jeg har også flere kritiske bemærkninger, som nedenfor trækkes frem til eventuel brug for overvejelserne om SBU's fremtidige virke m.v.

1. En fastholdelse af SBU's samordnende rolle forekommer mig indlysende rigtig. Jeg vurderer det således, at SBU i høj grad har satset på den velfunderede, sammenstillede videnskabelige rapport i eget regi. Denne rolle vil jeg kalde samordnende og udførende.

Når jeg ser på den sammensætning af instanser som findes i SBU, forekommer det mig i det lange løb, at de udførende opgaver måske mere hensigtsmæssigt kan henlægges til og uddelegeres til en eller flere af SBU's medlemsinstanser eller et forskningsinstitut eller lignende. Til gengæld kunne de samordnende, strategiske og koordinerende opgaver prioriteres op. Jeg tænker f.eks. på at udarbejde en årlig eller flerårlig samordnet plan for emner, der bør teknologivurderes samt at en sådan emnemæssig handlingsplan bakkes op af en koordineret samfinansieringsplan. Denne opgave er mindre synlig end en videnskabelig rapport-strategi, men giver måske i det lange løb større effekt. Jeg savner ligeledes, at SBU går stærkere ind i vurderingen af, hvorledes en teknologisprednings-strategi kan etableres.

At sikre en samordnet vurdering og formidling af resultaterne af de videnskabelige teknologivurderingsrapporter anser jeg også for at være en vigtig national samordningsopgave.

2. På grundlag af SBUs nuværende overordnede formulering af arbejdsoppgifterne er jeg nervøs for, at SBUs virksomhed i det lange løb i for høj grad stivner i metodik-utvärderinger. Jeg har i relation til figur 1 argumenteret for, at SBUs overordnede oppgitt måske mere frugtbart kunne udvides på følgende måde: "Beredningen skal verke för en nationell samordning av utvärdering an medicinsk metodik, hälsoproblem og problem i hälso- och sjukvården genom at bl.a. sammenställa vetenskapliga grundade kunskaper på området.

SBUs praktiske valg og arbejde peger på, at man allerede er begyndt at tænke som anført i mit ændringsforslag. Der er også flere ting i rapporterne, der tyder på, at hele diskussionen om kvalitetsvurdering og kvalitetssikring er på vej ind i SBUs arbejdsområde.

3. En bred teknologivurdering må nødvendigvis mere systematisk indeholde alle de internationalt anerkendte elementer. Der synes derfor behov for en mere systematisk inklusion af organisatoriske spørgsmål, finansieringss spørgsmål, uddannelse, arbejdsmiljø og etik i vurderingerne.

4. De hidtidige rapporter har lagt tyngden på medicinske og økonomiske vurderinger, ofte baseret på tidligere investeringer i forskningsudvikling, - især indenfor det medicinske område.

Jeg anser det for et nøgleelement i den fremtidige udvikling af teknologivurdering i Sverige, at hälso- och sjukvårdsforskningen styrkes.

5. Jeg efterlyser, at SBU mere synligt beskæftiger sig med videnskabelige metodespørgsmål for at klargøre sit syn på, hvad SBU forstår ved vetenskabeligt grundade kunskaper på området.

6. De gule, videnskabelige SBU rapporter bør på grund af sin høje, internationale standard formidles i en eller anden engelsksproget form. Det samlede SBU-initiativ er i nogen grad kendt internationalt. Bestræbelserne på at fremvise et godt svensk initiativ bør ef-

ter min opfattelse styrkes, f.eks. ved en rimelig tilgængelig, samlet, ikke for lang engelsksproget pjece.

7. Mine konsulentvurderinger er baseret på en 3-årig vurderingshorisont. For et så stort initiativ som SBU-initiativet er denne tidshorisont for kort.

EVALUERING av STATENS BEREDNING för UTVÄRDERING
av MEDICINSK METODIK (SBU)

Oslo 20/9 -90

Peter F. Hjort

Statens Institutt for Folkehelse
Geitmyrsveien 75
0462 Oslo 4

1. Innledning

I brev av 14. juni 1990 fra overlege dr.med. Johan Callitorp ble jeg bedt om å vurdere SBU's virksomhet på grunnlag av rapportene.

