

Vårdcentrum kan ge fördelar – men inte nödvändigtvis

VIKTIGT ATT ANALYSERA VAD MAN VILL UPPNÅ – HELA VÅRDKEDJAN MÅSTE HÅLLA HÖG KVALITET

Prostatacancer var länge en relativt okomplicerad sjukdom att behandla, ofta med nedslående resultat. Numera är sjukdomen en av de vanligaste cancer typerna i Sverige, och i dag lever knappt 100 000 män med sjukdomen, tre gånger fler än för 20 år sedan. Behandlingsalternativen är mångfald fler, och den åldersstandardiserade dödligheten har också börjat minska.

De senaste årens diagnostiska och terapeutiska framsteg har också gjort behandlingen av prostatacancer mer komplex. I dag ställs betydligt större krav på vårdgivaren att kunna diagnostisera, individuellt behandla samt rehabilitera män med prostatacancer. Tyvärr uppfylls inte alltid dessa krav i Sverige, vilket framgår av en artikel av Ola Bratt et al som publiceras i detta nummer av Läkartidningen.

Europa ligger före

Övriga Europa har kommit längre i denna utveckling; framför allt Tyskland har kommit långt. Det kanske mest kända exemplet är Martini-kliniken i Hamburg, av många betraktad som världens främsta prostatacancercentrum. Även i England och Norge finns prostatacancercentrum som redovisar mycket goda resultat.

Ola Bratt et al ger i sin artikel en översikt över hur behandlingen av patienter med prostatacancer har utvecklats i Sverige, och man pläderar för inrättande av särskilda prostatacancercentrum också här.

Genomfört i andra verksamheter

Prostatacancersjukvård är inte det enda



Pelle Gustafson, docent, chefläkare, Patientförsäkringen LÖF; medicinsk redaktör, Läkartidningen, Stockholm
● pelle.gustafson@lakartidningen.se

område där centralisering har genomförts eller planeras. Barnpsykiatri, rehabilitering av ryggmärgsskadade samt trauma-sjukvård, för att bara nämna några verksamheter, är sedan länge mer eller mindre centraliserade. Diskussionen om fler områden är ständigt pågående och väcker mycket känslor och argument.

Beslutet att centralisera vården av brännskadade patienter till Linköping och Uppsala ledde till många positiva effekter, men på flera håll också till bittra reaktioner, vilket kom att gå ut över patienter. Små barn transporterades över halva Sverige för brännskador som faktiskt kunde ha tagits om hand på den första akutmottagningen där barnet primärt bedömdes.

Inte enbart av godo

Även om bildande av specialiserade centrum inte är liktydigt med centralisering ligger det i sakens natur att centrumbildning medför centralisering. Således kommer inte all sorts vård längre att ges överallt. En konsekvens av detta är att vissa patienter får större avstånd till den sjukvård de behöver än vad de hade före centralisering. Detta är särskilt påtagligt i ett till ytan stort men glest befolkat land som vårt.

All sjukvård lämpar sig inte att ges i centrumform, särskilt inte den som behövs ofta eller är av mindre komplicerad natur. Finns det exempelvis vinster med att centralisera all bensårsvård eller behandling av appendicit till två eller tre ställen i Sverige? Tveksamt.

Internationella beräkningar av hur stort ett upptagningsområde minst ska vara för att ett centrum ska kunna motivera sin existens kommer från avsevärt mer tätbefolkade delar av världen.

Ett exempel är vård av barn och ungdomar med skelettsarkom, där internationella normer skulle innebära att barnen enbart kunde behandlas på ett eller möjligen två ställen i Sverige. Lyckligtvis finns trots det verksamhet på fem ställen i Sverige. Alla operationer görs inte på alla ställ-

en, men genom upplägget säkerställs att kompetens finns rimligt nära patientens bostadsort för diagnostik, uppföljning, vissa delar av behandlingen och problem som dyker upp.

