

Skynda långsamt med nya behandlingmetoder!

Svenska läkares etiska uppdrag är att företräda patientens intressen, men han måste samtidigt ta hänsyn till relationen mellan kostnad och resultat i de råd han ger. Det etiska åtagandet innebär också att läkaren måste följa utvecklingen och ge patienten det bästa råd som den medicinska vetenskapen åstadkommit. Han får inte rekommendera nya teknologier i rutinsjukvården förrän de bevisats ha bättre effekt än vad som tidigare varit tillgängligt.

LARS WERKÖ
professor, Stockholm

II Läkare är inte ett entydigt begrepp, eftersom den som blivit läkare kan inneha så många olika befattningar. Vad som är gemensamt torde dock vara att de har en gemensam uppfattning om etik. Svenska läkare går inte någon ed på att de skall följa Hippokrates' läror, men hela läkarutbildningen och den följande verksamheten bekänner sig i alla fall till dessa.

Detta innebär att läkarens lojalitet helt och hållet är till patienten och dennes behov.

Förmåga och omdöme

I den hippokratiska eden ingår att handla efter förmåga och omdöme samt att utnyttja andra specialister när läkaren inte själv behärskar situationen. Inför patienten är det således dennes behov som måste ges högsta prioritet, inte samhällets, med dess eventuella önskemål om kostnadseffektivitet, eller prioriteringar bestämda av riksdagen eller andra myndigheter.

I den hippokratiska eden ingår också att hålla kontakt med lärarna, vilket innebär en förpliktelse att följa med den medicinska utvecklingen, vilket är nödvändigt för att kunna ge bästa möjliga råd.

Å andra sidan kan jag som läkare bara hjälpa patienten i förhållande till de re-

surser som ställts till förfogande. Bakom uttrycken »förmåga« och »omdöme« ligger såväl de kunskaper jag inhämtat som de möjligheter som betingas av den medicinska utvecklingen. Dessa möjligheter begränsas av i vilken utsträckning de införts i den sjukvårdsapparat som jag utnyttjar när jag som läkare försöker göra det bästa möjliga för patienten.

En intressant fråga i detta sammanhang är om alla som arbetar i sjukvården har samma stränga etiska krav på sig. Att det gäller för den direkta vårdpersonalen förefaller självklart, men hur är det med administratörer och politiker?

Från laboratorium till klinik ...

De senaste årtiondena har inneburit en snabb och uttalad ökning av kunskaper rörande flertalet sjukdomar, i många fall medförande löften om bättre metoder både för att ställa diagnos och för att behandla. Genomgående har dessa kunskaper vunnits i experimentella laboratorier, i situationer som befinner sig långt ifrån den kliniska verkligheten med de yttringar av sjukdomar som drabbar människor och gör dem till patienter.

Innan dessa nya kunskaper tillämpas i kliniken måste man kontrollera att de gäller även för den sjuka människan, så att deras tillämpning i sjukvården verkligen uppfyller de löften som teoretiska överväganden och experimentella laboratoriefynd antyder. Resultaten av denna translatoriska forskning har blivit alltmer betydelsefulla allteftersom den biomedicinska kunskapsmassan har vuxit.

... en process som kan ta tid

Tyvärr innebär detta att det tar avsevärd tid från det att ett nytt betydelsefullt fynd har gjorts i prekliniska studier tills det kan tillämpas fullt ut i den kliniska verkligheten. Under långa tider under förra seklets sista årtionden försökte många engagerade och otåliga kliniker att bortse ifrån behovet av att kontrollera att de fynd som gjorts i modeller eller vid djur-experiment verkligen var tillämpbara i sjukvården. De införde snabbt nya rutiner i förhoppningen att detta skulle vara fallet.

När man senare, i många fall långt senare, gjorde adekvata kontrollerade studier på patienter fann man inte sällan att

Tema: Prioritering i praktiken

vad man funnit på djur inte gällde för den sjuka människan.

Mest anmärkningsvärt var när man konstaterade att läkemedel som var avsedda att bekämpa arytmier inte bara hade föga effekt på dessa arytmiers kliniska konsekvenser utan till och med ökade dödligheten hos de patienter som utsattes för en teoretiskt och experimentellt väl grundad behandling.

Även andra studier har visat att nya metoder inte hållit vad de lovat när de undersökts i tillräckligt omfattande och väl kontrollerade studier omfattande just den typ av patienter som skulle ha haft nytta av den nya behandlingen – detta trots att de verkat lovande från teoretisk synpunkt och givit positiva resultat i laboratoriet eller i begränsade undersökningar på människa.