1.1 Standard

En vurdering må gjøres i forhold til en standard. Oppdragsbrevet sier at rapportene skal vurderes:

- dels i forhold til SBU's oppdrag
- dels i forhold til det som kan anses som et internasjonalt vitenskapelig nivå innen dette området.

SBU's oppdrag fremgår av Kommittédirektivet for evalueringen av SBU (Dir. 1990:2).

1.2 Materiale og metode

Jeg har fått tilsendt åtte rapporter. Jeg har lest dem og forsøkt å vurdere både hver enkelt rapport og den helhet de til sammen utgjør. Jeg har også forsøkt å tenke igjennom det jeg oppfatter som sterke og svake sider ved SBU i forhold til et overordnet mål om å sikre kvalitet, økonomi og lik tilgang til effektive helsetjenester i Sverige.

1.3 Min rapport

Jeg starter med en kort vurdering av de enkelte rapportene. Deretter gir jeg en samlet vurdering av alle rapportene, og til slutt følger mine generelle synspunkter på SBU's virksomhet i forhold til det overordnede mål.

Jeg har valgt å gjøre rapporten så kortfattet som mulig, selv om det fører til at jeg har måttet ofre nyanser i vurderingene.

2. De enkelte rapporter

2.1 Värdering av medicinska metoder och sjukvårdens effektivitet. Jan. 1989.

Dette er en rapport fra SBU-konferansen på Rosenbad 25. november 1988, ni måneder etter at SBU startet arbeidet. Konferansen var antakelig den offisielle stabelavsløpning for SBU. Rapporten har forord av sosialministeren, og det første innlegget ble holdt av finansministeren. Deltakerne var hentet fra hele det offentlige "helse-Sverige": erfarne klinikere og forskere, administratorer og politikere.

Programmet er interessant, innleggene er gode (selv om jeg savner dokumentasjon og referanser), og rapporten har fått en god form. Diskusjonen er lang (18 s.) og helt ustrukturert, men interessant. Det fremgår at begrepet medisinsk teknologi skal omfatte "praktisk taget allt" (s.87), at en ønsker "en nasjonell samverkan" og at målet er å få til en rasjonell påvirkning av helsetjenesten.

Jeg får et klart inntrykk av en god og vellykket konferanse som har truffet målgruppen på en god måte. Likevel gjør jeg meg noen refleksjoner:

- Arbeidet legges helt og holdent opp på forskernes og helsetjenestens premisser. Det er "the establishment" som taler og samtaler, og det tas for gitt at vi er på rett kurs i helsetjenesten.
- Reformprosesser og oppfølgingsproblemer er knapt drøftet.
- Det sies lite om de store problemene i fremtidens helsetjeneste. F.eks. er de eldre knapt nevnt, til tross for at over 50% av helsetjenesten går til dem.
- Det kurative arbeid er satt i sentrum. Det sies lite om forebyggende arbeid, om rehabilitering, om pleie og omsorg.
- Prioriteringskonflikter er knapt berørt. Evaluering er selvsagt grunnleggende, men like fullt må det prioriteres. Helsetjenesten må sette ting opp mot hverandre.

2.2 Medisinske metoder i behov av utvärdering. Juni 1989.

Dette er resultatet av en enquete-undersøkelse som har samlet 1800 svar. Undersøkelsen bygger ikke på noe representativt utvalg, men på innsiktsfulle og interesserte enkeltmennesker med tilknytning til helsetjenesten.

Det ble stilt fire sentrale spørsmål, og svarene er både interessante og viktige. Rapporten er utmerket redigert, kortfattet og oversiktlig. Jeg har særlig festet meg ved svarene på spørsmålene om under- og over-utnyttede metoder.

Undersøkelsen har på en enkel måte gitt SBU en omfattende meny å velge fra. Den var uten tvil en god idé som ble raskt og effektivt gjennomført. Resultatene bekrefter imidlertid det jeg har antydnet ovenfor. Blant de underutnyttede metoder er f.eks. individuelt forebyggende arbeid ikke nevnt.

