

Klinisk tradition och kultur möter utvärderingsdata

Under de tio år som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) funnits har intresset för kritisk granskning av vården växt påtagligt. Arnold Relman, tidigare redaktör för *New England Journal of Medicine*, beskrev 1988 träffande detta perspektiv som »en revolution kring mätning och utvärdering» [1] och han tolkade eldskriften på väggen så att läkarna för all framtid kommer att ha ett krav från sina uppdragsgivare (patienter och finansiärer) att redovisa effekten och nyttan av de åtgärder de vidtar. Detta kommer aktivt att behöva dokumenteras och kommuniceras till uppdragsgivarna – en utvidgning av den urgamla regeln att vården skall bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Dessutom kommer allt att försiggå inom en fast resursram med växande tendenser att koppla samman ekonomisk och medicinsk styrning av vårdarbetet.

Tio år efter Relmans framtidsbild har konturerna av en ny situation för läkarnas yrkesutövning fått tydligare drag. Svensk sjukvård arbetar bevisligen inom en starkt begränsad resursram. Den kliniska friheten är dock fortfarande mycket stor för svenska läkare. Det är en avgörande skillnad mot situationen i USA där friheten i det medicinska handlandet är kringskuren, inte av det spöke som amerikanska läkare en gång i tiden såg framför sig i form av »socialized medicine» utan paradoxalt nog av de krafter i den kapitalistiska sjukvården som nu sammanfattas under beteckningen »managed care» [2].

Vårdfinansiärerna kämpar för att söka kontrollera galopperande kostnader, och managed care står för olika administrativa och ekonomiska tekniker att påverka och kontrollera det medicinska handlandet och patienternas vårdutnyttjande. Många av dessa företeelser har likheter med det vi vant oss vid och utvecklat i svensk vård – t ex vårdprogram med överenskommelser och enhetliga normer kring diagnos och terapi vid givna sjukdomstillstånd, medicinsk revision eller annan granskning av medicinskt handlande och resursutnyttjande.

De intressanta studier som USAs

»sjukvårdslaboratorium» erbjuder oss antyder emellertid en tänkbar utveckling som går ett antal steg utöver detta. Vi ser t ex hur läkarnas lön kan kopplas mer eller mindre direkt till det ekonomiska utfallet för vårdenheten, hur selektion av lönsamma patienter kan bli det dominerande intresset för vårdföretag och försäkringsgivare, vi ser hur det medicinska handlandet minst av allt är opåverkat av ekonomiska eller andra incitament [3]. Samtidigt – och det är det viktiga i dessa studier – kan vi få drastiska illustrationer och tydliggöranden av hur principiella konflikter mellan medicinska och ekonomiska mål ser ut. Vi måste hantera dem också i vårt sjukvårdssystem, det är en av utmaningarna för framtiden.

Intresset för utvärdering av vårdens metoder och idén om »evidence based medicine» skall ses bl a mot den här bakgrunden. Tanken är att sjukvården i en resursknapp tid kan bedrivas mera rationellt, mera vetenskapligt. En utgångspunkt för teknologivärderingsrörelsen inom medicinen är att vården i själva verket inte alls är så vetenskapligt baserad som vi kanske lurar oss att tro. Denna rörelse startade i USA på 1970-talet och fick sin modell för hur breda tvärvetenskapliga medicinska metodvärderingar kan genomföras inom den amerikanska kongressens Office of Technology Assessment (OTA) [4].

Man utgick länge från att inte mer än 20–30 procent av de metoder som används vid en given tidpunkt skulle vara validerade enligt vedertagna randomiserade vetenskapliga studier. Behovet av teknologivärdering är därmed enormt, liksom den tänkta rationaliseringspotentialen.

Detta synsätt har utan tvekan visat sig fruktbart. Teknologi- eller metodbegreppet innehåller emellertid också problem vilka är viktiga att diskutera för att medicinsk teknologivärdering enligt den modell SBU på ett framgångsrikt sätt fört in i Sverige skall kunna fortsätta utvecklas och framförallt behålla sin trovärdighet. SBU firade nyligen sina första tio år med ett seminarium under rubriken »en kritisk analys» och en del av frågorna berördes där.

