

## Mottagningen tar längre tid med datoriserade journalsystem

■ Ett deskriptivt överflöd, men grav brist på utvärdering, är betyget engelska forskare avger efter att systematiskt ha sammanställt studier avseende datoriserade journalsystem i primärvården [1]. Endast ett fåtal studier var randomiserade, flera saknade kontrollgrupper eller var utförda med en före-efterdesign. Uppenbart var att tiden för mottagningsbesöket förlängdes och ökade läkarcen-trerad verksamhet på bekostnad av patientinriktad aktivitet.

Datorsystemets påminnefunktioner, s k reminders, ökade däremot genomförande av vaccinationer och screening för cervixcancer och högt

blodtryck. När elektroniska protokoll användes vid kontroll av patienter med hypertoni eller diabetes fann man påtagliga förbättringar i själva processen men återigen till priset av längre tid. Elektronisk recepthantering förbättrade förskrivning av generika och ledde till lägre kostnader. Endast 17 studier mätte någon patientrelaterad effekt, och fann därvid bl a lägre systoliskt tryck hos hypertoniker, men resultatet från antikoagulationsmottagningar var motsägelsefulla. Remisser till specialistvård ökade inte och inte heller förändrades patienttillfredsställelsen vid användande av datoriserade system.

Sammanfattningsvis finns vissa indikationer på att datoriserade journalsystem med påminnefunktioner och beslutsstöd för förskrivning av recept samt provbeställning kan förbättra vården men tar längre tid. Patientnyttan är tills vidare dåligt bevisad.

*Mitchell E, Sullivan F. A descriptive feast but an evaluative famine: systematic review of published articles on primary care computing during 1980-97. BMJ 2001;322:279-82 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/322/7281/279>)*

## AT1-blockerare – upp till evidens!

■ Kostnaderna för AT1-blockerare (ATB) ökade mellan år 1999 och 2000 med drygt 40 procent, från 176 till 251 miljoner kr/år. Försäljningen, mätt som DDD/1 000 invånare, ökade fyra gånger mellan 1996 och 1999 medan ACE-hämmarna väsentligen låg kvar på samma nivå. Förskrivningen sker huvudsakligen för hypertoni, och i viss mån också för hjärtsvikt. Högst är förskrivningen i Uppsala län, tätt följt av Gävleborg, Dalarna, Norrbotten och Västmanland och i särklass lägst på Gotland. Men hur är det med dokumentationen av ATBs kliniska effekt?

Norman Kaplan vid University of Texas föreslår i en kritisk kommentar att man bör hålla marknadsförarna stången med frågan: »Show me the outcome data.« Han konstaterar att endast en minoritet av de 23 miljoner amerikaner som behandlas med preparaten gör det på grund av intolerans för ACE-hämmare, den indikation som alla tunga riktlinjer för hypertoni-behandling anger.

Anledningen till hans skepsis är till att börja med den totala bristen som föreligger avseende »hårda end-points«, dvs data avseende effekt på död, stroke eller hjärtinfarkt, från randomiserade kontrollerade studier med dessa läkemedel. Som ett varnande exempel på faran med att lägga alltför stor vikt vid surrogatmått tar han alfablockerare som i många fall saluförts som ett speciellt bra medel vid hypertoni till följd av gynnsamma effekter på sådant som insulinkänslighet, fibrinolys och lipider.

Men i den första stora randomiserade studien där doxazosin jämfördes med bl a ett enkelt tiaziddiuretikum (ALLHAT) tvingades man bryta studien då doxazosinpatienterna utvecklade hjärtsvikt dubbelt så ofta som diuretikapatienterna. Kaplan m fl är mycket kritiska till att amerikanska FDA godkänner hypertoni-preparat som t ex ATBare enbart på basen av surrogatdata. Farorna med att lita på surrogatmått belyses vidare i en kommande artikel i EBM-serien.

Den andra anledningen till en mer av-vaktande attityd till ATB är studien som jämförde losartan med kaptopril vid hjärtsvikt (ELITE II). Studien visade en icke-signifikant lägre mortalitet hos patienter som behandlats med ACE-hämmare jämfört med dem som behandlats med ATBare. Studien som ibland anförts som ett bevis för att preparaten är likvärdiga kan inte tas som intäkt för ekvivalens. Sådana studier kräver betydligt större patientmaterial och fördefinierade minsta viktiga skillnad i effektmått (se Läkartidningen 2000, nr 32-33, sidan 3453).

**I väntan på resultat** från ett stort antal pågående studier med relevanta effektmått bör alltså ATB-preparat enbart användas på mycket speciella indikationer, vilket knappast är fallet i Sverige.

*Kaplan N. Should new drugs be used without outcome data? Implications of ALLHAT and ELITE II. Arch Intern Med 2001;161:511-2*

## Visst stöd för vitlökenes lipidsänkande effekt

■ Den ursprungliga skaparen av den systematiska översikten som en vetenskaplig metod, Cynthia Mulrow, står bakom en aktuell kritisk sammanställning av 45 randomiserade kontrollerade studier där vitlökenes kardiovaskulära effekter studerats. Studierna var ofta av kort varaktighet, tveksamt randomiserade, dåligt placebokontrollerade och med stor andel av patienterna som avbröt. Upp till tre, men inte sex månader, fanns en viss sänkning av kolesterol, LDL och triglycerider. HDL-nivåer påverkades inte. Effekten på blodtrycket var motsägelsefull men däremot fanns

ingen inverkan på glukos- eller insulinbalansen. Viss minskning av trombocyttaggregation påvisades. Ingen studie med adekvat design hade studerat effekter på mortalitet eller kardiovaskulär sjuklighet. Problem med obehaglig an-

dedräkt eller doft var helt klarlagda och dessutom förekom en hel del gastrointestinala klagomål.

Det finns således ett svagt stöd för små och gynnsamma effekter i ett kort perspektiv, men forskningen kring vitlök har många hinder att övervinna innan dess eventuella plats i den terapeutiska arsenalen är klarlagd.

*Ackerman R et al. Garlic shows promise for improving some cardiovascular risk factors. Arch Intern Med 2001;161:813-24. (<http://archinte.ama-assn.org/issues/v161n6/abs/ira00067.html>)*