2.3 Benförankrade implantat inom huvud och halsregionen. Aug. 1989.

Dette er en rapport fra en "state of the art conference" i Göteborg 1. september 1988. Feltet er spesielt og forholdsvis lite, og Sverige er den anerkjente verdensmester på feltet.

Rapporten går grundig igjennom biologi, teknologi, klinikk og økonomi. Den er meget godt redigert og virker pålitelig. Spesielt er det gjort grundige økonomiske analyser. Rapporten skiller seg lite fra tilsvarende rapporter fra andre "state of the art conferences", bortsett fra de økonomiske analysene.

Rapporten anbefaler - naturlig nok - en økning av virksomheten. Problemet er selvfølgelig at denne virksomheten ikke prioriteres i forhold til andre gode formål.

2.4 Preoperativa rutiner. Mai 1989.

Her har SBU valgt en problemstilling som er meget viktig både for pasienter, for helsetjenesten og for samfunnet. Metoden er å la erfarne klinikere og helseøkonomer lese og vurdere den vitenskapelige litteratur og i tillegg samle inn opplysninger om erfaringer, rutiner og synspunkter fra alle relevante avdelinger.

Resultatene viser at praksis varierer og at det utføres mye unødvendig arbeid. Praksis bør derfor bli mer bevisst og målrettet. Dette vil øke sikkerheten og spare store summer.

Rapporten ble fulgt opp med en konsensuskonferanse arrangert av Medicinska Forskningsrådet (MFR) og SPRI (se MFR informerar, juni 1989).

Her har SBU skutt blink. Problemet er viktig, rapporten er meget god, og den får sannsynligvis stor effekt i helsetjenesten. Tidspunktet var riktig, fordi helsetjenesten allerede var på gli i denne saken.

Likevel reiser rapporten ett kritisk spørsmål: Skal SBU basere seg på lesning og enkle spørreundersøkelser, eller skal den også engasjere seg i mer selvstendig arbeid? Denne rapporten antyder i så fall tre retninger:

- Egen forskning og utredning, f.eks.:
 - ° Hvor ofte blir pasienter tatt ut av operasjonsprogrammet (s.53: 1-10%), og hvor ofte skyldes det preoperative vurderinger?
 - ° Hvor stor andel av de postoperative komplikasjoner kunne vært unngått ved bedre preoperative vurderinger?
- Forsøk med andre preoperative rutiner i SBU's regi
- Oppfølging og påvirkning av helsetjenesten til bedre rutiner.

2.5 Ont i ryggen - ett samhøllsproblem. Feb. 1990.

Dette er en rapport fra en SBU-konferanse. I forordet omtales også en rapport fra et prosjekt om samme emne, men den har jeg ikke fått.

Emnet er meget viktig. Ondt i ryggen er en stor plage for mange mennesker, de samfunnsøkonomiske konsekvenser er store, og det er et

utall av ikke-evaluerte behandlingsmetoder. Konferansen var godt forberedt, foredragene var utmerket, og diskusjonen var god (mangler konklusjon).

SBU fortjener stor ros for dette arbeidet. Likevel reiser det ett viktig spørsmål: Bør SBU ha ansvar for en oppfølging, f.eks.:

- Klinisk forskning med randomiserte behandlingsgrupper
- Analyser av forsikringenes rolle og økonomiske (dis-) insentiver
- Opplæring og påvirkning av helsepersonell til mer enhetlig og bedre diagnostikk og behandling

Hvis en ikke på en eller annen måte får i stand en oppfølging av dette arbeidet, kan konklusjonen lett bli: "Well, and so what?" Det er nesten påfallende at rapporten ikke inneholder noen konklusjon.

2.6 Gastroskopi - vid utredning av ont i magen. Feb. 1990.

Denne utredningen er skrevet av fire erfarne klinikere og en konsulent (formodentlig økonom) fra SBU. Den er detaljert, grundig, interessant, godt skrevet, og meget leseverdig.

