

Länsdelssjukhusen ger både god och kostnadseffektiv vård

Vi som dagligen arbetar i den patientnära vården på länsdelnivå vet att vi är kostnadseffektiva och ger god vård. Vården här är billigare än på de stora sjukhusen. Att slå sönder en välfungerande länsdelssjukvård gagnar ingen. Det är tråkigt om valet skall stå mellan vård och visioner.

HENRIK NORDSTRÖM
överläkare, medicinkliniken, Lasarettet,
Alingsås
henriknordstrom@hotmail.com

II Jesper Perssons och Stefan Rydén kommentar i Läkartidningen 46/2003 (sidan 3790) till mitt ifrågasättande (45/2003, sidorna 3693-4) av deras strukturutredningsförslag innehåller inte ett enda svar. Sakargument bemöts med ord som »breddad bas«, »långsiktighet« och »visioner«. Dessutom används det urgamla knepet att misstänkliggöra kritikers syften genom att insinuera att kritikern »talar i egen sak«.

Både mänsklig och kostnadseffektiv

Jag hyser inte den minsta ängslan att bli arbetslös om Västra Götalandsregionens strukturplan (= kopia av Skånes) genomförs. Jag kan också fortsättningsvis ägna mig åt akut internmedicin och kardiologi om jag vill det.

Mina kollegor och jag i Alingsås har alla arbetat varierande antal år vid universitetssjukhus men har aktivt valt det patientnära arbetet vid länsdelssjukhus, eftersom vi insett att denna vårdform är både mänsklig och kostnadseffektiv. Jag känner mig däremot som advokat för de städer och patienter som kommer att drabbas hårt om dessa strukturförändringar genomförs.

Problemet med långa transporter

Naturligtvis är risken stor att människor kommer att utsättas för stora risker eller fara illa vid långa transporter. Vi som arbetar kliniskt har alla haft att göra med patienter som vi vet inte skulle ha överlevt en lång transport. Det är dock nästintill omöjligt att följa upp detta systematiskt. Tillvaron för de många sjuka blir avsevärt mycket svårare med de transportavstånd som kommer att uppstå, och kostnaden blir inte lägre.

Var finns den samhällliga, mänskliga och medicinska konsekvensanalysen? Var finns den evidensbaserade vetenskapen som stöder er koncentrations-

teori? Hur skall man organisera utbildningen för AT- och ST-läkare utan en länsdelssjukvård? M m, m m!

Vem är lämpad att utreda?

Frågan om »jäv« är faktiskt ett stort problem i sammanhanget. Vem är bäst skickad att utreda? Många utredare har ingen sjukvårdserfarenhet, och av dem som har det vistas många långt från vårdens vardag. Att, som man gjort i Skåne, sätta människor att utreda sin egen framtid är ju intressant. En analogi vore att låta Volvo utreda och lösa Sveriges trafikproblem eller, ännu värre, att låta Volvo utreda Saabs framtid.

Tvärtom avråder man i neurologkretsar nu ifrån alla strukturförändringar som medför längre transporttider till sjukhus, eftersom detta gör att ytterst få patienter kan få effektiv trombolysbe-

Slutreplik:

En del verksamheter får högre kvalitet av att koncentreras

Debatten hade blivit mer konstruktiv om Henrik Nordström diskuterat det som står i vår artikel i stället för att fäkta mot inbillade centraliseringsspöken. En del verksamheter – som t ex internmedicin – mår bra av att vara decentraliserade. Andra verksamheter får högre kvalitet av att koncentreras – t ex lågfrekvent och akut kirurgisk verksamhet.

JESPER PERSSON
med dr, verksamhetschef, medicinkliniken, Centralsjukhuset, Kristianstad
jesper.persson@skane.se

STEFAN RYDÉN
docent, regionöverläkare/medicinsk rådgivare, Region Skåne
stefan.ryden@skane.se

II Henrik Nordström (HN) återkommer med samma invändningar som tidigare.

handling vid slaganfall inom de tre timmar från symtomdebut till inledd behandling som gäller. Att hjärtinfarkter skulle behandlas bättre vid ett fåtal större enheter finns det heller ingen evidens för.

