rar i takt med att distriktsvården förstärks«.

Då gällde diskussionen fördelningen av läkartjänster, i dag gäller den behovet av vårdplatser.

I ovan nämnda samarbetsdokument skrevs bl a »Arbetsgruppen är enig om nödvändigheten för primärvården med en väl fungerande dygnet-runt-kirurgisk specialistvård« inom länssjukvården [5]. Ett samförstånd som välkomnades av Läkarförbundet [6]. I WHO-rapporten »Hospitals and health for all« [7] framförs också att en fungerande öppenvård är beroende av en kedja väl fungerande lokala sjukhus. Sedan dessa texter skrevs har vårdplatssituationen ytterligare försämrats, mellan åren 1992 och 2000 med 45 procent.

**Man kan inte begära** att SB från sin nuvarande internationella utsiktspunkt ska ha någon färsk erfarenhet av svensk sjukhusbunden vardagssjukvård, dvs länssjukvård, och dess arbetsvillkor. Vårdköer, överbeläggningar och utlokalisering av patienter till främmande avdelningar är i dag påtagliga riskfaktorer för patienterna. Bristen på vårdplatser är också ett av de största arbetsmiljöproblemen för all sjukhuspersonal. Patienternas missnöje och frustration försämrar det mentala klimatet i vården och hotar också den medicinska etiken.

Vårdplatsbristen berör också primärvårdsläkarna, som får svårt att placera de patienter som behöver sjukhusvård, eller får ta hand om för tidigt utskrivna patienter. Vårdcentraler och sjukhuskliniker är beroende av samarbete kring de gemensamma patienterna. Sviktar någondera organisationen på grund av resursbrist omöjliggörs fungerande vårdkedjor mellan öppen och sluten vård.

Den förebyggande hälsovård som SB förespråkar, i och för sig inte kontroversiell, kan inte märkbart reducera behovet av sjukhusvård. Förr eller senare blir de hälsovårdade medborgarna äldre och drabbas av ålderdomens sjukdomar och skador, ofta svåra att behandla och rehabilitera utan tillgång till vårdplatser, dvs sjukhussängar.

Visst, vi håller gärna med om att »våra vårdcentraler utgör en fin resurs för framtida hälsoarbete«, men till att behandla och vårda infarkter, hjärnblödningar, magblödningar, appendiciter, frakturer och katastrofsnitt är de inte avsedda. Till det behövs det vårdplatser och specialister i tillräcklig mängd inom länssjukvården.

**Vårdens personalorganisationer** måste ta på sitt ansvar att till pågående utredning (Svegfors Ansvarskommitté) och beslutsfattare rapportera om vardagssjukvårdens villkor i skuggan av vårdplatsbristen. Om utopiska framtidsvisioner som SB och andra ger uttryck för får stå oemotsagda är risken stor att bilden av framtidens sjukvård blir helt missvisande. Det kan ge upphov till olyckliga sjukvårdspolitiska beslut på felaktiga grunder.

**Ulf Lindsjö**
docent, Uppsala; f d läkarombudsman, f d ledamot av Sylfs styrelse, Läkarförbundets centralstyrelse, förhandlingsdelegation, m m

**Folke Nilsson**
docent, Skanör; f d facklig sekreterare i Svensk kirurgisk förening m m

**Lars Thorén**
professor emeritus, Uppsala; f d ordförande i Svensk kirurgisk förening

REFERENSER

1. Lindsjö U, Nilsson F, Thorén L. Historien upprepar sig. Läkartidningen 2006;103:1453.
2. Bengmark S. Radikal förändring av sjukvårdens organisation nödvändig. Läkartidningen 2006; 103:1629.
3. Lindsjö U, Ihre T, Nilsson F, Thorén L. Rädda länssjukvårdens vårdplatser! Sjukhusläkaren 2006;(2):36-7.
4. Bengmark S, Lindsjö U, Nilsson F, Thorén L. Kirurgins roll i morgondagens sjukvård. Läkartidningen 1975;72:2607-11.
5. Kirurgi – allmänläkarvård. Utbildning – organisation – avgränsning. Läkartidningen 1977;74: 3938-9.
6. Samförstånd [ledare]. Läkartidningen 1977;74: 3929-30.
7. WHO. Hospitals and health for all. Génève: WHO; 1987. WHO Technical Report Series No 744.