Kostnadene er ikke små. I 1987 ble det gjort 106 000 gastroskopier til en pris av ca. 90 mill. kr. En kan regne med at ca. 138 pasienter fikk ikke ubetydelige bivirkninger og at ca. 53 pasienter døde (s.11). Jeg savner en analyse av reddede vs. tapte liv, jfr. at dødeligheten av Cancer ventriculi ikke har gått ned (s.36).

Gruppen anbefaler at ventetiden bør reduseres fra fire til to uker, men jeg savner opplysninger om køen egentlig øker. Er køen stabil, er kapasiteten stor nok.

Ett viktig spørsmål er indikasjonsstillingen. Ca. 50% av pasientene har negativt funn. Dette er også et viktig funn, men det kunne tenkes at indikasjonen bør strammes noe, jfr. en engelsk undersøkelse som reduserte antall gastroskopier med 30% og tapte bare 2% av de vesentlige funn (s.84). Gruppen anbefaler også at en bør undersøke effekten av strammere indikasjoner.

Jeg synes noen kritiske refleksjoner er naturlige:

- Svakheten ved slike rapporter er at en lar en gruppe eksperter utrede ett (les: sitt eget) problem. Konklusjonen blir da lett et krav om mer ressurser og høyere kvalitet, fordi en ikke får stilt dette problemet opp mot andre og like viktig eller viktigere problemer.
- SBU fremmer gode forslag, men har ikke ansvar for oppfølgingen.

2.7 Karlkirurgi vid åderförläkning i benen. Mars 1990.

Rapporten er skrevet av erfarne klinikere og økonomer. Den stiller sammen kunnskapene på feltet på en kritisk og god måte. Kostnadsberegningene er gode og viktige. Rapporten er godt skrevet, men skjemmes av en del gjentakelser.

Rapporten gir mange gode råd, f.eks. om systematisk oppfølging og konsentrasjon av virksomheten. Den anbefaler også at virksomheten øker, til tross for at nytten ikke alltid er tilstrekkelig dokumentert.

Språket er klart og godt, og det er lagt vekt på at rapporten skal kunne forstås av legfolk. Jeg er i tvil om dette er et realistisk mål. Kanskje det hadde vært mer nyttig å konsentrere seg om legene som målgruppe for å påvirke praksis? Det kan tenkes at SBU faller mellom to stoler, slik at hverken leger eller legfolk får nytte av rapporten?

2.8 Stötvågsbehandling av njursten och gallsten. April 1990.

Rapporten vurderer stenknuserens rolle i og konsekvenser for behandlingen av nyre- og uretersten, delvis også gallesten. Den er skrevet av fire urologer og en samfunnsviter.

Rapporten er grundig og kritisk, trekker rimelige tentative konklusjoner og peker på at tilbudet ikke må spres for meget. Stenknuseren er et eksempel på at teknologi får organisatoriske konsekvenser.

Jeg synes denne rapporten er forbilledlig, men også den reiser spørsmål om oppfølgingen: Hvilke konsekvenser får den?

3. Samlet vurdering av rapportene

I dette kapitlet forsøker jeg å samle trådene fra enkelt-vurderingene i forrige kapittel.

3.1 Valg av tema

Sett med forskningens og helsetjenestens øyne har SBU valgt sentrale og gode temaer. Dette blir bekreftet av ønskelisten i en av de første rapportene (2). Kriteriene for valg av tema er listet opp i samme rapport, og det er vanskelig å være uenig i dem.

Likevel er det mulig - og etter mitt skjønn viktig - å se kritisk på temavalgene. Det skyldes at en kan velge tema ut fra to ulike perspektiver:

- Det ene er forskningens og helsetjenestens perspektiv. En ønsker å forbedre eksisterende metoder, ta opp nye metoder på en

3.3 Valg av målgrupper

Rapportene er skrevet slik at de kan leses uten spesielle medisinske kunnskaper. Jeg tviler imidlertid på at alminnelige folk, politikere og administratorer har bruk for og tid til å lese 124 sider om gastroskopi. Det er derfor en risiko for at rapportene faller mellom to stoler:

- De er for store og for detaljerte for legfolk
- De er for almene for spesialistene

Jeg kan imidlertid ha urett i dette, men det er behov for en vurdering av hva rapportene fører til i de forskjellige målgruppene.

