

Alternativ terapi vid aorta-rekonstruktion

I en artikel i Läkartidningen 40/96 belyses väl ett klassiskt fall av grafterisk erosion efter en aortarekonstruktion, ett av de mest fruktade komplikationstillstånd som finns inom kärlkirurgin. Den utmärkta fallbeskrivningen beskriver svårigheten med både diagnos och terapi. Vi skulle dock vilja kommentera valet av terapi.

Denna patient behandlas med partiell resektion av sitt graft baserat på bl a hennes höga ålder. Denna behandlingstyp är troligen också orsaken till den fortsatta infektionsutvecklingen och patientens död tre månader senare.

För att undvika att denna typ av partiell grafterexcision uppfattas som vedertagen vid grafterisk fistel borde, enligt vårt förmenande, terapivalet ha belysts mer noggrant.

Extra anatomisk rekonstruktion

I ett fall som detta, där stark misstanke föreligger om grafterkomplikation redan före operationstillfället, är den klassiska, och för patienten mest skonsamma behandlingsmetoden, att man i en första seans gör en extra anatomisk rekonstruktion för att säkra perfusionen till nedre extremiteten i form av en axillbifemoral bypass. Efter ett par dagars stabilisering utförs därefter i ett separat ingrepp total excision av den gamla aortaprosesen. Detta förfarande brukar benämnas »staged procedure».

Om diagnosen är mer tveksam är troligen fortfarande ett säkrare behandlingsalternativ en extra anatomisk rekonstruktion följt av total graftersektion i samma seans när diagnosen ställts peroperativt. Detta är fortfarande standardproceduren vid all behandling av grafterinfektion, primär eller sekundär.

Vid en lokaliserad primär grafterinfektion, exempelvis i ljumskan efter en aortobifemoral rekonstruktion med en väl inkorporerad grafterdel, har det debatterats om man kan nöja sig med en partiell excision av graftert. I detta fall, särskilt när man har facit i hand, borde man kanske av didaktiska skäl ha fördjupat sig i den valda terapiens betydelse för utgången samt noggrannare diskutera andra alternativ. Detta inte sagt

KORRESPONDENS

för att kritisera valet av terapi just i detta fall utan mera för att ge ett bättre underlag för de kolleger som kommer att handlägga patienter av denna typ.

Pär Olofsson
docent, överläkare

Eric Wahlberg
med dr, avdelningsläkare,
Karolinska sjukhuset,
Stockholm

Öppet brev till statsrådet Margot Wallström:

Neuroleptika, läkemedelsförmåner och sparande

Läkemedel gör nytta. Oftast i alla fall, om man använder dem på rätt sätt.

I enlighet med regeringens proposition 96/97:27, läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m m, kommer från och med januari 1997 alla läkemedel (med undantag av insulin som även fortsättningsvis kommer att vara kostnadsfritt) att omfattas av högkostnads-skyddet.

Det innebär att den särskilda förordningen om kostnadsfria läkemedel vid 32 långvariga och allvarliga sjukdomar upphör. Många remissinstanser har ansett det rimligt att alla som är i behov av läkemedel betalar sin del upp till det föreslagna högkostnads-skyddet 1 300 kr. Flera har dock påpekat att konstruktionen av betalningssystemet medför risk att patienter kan finna det ekonomiskt omöjligt att köpa ut medicin. Detta har man i propositionen mött med förslag om avbetalningssystem på apoteket.

Motiverade

Förhoppningsvis kommer människor med astma eller andra livshotande sjukdomar att klara sina inköp. De är ju motiverade att genomföra sin behandling. (Man kan dock befara att kostnaderna för akut sjukvård och akut sjukhusvård av tex astmatiker, som under flera år sjunkit tack vare effektiv medicinering, kan komma att öka återigen om patienterna



»Regeringen är väl medveten om att avskaffande av den s k frilistan och den förändrade förmånskonstruktionen kan innebära ökade kostnader för vissa patienter.»

de facto inte tar ordinerad medicin.)

Svår motiverad grupp

Det finns emellertid en grupp av människor som kan komma att bli svår att motivera att köpa ut medicin – de kroniskt sjuka psykospatienterna. Idag sker deras medicinering ofta med lock och pock; de skulle egentligen önska slippa medicinera med neuroleptika.

Om patienten avstår från medicin ser vi ofta en försämring som på kortare eller längre sikt leder till sjukhusvård.

Hur skall dessa patienter motiveras att betala för den medicin de kanske redan nu ganska motvilligt tar?

Staten räknar med att skjuta till 30 miljoner kronor till landstingen för kostnaderna för insulin; kan man tänka sig en liknande överföring av pengar för att de patienter som behöver neuroleptika även i fortsättningen ska få sin medicin kostnadsfritt?

Är det billigare från samhällsekonomisk synpunkt att subventionera kostnadseffektiv medicinering än att spara?

Vi önskar svar från berörda instanser!

Kristian Pedersen

Johan Alsén

Elin Remes

Meta Wiborgh

Lars Grundström

samtliga distriktsläkare vid Luleå vårdcentral

Replik:

Lokalt utformade vårdprogram ges högre prioritet

Precis som frågeställarna skriver i sitt brev kommer kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen att föras över från staten (sjukförsäkringen) till landstingen den 1 januari 1998.

Läkemedel är en av flera möjliga behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården. För att åstadkomma ett bra vårdresultat krävs ofta en kombination av olika behandlingsinsatser. Genom att nu flytta kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen från staten till sjukvårdshuvudmännen kommer landstingen ges bättre möjligheter att genomföra prioriteringar som innebär en effektivare resursanvändning och därmed bättre vård för befolkningen.

Nytt betalningssystem

Regeringen är väl medveten om att avskaffande av den s k frilistan och den förändrade förmånskonstruktionen kan innebära ökade kostnader för vissa patienter. Det skall därför bli möjligt att dela upp betalningarna enligt ett system som Apoteksbolaget håller på att utarbeta och som skall träda i kraft samtidigt med att det nya förmånssystemet införs. Den sammanlagda högsta patientkostnaden för öppen hälso- och sjukvård och läkemedel blir 2 200 kr, varav kostnaden för läkemedel uppgår till högst 1 300 kr.

Självklart är det mycket olyckligt om exempelvis kroniskt sjuka psykospatienter trots detta skulle avstå från att köpa ut sina läkemedel. Det är ett ansvar förskrivaren har att informera och motivera patienten att göra detta.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000), vars delbetänkande (SOU 1995:122) Reform på recept har legat till grund för regeringens överväganden kring läkemedelsförmånen, har uppmärksammat frågan. Kommittén ansåg att problemet för de patienter som behöver dessa läkemedel inte skulle få en tillfredsställande lösning endast genom att läkemedel tillhandahölls kostnadsfritt inom ramen för läkemedelsförmånen. Situationen för personer med allvarliga psykiska sjukdomar som saknar sjukdomsinsikt ör