

en falsk hypertoni beroende på att blodtrycket endast tagits i liggande. Att en sådan överbehandling verkligen föreligger är verifierat i många studier [5-8].

Genom att rutinmässigt mäta blodtrycket i sittande reducerar man risken för överbehandling av dessa patienter, som verkligen inte behöver någon anti-hypertensiv terapi. Då mer än hälften av svenska män och kvinnor över 55 år har ett diastoliskt blodtryck som ligger över 90 mmHg måste man vara säker på att man verkligen behandlar en reell hypertoni och inte en falsk sådan [1].

Förslag till rekommendation

Min rekommendation skulle vara följande:

- *Vid första blodtrycksmätningen mäts trycket först i sittande.*
 - Vid tryck (i bägge armarna!) <140/90 behövs ingen ytterligare mätning.
 - Vid tryck >140/90 mäts trycket i liggande efter en stunds vila, och i sittande och stående. Trycket skall sedan mätas på detta sätt vid flera tillfällen, helst vid olika tidpunkter på dagen, för att konstatera om fastlagda kriterier för hypertoni verkligen är uppfyllda [1, 4].
- *Vid kontroll av patienter med reell hypertoni:*
 - Välj liggande eller sittande för ruttkontrollen.
 - Mät av och till trycket även i stående för att motverka risk för överbehandling.

Referenser

1. SBU. Måttligt förhöjt blodtryck. SBU-rapport nr 121. Stockholm: SBU, 1994.
2. Fagrell B, Sallmander U, Lindning av nedre extremiteterna – effektivt hjälpmedel i fall av idiopatisk hypotension. Läkartidningen 1972; 69: 2720-1.
3. Buhre W, Weyland A, Buhre K, Kazmaier S, Mursche K, Schmidt M et al. Effects of sitting position on the distribution of blood volume in patients undergoing neurosurgical procedures. Br J Anaesth 2000; 84: 354-7.
4. Behandling av hypertoni hos äldre. Läke-medelsverket 1993; 1: 5.
5. Waeber B, Scherrer U, Petrillo A, Bidiville J, Nussberger J, Waeber G et al. Are some hypertensive patients overtreated? A prospective study of ambulatory blood pressure recording. Lancet 1987; 2: 732-4.
6. Furberg CD, Berglund G, Manolio TA, Psaty BM. Overtreatment and undertreatment of hypertension. J Intern Med 1994; 235: 387-97.
7. Myers MG, Reeves RA, Oh PI, Joyner CD. Overtreatment of hypertension in community? Am J Hypertens 1996; 9: 419-25.
8. Mallion JM, Mouret S, Baguet JP, Maitre A, Quesada JL, De Gaudemaris R. Ambulatory blood pressure variation in normotensive subjects in relation to the sitting or standing position. Blood Press Monit 2000; 5: 169-73.

»Hälsopeng« skulle inte fungera utanför storstäderna

En ledare i Läkartidningen (41/00, sidan 4537) signerad Anders Mil-ton, som behandlade morgondagens vårdstruktur, har initierat ett debattinlägg av Håkan Eriksson och medarbetare (46/00, sidorna 5368-71).

Författare

ACKE HALLÉN

f d chefläkare, medicinkliniken, Säfle.

»'Hälsopeng' ger patienterna möjlighet att rösta med fötterna« lyder rubriken på artikeln. Det gäller ett förslag om att ge svenska folket en hälsopeng, som ger individen frihet att själv välja var han eller hon vill köpa sin sjukvård i ett utbud av privata och »offentliga« vårdgivare.

De privata sjukvårdsproducenterna skulle då representeras av etablerade, och av en statlig myndighet auktoriserade, bolag. Parallellt dras med de skolorna och Skolverket.

Organisationsförändring är kungsordet

Incitantet till dessa tankar om ett systemskifte i den svenska sjukvården föds givetvis ur de ökande svårigheter landstingen har idag att tillfredsställa allmänhetens sjukvårdsbehov. Ökande köbildningar, stressade sjukvårdarbete-re, stigande rekryteringsproblem av kvalificerad personal osv möter landstingen axiomatiskt med radikala organisationsförändringar – ett sedan antiken vanligt förfaringsätt när det kniper. Nu är kungsordet centralisering. Allmänheten är alltför väl medveten om vad som pågår.

