

## Läkarägda specialsjukhus för invasiv kranskärlsbehandling

En ny typ av hårt specialiserade små sjukhus har dykt upp i USA. Sjukhusen ägs ofta av läkare. Exempelvis är sjukhus specialiserade på revaskularisering av hjärtat genom bypass-operationer (CABG, coronary artery bypass grafting) och kateteringrepp i kranskärlen (PCI, percutaneous coronary intervention).

CABG innebär att autologa vengraft (vanligen saphena-graft) eller artärsegment (vanligen från a mamma interna) leder blodet förbi förträngningar i kranskärlen. PCI innebär ingrepp mot förträngningar i kranskärlen via katetrar (vanligen genom cylinderformade små metallnät, stentar och/eller vidgning av förträngt kranskärl genom uppblåsbar ballong). Indikationerna är angina pectoris med otillräcklig effekt av läkemedel och/eller koronarangiografiska fynd som markerar risk för försämrad överlevnad. PCI har dessutom fått säkert evidensbaserad användning vid akut hjärtinfarkt [1].

CABG används vid utbredda förträngningar i flera kärl och PCI vid enstaka förträngningar i ett eller två kranskärl. Sedan flera år ökar användningen av PCI på bekostnad av CABG. I Sverige gjordes för några år sedan lika många PCI som CABG, nu är antalet PCI 3,5 gånger så stort som antalet CABG, enligt SCAAR (Svenska coronar angiografi- och angioplastikregistret).

**De små specialitetssjukhusen** väcker flera frågor: Hur påverkas de totala vårdkostnaderna? Plockar man russinerna ur kakan och vältrar över problemen på konventionella sjukhus? Ökas det totala antalet ingrepp? Är ökningen i så fall medicinskt motiverad? Snedvrider läkarnas ekonomiska intressen vården? Svaren på frågorna kompliceras av att det finns en gråzon i indikationerna. Valet mellan läkemedelsbehandling, CABG och PCI är inte alltid självklart!

En i JAMA publicerad undersökning [2] med ledarkommentar [3] besvarar en del av frågorna. Undersökningen har

»... har lärt mig att invasiv utredning och behandling av kranskärlssjukdom av icke-kardiologer betraktas som särdeles svåra gökningar när sjukvårdsresurserna skall fördelas.«

gjorts på sjukhus som betjänar de 40 miljoner amerikaner som får sjukvård via Medicares försäkringssystem. Den jämför hur antalet kranskärls-ingrepp utvecklats under perioden 1995–2003 i områden där 1) specialsjukhus inrättats, 2) nya avdelningar med möjlighet till PCI/CABG inrättats på befintliga sjukhus och 3) inga nya enheter för PCI/CABG på specialsjukhus eller på befintliga sjukhus har inrättats.

**Analyserna visade** statistiskt signifikant större ökning av antalet ingrepp i regioner av typ 1 (19 procent) än i regioner av typ 2 (7 procent) och typ 3 (7 procent). Kraftigast ökning av PCI noterades för patienter med kronisk angina pectoris, dvs patientgruppen med flest »gråzonsproblem« vid bedömning av indikationer. Nedgången i antalet CABG var dessutom betydligt mindre i regioner med specialsjukhus.

Många års kardiologisk administrativ erfarenhet har lärt mig att invasiv utredning och behandling av kranskärlssjukdom av icke-kardiologer betraktas som särdeles svåra gökningar när sjukvårdsresurserna skall fördelas.

I Sverige har utbyggnaden skett enligt alternativ 2 ovan, dvs inom den etablerade sjukhusstrukturen. Nya enheter för koronarangiografi och PCI har infogats i centralasarettens verksamhet. Vid internationell jämförelse verkar detta ha medfört en rimligt balanserad utveckling vad avser patienternas behov och sjukvårdskostnaderna. Utvecklingen av behandlingsmöjligheterna för sjukdomar i hjärtats kranskärl har varit hisnande sedan de första CABG-operationerna utfördes i Cleveland, Ohio, USA, för 40 år sedan [4]. Detta bör man besinna då man klagar – på sjukvården och dess kostnader.

**Göran Nilsson**

professor, Centrum för klinisk forskning, Centralasarettet, Västerås

1. Stenestrand U, et al. Long-term outcome of primary percutaneous coronary intervention vs prehospital and in-hospital thrombolysis for patients with ST-elevation myocardial infarction. *JAMA*. 2006;296(14):1749-56.
2. Nallamothu BK, et al. Opening of specialty cardiac hospitals and use of coronary revascularization in medicare beneficiaries. *JAMA*. 2007;297(9):962-8.
3. Cram P, et al. Physician-owned specialty hospitals and coronary revascularization utilization: too much of a good thing? *JAMA*. 2007;297(9):998-9.
4. Nilsson G. En kreativ miljö möjliggjorde framsteg inom kranskärlskirurgi. *Läkartidningen*. 2002;99(23):2654-6.

## Övervikt skyddar mot suicidrisk

Överviktiga män löper minskad suicidrisk jämfört med män med normal eller låg kroppsvikt. Det visar en studie som presenteras i tidskriften *Archives of Internal Medicine*. Tidigare studier har kopplat övervikt till depression. Detta, har det spekulerats, skulle kunna innebära att överviktiga löper ökad risk att ta sitt liv. Så tycks emellertid inte vara fallet. Det visar studien som bygger på data från drygt 45 000 amerikanska män som följdes från 1986 och framåt med regelbundna kontroller av bl a längd och vikt. Fram till 2002 hade 131 av de i studien ingående individerna tagit sitt liv. Det visade sig då att just överviktiga löpte minskad suicidrisk. Män med BMI över 30 löpte 42 procent lägre risk för suicid än män med BMI under 30.

Att vara riktigt smal tycks innebära ökad suicidrisk, då suicidrisken för män med BMI under 20 var 39 procent högre än för gruppen med BMI mellan 20 och 22. Sambanden stod sig efter att forskarna rensat för faktorer som förekomst av kroniska sjukdomar och cancer samt antidepressiva mediciner.

Författarna spekulerar över att en anledning till att övervikt verkar skydda mot suicid skulle kunna vara hormonella faktorer, som att övervikt påverkar halterna av insulin, vilket i sin tur påverkar halterna av bl a serotonin. En annan förklarande mekanism skulle, enligt forskarna, kunna vara att övervikten kan vara en konsekvens av en depression. Kolhydrater har nämligen en stimulerande effekt på utsöndringen av serotonin, och det ökade matintaget skulle i själva verket vara ett sätt att »självmedicinera« mot depressiva besvär – på svenska förmodligen mer känt som att »tröstäta«.

Författarna betonar emellertid att de av lätt insedda anledningar inte uppmanar någon att bli överviktig på basis av den minskade suicidrisken.



Foto: Science Photo Library

Om övervikt är en följd av depression på grund av tröstätande eller ett skydd mot depression låter denna studie vara osagt.

**Anders Hansen**

läkare, frilansjournalist  
anders.hansen@sciencecap.se

*Arch Intern Med*. 2007;167:468-75.