

En annan syn på akutbesöket

I Läkartidningen 18/00 (sidorna 2234-5) berättade Ingmar Wennström om hur han suttit på akutmottagningen på Karolinska sjukhuset i sex och en halv timme efter att ha fått en benbit i halsen. Hans kommentarer är att verksamheten på akuten bör ändras och han är inte nöjd.

Bra och botande behandling

Jag själv ser dock det inträffade på ett helt annat sätt. Wennström fick en utmärkt och botande behandling. Den var helt smärtfri och utan invasiva ingrepp. Det har inte ens behövts prover eller

andra undersökningar. Behandlingen har varit rofylld och till och med underhållande.

Kontrollen att behandlingen hade lyckats skedde efter sex timmar. Hade den skett tidigare kanske behandlingen inte hade blivit lika biverkningsfri.

Den totala behandlingstiden var 6 1/2 timme, men det är nog inte så många behandlingar som går snabbare från det att man sätter sin fot på akuten tills man är helt botad.

Rikard Viberg
distriktsläkare,
Hässelby vårdcentral

Replik:

Väntetiden på akuten orimligt lång

Jag har haft lite svårt att fullt ut tolka Rikard Vibergs inlägg, men jag utgår ifrån att han är lika seriös i sitt inlägg som det beslut är som tusentals patienter fattar varje dag i Sverige när de beslutar sig för att besöka en akutmottagning.

Tolkning 1: Rikard Viberg har missuppfattat min krönika. Om jag direkt när jag satte min fot på akuten hade genomgått en medicinsk evaluering för att sedan avvakta under kontrollerade former, och jag slutligen genomgått en kontroll så hade man kunnat tala om en lyckad behandling.

Nu var det ju inte så! Ingen undersökning, och således ingen behandling, påbörjades förrän efter 6,5 timmars väntan. Det var denna väntan som var problemet! Bemötandet var gott och den medicinska undersökningen upplevde jag som professionell.

Är väntetiderna adekvata?

Tolkning 2: Rikard Viberg anser att vi har adekvata väntetider på våra akutmottagningar och vill med sitt inlägg illustrera att vinsten med detta kan vara att enstaka patienter av försynen, gud eller moder natur botas under denna väntan.

Jag delar inte denna åsikt. Jag tycker att det är en respektlös inställning till akutpatienten! De flesta patienter har innan de beslutar sig för att besöka akuten redan avvaktat i hemmet. När de väl kommer till akuten vill de så snart

det låter sig göras få medicinsk bedömning och behandling och inte utsättas för en slumpmässig väntan.

Jag anser, till skillnad mot Rikard Viberg, att väntetiderna på akuten är för långa. Mitt intryck är också att dessa väntetider är från år har en tendens att öka. Detta finner jag oroväckande.

Ska man kunna minska väntetiderna på akutmottagningarna tror jag att man dels måste organisera om akutvården, bland annat genom att primärvården tar en aktivare del i akutbehandlingar, dels – och framförallt – tror jag att mer resurser måste överföras eller tillföras akutvården.

God tillgänglighet = service

Men om vi nu har dessa bedrövliga väntetider så måste vi åtminstone kunna informera om dessa både rakt och ärligt. Dels direkt till patienten på akuten, dels via uppdaterade telefonsvarare, dels via nätet. Jag menar också att väntetiderna måste lyftas fram i kvalitetsrapporter och verksamhetsberättelser.

Jag anser att svensk sjukvård idag generellt håller en hög standard såväl när det gäller diagnostik som behandling. Något som svensk sjukvård är sämre på är tillgängligheten. De långa väntetiderna på akuten är bara ett sådant exempel. God tillgänglighet kallas i andra branscher för service.

Ingmar Wennström
specialistläkare i kirurgi, mag-tarmcentrum, Ersta sjukhus, Stockholm

Antidepressiva läkemedel och kostnadseffektivitet

I Läkartidningen [1] diskuterar Norinder och medarbetare olika antidepressivas kostnadseffektivitet, ett intressant och aktuellt tema. Man jämför mirtazepin med ett äldre antidepressivum, amitriptylin, och ett SSRI-preparat, fluoxetin. De utgår från två kliniska prövningar som sedan appliceras på en hälsoekonomisk modell för att visa på de totala kostnaderna, dvs både direkta kostnader och indirekta kostnader såsom exempelvis sjukskrivningskostnader.

Man använder tidigare använda modeller från utlandet som anpassats till svenska förhållanden bl a genom ett panelmöte där fem psykiatrer gett sina synpunkter på t ex antal förväntade läkarbesök och använda doseringar. Författarnas slutsats är att mirtazepin är kostnadseffektivare som antidepressiv behandling än amitriptylin, och likvärdigt med fluoxetin.

Metodikproblem

Dessvärre finns några grundläggande tillkortakommanden i metodiken som gör att författarnas slutsatser måste ifrågasättas.

1. Generaliserbarhet. Två kliniska prövningar jämförande mirtazepin med amitriptylin respektive fluoxetin har varit grunden i det hälsoekonomiska resonemanget. Resultaten har sedan generaliserats att gälla en annan population. Att använda resultaten av enstaka kliniska prövningar på en hälsoekonomisk modell finner jag tveksamt då populationerna sannolikt skiljer i sig åt i flera viktiga avseenden.

Författarna kommenterar detta, men det förefaller inte ha förändrat slutsatserna. Den kliniska prövningen som jämförde mirtazepin med fluoxetin [2] inkluderade 66 respektive 67 i grupperna, med andra ord två relativt små grupper.

2. Extrapolation. I den kliniska prövningen jämförande mirtazepin och fluoxetin [2] har man extrapolerat resultaten efter sex veckors behandlingstid till en antagen behandlingstid på sex månader. Detta är en olycklig extrapolering med tanke på läkemedlets latens till klinisk effekt och den höga frekvensen