Hvis min bekymring er riktig, er det behov for to typer av rapporter - en forskningsrapport for spesialister og en kort-versjon for legfolk.

3.4 Faglig kvalitet (indre kvalitet)

Jeg er ikke i tvil om at den faglige kvaliteten i alle rapportene ligger på et meget høyt, internasjonalt nivå. Jeg har ikke funnet noen svakheter her, og jeg vil gi SBU min fulle anerkjennelse.

3.5 Publikasjons-kvalitet (ytre kvalitet)

Disposisjon, språk, stil og layout er meget god i alle rapporter.

Enkelte steder har jeg savnet dokumentasjon og referanser.

Noen av rapportene mangler klare konklusjoner.

4. Vurdering av SBU's virksomhet

4.1 Mål og filosofi

Regjeringen har fastlagt SBU's arbeidsoppgaver, og rapportene viser at SBU har fulgt disse retningslinjer lojalt, energisk og effektivt.

Det er tilløp til diskusjon om mål og filosofi i den første rapporten (1), men jeg opplever denne diskusjonen som relativt overfladisk og preget av troen på at en enkel, verdinøytral revisjon av helsetjenesten er alt som skal til. Etter mitt skjønn er oppgaven langt mer komplisert og kontroversiell - jfr. avsnitt 3.1 ovenfor. Jeg mener at en burde tatt seg tid til en mer grunnleggende og dyptgående analyse. Dette ville vært særlig ønskelig, fordi SBU står så sterkt både i helsetjenesten og politisk.

Den strategi som regjeringen valgte - og som SBU lojalt har fulgt opp - favoriserer en fornyelse på forskningens og helsetjenestens premisser. De fornyelser som skulle følge av endringer i befolkningens aldersfordeling, sykdomspanoramaet og samfunnsforholdene vil lett komme i bakgrunnen. På denne måten kan metodikk-vurderingene

komme til å motvirke viktige kvalitative fornyelser og få et preg av forsvar for den helsetjeneste en har.

Jeg illustrerer dette synspunktet med ett eksempel, nemlig behandlingen av og omsorgen for mennesker med høyt blodtrykk. Denne oppgaven krever ca. 500 mill. kroner pr. år i Norge. Den har vært dominert av høyt kompetente forskere og eksperter. Nyere data tyder på at behandlingen av beskjedne blodtrykksforhøyelser, spesielt hos eldre, har vært for dominert av medikamentell behandling. Dette har antakelig vært unødvendig, delvis skadelig og meget kostbart. Dette problemet krever en åpen vurdering på brede premisser.

En trenger selvsagt ekspertvurderinger, men de fleste store problemer krever mange typer av fagkunnskap og brede avveininger av kontroversielle og ofte verdiladede spørsmål.

Jeg understreker at dette ikke er en kritikk av det arbeid som er gjort, men av mål og premisser for arbeidet. Det er nødvendig også å drøfte det arbeid som ikke er gjort. Jeg tror at SBU bør fortsette sitt arbeid, men i tillegg drøfte mål og filosofi for det fremtidige arbeid. Kanskje kan en si at en ikke kan evaluere seg frem til reformer på et rent vitenskapelig grunnlag. Reformen må springe ut av bredere vurderinger.

4.2 Strategi

SBU har en klar strategi. En velger problem, oppnevner en ekspertgruppe, sammenstiller og analyserer det vitenskapelige kunnskapsgrunnlag og skriver en rapport med klare anbefalinger. Dette er en god begynnelse, men jeg savner en diskusjon om strategi for påvirkning og forbedring av helsetjenesten. I de fleste tilfelle skal det mer til enn en rapport for å oppnå forandring og forbedring.