Självklarheter presenteras som nyheter

I diskussionen om orsakerna till sjukvårdens dilemma finns en tendens att framhäva självklarheter som något helt nytt. Krav på gott omhändertagande, ökad spetskompetens, informationsbehov, medicinsk utveckling, kostnadseffektivitet, bättre arbetsmiljö, ökat patientinflytande m m, m m svarar ju mot behov som alltid varit närvarande i sjukvården och som också genererat ett ständigt pågående förändringsarbete. Det vet ju alla som arbetat i vården några år. Därmed inte sagt att inte nya problem dyker upp som pockar på sin lösning.

Peka på konkreta orsaker

Är det inte vettigt ändå att i första hand peka på de enkla men helt avgörande faktorer som står för huvuddelen av dagens bekymmersamma situation?

Allt fler äldre och multipelt sjuka patienter i förening med allt omfångs-

rikare arbete runt varje patient – ökade diagnostiska och terapeutiska möjligheter i förening med ökade dokumentationskrav och andra pålagor – kräver fler högutbildade sjukvårdsarbetare. Det kostar pengar. Om man i det läget i stället stryker tilldelningen av slantar, vilket skett under ett antal år nu, går det på tok. Det behöver man inte vara nobelpristagare för att begripa.

Men även om mer offentliga medel tillförs – just nu en nödvändighet för att skapa andrum – kommer avståndet fortsätta att öka mellan samhällets ekonomiska kapacitet och de medicinska möjligheter som ökad kunskap ger. Det borde människorna i vårt land få veta eftersom detta förhållande rymmer den stora problematiken i framtidens sjukvård.

Området är komplicerat och mycket vittomfattande. Sjukvårdens finansiering och produktion ingår som betydelsefulla element. Därför är diskussionen därom nödvändig och det är viktigt att den debatten hålls levande.

Angriper monopolsituationen

I förslaget från Håkan Eriksson och medarbetare går man till angrepp mot monopolsituationen i svensk sjukvård. Många har pekat på bristerna i landstingens fögderi, och alla skall veta att det brister rejält på sina ställen. Med en från skattemedel utdelad individuell sjukpeng skulle gemene man kunna köpa sin sjukvård hos den producent av flera, som

Man utgår från ett tyvärr alltför vanligt antagande, nämligen att man kan sätta likhetstecken mellan sjukvård på landet och i storstad.

verkar mest attraktiv. Blir man missnöjd flyttar man bara sin sjukvårdscheck till ett annat företag.

Kardinalfel i förslaget

Jag vill hävda att det finns ett kardinalfel i det här förslaget. Man utgår från ett tyvärr alltför vanligt antagande, nämligen att man kan sätta likhetstecken mellan sjukvård på landet och i storstad. Det kan man inte och kommer aldrig att kunna.

Konceptets finansiella system bygger på att det skall vara rikstäckande, men dess produktionssystem klarar inte den uppgiften eftersom sjukvården måste struktureras på olika sätt beroende på om du bor i storstad eller i glesbygd.

Tre exempel

Exempel 1. Landsbygdsbon Greta Larson är till åren kommen och ganska skröplig. Hon har köpt in sig hos Frisk&Kry AB, som driver såväl det lilla sjukhuset, med ansluten primärvård, 12 km från bostaden, som »centrallasarettet» 12 mil bort. Till konkurrerande företag i branschen är det inte mindre än 30 mil. Greta tycker att hon behandlas illa, blir missnöjd och vill byta »entreprenör». Hur gör hon då? Vart tog valfriheten vägen?

Exempel 2. Aktieägarna börjar muttra. Något måste göras. Frisk&Kry finner att lönsamheten för det lilla sjukhuset är för dålig. Man lägger då ned verksamheten och placerar pengarna i större enheter, trots att befolkningsunderlaget väl motiverar verksamheten vid ett sjukhus. Dock inte två. Nu får Greta 12 mil till närmaste sjukhus. Det gör henne väldigt otrygg.

Exempel 3. Frisk&Kry AB går i konkurs. Konkursutredningen drar ut på tiden. Blir det då det gamla förhatliga landstinget som får ta över?

Kapaciteten finns inte utanför storstad

I storstad med ett flertal sjukhus kan måhända kapacitet skapas att ta emot patienter som av en eller annan anledning inte anser sig få det omhändertagande de förväntat sig av det anlitade sjukvårdsföretaget. Då kan ett sånt här system fungera och ha den sjukvårdseffektiviserande konkurrenskraft som författarna eftersträvar.

