



Tanzaniska barn på ett bysjukhus.

Foto: Andy Crump/SPL/IBL

Minskad barnadödlighet i Tanzania

Tanzania är på god väg att nå målet att minska dödligheten med två tredjedelar bland barn under 5 års ålder. Det rapporteras i en artikel i *Lancet*. Målet, som sattes i vad som kallas »Millennium development goal for reducing child mortality«, innebär att dödligheten bland barn under 5 år ska minskas med två tredjedelar under perioden 1990–2015. För Tanzanias del innebär det att en dödlighet på 141 per 1 000 barn år 1990 ska minskas till 47 per 1 000 barn år 2015.

Majoriteten av de afrikanska länderna har inte lyckats i sitt arbete med detta, men Tanzania är ett undantag. Under perioden 2000–2004 sjönk barnadödligheten i landet med 40 procent, och år 2004 uppnåddes en dödlighet på 83 per 1 000 barn.

Vilka orsaker ligger då bakom framgångarna, och vad kan övriga länder i regionen lära sig av detta? Författarna pekar på flera faktorer. Tanzania fördubblade i princip kostnaderna för sjukvård under perioden 2000–2004. Därtill skedde en centralisering av vården, där enskilda distrikt och vårdinstanser fick ökad frihet att själva strukturera verksamheten. Till detta kommer satsningar på insektsnät för att förhindra spridning av malaria, A-vitamintillskott, vaccination och ett mer integrerat sätt att se på sjukvård av små barn, där flera discipliner inom sjukvården samverkar.

Möjligheterna att den positiva utvecklingen i Tanzania fortsätter är dessutom goda. Flera omfattande hjälpprogram som har påbörjats efter 2004 har ännu inte gett utslag i statistiken. Under fjolåret drogs exempelvis programmet »Prevention of mother to child transmission« i gång som syftar till att be-

Fler utvärderingar av »payment for performance« efterlyses

»Pay-for-performance« (P4P) har under det senaste årtiondet blivit en integrerad del av ersättningen till vårdgivare inom amerikansk vård, delvis mot bakgrund av en rapport från amerikanska Institute of Medicine år 2001 [1] som hävdade att de traditionella ersättningssystemen var en bidragande förklaring till världens dåliga kvalitet. I Europa är det främst brittiska National Health Service (NHS) som anammat principerna genom att ge extra ersättning för bra kvalitet i primärvården [2]. Men fler länder har hakat på trenden, däribland Italien och Nya Zeeland och i mindre skala även Sverige.

Som konstateras i en aktuell artikel i *BMJ* [3] handlar debatten i dag om hur målrelaterade ersättningar ska implementeras snarare än om det är önskvärt. Mot den bakgrunden är det naturligtvis välkommet med kritik. Huvudbudskapet från författarna är att det än så länge finns otillräcklig evidens för när »payment for performance« fungerar och vilka oönskade effekter som kan uppstå. Man vill se fler utvärderingar och större insikt om att de nya systemen också kan ge negativa effekter.

De få utvärderingar som hittills publicerats är ofta småskaliga och gjorda i USA, vilket innebär att det är svårt att dra generella slutsatser om tänkbara effekter i andra sjukvårdssystem. Åtminstone några studier har också rapporterat negativa effekter (försämrade tillgänglighet för dem med sämst hälsa, fusk, fokus

på de mål som mäts och belönas) eller att vårdens dokumenterade kvalitet, snarare än den reella, förbättrats.

En annan viktig fråga som författarna tar upp är om »payment for performance« lönar sig. Här finns i stort sett inga studier alls. Man hänvisar till brittiska NHS, där man i efterhand konstaterat att de kvalitetsmål som sattes upp för primärvården sannolikt var för enkla att nå. Redan under det första året nådde 98 procent av alla familjemottagningar målen, mot ett förväntat resultat på 75 procent. Department of Health fick delvis betala extra för kvalitetsmål som redan uppnått.

Som alltid när det gäller nya reformer i hälso- och sjukvården finns en tendens att förstärka reformernas positiva sidor och undvika diskussion om oönskade effekter. Budskapet från författarna i den aktuella studien är därför viktigt. Det är angeläget med utvärderingar, även i Sverige, t ex inom ramen för de vårdvalsmodeller som nu introduceras (där målrelaterad ersättning är en del av ersättningssystemen) eller de försök som initierats inom diabetes- respektive hjärtsviktsområdet [4].

