

Är trombosprofylax nödvändig vid kirurgi med kort vårdtid?

Lungembolism är en fruktad komplikation till kirurgi och olika former av profylax ges därför ofta rutinmässigt. Dominerande profylaxmetod idag, åtminstone i Sverige, är något av de lågmolekylära heparinerna. Profylaxdurationen brukar i allmänhet vara omkring en vecka. Det finns en rad studier där olika profylaktiska metoder visats effektiva för att förebygga postoperativ venös trombos. Dessa profylaktiska metoder har i enstaka enskilda studier, men framför allt i metaanalyser och sammanställningar, visats ha en effekt också på dödlig lungembolism. På senare tid har man, framför allt från ortopediskt håll, ifrågasatt värdet av generell profylax och huruvida dödlig lungembolism fortfarande är ett kliniskt viktigt problem [1].

De flesta patienter som behandlas kirurgiskt med kort vårdtid (dvs upp till fem dagars vård) är i arbetsför ålder och utan komplicerande sjukdomar. Dessa får rutinmässigt ej trombosprofylax. De kortvårdskirurgiska patienterna skrivs ut något eller några dygn efter operationen, medan de dagkirurgiska patienterna skrivs ut redan operationsdagen. Vid dagkirurgi har nyligen publicerade studier [2, 3] visat på låg incidens av både djup ventrombos (~0,5 procent) och lungemboli (<0,1 procent) och behovet av rutinmässig trombosprofylax har ifrågasatts.

Få fall

Under åren 1995 och 1996 opererades 5 203 patienter (inkluderande både kirurgiska och ortopediska ingrepp) vid dåvarande kortvårdskirurgiska enheten, Samariterhemmets sjukhus i Uppsala. Genom samkörning mellan operationsregister och diagnosregister identifierades de patienter som sedan utreddes på medicinkliniken, Akademiska sjukhuset i Uppsala, på grund av misstanke om venös tromboembolism. Journalerna eftergranskades och vi fann endast tre fall av symtomgivande djup ventrombos (0,06 procent) och ett fall av lungembolism inom tre månader efter operationen. Inga patienter hade avlidit. Således förelåg, i likhet med ovan nämnda studier, [2, 3] förelåg få fall av symtomgivande trombos och lungembolism.

Antagligen finns det dock ett mörkertal på grund av fall med ringa sym-

tom. För att närmare undersöka incidensen tromboembolism efter kirurgi med kort vårdtid påbörjar vi en prospektiv studie under ett år omfattande cirka 2 000 patienter.

Björn-Åke Elfberg

överläkare,

Susanne Sjövall-Mjöberg

med dr, överläkare/enhetschef,

David Bergqvist

professor, överläkare,

kirurgkliniken, Akademiska

sjukhuset, Uppsala

Referenser

1. Bulstrode CJB. Commentary on thromboprophylaxis in hip replacement surgery. *Acta Orthop Scand* 1998; 69: 343-4.
2. Riber C, Alstrup N, Nymann T, Bogstad JW, Wille-Jørgensen P, Tønnesen H. Postoperative thromboembolism after day-case herniorrhaphy. *Br J Surg* 1996; 83: 420-1.
3. Wessel N, Gerner T. Tromboemboliske komplikasjoner ved dagkirurgi. Retrospektiv undersøkelse av 1691 dagkirurgiske pasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 615-6.

Vad kostar ett vunnet levnadsår med nikotinläkemedel? Hur räknade SBU?

SBU:s rapport nr 138 »Metoder för rökavvänjning» sammanfattades i *Läkartidningen* 48/98 sid 5522-3. Det är en mycket gedigen och läsvärd rapport. En fråga infinner sig dock. Precis som i grunddokumentet står att läsa »kostnaden för ett vunnet levnadsår med hjälp av nikotinläkemedel är 30 000-80 000 kr». Detta är i och för sig »konkurrenskraftigt», jämför t ex med behandling av måttlig hypertoni där motsvarande siffra är ca 250 000 kr [1].

Min fråga är dock – borde inte kostnaden för att vinna levnadsår med nikotinläkemedel i praktiken vara noll?

Nikotinläkemedel är ej rabattberättigade i Sverige utan bekostas av patienten/kunden. Rökaren har som regel fram till rökstoppet lagt ut motsvarande summa på cigaretter eller dylikt. För undertecknad framstår detta som ett skifte till en annan konsumtionsvara

(som dessutom är mindre skadlig och bara används en begränsad period). Vad består kostnaden av i så fall?

Det skulle vara värdefullt med ett klargörande hur man kommit fram till siffrorna 30 000-80 000 kr och om beräkningarna verkligen är relevanta för Sverige med vår (avsaknad av) läkemedelsrabatt på nikotinläkemedel?

Om jag fattat saken rätt kunde läkare annars med enkla råd om rökstopp och en rekommendation om nikotinläkemedel skänka levnadsår (och livskvalitet) nästan gratis. Vilken läkekonst!

Matz Larsson

biträdande överläkare,

lungkliniken/tobakspreventiva

enheten, Regionsjukhuset i Örebro

Referens

1. SOU 1993:93 Prioriteringsutredningen sidan 47.

Replik:

Så här räknar SBU

Matz Larsson har ifrågasatt sättet att beräkna kostnader per vunnet levnadsår i SBU-rapporten »Metoder för rökavvänjning». Mera specifikt gäller frågan beräkningen av kostnadseffektiviteten hos rådgivning plus förskrivning av nikotintuggummi för att sluta röka.