Persson och Rydén anger att den stora skillnaden mellan deras förslag och alla tidigare strgsiktigt«. Jag har dock aldrig någonsin stött på någon utredare som marknadsfört sitt förslag med att det är kortsiktigt!

Tråkigt behöva använda sin tid till detta

Det är tråkigt att så mycket energi skall ägnas åt att försöka mota de ständiga angrepp som kommer mot länsdelssjukvården. Vi som dagligen arbetar i den patientnära vården på länsdelnivå vet att vi är kostnadseffektiva och ger god vård. Vården här är billigare än på de stora sjukhusen. Att slå sönder en välfungerande länsdelssjukvård gagnar ingen. Det är tråkigt om valet skall stå mellan vård eller visioner.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren arbetar vid medicinkliniken, Lasarettet, Alingsås.

ANNONS

ANNONS

på ett länsdelssjukhus. Det pågående arbetet med förändring av den skånska sjukvården sker med osedvanligt bred delaktighet. Visst är det både intressant och rimligt att människor i vården är med och utreder sin egen framtid!

Inbillade centraliseringsspöken

Vi har sett såväl svagheter som styrkor med de små länsdelssjukhusen. Den största delen av de internmedicinska patienterna behandlas med fördel på lasarett av denna typ. Vi har inte föreslagit att denna vård ska koncentreras till fyra stora akutsjukhus i Skåne. Det hade varit en mer konstruktiv debatt om HN diskuterat det som står i vår artikel i stället för att fäktas mot inbillade centraliseringsspöken. Bäste Henrik Nordström, ta på andra glasögon och läs innantill så klarnar nog bilden!

Decentralisering och koncentration

En del verksamheter – som t ex internmedicin – mår bra av att vara decentraliserade. Andra verksamheter får högre kvalitet av att koncentreras – t ex lågfrekvent och akut kirurgisk verksamhet. Flertalet patienter med akuta tillstånd skall kunna handläggas inom närsjukvården, nära sina hem, vid medicinkliniker, vid små sjukhus! Antalet transporter av akut sjuka skall i möjlig mån begränsas. Vissa akuta internmedicinska tillstånd bör av volymiskäl koncentreras. Detta gäller t ex vissa patienter med stroke eller hjärtinfarkt. Patienter som är aktuella för trombolys vid stroke bör handläggas vid fyra sjukhus i Skåne med hänsyn till volym, behov av kompetensutveckling och resurser.

För att undvika tidsfördröjning skall denna hänvisning ske prehospitalt så att ambulanserna dirigeras rätt direkt. Vi menar, med stöd från »neurologkretsar«, att detta är fullt möjligt och att den majoritet av strokepatienter som inte är aktuella för trombolys skall få ett fullgott professionellt omhändertagande inom närsjukvården vid alla skånska sjukhus.

De av de akuta ST-höjningsinfarkterna som bör genomgå akut perkutan koronar intervention (akut PCI) skall likaledes koncentreras, t ex nattetid, till endast ett sjukhus i Skåne.

Förändrade uppdrag, inte nedläggning

Visionsprogrammet »Skånsk livskraft – vård och hälsa« har inte som syfte att lägga ner välfungerande länsdelssjukhus! Däremot kommer många sjukhus att få förändrade uppdrag med större krav på samverkan med vårdgrannar och andra sjukhus.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Varför detta ointresse för minskat saltintag?

Genom fokuseringen på behandlingen av högt blodtryck har orsakerna till tillståndet kommit i skymmandan. Ett viktigt orsakssamband är det dagliga saltintaget, som till tre fjärdedelar kommer från färdigmat och till en fjärdedel tillsätts vid matlagningen. Sverige bör följa Finlands exempel och ange en övre gräns för saltinnehållet i livsmedel.