## Replik:
# Läkarkåren måste göra upp med osthyvelsprincipen

Den fråga som vi diskuterar är inte specifik för Sverige, det är i högsta grad en fråga vi delar med de flesta andra länder. Internationellt har det föreslagits att den slutna kroppssjukvården skulle kunna klaras med tre storsjukhus per miljon invånare, dvs för Sveriges del cirka 30–35 sjukhus.

**Även om det ofta talades om** att spara vårdplatser trodde vi nog allmänt under de gyllene 1970- och 80-talen att vi i stor utsträckning skulle kunna behålla den vårdstruktur vi hade, även om den öppna vården dramatiskt byggdes ut.

Sedan 1992 är verkligheten en annan, också i Sverige. Under 1970- och 80-talen fanns det i Sverige 96 akutsjukhus, men därefter har stora, även om ej tillräckliga, förändringar skett. Under åren 1992 till 2004 minskade antalet landstingsägda akutsjukhus från 87 till 76. Därtill gjordes väsentliga inskränkningar vid ytterligare 16 sjukhus; vid nio bedrivs idag ingen som helst akut kirurgi och vid ytterligare sju sjukhus utförs inga akuta operationer under kvällar, helger och nätter. Återstår alltså i realiteten för närvarande 60 landstingsägda akutsjukhus som har öppet dygnet runt. Och utvecklingen kommer säkert att fortgå.

**I den bästa av alla världar** är det naturligtvis en fördel om varje stad kan ha sitt eget sjukhus. Men så ser inte den ekonomiska verkligheten ut. Den osthyvelsprincip som våra landsting under senare årtionden tillämpat har också starkt drabbat våra storsjukhus, speciellt universitetssjukhusen, som fått se sina resurser för både sjukvård och forskning starkt beskäras. Men allra viktigast – det har inneburit att ett önskat paradigmskifte från vård av sjuka till vård av hälsa knappast ens har påbörjats.

I USA beräknas kostnaderna för sjukvård fördubblas under perioden 2002 till 2011, och då utgöra motsvarande 100 000 kr per individ och år. Enbart kostnaderna för diabetesvården, som är en tung post, har fördubblats under de senaste fem åren.

**Även om landstingens ekonomi** just nu är god finns det inget som motsäger att inte Sverige är inne i samma utveckling. Jag tror att det är utopiskt att förvänta att vi kan behålla allt. Om inte läkarkåren tar ställning kommer sannolikt osthyvelsprincipen, med alla dess förgörande effekter, att gälla också i fortsättningen. Det är svårt att se att någon part kan tjäna på det.

**Stig Bengmark**
Honorary Visiting Professor, University College, Londons universitet, London
s.bengmark@ucl.ac.uk

**Slutreplik:**

# Satsning på hälsovård får inte ske på bekostnad av sjukvårdens resurser

Stig Bengmark beskriver den utveckling som oroat även oss. Det är dock inte antalet sjukhus som är hjärtefrågan, men där sjukhus behövs måste dessa ha tillräckligt antal vårdplatser. Kostnadsutvecklingen i USA bör inte tas till utgångspunkt för svensk sjukvårdsplanering. Därtill är de ekonomiska, politiska, geografiska och legala förhållandena alltför olika.

**Bengmark har mycket höga** förväntningar på vad förebyggande hälsovård kan åstadkomma och efterlyser »ett paradigmskifte från vård av sjuka till vård av hälsa«. Vi vill dock än en gång varna för en utveckling där satsning på hälsovård sker på bekostnad av sjukvårdens resurser. De två verksamheterna är inte utbytbara storheter, men ska givetvis komplettera varandra.

Sjukdom, olycksfall och ålderdomsskröplighet kan visserligen motverkas eller uppskjutas med aktiv hälsovård, men aldrig helt utplånas.

Därför behövs flera vårdplatser i länssjukvården både nu och i framtiden.

Dagens bristsituation upplevs mycket konkret och frustrerande av alla som arbetar i svensk sjukvård.