De refererade kostnaderna på

30 000-80 000 kr per vunnet levnadsår för nikotinläkemedel är hämtade från en undersökning från 1986 [1]. Studiens syfte var att undersöka nikotintuggummi som komplement till läkarrådgivning. Kostnaderna bestod av läkartid och kostnaden för tuggummit. Andelen som slutade röka med enbart rådgivning

Både kvalitet och kvantitet nödvändiga för bra allmäntjänstgöring

respektive rådgivning plus tuggummi, respektive antalet vunna levnadsår beräknades med hjälp av data från litteraturen.

Vilka kostnader och intäkter som ingår i en hälsoekonomisk analys styrs av valet av perspektiv. I idealfallet sker utvärderingen ur ett »socialt välfärds perspektiv», där alla relevanta kostnader och intäkter beaktas. Det kan ibland vara intressant att undersöka kostnaderna enbart ur sjukvårdens, landstingets eller ur ett patientperspektiv. I de flesta undersökningar i rapporten har man endast inkluderat de kostnader och intäkter som tillfaller den instans som står bakom åtgärden, dvs ett vårdgivarperspektiv.

Oster valde att även inkludera patientens utgifter i kostnaden för behandlingsprogrammet. Detta underlättar en jämförelse med andra behandlingar där patienten betalar kostnaden för andra typer av läkemedel. Syftet är alltså att jämföra olika »program». Preventiva insatser bör utvärderas på samma sätt som andra resurskrävande aktiviteter – utifrån relationen mellan kostnader och effekter på hälsan.

Matz Larsson anser att kostnaden borde vara noll för nikotintuggummi, eftersom patienten förutsätts skifta från t ex cigaretter till nikotintuggummi och därför inte drabbas av en högre utgift. Detta kan förvisso vara riktigt ur ett individperspektiv och är därför av intresse när man diskuterar olika incitament för att lyckas med åtgärden. Vid en utvärdering av programmet gentemot andra insatser bör dock kostnaderna för tuggummin ingå, eftersom en alternativ strategi med enbart rådgivning är tänkbar. Då har patienten inte ens kostnaden för tuggummin.

Ej överförbara

Dock är kostnaderna i den aktuella studien inte helt överförbara till dagens svenska förhållanden. Dels bygger den citerade uppgiften på analys av litteratur före 1986, dels är kostnaderna inte uppräknade till dagens priser, vilket innebär att man underskattar kostnaden om man jämför dem med kostnadsberäkningar av senare datum. SBU drar dock slutsatsen att även om kostnaden för rökavvänjning per vunnet levnadsår varierar i litteraturen står sig resultaten

I Läkartidningen 47/98 intervjuas Emma Lindbäck, nylegitimerad läkare, angående den förkortade AT-läkarutbildningen. Många viktiga aspekter belyses, framför allt risken av försämrad kvalitet. Kan sjukhusåret under allmäntjänstgöringen kortas med 25 procent utan att kvaliteten försämras? Vi tror inte det och vill belysa orsakerna med några tidiga erfarenheter.

Södertälje sjukhus utlyser årligen 16 AT-block och från och med augusti 1998 har sjukhusåret kortats till 9 månader. I samband med detta har vi genomfört följande förändringar.

a) införandet av introduktionsvecka före tjänstgöringens början innefattande genomgång av lagar och förordningar, presentation av sjukhusets organisation samt genomgång av de viktigaste momenten inom kirurgi, invärtesmedicin, radiologi och anestesi – intensivvård, med tyngdpunkten lagd på diagnostik och handläggning av de vanligaste akuta sjukdomstillstånden;

b) specialister som handledare;

c) »flitlista» i enlighet med Socialstyrelsens målbeskrivning för AT-tjänstgöring, som stöd för AT-läkaren, så att eventuella kunskapsluckor kan kompletteras.

Under dessa 9 månader skall AT-läkaren inhämta färdigheter i specialiteterna anestesi och intensivvård, geriatrik, kirurgi, medicin, ortopedi, radiologi och urologi som en bas för framtida arbete som legitimerad läkare.

Enligt intervjuer med våra AT-läkare vill de inte betraktas som »superkandidater» som i högt tempo skall lotsas på gästronder inom olika specialiteter. De

vill ha tid för att själva vara ansvariga för omhändertagandet av patienter och sedan stämma av sina undersökningsfynd, utrednings- och behandlingsförslag med specialisten. Detta för att träna de kliniska färdigheterna på ett aktivt sätt.

En förkortning av sjukhusåret under allmäntjänstgöringen med 25 procent har för oss inneburit att varje moment måst kortas. För några AT-läkare har någon placering till och med varit tvungen att utgå.

Vid en första utvärdering med de läkare som går den förkortade AT har starka önskemål framkommit att sjukhusåret skall utgöra 12 månader som tidigare, men med bibehållen introduktionsvecka.

Enligt våra erfarenheter räcker det sålunda inte med effektivisering och ökad handledning för att kompensera en kraftig nedskärning av sjukhusåret. Både *kvalitet* och *kvantitet* behövs för en god allmäntjänstgöring.

Södertälje sjukhus återgår därför till 12 månaders längd av sjukhusåret och bibehållen introduktionsvecka för AT-läkare från och med februari 1999.

Curt Brandt

sjukhusdirektör

Staffan Gröndal

verksamhetschef kirurgkliniken

Leif Jernelöv

tf verksamhetschef medicinkliniken

Torsten Mossberg

verksamhetschef anestesikliniken

Anders Norlander

chefläkare,

samtliga vid Södertälje sjukhus

mycket väl i jämförelse med de vanligaste medicinska insatserna.

Per Carlsson

hälsoekonom, SBU

Charli Eriksson

professor, Folkhälsoinstitutet

Mats Eliasson

projektsamordnare, SBU

Referens

1. Oster G, Huse DM, Delea TE, Colditz GA. Cost-effectiveness of nicotine gum as adjunct to physician's advice against cigarette smoking. JAMA 1986; 256: 1315-8.

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 700 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.