Med ett eller två centrum löper vi risk för sämre behandlingsresultat, eftersom det fysiska avståndet gör att patienterna helt enkelt inte söker vård. Det viktiga är att hela kedjan av vård finns och fungerar tillräckligt bra för att nå de önskade resultaten, inte att enbart en del av den fungerar helt optimalt.

Det finns andra risker med att samla all verksamhet på bara ett eller två ställen. Systemets sårbarhet ökar ju färre enheter

»Det viktiga är att hela kedjan av vård finns och fungerar tillräckligt bra för att nå de önskade resultaten, inte att enbart en del av den fungerar helt optimalt.«

som finns. Vad händer med landets samlade kapacitet av ett visst tillstånd om ett av två centrum slås ut av t ex vinterkräksjuka eller genom förlust av anställda?

Farhågor har också framförts för att utvecklingen riskerar att stanna av om det inte finns en sund konkurrens mellan flera mindre enheter. Detta har dock aldrig kunnat beläggas.

Inga enkla samband patientvolym-kvalitet

Ett skäl som ofta anförs för att centralisera sjukvård är att uppnå tillräckligt stora »volymer« med patienter. Underförstått är att fler är bättre. Bilden är dock inte så enkel som att det föreligger linjära samband mellan antal och kvalitet.

I njurtransplantationernas tidiga skeden stod det efter några år klart att de nordamerikanska enheter som transplan-

HUVUDBUDSKAP

- Det finns goda skäl för att uppmuntra centralisering av utredning och behandling av sjukdomar.
- Centrum bör vara inkluderande och ansvara för att den samlade verksamheten inom ett geografiskt område håller hög kvalitet, inte bara inom institutionens väggar.

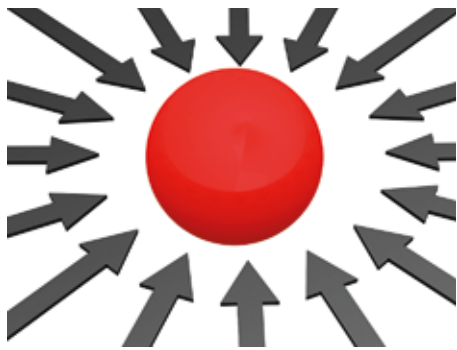


Illustration: Colourbox

En uppenbar fördel med vårdcentrum är att all nödvändig kompetens samlas på ett ställe och kommer patienten till godo. I en artikel i veckans nummer av Läkartidningen pläderar Ola Bratt et al för prostatacancercentrum i Sverige.

terade 40 till 50 patienter årligen hade bäst resultat, mätt som överlevnad. De enheter som gjorde färre transplantationer presterade klart sämre, men det intressanta är att de centrum som gjorde fler än 60 också underpresterade jämfört med de som gjorde 40 till 50 om året (de hade dock bättre resultat än de som gjorde under 40 om året).

Således förelåg en U-formad kurva, vilket förbryllade. Förklaringen visade sig vara att de centrum som lyckades bäst hade två eller tre »eldsjälar« som ansvarade för hela vårdförloppet vid transplantationen. De enheter som gjorde färre njurtransplantationer kom helt enkelt aldrig upp i det antal operationer som krävdes, medan de som gjorde fler än 60 hade varit tvungna att sprida ut verksamheten på fler individer. Var och en fick då inte tillräcklig erfarenhet, samtidigt som man uppenbarligen inte från början lyckats bygga upp en samlad institutionell kompetens.

Ett annat exempel som visar på frånvaron av linjära samband är ledproteskirurgi i höft och knä. Här ses i stället en tröskel-effekt: det går inte att påvisa positiva effekter av ytterligare ökat antal efter en uppnådd nivå på 300-400 årliga operationer per enhet och 50-100 operationer per operatör [1].

