

Läkares osäkerhet vid beslutsfattande och höga kostnader hotar vårdkvalitet

II Professor Barbara J McNeil vid Harvard Medical School analyserade nyligen en del av de hinder som finns för en nödvändig kvalitetsförbättring av vården [1]. Det finns enligt McNeil två huvudproblem – för det första osäkerheten vid medicinskt beslutsfattande och för det andra de stigande kostnaderna inom sjukvården. Detta skapar en misshushållning av sjukvårdens resurser i form av såväl en felanvändning som under- och överanvändning av medicinsk teknologi i betydelsen läkemedel, apparatur och diagnostiska och terapeutiska metoder.

En osäkerhetsfaktor finns med i varje medicinskt beslut. Den enskilde läkaren måste försöka bedöma styrkan i de bevis som hans/hennes beslut grundar sig på. Ett antal frågor blir då genast viktiga. Har den kliniskt verksamme läkaren tillräckligt snabb tillgång till evidensbaserade fakta? Är metaanalyser av särskilt värde? Hur skall läkaren behandla de patienter vars symtombild inte exakt motsvarar den som gällt för patienterna i de publicerade studierna? Kan en läkare basera sina kliniska beslut på muntligt förmedlade resultat i stället för att invänta publicerade studier? Om inte – hur länge skall man vänta på resultaten? Skall man i så fall vänta in både positiva och negativa resultat? Bör den enskilde läkaren bekymra sig om sammansättningen av de expertpaneler, som tar fram vårdprogram eller rekommendationer? Sist men inte minst – hur påverkas den erbjudna vårdens kvalitet av den enskilde läkarens eget kunnande, erfarenhet och ambitionsnivå?

Ytterligare faktorer som skapar tolkningsbekymmer är de alltför begränsade studiegrupperna, vilket innebär att de patienter som inkluderas i kliniska prövningar inte motsvarar den patientpopulation som kommer att behandlas. De kan skilja sig åt genom en annan ålders- eller könsfördelning, andra ytterligare sjukdomar eller pågående behandling som innebär att de inte inkluderats i studiepopulationen.

För många kliniska studier gäller dessutom att spridningen av resultaten ut i vården går ytterligt långsamt. Mediantiden från det man började inkludera patienter fram till publicering har visats ligga på 5,5 år. Dessutom är det endast 60 procent av studier med negativt (icke-signifikant) utfall som överhuvud taget publiceras. Ändå börjar man ibland använda ny teknik redan under den tid när utvärderingsstudier fortfarande pågår. Andra gånger kan även snabbt spridda resultat visa sig föråldrade genom att ny teknik eller nya läkemedel introducerats.

Det faktum att de flesta kliniska prövningar sker vid stora universitetssjukhus medan rutinsjukvården produceras vid lokala enheter med mindre patientvolym har också betydelse. Antalet vårdprogram har ökat kraftigt under 1990-talet, och satsningen på randomiserade kliniska prövningar har varit betydande men ändå kvarstår denna osäkerhet.

Studier av sambandet mellan patientvolym och behandlingsresultat inom onkologin har genomgående visat: Ju fler desto bättre. Så var t ex kolonresektioner vid sjukhus med stor frekvens av sådana operationer förbundna med lägre såväl kort- som långtidsmortalitet [2].

Att bestämma den exakta effekten av sådana variabler som specialitet, mängden patienter, undervisningssjukhus eller ej är svårt, men uppgifter om patientvolym skulle troligen kunna användas. Här kan den våg av decentraliserad subspecialistvård som svepte över Sverige på 1980-talet och i början av 1990-talet ha stor betydelse. Då tog varje landsting utan universitetssjukhus hem så mycket man kunde av regionvård. Det betydde att man på varje sjukhus fick subspecialister med ett begränsat patientflöde samtidigt som regionklinikerna utarmades på sina patienter. Detta har troligen fått betydelse för den kliniska forskningen och kan vara ett av de tyngsta systemfelen i den svenska sjukvården.

Data från kliniska studier används trots sina svagheter i ökande utsträckning som underlag för utvecklingen av guidelines och vårdprogram. Det innebär således att man antar att dessa data utgör en adekvat utgångspunkt för att dra generaliserade operationella slutsatser.

Sjukvårdskostnaderna har stigit under de sista decennierna inte minst på grund av introduktion av ny teknik och nya läkemedel eller ett utvidgat bruk av redan existerande teknologi. Ansträngningar att hålla priserna i schack kan leda till nerdragningar som inte alltid är adekvata utan kan hota utveckling och implementering av ny och nödvändig teknik. Förutom att tillgängligheten till vården minskar har överanvändning eller felanvändning av medicinsk teknologi, t ex läkemedel, negativa effekter på vårdkostnader och vårdkvalitet. Det är dock fel att tro att dessa effekter kan minskas genom en underanvändning av adekvata resurser.

Mellan 1940 och 1990 bedöms medicinsk teknologi ha stått för hälften av den ökning av sjukvårdskostnaderna som skett i USA. Vårdkostnaderna i USA bedöms öka med 9,9 procent år 2002 mot 7,1 procent under 2001. Läkemedel och apparatur står för en stor del av dessa kostnadsökningar. Lä-

kemedelskostnaderna i sig steg med 17,4 procent år 2000 och man räknar med en årlig stegring om 11,3 procent från år 2002 till 2010. Dessa siffror får förmodligen varje ordförande i en svensk läkemedelskommitté att rysa. I USA har nu PET-undersökningar stöd av Medicaid och Medicare för ett antal väl specificerade tumörformer inkluderande esofagus och kolorektal cancer. Installation av PET-enheter bedöms stiga med nära 40 procent per år över de kommande sex åren.

Samtidigt som kostnadsökningarna är uppenbara på grund av denna nya teknologi har underanvändning varit ett problem i årtal, och i många fall har skadliga effekter antingen kunnat formellt dokumenteras eller blivit uppenbara. Underanvändningen av läkemedel mot astma, depression och ischemisk hjärtsjukdom är väldokumenterad.

Detta kan i framtiden innebära att man inte fullt ut utnyttjar medicinska framsteg, och hälsoeffekterna kommer inte att optimeras.

Professor McNeil sammanfattar från sin amerikanska horisont sin genomgång i ett antal rekommendationer, som alla är resurskrävande men där några listas nedan och knappast någon verkar främmande för en svensk läsare.

- Klinisk forskning och kliniska prövningar måste utvidgas och förbättras för att mer generaliserbar information skall kunna samlas in.

- Bättre tillgång till aktuell kunskap och en ökad utveckling av vårdprogram och guidelines.

- Metoder behöver utvecklas för att föra ut nya data elektroniskt.

- Finansiärer/huvudmän bör inte tillföra resurser för medicinsk teknologi som inte är EBM-baserad, och de bör insistera på att vårdinsatser grundas på EBM-baserade fakta.

Referenser

1. McNeil BJ. Shattuck lecture – hidden barriers to improvement in the quality of care. N Engl J Med 2001;345:1612-20.
2. Schrag D, Cramer ID, Bach PB, Cohen AM, Warren JL, Begg CB. Influence of hospital procedure volume on outcomes following surgery for colon cancer. JAMA 2000;284:3028-35.

Särtryck

Läkartidningen

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i Läkartidningen 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprövning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag.

Priset är 75 kronor

Tillväxtfaktorer



Beställer härmed.....ex
av "Tillväxtfaktorer"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker