Incentiver virker

Fjerning av økonomiske incentivordninger i helsetjenesten kan føre til dårligere kvalitet.

I mange land bruker man nå økonomiske incentiver for å forbedre kvaliteten på helsetjenestene. Forskere har nylig undersøkt effekten av slike på kliniske kvalitetsindikatorer innenfor helsekjeden Kaiser Permanente i California (1).

Over 2,5 millioner voksne medlemmer av helsekjeden deltok i en longitudinell undersøkelse over ti år. Effektmålene koblet til incentiver var årlig evaluering av glykemisk kontroll ($HbA_{1c} < 8\%$), screening for diabetesretinopati, blodtrykkskontroll (systolisk < 140 mm Hg) og screening for cervixcancer. Incentivene for screening for diabetesretinopati og cervixcancer ble fjernet i løpet av studieperioden. Mens raten for screening for retinopati steg fra 84,9 % til 88,1 % i en femårsperiode med incentivordning, sank den til 80,5 % i løpet av fire år uten. Også for cervixcancerscreening førte manglende gulrot til en nedgang i raten, mens en gjeninnføring førte til at screeningraten igjen økte.

– For en økonom er det ikke overraskende at helsearbeidere reagerer på positive økonomiske virkemidler, sier forskningsleder Oddvar M. Kaarbøe ved Universitetet i Bergen. – Studien viser at fjerning av allerede innførte økonomiske incentiver fører til litt lavere screeningrater og dermed redusert kvalitet. Leserne får imidlertid ikke vite om det koster mer enn det smaker å opprettholde høy kvalitet. Økonomiske incentiver kan gi bedre kvalitet, men vi vet ikke om bruk av gulrot er det mest effektive virkemidlet for å oppnå kvalitetsforbedringer. Dette er noe fremtidig forskning må belyse, sier Kaarbøe.

Trine B. Haugen
trine.b.haugen@hf.hio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Lester H, Schmittiel J, Selby J et al. The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. *BMJ* 2010; 340: c1898.

Spontan immunitet mot fremmedgjorte kreftceller

Små interfererende RNA-molekyler kan omdanne kreftsvulster slik at de uttrykker fremmede antigener og spontant elimineres av immunsystemet.

En hovedutfordring ved immunterapi hos kreftpasienter er at tumorcellene alt er selektert til å unnsnippe vertens immunapparat og i liten grad uttrykker fremmede antigener. Nå har forskere presentert en ny metode for induksjon av kreftimmunitet (1). Alle eukaryote celler, også tumorceller, produserer mRNA-molekyler som blir raskt brutt ned og aldri translateret til proteiner. Strategien er å hemme denne nedbrytningsmekanismen ved å laste opp svulstcellene med små interfererende RNA-molekyler (siRNA). Dette fører til produksjon av nye antigener, som oppfattes som fremmede av T-lymfocytene og derfor angripes. For at ikke friske celler skal affiseres, kobles siRNA-molekylene til aptamermolekyler som spesifikt binder til tumorceller.

Behandlingen er prøvd ut i en musemodell. Resultatene viser at T-cellene responderer mot de nye antigenene og destruerer tumoren. Injeksjon av siRNA koblet til en aptamer som binder prostatakreftprotein PSMA, hindrer vekst av svulster som uttrykker PSMA, men ikke andre svulster.

Det mest interessante med disse resultatene er ikke at det oppnås frapperende effekter i en musemodell. Utallige metoder har virket utmerket i modellsystemer, men ikke i mennesker. Derimot er strategien nyskapende og snur opp-ned på det vante perspektivet innen kreftimmunisering. I stedet for å angripe eksisterende tumorantigener, omdanner man tumor til et fremmedelement som avstötes av immunsystemet. Forfatterne viser at et slikt konsept prinsipielt kan fungere og kan slik initiere en bølge av ny forskning basert på tilsvarende tankegang.

Jon Amund Kyte
jon.amund.kyte@rr-research.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Pastor F, Kolonias D, Giangrande PH et al. Induction of tumour immunity by targeted inhibition of nonsense-mediated mRNA decay. *Nature* 2010; 465: 227–30.

VERDENS HELSE

Oppfølging av hivbehandling i Afrika

Ved oppfølging av hivpasienter som fikk antiretroviral behandling ga kontroll av CD4-tall økt overlevelse først etter tre år. Andre rutinemessige blodprøver hver tredje måned førte ikke til økt overlevelse eller færre alvorlige bivirkninger enn dem man finner på klinisk indikasjon.

Dette viser en studie hvor totalt 3 321 hivpasienter fra tre sentre i Uganda og ett i Zimbabwe ble randomisert til enten både klinisk og laboratiemessig oppfølging (laboratoriegruppen) eller klinisk oppfølging alene (klinikkgruppen) hver 12. uke (1). De var alle symptomatiske og hadde CD4-tall under 200 celler/ μ l ved behandlingsstart, og ingen hadde fått antiretroviral behandling tidligere. I laboratoriegruppen ble CD4-tall, hematologiske prøver og lever- og nyrefunksjonsprøver tatt rutinemessig hver 12. uke. I klinikkgruppen ble hematologiske og biokjemiske prøver, men ikke CD4-tall, gjort tilgjengelig på forespørsel fra kliniker. Man gikk over på annenlinjebehandling ved kliniske symptomer

tilsvarende WHO-stadium 4 i begge grupper, i laboratoriegruppen i tillegg ved CD4-tall under 100 celler/ μ l. Det antiretrovirale regimet kunne bli endret, helst til annen førstelinjebehandling, ved bivirkninger.

I laboratoriegruppen var det en noe høyere andel som gikk over på annenlinjebehandling fra og med det andre året. Etter fem år hadde 19 % i klinikkgruppen og 22 % i laboratoriegruppen gått over på annenlinjebehandling. Det tredje året var det i laboratoriegruppen en liten, men statistisk signifikant reduksjon i stadium 4-hendelser og død. Femårsoverlevelsen var 87 % (95 % KI 85–88 %) i klinikkgruppen og 90 % (95 % KI 88–91 %) i laboratoriegruppen. Rationen for overgang til annen førstelinjebehandling på grunn av bivirkninger var lik i begge gruppene.

Øyunn Holen
oeyhole@online.no
Medisinsk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Litteratur

1. Mugenyi P, Walker AS, Hakim J et al, DART Trial Team. Routine versus clinically laboratory monitoring of HIV antiretroviral therapy in Africa (DART): a randomised non-inferiority trial. *Lancet* 2010; 375: 123–31.