

Till höger exempel på hur
det kan se ut på webbplatsen
för »Map of medicine«.



Verktyg på nätet ska ge vägledning till rätt behandling



MAP OF MEDICINE. Kunskapen finns – ändå får patienter ibland fel eller otillräcklig behandling. Vad behövs för att ändra det? Ett svar kan vara »Map of medicine«, ett webbaserat kliniskt beslutsstöd som samlat evidensen för hundratala problemställningar i enkla flödesscheman.

TEXT: BJÖRN RAMEL

Storbritannien har verktyget godkänt av NHS och används i England och Wales. Nu har Systeam, ett norskt företag, köpt rättigheterna för att lansera »kartan« i Norge och Sverige. Stockholms läns landsting har nappat och skall utvärdera den i ett pilotprojekt.

– Det måste vara lätt att göra rätt inom vården, säger Lars-Bertil Arvidsson, utvecklingsdirektör vid Stockholms läns landsting och läkare.

Med det målet har landstinget arbetat med att förenkla journalsystemet och tagit fram två datoriserade beslutsstöd för vårdpersonal. Men de senare är rudimentära och används inte mycket, enligt Arvidsson. Dessutom är de kostsamma att utveckla. Därför beslöt landstinget att testa »Map of medicine«.

– Ett företag som evaluerat olika beslutsstöd fann att det här var bra, och vi tyckte det passade oss, säger han.



Lars-Bertil Arvidsson

Varje år produceras runt 1,4 miljoner vetenskapliga artiklar. Inte alla är medicinska, men siffran ger ändå en signal om mängden ny kunskap som tillkommer om hur sjukdomar och kliniska problem bäst hanteras. För den enskilde doktorn är det alldeles uppenbart en oöverstiglig uppgift att ha koll på flödet. Därför arbetar organisationer som SBU och Cochrane med att värdera, sammanställa och sprida den samlade evidensen inom olika områden. I Sverige ger även Socialstyrelsen ut nationella riktlinjer för god medicinsk praxis, Läkemedelsverket publicerar konsensusrapporter och på lokal nivå finns olika handlings- och vårdprogram. De nationella registren för olika sjukdomar fungerar också som likriktare och sprider evidens. En del av dem är öppna och visar behandlingsresultat från olika vårdenheter.

Trots dessa och andra insatser blir behandlingen ibland direkt fel, eller kanske oftare otillräcklig, och resulterat en vård som många gånger varierar med adressen.

I början av sommaren upplyste exempelvis Nationella diabetesregistret om att be-

handlingen av diabetespatienter skiftar över landet. För flera riskfaktorer, som blodsocker, blodtryck och kolesterolnivåer, når man inte ens för hälften av patienterna målet för behandlingen. Det kan öka risken för allvarliga komplikationer som hjärt-kärlsjukdomar och skador på fötter och ögon.

Varför? Var brister det?

– Det är inte helt lätt att svara på. Men ett problem är att kunskapen inte alltid är samlad på en och samma plats och på ett överskådligt sätt. Som läkare kan man behöva söka flera timmar på Internet för att hitta rätt information, säger läkaren Stefan Holmström.

Att han säger så är kanske inte så överraskande – han är också chief medical officer vid Systeam, det företag som nu försöker sprida Map of medicine i Sverige.

Måns Rosén, epidemiologiprofessor och chef för SBU, vet inte så mycket om Map of medicine. Men han instämmer i problem bilden Holmström tecknar.

– Kunskapen finns, men den är inte alltid sammanställd på ett sätt som läkaren

behöver. Just nu planerar vi en litteraturstudie om vilka metoder som är mest effektiva för att föra ut kunskaper. Jag tror att det behövs olika sätt, till exempel någon form av beslutsstöd, men öppna register och jämförelser är också viktiga.

Angående SBU:s eget arbete med att förmedla kunskap säger han:

– Vi arbetar intensivt på att föra ut våra rapporter. Ibland får vi bra genomslag, andra gånger sämre. Självklart kan vi alltid bli bättre, inte minst skulle vi kunna bli tydligare. Det vore också bra om SBU:s sammanställningar kunde integreras i elektroniska journaler, så att räden kommer upp när man skriver in en diagnos, säger han.



Måns Rosén

NHS, Storbritanniens sjukvårdsmyndighet, har uppenbart sett ett behov av beslutsstöd och handlat upp Map of medicine. Alla läkare anslutna till NHS i England och Wales skall få tillgång till det.

MAP OF MEDICINE



Flödesscheman över webbaserad information på »Map of medicine«. Här handlar det om MS.

Idag innehåller det runt 370 kliniska beslutsträd, eller »pathways«. Beslutsträden baseras på evidensen inom området som kokats ner och presenteras på ett »lätt och överskådligt sätt«, enligt Stefan Holmström. Varje beslutsträd har vetenskapliga referenser och har sanktionerats av NHS.

– Alla »pathways« har ett angivet bästföre datum, och det tror jag är en väldigt stor fördel. För den enskilda läkaren är Map of medicine tillgängligt via Internet. Men man arbetar också för att innehållet skall integreras i befintliga journalsystem. Dessutom finns möjligheter att anpassa innehållet efter lokala förhållanden, exempelvis redogörs för när eller vart en patient skall remitteras, eller om kliniken bedriver en studie med just den här problemställningen.

Idén till Map of medicine kommer ursprungligen från en engelsk gastroenterolog, professor Owen Epstein, som ville göra specialistkunskap tillgänglig för icke-specialister. Senare utvecklades idén av Informa Plc, ett börsnoterat brittiskt företag i förlagsbranschen med fokus på universitets- och forskarvärlden. Informationen i Map of medicine utgår från samma källor som exempelvis SBU använder.

– Runt 500 kliniker och experter, varav många är knutna till NHS, går igenom och sammanställer litteraturen och värderar bevisvärdet. Till sist kondenseras detta ner till

en »pathway« som ger vägledning om hur en åkomma eller ett problem skall hanteras.

– Den stora skillnaden mellan exempelvis SBU och Map of medicine är sättet som informationen presenteras på, förklarar Holmström.

Hittills används Map of medicine bara i Storbritannien, men pilotprojekt är på gång i Ryssland, precis som i Sverige.

Vilken nytta gör Map of medicine? På företagets webbplats talas bland annat om ökad patientsäkerhet, bättre följsamhet, en mer jämlik och evidensbaserad vård, lägre kostnader och färre patientanmälningar.

Men enligt Stefan Holmström finns ännu inga vetenskapliga studier som utvärderat den kliniska nyttan av beslutssystemet.

Ni säljer alltså evidensbaserad medicin utan att själva ha någon evidens?

– Ja, det är ju något paradoxalt. Men flera studier är på gång kring patientsäkerhet, hur arbetssätt förändras, vilka de samhällsekonomiska effekterna är och så vidare. Det hittills kanske största värdet med Map of medicine är att det skapat en diskussion kring hur man arbetar. Många säger att de arbetar evidensbaserat, men har svårt att visa på något underlag.

Idag finns Map of medicine för både primär- och slutenvården i Storbritannien. Dessutom har en ny variant nyligen lanserats, som vänder sig till patienterna. Men även de versioner som vänder sig

till läkare och sjuksköterskor kan ha en betydelse för patienterna, tror Holmström.

– Jag tror att läkarna kan använda det som ett pedagogiskt verktyg i diskussioner med patienten. Förklara vad som skall göras och varför, och att motivera patienten att ta sina mediciner.

Systeam köpte rättigheterna till Map of medicine i april, enligt Stefan

Holmström. Och ännu har han inte kontaktat SBU eller Socialstyrelsen. Däremot har Stockholms läns landsting alltså betalat runt 2 miljoner kronor för ett 50-tal licenser som skall testas av läkare och sjuksköterskor i primärvården, inom geriatriken och på en invärtesmedicinsk klinik.

Hela systemet är på engelska och anpassat efter engelsk vård. Kan det fungera för läkare i Sverige?

Det är en av de frågor som skall utvärderas i ett av tre delprojekt, säger Lars-Bertil Arvidsson.

Det första handlar om användbarheten: Vad tycker läkare och sjuksköterskor om programmet, och hur ser expertisen på det? I ett annat projekt skall ett av beslutsträden, det för stroke, översättas till svenska. Hur mycket kostar det? Hur stort problem är språket och anpassningen till engelsk sjukvård? Spelar det överhuvudtaget någon roll? Och hur mycket bättre skulle det bli om det översätts?

Erfarenheterna så här långt är inte helt positiva, enligt Anette Falkenroth, psykiater och projektledare för Map of medicine.

– I England handläggs stroke uppenbart mest i primärvården, vilket avspeglar sig i Map of medicine. I Sverige hamnar dessa patienter ofta på akuten. Däremot är den medicinska kunskapen, metodologin och farmakologin desamma som i Sverige.

I ett tredje projekt, slutligen, undersöker Stockholms läns landsting i vad mån Map of medicine går att kombinera med de beslutsstöd som landstinget redan har med lokala vårdprogram och en läkemedelsdatabas.

– Vår förhoppning är förstås att systemet skall underlätta försöken att föra ut våra vårdprogram, den senaste kunskapen och »best practice«. Att det blir lättare att fatta beslut och göra rätt. Det skulle göra vården säkrare och billigare. Men ännu vet vi ju inte om det blir så.

Både Arvidsson och Falkenroth befarar att det kan bli väldigt dyrt att översätta Map of medicine, om det är vad som krävs för att det skall få genomslag. Därför vill de att frågan om ett beslutsstöd av den här typen belyses från ett nationellt perspektiv. Redan nu ingår två andra landsting, Västra Götaland och Region Skåne, i en referensgrupp som följer projekten i Stockholm.

Kan Map of medicine komma att påverka ansvarsfrågor, om något går snett?

– Det här är ju evidensbaserat. Men läkaren har fortfarande ansvaret för behandlingen och kan aldrig skylla på systemet. Däremot kan det i England nu vara så att läkare som avviker från råden måste förklara varför de gjort det, säger Anette Falkenroth.

Björn Ramel
frilansjournalist



Stefan Holmström