Det är således helt nödvändigt att nya metoder för behandling och diagnostik studeras i tillräckligt stora patientserier innan de införlivas i klinisk rutinverksamhet. Detta medför en tidsförlust, innan ett större antal patienter får uppleva nyttan av framsteget. Även för kliniska

Det måste vara bättre att vänta tills man säkert vet att en ny metod medför fördel för patienten, än att för tidigt tillämpa teoretiskt tilltalande metoder, som senare kommer att visa sig inte vara tillämpbara i sjukvården, inte ge bättre resultat än tidigare metoder samtidigt som de kanske innebär ökade kostnader.

forskare är det nödvändigt att vänta på definitiva resultat, men också att använda denna tid på bästa möjliga sätt, bl a genom brett samarbete i kontrollerade studier.

Otålighet medför risker

Får otåligheten råda, med snabb introduktion av nya metoder i kliniken, löper man också en annan risk, nämligen att det aldrig blir möjligt att göra den kontrollerade undersökning som definitivt visar värdet av den nya metoden. Har den börjat användas alltför tidigt i rutinen, ofta med följderna att vissa specialister och deras patienter upplevt detta som ett framsteg, kan det bli omöjligt att genomföra en undersökning med adekvata kontroller. Den nya metodens rätta värde kommer därmed aldrig att bli helt klarlagt.

En sådan utveckling har setts när nya läkemedel snabbt kom ut i marknaden och blev så populära att deras egentliga för- och nackdelar aldrig blev klarlagda. Viss laparoskopisk kirurgi befinner sig i en liknande situation.

Prioritera mellan gamla och nya metoder

Vad har nu detta med prioritering att göra? En följd av den framgångsrika biomedicinska forskningen är att framsteg kommer till synes inom många medicinska fält samtidigt. Det är inte längre bara cirkulationsfysiologi som driver på. Den snabba utvecklingen av experimentella studier inom hela molekylärbiologin, kombinerad med nya möjligheter att snabbt sprida kunskap om nya framsteg via elektroniska medier, gör att både allmänhet och professioner upplever de vinster som nya behandlingar kan innebära långt innan resultat har redovisats från studier i tillräckligt stora patientmaterial.

Krav på nya rutiner vid viktiga sjukdomar uppstår därigenom långt innan man bevisat att dessa nya angreppssätt inte bara är av stort teoretiskt intresse utan också har säkerställd effekt i kliniken. Man behöver bara se vissa inslag i TV om medicinska nyheter för att förstå hur sådana krav kan uppstå.

För att en läkare skall kunna handla enligt förmåga och omdöme måste han ha ett underlag som gör det möjligt att prioritera mellan gamla och nya möjligheter. Att få fram ett sådant underlag tar tid, men detta går inte att undvika. Det måste också finnas någon organisation som kan se till att dessa underlag kommer fram, både centralt och lokalt. Vi kan inte lita till att kliniska forskare i USA eller Storbritannien gör alla nödvändiga translationsstudier. Vi måste också veta att de kan tillämpas i svensk sjukvård. Statens beredning för medi-

cinsk utvärdering (SBU) eller andra liknande organ kan ta fram sådana underlag som har bred tillämpning.

Begränsning av forskarens frihet

Ansvar för bearbetning för lokal användning måste ligga på huvudmän, verksamhetschefer och klinikchefer eller motsvarande. Det innebär också en viss oundgänglig begränsning av den kliniske forskarens frihet, som denne måste acceptera. Sådana translationsstudier kan också innebära en stimulans för de kliniska forskare som har tillräcklig insikt för att angripa de problem som finns.

Det måste vara bättre att vänta tills man säkert vet att en ny metod medför fördel för patienten, än att för tidigt tillämpa teoretiskt tilltalande metoder, som senare kommer att visa sig inte vara tillämpbara i sjukvården, inte ge bättre resultat än tidigare metoder samtidigt som de kanske innebär ökade kostnader.

Detta resonemang kan illustreras med exempel, som visar att problemet är generellt och inte bundet till någon speciell situation eller viss specialitet. Några sådana exempel är vård av prematura barn, trombolys vid slaganfall, PTCA (perkutan transluminal koronarangioplastik) vid akut hjärtinfarkt, positronemissionstomografi, laparoskopisk kirurgi och implanterbara defibrillatorer. När det gäller läkemedelsbehandling kan resonemanget tillämpas avseende måttlig hypertoni, måttlig hyperlipidemi, reumatoid artrit, depression och multipel skleros.

Dessa exempel är endast ett antal av många flera och kan inte diskuteras i detalj här. •

Särtryck

Läkartidningen

När Försäkringsmedicinska Sällskapet bildades för att främja försäkringsmedicinens utveckling samlades 14 artiklar publicerade i Läkartidningen 1996 till ett särtryck. Detta belyser hur försäkringsläkare arbetar inom allmän och privat försäkring och tar upp försäkringsmedicinska problem från patientens synvinkel.

Riskbedömning vid barnförsäkringar, etiska problem i samband med gentestning och försäkring, samt de kniviga ärenden som gäller nack-skulderbesvär, inklusive pisksnärtskador, behandlas bland annat i artiklarna.

Priset är
50 kronor.



Försäkrings- medicin

Beställer härmed.....ex
av "Försäkringsmedicin"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till **LÄKARTIDNINGEN**
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker