

KRONIK



Cheflæge, dr. med. Per Jørgensen. Privat foto.

Klinisk akademisk gruppe version 2.0

Klinisk akademisk gruppe (KAG) er et forsøg på at skabe synergi mellem forskning, uddannelse og klinisk praksis og derved hurtigere implementering af forskningsresultater. Ambitionen er dermed at øge kvaliteten uden nye økonomiske investeringer. Men hvad er en KAG? Og er KAG-konceptet tidssvarende?

Cheflæge, dr. med. Per Jørgensen, Human First, Region Midtjylland. E-mail: Per.Joergensen@rm.dk. Interessekonflikter: ingen

Kravet om høj kvalitet i sundhedsvæsenet er både tidløst og universelt; og det samme er forventningen om, at det sker med et stort set uændret budget. Man må kort sagt forsøge at gøre sig uafhængig af at få ekstra ressourcer. Forskning koster også ressourcer; og alligevel har forskning i f.eks. Storbritannien fået en særlig opmærksomhed i en søgen efter kvalitet. Den kliniske forskning har nemlig mulighed for at kunne dokumentere, hvordan man får mest kvalitet for pengene, og ambitionen om et evidensbaseret sundhedsvæsen har også længe været efterstræbt i Danmark. Man må dog konstatere, at megen indsats ikke er evidensbaseret, og at tiden fra forskning til klinisk praksis fortsat kan være årelang. Med undtagelser har man tydeligvis et problem med at implementere ny forskningsviden, så det hurtigt kommer patienterne til gode.

Klinisk akademisk gruppe (dansk for Clinical Academic Group) (KAG) er et forsøg på at skabe synergi mellem forskning, uddannelse og klinisk praksis og derved hurtigere implementering af forskningsresultater. Ambitionen er dermed at øge kvaliteten uden nye økonomiske investeringer.

Men hvad er en KAG? Og er KAG-konceptet tidssvarende?

Hvad er en KAG?

Der er ingen international definition af KAG. Ambitionen om et evidensbaseret sundhedsvæsen med optimal patientudbytte er fællesnævneren via integration og samtidig af forskning,

uddannelse og klinisk praksis. Og som en konsekvens af evidensrationalet praktiseres uddannelse /undervisning med det formål at give personalet viden om de relevante forskningsresultater og kompetence til at overføre dem til praksis.

De seneste årtier er der gjort forsøg med KAG flere steder i verden, primært i England og Australien, først og fremmest som en samarbejdsmodel mellem universitet og hospital og helt generelt med positive erfaringer.

King's Health Partners (KHP)

Efter politisk ønske etablerede man i England for godt ti år siden en række Academic Health Science Centres [1]. KHP i London er et af disse otte centre og det mest velbeskrevne med et universitet og tre store hospitaler. I ansøgningen om at blive et center argumenterede man for at ville etablere KAGs, der inkluderede alle kliniske afdelinger og specialer. Den væsentligste inspiration blev hentet med en implementeringsmodel fra Johns Hopkins i USA [2]. Og for hver KAG beskrev man partnerskabets status, den planlagte strategi samt en plan for implementering med hertil hørende ledelsesstruktur og finansiering. Strategiplanen indeholdt en lang række initiativer ift. forskning, uddannelse og klinisk praksis, og efter en bred involvering beskrev man partnerskabets fælles strategi for hvert KAG-område. KAG var således den organisatoriske model, der skulle realisere partnerskabets tredelte mission:

- at oversætte forskning hurtigere til klinisk praksis og effektivt udbrede resultaterne gennem uddannelse og træning
- at spænde den videnskabelige kraft for at transformere sundhedsvæsenet ved at bevæge sig fra behandling til befolkningsscreening og sygdomsforebyggelse
- at anerkende den lokale befolknings særlige behov og uligheder i sundhed, at adressere disse ved tidligere intervention og personlig medicin samt at hjælpe borgerne til at bevare, forbedre og fremme deres helbred.

Oversættelsen fra forskning til klinisk praksis har særlig interesse i KAG-sammenhæng. En undersøgelse fra KHP [3] peger på, hvordan kognitive, sociale, organisatoriske og geografiske forhold hver spiller en rolle i oversættelsen, og særligt kognitive forhold som evnen til at forstå og anvende viden med bl.a. fælles sprog og begreber er vital for at opbygge den gensidige tillid, som er alfa og omega.

Danske erfaringer med KAG

Ambitionen om at koordinere forskning, uddannelse og klinisk praksis finder løbende sted flere steder i det danske sundhedsvæsen, og nogle steder lykkes det uden særlige organisatoriske tiltag. Men ofte foregår de tre ting ukoordineret med forskellige aktører i front, med langsom oversættelse fra forskning til klinisk praksis til følge og uden garanti for, at forskningen adresserer

de væsentligste kliniske udfordringer. Derfor har man flere steder søgt inspiration i KHP.