Men att göra försök med »Hälsopeng» i enstaka försökslandsting torde bjuda på oöverstigliga svårigheter. Förslaget får nog stöpas om på väsentliga punkter för att vara färdigt för prövning. Litet drastiskt uttryckt är det förmodligen än så länge bättre att rösta med huvet än »med fötterna» som man föreslår i artikelns rubrik.

Replik:

Konkurrens till nytta även i glesbygd

Acke Halléns invändningar mot vårt förslag om hälsopeng anförs ganska ofta men, enligt vår uppfattning, felaktigt som bärande argument mot förslaget.

Författare

ERIK BJÖRN-RASMUSSEN

docent i invärtesmedicin

BJÖRN BRAGÉE

smärtläkare, VD för den medicinska

portalen Ronden

PATRIK ENGELLAU

ordförande för Den Nya Valfärden

OLLE ISAKSSON

professor, Sahlgrenska Universitets-
sjukhuset.

II Hälsopengssystemet fungerar ungefär som skolpengssystemet. Patienter väljer fritt bland ett antal av staten auktoriserade hälso- och sjukvårdsföretag (HSF) som får totalansvaret för den inskrivnes hälso- och sjukvård.

I pengarna ingår, och det är en av finesserna med förslaget, inte bara dagens vårdkostnader, utan också dagens kostnader för läkemedel, rehabilitering, sjukskrivning etc. På det viset etableras starka incitament mot att patienter sjukskrivs eller förtidspensioneras i stället för att erbjudas vård etc.

Konkurrens i glesbygd

Nu säger Acke Hallén att detta kanske fungerar i storstäder, men inte i glesbygd eftersom det bara finns kundunderlag för högst ett HSF på orter med få människor.

Så kan det vara. Detsamma gäller tandvård, restauranger, biografier, hotell och praktiskt taget allting annat, men varför detta skulle vara ett argument mot konkurrens har vi svårt att förstå. Poängen med konkurrensen är inte bara valfriheten, utan också den skärpning den tvingar producenterna till. För även om det inte finns några konkurrenter här och nu kan det komma en i morgon och ta mina kunder om jag inte sköter mig.

Nedläggning av olönsamma enheter

Sedan säger Acke Hallén att ett HSF kanske lägger ned ett litet sjukhus för att lönsamheten är för dålig, vilket kan göra en patient »väldigt otrygg». Vad han menar är troligen att klart olönsamma sjukhus lättare kan överleva i ett landstings-system där politiska påtryckningar kan klämma fram extra pengar än i ett system med konkurrerande företag. Det är nog sant.

Å andra sidan skulle det lilla nedläggningshotade sjukhuset få helt andra handlingsmöjligheter i ett friare system. Till exempel skulle det kunna bli underleverantör av någon viss sorts sjukvårdstjänster till flera olika HSF och på det viset ordna sin överlevnad.

Vad händer vid en konkurs?

Avslutningsvis undrar Acke Hallén vad som händer om ett HSF går i konkurs. Blir det då det »gamla förhatliga landstinget» som får ta över? Frågan gäller rimligtvis bara de patienter som inte av sig själva skriver in sig någon annanstans (om nu verksamheten upphör, vilket inte nödvändigtvis inträffar bara för att ett företag går i konkurs; någon annan kan ju ta över sedan balansräkningarna sanerats).

Vad gör myndigheterna med patienter som inte vet vad de ska ta sig för? En möjlighet är landstinget. En annan är inskrivning genom offentlig försorg i ett annat HSF. Huvudsaken är att man har en politik för att hantera situationen.

Landstinget skulle få visa vad det går för

För övrigt är landstinget inte förhatligt i våra ögon. Acke Hallén missförstår. Vi vet att mycket inom landstingen fungerar bra. Med hälsopengssystemet skulle landstingen få tillfälle att visa vad de går för. Om de klarar sig överlever de, om inte läggs de ned i patienternas intresse. Det är inte landstinget vi ogillar, utan monopolet.

Till saken hör inte minst att monopolet är ensam köpare av läkarnas och den övriga sjukvårdspersonalens tjänster. Att vara ensam köpare ger makt över säljarna på samma vis som den ensamma säljaren har makt över köparna. Det skulle vara bra för sjukvårdspersonalen om det fanns fler arbetsgivare som konkurrerade om deras tjänster.

Den specialintresserade kan läsa mer om vårt förslag på www.dnv.se/hsf

Det är inte landstinget vi ogillar, utan monopolet.