

Kirurgi behövs i låg- och medelinkomstländer

Synnerligen kostnadseffektiv folkhälsointervention



JOHAN VON SCHREEB, med dr, leg läkare, specialist i allmänkirurgi, divisionen för global hälsa, institutionen för folkhälsa, Karolinska institutet, Stockholm
johan.von.schreeb@ki.se

I en nyligen publicerad ledarartikel i Bulletin of the World Health Organization påpekas att kirurgi är en gravt underskattad folkhälsointervention. Det råder fortfarande stor okunskap om hur viktig och kostnadseffektiv kirurgi är för att minska sjuklighet och dödlighet globalt [1].

På senare år har ett flertal artiklar publicerats om kirurgi i låg- och medelinkomstländer. Den gängse uppfattningen har varit att kirurgi där är dyrt och har en mycket begränsad roll i hälsosystemet, vilket framför allt bör fokuseras på prevention och primärhälsovård [2].

Stor andel kirurgiska åkommor

År 2006 publicerades ett kapitel om kirurgi i Världsbankens bok »Disease control priorities in developing countries« [3]. I kapitlet visade författarna att behovet av kirurgi globalt är mycket stort.

Uppskattningsvis beror 11 procent av all »sjuklighet« (disability-adjusted life years, DALY) på kirurgiska åkommor. Av dessa motsvarar skador 38 procent, maligniteter 19 procent, medfödda missbildningar 9 procent, obstetriska komplikationer 6 procent, katarakt och glaukom 5 procent och perinatale åkommor 4 procent. Resterande 19 procent omfattar andra kirurgiska åkommor.

Kirurgisk åkoma är i detta fall definierad såsom »any condition that requires suture, incision, excision, manipulation or other invasive procedure that usually, but not always requires local, regional or general anaesthesia«.

Kirurgiskt behandlingsbara infektioner och abscesser ingick inte i analysen, eftersom data saknades.

Bara trauma uppskattas årligen döda 5 miljoner människor, nästan 10 procent av all dödlighet i världen [4]. En

studie har visat att en tredjedel av traumadödligheten drabbar den mest produktiva delen av befolkningen i åldern 15–44 år [5]. Många av dessa dödsfall kunde ha undvikits om den drabbade hade fått adekvat kirurgisk behandling.

Försvårat i resurssvagt samhälle

Man kan alltså konstatera att behovet av kirurgi är stort. Men är det försvarbart att i ett resurssvagt samhälle prioritera kirurgi? Hälsoministeriet måste ju använda resurserna så optimalt som möjligt. Är kirurgi kostnadseffektiv?

Ett sätt att mäta detta är att beräkna kostnaden för en hälsointervention att förhindra sjuklighet, dvs kostnaden per undvikbar DALY. Studier från Bangladesh och Sierra Leone har visat att kirurgi var en lika kostnadseffektiv intervention som mässlingsvaccination [6, 7].

Kostnaden per undvikbar DALY uppskattas till runt 35 amerikanska dollar för kirurgisk behandling på distriktsjukhus. Jämfört med bromsmedicinering för aids är kirurgi minst tio gånger mer kostnadseffektiv [8].

Brist på kirurger kan avhjälpas

I verkligheten begränsas dock tillgången till kirurgi i låginkomstländer av underfinansierade hälsobudgetar, brist på infrastruktur, personal, material och mediciner [9]. Kirurgi kan inte levereras där den så väl behövs.

I låginkomstländer råder det stor brist på läkare [10]. Att utbilda en specialiserad kirurg tar minst tio år. Efter slutförd utbildning tenderar kirurger att vilja verka i städer snarare än på landsbygden eller så emigrerar de till höginkomstländer [11]. Det är tomt på kirurger och läkare på landet, trots att det är där som behoven finns.

En strategi för att råda bot på detta kan vara att utbilda nya hälsokadror till att utföra kirurgiska ingrepp för vanligt förekommande åkommor med hög sjuk- och dödlighet. Det har visat sig vara en lyckad strategi att utbilda »kirurgtekniker« till att utföra kejsarsnitt i bla Mo-

çambique [12, 13]. Studier har visat att kejsarsnitt kan göras med bibehållen kvalitet och kostnadseffektivitet av dessa nya »icke-läkare« [14, 15].

En utmaning har varit att övertyga hälsoministrar om att detta inte är »andra klassens sjukvård«, utan en adekvat strategi att optimera resurserna.

Gamla myter måste avlivas

Det finns alltså goda argument för att hävda att kirurgi är en viktig del av hälsosystemet. Det är uppenbart att forskning är viktig för att avliva gamla myter. Det krävs dock mer innovativ forskning för att utröna hur man bättre ska kunna tillgodose kirurgiska behov där de är som störst.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Bae JY, Groen RS, Kushner AL. Surgery as a public health intervention: common misconceptions versus the truth. Bull World Health Organ. 2011;89(6):394.
2. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al, editors. Disease control priorities in developing countries. 2nd ed. New York: Oxford University Press/World Bank; 2006.
3. McQueen KA, Parmar P, Kene M, Broaddus S, Casey K, Chu K, et al. Burden of surgical disease: strategies to manage an existing public health emergency. Prehosp Disaster Med. 2009; 24 Suppl 2:s228-31.
4. von Schreeb J. Ny yrkesgrupp löser läkarbrist i fattiga länder. Specialiserad på livshotande obstetriska och kirurgiska åkommor. Lakartidningen. 2007;104(13):1022-4.
5. Chilopora G, Pereira C, Kamwendo F, Chimbiri A, Malunga E, Bergström S. Postoperative outcome of caesarean sections and other major emergency obstetric surgery by clinical officers and medical officers in Malawi. Hum Resour Health. 2007;5:17.

■ sammanfattat

Studier har visat att kirurgi tvärtomot gängse uppfattning är en kostnadseffektiv del av hälsosystemet i låg- och medelinkomstländer.

Men det råder brist på kirurger.

Innovativa sätt krävs för att säkerställa tillgång till kirurgi där behovet är som störst.