Jeg etterlyser derfor en vurdering av hvorledes rapportene bør følges opp for å få gjennomslag for anbefalingene. Spesielt hadde jeg ønsket en diskusjon om tre mulige strategier:

- Forskning. SBU har samme interessefelt og studieobjekt som helsetjenesteforskningen, men ikke egen forskningskompetanse. Flere rapporter anbefaler videre forskning, men SBU kan hverken selv drive eller initiere forskning.
- Forsøk. Mange land legger vekt på forsøk som forandringsstrategi. Flere av rapportene antyder også forsøk, f.eks. med preoperative rutiner (4).
- Insentiver eller andre virkemidler til påvirkning av helsetjenesten i ønsket retning.

Slike strategier vil øke utgiftene, men en kan ikke regne med å holde en koloss som svensk helsetjeneste med et budsjett på 100 milliarder kroner på rett kurs og rett kjøp for fem mill. kroner. Jeg savner slike diskusjoner i rapportene.

4.3 Forsømte grupper

Helsetjeneste på like vilkår er et politisk prinsipp i Sverige. I norsk helsetjeneste er det store systematiske ulikheter:

- Geografiske forskjeller, både i landet og i de store byene
- Sosiale forskjeller
- "Doktor-forskjeller", dvs. at leger vurderer og handler så forskjellig. Stort sett er spredningen 50-150 rundt et gjennomsnitt på 100.
- Sykdoms-forskjeller, dvs. at sykdommene rangerer forskjellig, f.eks. kreft foran psykiske sykdommer.

Disse ulikheter fører til at det fins underprivilegerte grupper med dårlig helse og dårlig helsetjeneste. Det er ingen grunn til å tro at slike ulikheter er mindre i Sverige.

En kan også se ulikhetsproblemet på en annen måte, nemlig ved å lete frem store grupper som er helsemessig underprivilegert, f.eks.:

- De eldre og særlig de eldste
- De funksjonshemmede
- De kronisk syke
- De som lider under psykososiale problemer, de såkalte "samsykdommene"

Det ville være naturlig at SBU tok opp slike systematiske ulikheter med tanke på å analysere årsaker og konsekvenser og å foreslå tiltak og evaluere dem. Denne problemstillingen har jeg ikke funnet i rapportene.

4.4 Forsømte oppgaver

De fleste land har store forsømte oppgaver i helsetjenesten, f.eks. det forebyggende og helsefremmende arbeid. Slike problemer er ikke nevnt i rapportene.

5. Konklusjoner

1. Bedømt i forhold til mandatet fra regjeringen, finner jeg at SBU har løst sine arbeidsoppgaver med fantasi, energi og meget høy faglig kvalitet. Jeg er ikke i tvil om at dette arbeidet bør fortsette.

2. Samtidig mener jeg at det er behov for en grunnleggende diskusjon om det videre arbeid. Særlig er det grunn til å diskutere:

- Mål og filosofi for evalueringsarbeidet
- Strategi, dvs. arbeidsmåte og oppfølging.

RAPPORTER

1. Värdering av medicinska metoder och sjukvårdens effektivitet. Rapport från SBU-konferens på Rosenbad den 25 november 1988. Januari 1989.
2. Medicinska metoder i behov av utvärdering - resultat från en enkätundersökning. Juni 1989.
3. Benförankrade implantat inom huvud- och halsregionen. Rapport från en konferens. Augusti 1989.
4. Preoperativa rutiner. Maj 1989.
5. Ont i ryggen - ett samhällsproblem. Rapport från en SBU-konferens. Februari 1990.
6. Gastroskopi - vid utredning av ont i magen. Februari 1990.
7. Kärlkirurgi vid åderförkalkning i benen. Mars 1990
8. Stötvågsbehandling av njursten och gallsten. April 1990.

rasjonell måte og sanere bort lite effektive metoder. Dette perspektivet er ukontroversielt og politisk nøytralt. En kan kalle det revisjons-perspektivet.