MATTIAS AURELL

professor emeritus, avdelningen för medicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborgs Universitet

mattias.aurell@medic.gu.se

■ Det är roligt att min lärare och vän, Björn Folkow, ger sig in i saltdebatten [1], som följde på mina inlägg i Läkartidningen [2, 3] och DN Debatt [4, 5]. Hans röst är välkommen eftersom han företräder en annan syn på förhållandet mellan salt och blodtryck än den jag gett uttryck för. Strömmen av notiser och kommentarer i dags- och veckopress visar emellertid att man i allmänhet håller med mig om att överkonsumtion av koksalt kan vara skadligt och att vi dagligdags får i oss för mycket av det i Sverige. Det senare håller Folkow med om, men inte det förra, att det skulle vara skadligt. Där skiljer vi oss åt markant.

Fokus på behandling skymmer orsakerna

Vi är helt ense i grundfrågan, nämligen att kardiovaskulär sjukdom som plågar västvärlden – stroke, infarkter, hjärtsvikt – i dominerande grad orsakas av högt blodtryck. Därför kommer den medicamentella behandlingen av högt blodtryck, som utvecklades under senare delen av 1900-talet, säkert att räknas till de verkligt stora medicinska framstegen. Det är också på det området som Folkow gjort sin stora insats.

Tyvärr skymmer dagens fokusering på behandlingen av högt blodtryck åtgärder mot det höga blodtryckets orsaker. Det medför en passiv inställning till utredning av blodtryckspatienter, som kan leda till att viktiga orsakssamband försummas. Ett sådant orsakssamband är det dagliga saltintaget, som till tre fjärdedelar kommer från den mat vi köper färdig och bara till en fjärdedel från det vi själva sätter till vid matlagningen.

Det var en viktig utgångspunkt för mina ursprungliga reflektioner i Läkartidningen [2]. Vi bekymrar oss över skenande sjukvårdskostnader, men har en

potentiellt viktig faktor till detta rätt framför ögonen, nämligen saltintaget från »processed food«, och den gör vi ingenting åt!

Stress och brist på motion

Folkows huvudtes är att bl a stress och brist på motion är viktiga faktorer som utlöser neuroendokrina impulser som orsakar högt blodtryck genom att slå direkt på blodkärlen. Jag menar att dessa impulser först måste påverka njurarnas salthantering innan de transformeras till högt blodtryck – det är njurarnas barostatfunktion. De neuroendokrina impulserna försvårar saltutsöndringen genom att de ökar saltupptaget i njurarna, vilket ökar extracellulärvolymer (ECV) och tvingar upp blodtrycket för att återställa balansen. De olika förklaringsmodellerna av det höga blodtryckets orsaker färgar av sig på inställningen till behandling. Minskad stress och ökad motion, som Folkow förordar, är faktorer inte så lätta att påverka. I Folkows värld blir till sist den avgörande åtgärden att medicamentellt vidga blodkärlen så att trycket normaliseras. I min värld går det att minska blodtrycket genom att avlasta njurarna uppgiften att hantera ett överdrivet stort saltintag.

Sjunker trycket med minskat saltintag?

Den springande punkten i hela saltdebatten är dock: Sjunker verkligen blodtrycket om saltintaget reduceras? Det var just det som den ytterligt välgjorda DASH-studien [6] visade. Måttlig reduktion av saltintaget reducerade blodtrycket hos alla och mest hos dem med högt blodtryck och hos de äldre, de två grupper där det är mest angeläget att sänka blodtrycket. Vi läser också nyligen i Läkartidningen [7] att bara någon enda millimeters trycksänkning reducerar den relativa risken för stroke med 20–30 procent. Den sänkningen åstadkommer saltreduktion med råge. Tyvärr lyfter inte Folkow fram den aspekten av DASH-studien.

Det är mycket intressant att nationel-