Samtidigt visar en annan aktuell översikt att de flesta utvärderingar i USA trots allt visar på positiva effekter av »payment for performance« [5]. Man ska inte heller glömma bort att andra ersättningsformer är förknippade med väldokumenterade risker och oönskade effekter [6]. Den kanske viktigaste frågan är snarast om »payment for performance« är kostnadseffektiv jämfört med alternativet, dvs om nyttan är större än de kostnader som uppstår vid utveckling och underhåll av systemen.

Anders Anell

professor, Institutet för ekonomisk forskning, Ekonomihögskolan, Lunds universitet

gränsa spridning av bl a HIV från mor till barn. Men trots den överlag positiva utvecklingen har några bakslag skett i landet. Utvecklingen när det gäller att minska spädbarnsdödligheten (definierat som dödlighet under den första levnads månaden) är dyster, dödligheten bland de små barnen är i princip oförändrad jämfört med år 2000.

Författarna konstaterar att ökade resurser i kombination med ett mer decentraliserat sjukvårdssystem är de huvudsakliga faktorerna bakom framgångarna i Tanzania. De tror att liknande satsningar i fler afrikanska länder kan få lika lyckosamma utfall.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist
anders.hansen@sciencecap.se

Lancet. 2008;371:1276-83.

1. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the twenty-first century. Washington: National Academies Press; 2001.
2. Department of Health. Quality and outcomes framework. London: Department of Health; 2008.
3. Mannion R, et al. Payment for performance in health care. *BMJ*. 2008;336:306-8.
4. Ramel B. Regeringen och Lif finansierar svenska P4P-försök. *Läkartidningen*. 2007;104:2407-8.
5. Gemmill M. Pay-for-performance in the US: What lessons for Europe? *Eurohealth*. 2008;13(4):21-3.
6. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q*. 2001;79(2):149-77.

Betametasonsalva bra vid trakeal intubation

En biverkan av trakeal intubation är att patienten ofta får ont i halsen, blir hes och hostar. De flesta drabbas alltså av en rejäl halsirritation. Anestesiologer brukar förebygga dessa besvär genom att breda ut lidokainsalva på trakealtubens kuff.

En enkel men väl utförd studie från Indien har nu visat att en salva med en stark glukokortikoid, betametason, fungerar bättre. Anestesiologerna randomiserade 150 patienter som skulle genomgå kirurgi till att få trakealtub utan salva, salva med 2 procent lidokain eller salva med 0,05 procent betametason. De doser som gavs motsvarade 50 mg lidokain och 4 mg prednison. Patienterna var drygt 30 år gamla, och deras operationer pågick i genomsnitt i 90 minuter. De som behövde mer än två intubationsförsök exkluderades. Heshet, halsont och hosta värderades på en fyragradig skala 1, 6, 12 och 24 timmar efter ingreppet.

Resultatet visade att incidensen av halsont, heshet och hosta var lägst med betametason. Halsont rapporterades av samtliga i kontrollgruppen, av ca 90 procent i lidokaingruppen men av bara 20–30 procent av dem som fick betametason. Incidensen heshet var 55 procent (kontroll), 40 procent (lidokain) och 5 procent (betametason). Hosta förekom

hos 30, 25 respektive 5 procent av patienterna i de tre grupperna. Betametason förhindrade dessutom halsont av allvarligare (grad 3); incidenserna var 36 procent (kontroll), 8 procent (lidokain) och 0 procent (betametason).

Klinisk forskning kan innebära annat än försök att lösa sjukdomars gåtor. Vi får inte glömma bort att ständigt försöka förbättra praktiska vårdmoment i läkares vardag. Här har vi ett exempel på en sådan studie, som dessutom kunnat utföras med små ekonomiska resurser.

Robert Hahn

FoUU-chef, Södertälje sjukhus

.....
»Vi får inte glömma bort att ständigt försöka förbättra praktiska vårdmoment i läkares vardag. Här har vi ett exempel på en sådan studie ...«

Sumathi PA, et al. Controlled comparison between betamethasone gel and lidocaine jelly applied over tracheal tube to reduce postoperative sore throat, cough, and hoarseness of voice. Br J Anaesth. 2008; 100:215-8.