- Det andre er folkehelsens og befolkningens perspektiv. Her ønsker en å tilpasse helsetjenesten til dagens viktigste oppgaver, og en ønsker å ta opp forsømte oppgaver. Eksempler er geriatri og eldreomsorg, funksjonshemmede, "samsykdommer" (dvs. psykososiale problemer og sykdommer) og det forebyggende helsearbeid. En er ikke fornøyd med bare forbedringer, men krever også kursendring, jfr. diskusjonen om "care versus cure". Dette perspektivet er kontroversielt - særlig i spesialisthelsetjenesten - og politisk konfliktfylt. En kan kalle det reform-perspektivet (noen utålmodige vil foretrekke revolusjons-perspektivet).

SBU har valgt sine temaer ut fra forskningens og helsetjenestens premisser, dvs. ut fra revisjons-perspektivet. Nettopp fordi SBU holder høy kvalitet og har stor politisk prestisje, kunne en hevde at SBU vil motvirke reformer fordi interessen og ressursene styres i retning av revisjon. Dermed blir det enda vanskeligere å reise de problemer som SBU ikke tar opp.

Jeg tror denne profilen er en naturlig følge både av SBU's mandat, av den sterke stilling som fremragende medisinere har i styringsorganene, og av arbeidsmetoden med sterke ekspertgrupper.

Mitt poeng er at helsetjenesten hele tiden må drive både et revisjons- og et reform-arbeid. Jeg er bekymret for at balansen i SBU's arbeid er skjev. Det kan tenkes at SBU vil styrke revisjonen og "cure" i helsetjenesten, men motvirke reform, "care" og forebyggende arbeid.

3.2 Valg av metoder

Ut fra forskningens og helsetjenestens perspektiv har SBU valgt riktige metoder, og det er lagt ned et fortjenstfullt arbeid for å gjøre metodene best mulige. Målt med en internasjonal standard, er jeg ikke i tvil om at SBU's arbeid rangerer høyt.

Likevel møter en samme problem her som i avsnittet ovenfor. SBU bygger på vitenskapelige kunnskapsoversikter og vurderinger fra personer som er høyt kvalifiserte eksperter på et lite område, f.eks. gastroskopi. Kanskje reiser denne arbeidsmetoden to problemer:

- Det er vanskelig å fange opp dimensjoner som ligger utenfor ekspertenes synsfelt.

- Det er umulig å stille opp mot hverandre forskjellige felt.

Jo "smalere" felt en tar opp og jo mer høyspesialiserte eksperter en bruker, desto mer sannsynlig er det at utredningen vil kunne ut i og begrunne krav om mer ressurser til feltet.

FÖRTECKNING ÖVER SKRIFTLIG DOKUMENTATION

Uppdragshandlingar

1. **Utvärdering av statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU).**
Kommittédirektiv. Dir 1990:29
2. **Utvärdering av medicinskt handlande.**
Rapport avgiven av en arbetsgrupp inom socialdepartementet. Socialdepartementet 1986-06-06.

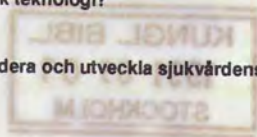
SBU-publikationer

3. **Benförankrade implantat inom huvud och halsregionen.**
Rapport från en konferens. September 1988.
4. **Värdering av medicinska metoder och sjukvårdens effektivitet.**
Rapport från SBU-konferens på Rosenbad. November 1988.
5. **Preoperativa rutiner.**
SBU-rapport. Maj 1989.
6. **Medicinska metoder i behov av utvärdering - resultat från en enkätundersökning.**
Information från SBU. Juni 1989.
7. **Ont i ryggen - ett samhällsproblem.**
Rapport från en SBU-konferens. November 1989.
8. **Organtransplantationer. Samband mellan volym, resultat och kostnad - en litteraturöversikt.**
Information från SBU. December 1989.
9. **Gastroskopi vid utredning av ont i magen.**
SBU-rapport. Februari 1990.
10. **Kärlkirurgi vid åderförkalkning i benen.**
SBU-rapport. Mars 1990.
11. **Stötvågsbehandling av njursten och gallsten.**
SBU-rapport. April 1990.