Teknologi i amerikanskt språkbruk står närmast för »handlingslinjer», och teknologivärdering tar ett brett grepp och ser allt i sjukvården som möjliga »teknologier» från klassiska tekniker och avgränsade metoder till breda ämnen som omvårdnad och patient-läkarrelationen. SBU har successivt breddat ämnena för sina rapporter och också bytt ordet »teknologi» till »metod» och senare till enbart »utvärdering». Flera problem – eller snarare frågor – finns här, och att det finns en medvetenhet om dessa vittnade SBU-ordföranden Kjell Asplund om vid seminariet. Hur långt kan man stycka upp sjukvården i olika metoder och försöka bedöma dessa var för sig? Vilken typ av vetenskapliga beviskrav för effekt och nytta skall användas? Frågor om vetenskapssyn och sjukvårdssyn ökar i betydelse ju längre från kärnan av biomedicinska metoder och deras rätta tillämpning som man rör sig.

Teknologivärdering är formad från vetenskapliga modeller och tänkande kring det biomedicinska innovationslaboratoriet – grundproblemet beskrevs från början: hur hanterar man det enorma flödet av innovationer. Den tvärvetenskapliga utvärderingsmodell som är standard utgår från dokumenterad biomedicinsk och klinisk effekt men har också ekonomiska, organisatoriska, sociala och etiska dimensioner.

Denna modell har utvecklats med stor framgång – men den utmanas förutom av vetenskapliga paradigmsfrågor också av hastigheten i de biomedicinska innovationerna och den ökande komplexiteten i dessa. Någon har beskrivit problemet som att fånga och mäta en flytande flod – när man väl bestämt sig för utvärderingsmått och genomfört en kanske treårig avläsning i en randomiserad klinisk studie, då är floden en helt annan. Kärnfrågan är alltså strategisk: vilka fält av medicinen – den allt bredare och allt snabbare flytande floden – skall teknologivärdering i första hand fokusera på? Vilka nyttomått skall användas?

Den andra huvudfrågan gäller hur utvärderingarnas resultat får ett genomslag i praktiken, alltså leder till föränd-

ring. Detta var huvudtemat vid SBU:s tioårskonferens.

Varför gör läkarna inte som vi säger, hur får vi ett genomslag i praktiken för SBU:s rekommendationer? var den återkommande frågan från läkare, politiker och administratörer.

Detta är för övrigt den huvudfråga som nu diskuteras i alla de västländer som sedan 1980-talet gett sig i kast med tanken på en mera rationell sjukvård i form av »evidence based medicine». Många har gjort iakttagelsen att det ofta är en betydande skillnad mellan systematiskt frambringad kunskap och vetenskapligt rekommenderade handlingslinjer och de aktuella konkreta kliniska besluten. Variationer i medicinsk praxis utgör ett forskningsområde i sig. Den forskningen antyder att kultur, traditioner och ekonomisk styrning av sjukvården är betydelsefull för hur medicinsk praxis ser ut. Biomedicinsk forskning och dess innovationer är alltså en internationell angelägenhet och sprids snabbt över jordklotet – den konkreta sjukvården, dess ritualer och rutiner är å andra sidan djupt rotade i kultur och lokala traditioner.

Teknologivärdering inom medicinen drivs i ökande utsträckning i internationellt samarbete, vilket ökar möjligheterna att hantera hastigheten i innovationsförloppet. Ett land kan inte hinna utföra ens en bråkdel av alla angelägna utvärderingar. I internationellt samarbete som det nu manifesteras i t ex Cochrane collaboration med centrum i Oxford kan synteser av utvärderingar göras på olika håll ges ökad kraft. Snabb tillgänglighet, för enskilda läkare och för medvetna patienter via CD-ROM och Internet, finns redan uppbyggd. På sikt kan också en specialisering och internationell arbetsfördelning utvecklas. Inom EU är SBU starkt pådrivande för ett teknologivärderingssamarbete som av allt att döma får sitt koordinerande centrum i Stockholm.

Tillgängligheten till information om »best practice» kommer alltså inte att vara något problem. Det ter sig snarare som om det finns ett påtagligt gap mellan å ena sidan vad utvärderingsstudierna visar skulle vara adekvat handlande, och å andra sidan vad som sker i verkligheten. Detta tycks vara utvärderingsrörelsens huvudfråga. Det finns inga enkla svar eller åtgärder. Sannolikt viktiga pusselbitar finns antydiga i denna text. En övertro och obefogad optimism om den helt rationella sjukvården är en faktor. Vill vi besöka en allmänläkare som enbart arbetar med evidensbaserade metoder – hur stort skall utrymmet vara för lyssnande, sökande

och andra urgamla inslag i konsultationen? Vi kan nedbringa variationer i praxis genom återkoppling och jämförelser, men hur långt? En huvudfråga gäller den medicinska praktikens kontext (ekonomi, organisation) inklusive den medicinska »kulturen». En ödmjukhet inför sjukvården som social och mänsklig företeelse är avgörande. Vet vi tillräckligt om vad som är »läkande» aktiviteter?

En viktig fråga är att koppla samman teknologivärdering som SBU utför med en annan huvudrörelse, nämligen den som sysslar med kvalitet och kvalitetsutveckling [5]. Tyvärr görs det alltför sällan, men de två aktiviteterna har ett nära samband. Man skulle kunna beskriva teknologivärdering som ett slags medicinens »typ-provning». Det är en aktivitet framförallt på metanivå som ger svar på vilka metoder som är vetenskapligt valida och också anvisning om hur de skall användas. Kvalitetsutveckling, i form av en extern eller intern revision av en vårdenhet, intresserar sig framförallt för hur metoderna används i praktiken. Kvalitetsmetoderna har alltså fokus på den enskilda vårdenheten och det medicinska handlandet. De förutsätter tillgång till kvalitetsindikatorer, däribland teknologivärderingens resultat.

Ytterligare en fråga gäller den samlade strukturen för kritisk granskning av medicinen och forskning om sjukvården som system, dess funktion och effekter. Ursprungligen kallades den i Sverige hälso- och sjukvårdsforskning, nu finns den under en mångfald rubriker, såsom hälsoekonomi, samhällsmedicin, vårdforskning etc. I utvärderingen av SBU, efter de tre första åren [6], påpekades att SBU som en nationellt och internationellt arbetande beredning borde ses i samband med regionala forskningsenheter vid de medicinska fakulteterna och universitetssjukhusen. En region har en lagom storlek för granskning av medicinsk praxis och dess koppling till vårdprogram och kliniska riktlinjer. Epidemiologi, biostatistik, hälsoekonomi, vetenskapsteori, hälso- och sjukvårdsadministration och andra samhällsvetenskapliga discipliner är viktiga beståndsdelar i sådana forskningsenheter.

En förstärkt uppbyggnad är nu på väg med de socialmedicinska eller samhällsmedicinska institutionerna som en naturlig kärna. I linje med det nya decentraliserade mönstret för den svenska vårdstrukturen sker det nu i varierande form och under något olika rubriker inom regionerna. Behovet av denna typ av underlag för en verkligt kunskapsba-



KRÖNIKÖR

JOHAN CALLTORP

professor i hälso- och sjukvårdsadministration, Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg. Medicinsk redaktör (samhällsmedicin), Läkartidningen.

”Någon har beskrivit problemet som att fånga och mäta en flytande flod – när man väl bestämt sig för utvärderingsmått och genomfört en kanske treårig avläsning i en randomiserad klinisk studie, då är floden en helt annan.”

serad medicinsk praxis men också för styrning av hälso- och sjukvården är påtagligt. Starka regionala forskningsenheter med denna inriktning och närbild till medicinsk utbildning, klinik och politik/administration är viktiga samarbetspartner för ett fortsatt framgångsrikt nationellt och internationellt SBU.

Referenser

1. Relman AS. Assessment and accountability. The third revolution in medical care. N Engl J Med 1988; 319: 1220-2.
2. Regulating managed care. Temanummer. Health Affairs 1997; 16(6).
3. Forsberg E, Calltorp J. Ekonomiska incitament förändrar sjukvården. Läkartidningen 1993; 90: 2611-4.
4. Assessing medical technologies. Institute of Medicine. Washington: National Academy Press, 1985.
5. Calltorp J. Klargör begreppen om kvalitet i vården! Läkartidningen 1996; 93: 1611-3.
6. Utvärdering av SBU. Stockholm: Socialdepartementet. Dir 1990:29, november 1990.