Datortomografi av värde vid akut buksmärta

Patienter med akut buksmärta, akut buk, är en arbetskrävande grupp för jourhavande kirurg. Diagnostiken av patienten, som ibland kräver omedelbar behandling, kan vara svår. Klinisk undersökning, laboratorietest och röntgenundersökning har inte acceptabel sensitivitet och specificitet för differenttialdiagnoserna. Det har rapporterats att datortomografi kan öka den diagnostiska säkerheten vid akut buk. Anders Levinsson och Olle Ekberg presenterade nyligen i Svensk Kirurgi en översiktsartikel i ämnet.

På Capio S:t Görans sjukhus introducerades år 2000 DT som förstahandsmetod för patienter med akut buksmärta, där fortsatt utredning utöver klinisk undersökning bedömdes indicerad, fränsett misstänkt gallstenssjukdom, då i stället ultraljudsundersökning rekommenderades. Avsikten med den aktuella studien var att utvärdera denna taktik. De 2 222 patienter som sökt med akut buksmärta åren 2001–2002 och som genomgått DT buk som första bilddiagnostiska åtgärd inom 24 timmar inkluderades. Patienter med sannolik invärtesmedicinsk eller gynekologisk orsak till buksmärtan exkluderades liksom de med icke-kurativt behandlad bukmaliginitet, trauma eller nyligen (<6 månader) genomgången laparotomi eller DT buk. Undersökningen gjordes med 5–7 mm tjocka snitt 60 sekunder efter intravenös kontrasttillförsel. Jourhavande radiolog tolkade DT-bilderna med tillgång till re-

misstexten. I studien evaluerades enbart det fynd som tolkades som orsak till buksmärtan. DT-diagnosen klassades som korrekt om den överensstämde med fynden vid operation eller obduktion om sådan gjorts, annars om den överensstämde med den kliniska diagnosen efter 30 dagar. I 1 210 (54 procent) av de 2 222 fallen resulterade DT-undersökningen i en radiologisk diagnos. I 1 194 fall kunde denna konfirmeras. I 16 fall var den föreslagna diagnosen fel, vilket ledde till onödig laparotomi i sju fall (fem felaktigt diagnostiserade appendiciter och två fri gas). I 44 procent bedömdes undersökningen vara normal.

Större delen av de akuta bukarna ingick i studien, däribland två tredjedelar av alla misstänkta appendiciter. Vid appendektomi var appendix frisk i 4 procent av fallen. Av intresse är att denna frekvens var 14 procent i den grupp som inte ingick i studien. Hos patienter med akut buksmärta av vaskulär orsak visade sig den akuta DT-undersökningen vara av stort värde, i synnerhet i 18 fall av embolisering i bukkärl men också i 12 fall av akut aortaaneurysm.

Ultraljud gjordes primärt vid misstänkt gallstenssjukdom, som nämnts, men vid oklar diagnos valdes DT. Intressant är att i samtliga 64 fall av akut gallstenssjukdom gav DT korrekt diagnos. DT-undersökningarna utfördes efter injektion av intravenös kontrast, vilket skärper diagnostiken, men kontrastens potentiella njurtoxicitet begränsar an-

vändningen. Strålningsdosen för en undersökning översteg inte 10 mSv, en dos som enligt grova skattningar beräknas öka cancerdödligheten med 1/2 000. Detta kan jämföras med naturalincidensen av dödlig cancer på 1/5. Om man avstår från akut DT-undersökning omfattar den vidare utredningen ofta ändå radiologiska undersökningar, varför beräkning av den egentliga ökningen av strålningsexponering kräver en randomiserad studie. En rimlig strategi bedömdes dock vara att begränsa antalet DT-undersökningar hos unga.

Kostnaden för en akut DT-undersökning i studien uppgick till ca 2 500 kronor. Kostnaden var rimligen lägre än den skulle ha blivit med andra utredningsstrategier, då en del andra undersökningar blev onödiga. Det har rapporterats att den faktiska kostnaden minskar med den beskrivna strategin genom att sjukhusvården förkortas och antalet onödiga appendektomier minskar. Hos 96,8 procent av patienterna kunde rätt diagnos omedelbart ställas, inkluderande 500 patienter som kunde skickas hem direkt från akutmottagningen delvis på grund av att DT-undersökningen utföll normalt.

Cecilia Strömberg

Gastrocentrum kirurgi, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Strömberg C, et al. Acute abdominal pain: diagnostic impact of immediate CT scanning. World J Surg. 2007;31:2347-54.