Greater Copenhagen Health Science Partners i Region Hovedstaden og Sjælland og Human First i Region Midtjylland er eksempler på interorganisatoriske initiativer med inddragelse af henholdsvis Københavns Universitet og DTU samt af Aarhus Universitet. I sidstnævnte Human First har man endvidere inkluderet VIA University College og regionens 19 kommuner. Fælles for de to partnerskaber er, at de primært koncentrerer sig om forskning og uddannelse med det sigte senere at kunne påvirke klinisk praksis. Derved afviger de væsentligt fra KHP's KAGs, hvor man samtidig igangsatte initiativer ift. forskning, uddannelse og klinisk praksis. Indtil videre har partnerskaberne ikke kunne påvise afgørende ændringer i patientudbyttet.

I Region Hovedstadens Psykiatri og i Hospitalsenhed Midt i Region Midtjylland afprøver man KAG inden for egen organisation. Det er for tidligt at udtale sig om effekten af disse intraorganisatoriske forsøg; men begge steder har man taget initiativer ift. både forskning, uddannelse og klinisk praksis.

Behov for en KAG version 2.0

Den absolutte drivkraft for KAG er ambitionen om et evidensbaseret sundhedsvæsen og derved at accelerere oversættelsen fra forskning til klinisk praksis med uddannelse som et vigtigt hængsel og bindeled. I den videre afprøvning af KAG er det imidlertid relevant at inddrage de indhøstede erfaringer, eventuel ny viden og aktuelle udviklingstendenser. Her skal nævnes enkelte:

- en stigende mængde sundhedsaktivitet foregår uden for hospitalsverden (og universitetshospitalerne) og med kun sparsom brug af forskningens kritiske tilgang
- implementeringsforskningen har belyst, at uddannelse/undervisning alene kun i beskednen grad medfører ændringer i klinisk praksis (4)
- KAG-konceptet tager ikke højde for rationalerne om det lærende sundhedsvæsen og brugerinvolvering

Der er kort sagt behov for at revidere det oprindelige KAG-koncept.

Den absolutte drivkraft for KAG er ambitionen om et evidensbaseret sundhedsvæsen og derved at accelerere oversættelsen fra forskning til klinisk praksis med uddannelse som et vigtigt hængsel og bindeled.

Cheflæge Per Jørgensen, Human First

Det lærende sundhedsvæsen handler om at være nysgerrig og kritisk overfor egne og andres resultater for herigennem at fremme en kultur præget af videndelig og læring. På den måde er det

rationalet bag disciplinen kvalitetsudvikling (5). En valid kvalitetsmåling med data er en forudsætning for, at forskellen mellem den faktiske og den bedste kvalitet kan minimeres. Måling i sig selv fører ikke til forbedring; men databaseret kvalitetsudvikling giver mulighed for at identificere eventuelle barrierer for implementering og målrette indsatsen; derved suppleres de enkeltstående uddannelses tiltag. De Nationale Mål for Sundhedsvæsenet understreger også behovet for databaseret kvalitetsudvikling.

Sundhedsvæsenet er selvsagt til for patienterne, og begreber som brugerinvolvering, patientrapporterede oplysninger (PRO-data), fælles beslutningstagen m.m. demonstrerer et nyt rationale i sundhedsvæsenet. Herved understreges det, at patienternes behov og præferencer er vigtige, sådan som det oprindelige evidensbegreb også tilsiger (5). Det er i den sammenhæng vigtigt at være opmærksom på, hvad patienterne ikke bare ønsker, men også magter.

Sundhedsvæsenet er påvirket af flere og andre rationaler; men med ambitionen om høj kvalitet inden for en given budgetramme er det oplagt at tilføje databaseret kvalitetsudvikling og brugerinvolvering til triangelen med forskning, uddannelse og klinisk praksis. Netop den model er et seriøst bud på inden for en kort tidsramme at både skabe, formidle og anvende ny viden med inddragelse af patienternes præferencer. Afprøvning af en sådan KAG version 2.0 med fælles strategiplan for de involverede parter synes oplagt i de nye sundhedsklynger, og helst med inddragelse af universiteter og professionshøjskoler.

REFERENCER

1. King G, Thomson N, Rothstein M et al. Integrating research, clinical care, and education in academic health science centers. *J Health Organ Manag* 2016;30:1140-1160
2. Provonost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. *BMJ* 2008;337:a1714
3. Siu E. Interorganisational collaboration in Academic Health Science Centre: A case study on King's Health Partnership. CIMR Research Working Paper Series Working Paper No 40, University of London, 2018.
4. Baker R, Camasso-Stefinovic J, Gillies C et al. Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database of Syst Rev* 2015;4:CDOO5470.
5. Jørgensen P, Kjølby M, Jensen JW (red). *Forskning, kvalitet og klinisk praksis*. Munksgaard, 2021.