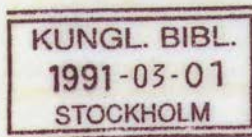
Bakgrundslitteratur

12. **The implications of Cost-Effectiveness analysis of Medical Technology.**
Office of Technology assessment, Congress of the United States.
Washington D.C. 1980.

- 13 **Assessing Medical Technologies.**
Institute of Medicine, National Academy of Sciences.
Washington D.C. 1985
- 14 **Helsetjensteforskning 1987-1992. Programnotat.**
Norges Allmennvitenskaplige Forskningsråd, Norges råd for anvendt
sammfunnsforskning.
Oslo 1989
- 15 **Udvikling af helsetjensteforskning i Danmark.**
Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd.
Köbenhavn 1990.
- 16 **Health research policy in the Netherlands.**
Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs.
Rijswijk 1988.
- 17 **Changing Medical Practice Through Technology Assessment. An Evaluation of the NIH Consensus Development Program.**
Rand Corporation, Health Administration Press.
Ann Arbor, Michigan 1989.
- 18 **Pushing the Limits - Technology Assessment in Health Care.**
H David Banta.
Inaugural Address, State University Limburg.
Maastricht 1990.
- 19 **The New Technology Assessment.**
Fuchs VR, Garber AM.
New England Journal of Medicine 1990; 323:673-677.
- 20 **Technology Assessment Activities in Sweden.**
Calltorp J, Smedby B.
International Journal of Technology Assessment in Health Care 1989;
5:263-268.
- 21 **Medicinskt handlande bland läkare - informationsvägar och konsensus.**
Johnsson M.
MFR och Spri. 1986.
- 22 **Konsensuskonferenser i Sverige - effekter inom sjukvårdspolitik och administration.**
Calltorp J.
MFR och Spri. 1986.
- 23 **Konsensuskonferensers roll och effekter. En utvärdering.**
Berfenstam R, Carlsson G, Werkö L.
MFR och Spri. 1986.
- 24 **Måste vi utvärdera medicinsk teknologi?**
Spri rapport 74:1982.
- 25 **Hur kan vi utvärdera medicinsk teknologi?**
Spri rapport 187:1984.
- 26 **Kvalitetssäkring. Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet.**
Spri rapport 230:1987.



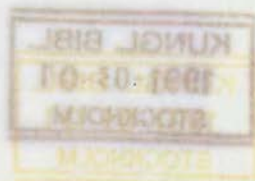
- 27 **Om forskning.**
Regeringens proposition 1989/90:90
- 28 **Planering av rikssjukvård - Förslag om medicinakt förvarningssystem.**
Birke G, Engblom S, Rinder L, Spek J-E.
Utredningsrapport 1990-06-05 till Landstingsförbundet.
- 29 **Grundlagen med tillhörande författningar.**
Holmberg E, Stjerquist N.
Stockholm 1980.
- 30 **Den offentliga organisationen**
Strömberg H.
Lund 1987.
- 31 **Kunskapsöversiktens effekter på den preoperativa utredningens omfattning.**
Brorsson B. Inst f socialmed. Uppsala akademiska sjukhus.
Uppsala 1990



Statens offentliga utredningar 1991

Kronologisk förteckning

1. Flykting- och immigrationspolitiken. A.
2. Finansiell tillsyn. Fi.
3. Statens roll vid främjande av export. UD.
4. Miljölagstiftningen i framtiden. M.
5. Miljölagstiftningen i framtiden. Bilagedel.
Sekretariatets kartläggning och analys. M.
6. Utvärdering av SBU. Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik. S.



Statens offentliga utredningar 1991

Systematisk förteckning

Utrikesdepartementet

Statens roll vid främjande av export. [3]

Socialdepartementet

Utvärdering av SBU. Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik. [6]

Finansdepartementet

Finansiell tillsyn. [2]

Arbetsmarknadsdepartementet

Flykting- och immigrationspolitiken. [1]

Miljödepartementet

Miljölagstiftningen i framtiden. [4]
Miljölagstiftningen i framtiden. Bilagedel.
Sekretariatets kartläggning och analys. [5]