Uppenbara fördelar

Vilka faktorer är det då som ger fördelar med centrumbildning? De mest uppenbara är att kunniga medarbetare naturligt

träffas i det dagliga arbetet, att all nödvändig kompetens samlas och kommer patienten till godo, att nyanser i behandling och beslut som inte alltid låter sig fästas på papper kan förmedlas direkt mellan människor - allt detta utan onödiga administrativa hinder. Det är också vad Ola Bratt et al beskriver. Vid kostsamma, komplexa utredningar och udda behandlingar för sällsynta sjukdomar är vinsterna också mer uppenbara.

Men det finns andra fördelar. En är att beroendet av enskilda individer kan minska. Det finns flera exempel på enheter som, trots att de är små, lyckas åstadkomma bra resultat vissa delar av året, men fallerar när enskilda individer av olika skäl inte deltar i vården. Det kan yttra sig som den sk helgeffekten, dvs att resultaten blir sämre över helger då verksamheten ofta sköts av mer juniora medarbetare. Detta fenomen har observerats vid vård av flera akuta tillstånd, som stroke, hjärtinfarkt och lungemboli, men också av helt elektiva tillstånd som estetisk kirurgi och ledproteskirurgi.

I en artikel med resultat från alla 22 större traumacentrum i England kunde en sådan »helgeffekt« inte påvisas, något som styrker antagandet att hög kompetens vid alla tillfällen då den behövs ger bättre utfall [2].

Inkluderande centrum kan ge bättre resultat

En annan viktig aspekt är hur centrumet ser på sin verksamhet. Inom traumajukvård skiljer man på »inkluderande« och »exkluderande« traumacentrum. Ett inkluderande centrum tar ansvar för all verksamhet inom ett geografiskt område och dess befolkning, medan det exkluderande enbart ansvarar för verksamheten inom sina egna väggar.

Det finns skäl att anta att inkluderande centrum ger bättre resultat för befolkningen. Det har även kunnat visas vetenskapligt, även om verkningsmekanismerna inte är helt klara [3].

Det är också intressant att begrunda varför enheter som Martini-kliniken blir så stora. Är de bra för att de är stora eller blir de stora för att de är bra? I just Martini-klinikens fall är det högst troligt att det sistnämnda gäller. Kliniken har sedan starten bedrivit ett närmast tvångsmässigt förbättringsarbete, där varje genomförd operation följs upp i minsta detalj. Enskilda operatörers resultat jämförs, och

om någon avviker positivt eller negativt från snittet identifieras anledningen. Den nya standarden gäller sedan för alla operatörer fram till dess en ny avvikelse identifieras.

Det är osannolikt att patienter söker sig till Martini-kliniken främst för att den är stor, oavsett resultat. Mer troligt är att de kommer för att Martini-kliniken är bra, hur stor eller liten den än är.

Det gäller att tänka klokt

Sammanfattningsvis finns goda skäl att uppmuntra en utveckling lik den Ola Bratt et al beskriver. Det gäller dock att tänka klokt och vinnlägga sig om noggranna analyser av vad som ska uppnås. Centrum bör vara inkluderande och ansvara för att den samlade verksamheten inom ett geografiskt område håller hög kvalitet, inte bara inom institutionens väggar. Centrumet bör driva utveckling och forskning och verka för att hela processen blir så bra som möjligt för patienten.

Om inte ovanstående uppfylls är risken överhängande att nackdelarna blir fler än fördelarna, och då gör man förnuftigt i att avstå från att centralisera vård. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2017;114:EFME

REFERENSER

1. Persson G; Koncernkontoret, avdelningen för kunskapsstyrning och FoU, Region Skåne. Utredning av en koncentration av Region Skånes ledplastikoperationer för höft- och knäleder till Hässleholms sjukhus. 7 feb 2012.
2. Metcalfe D, Perry DC, Bouamra O, et al. Is there a »weekend effect« in major trauma? Emerg Med J. 2016;33:836-42.
3. Williams T, Finn J, Fatovich D, et al. Outcomes of different health care contexts for direct transport to a trauma center versus initial secondary center care: a systematic review and meta-analysis. Prehosp Emerg Care. 2013;17(4):442-57.