**Ulf Lindsjö**
docent, Uppsala; f d läkarombudsman, f d ledamot av Sylfs styrelse, Läkarförbundets centralstyrelse, förhandlingsdelegation, m m

**Folke Nilsson**
docent, Skanör; f d facklig sekreterare i Svensk kirurgisk förening m m

**Lars Thorén**
professor emeritus, Uppsala; f d ordförande i Svensk kirurgisk förening

# Liberalt stöd för husläkarna självklart – men ensamt

Jag delar till fullo Stig Bengmarks uppfattning i Läkartidningen 20/2006 (sidan 1629) att svensk vård är i behov av ett paradigmskifte. Vi måste arbeta mer långsiktigt och förebyggande. Patienter ska ha rätt till trygga, fasta kontakter med vården via sin läkare och sköterska. Som liberal är det självklart att försvara allas rätt att välja sin egen husläkare.

**Dessvärre kan jag inte dela** Bengmarks optimism kring ledande politikers vilja att satsa på en bättre öppenvård. I många landsting har landstingspolitiker med näbbar och klor bekämpat det de kallar läkarfixering i husläkartanken och i PROTOS-förslaget. Husläkarreformen som infördes i början av 1990-talet har förfuskats, och många vårdcentraler brottas med stora problem inte minst vad gäller bemanning.

Bemötandet och tillgängligheten för patienterna är ett ständigt problem. Fammis beskrivning i den senaste rapporten i maj 2006 visar att när bemanningen inte anpassats till behoven finns tendenser att mota bort patienter, att ägna tid åt att förklara varför de inte borde söka läkartid.

För att få fler allmänläkare behöver denna specialitet göras mer attraktiv för unga läkare och fri etableringsrätt införas för husläkare.

**I dag är folkpartiet** det enda parti som fullt ut stödjer husläkartanken och varje patients rätt att välja en egen, fast läkarkontakt. Vi skulle gärna se att fler ställde sig på vår och Läkarförbundets sida.

**Birgitta Rydberg** (fp)
landstingsråd, gruppledare i Stockholms läns landsting och Landstingsförbundets styrelse

# Samband mellan ADHD och sömnstörningar?

Sedan 30 år har jag varit öronläkare, men är numera pensionerad. Under min verksamhet har jag mött många barn med ADHD-liknande syndrom. Vid min utredning visade det sig förvånansvärt ofta att barnen led av sömnsvårigheter, och vid min undersökning fann jag dessutom kraftigt förstorade tonsiller.

**I Karlskoga,** där jag verkat i 21 år, har jag på diagnosen »sömnapnésyndrom« gjort bilateral tonsillektomi på ett hundratal barn. Det var rörande hur tacksamma föräldrarna var vid återbesök. Många sade sig ha fått ett »nytt barn«. Barnen hade blivit lugna, vakna och uppmärksamma på ett nytt sätt. De barn jag opererade var mellan 3 och 7 år, mestadels fyraåringar.

**För att få litet bättre begrepp** om sömnsvårigheterna inköptes en videokamera, infraljus och videobandspelare. 10–15 barn blev i hemmet videoinspelade under åtta timmars sömn. Inget av dessa barn hade påtagliga apnéattacker. Däremot vred och vände barnen sig ofta, av oklar anledning, med små uppvaknanden som följd – så långt man kunde bedöma av filmen. Även de flesta av de sömnutredda barnen blev opererade, trots avsaknad av apnéer, med samma goda resultat.

**Jag tror att diagnosen** sömnstörningar och förstorade halsmandlar hos barn inte fått tillräcklig uppmärksamhet vid ADHD-diagnostiken.

**Sixten Albertus**
pensionerad öronläkare, Karlskoga
sixten.albertus@telia.com

**42 nummer per år.**
Ring vår annonsavdelning,
08-790 35 30, och boka utrymme i Läkartidningen.
Utmanande saklig **Läkartidningen**

# Lösningen på primärvårdens problem finns sedan länge

Artikeln »Politisk enighet om primärvårdens behov – men pengarna kommer inte«, Läkartidningen 17/2006 (sidan 1279), visar svensk sjukvårds grundläggande problem i ett nötskal. Såväl politiker från olika partier som företrädare för primärvården är överens om problemet, samtidigt som ansvariga ministern Ylva Johanssons hållning verkar vara att det egentligen inte borde finnas (!).

**Mitt första läkarvikariat** påbörjades 1976. Redan då konstaterade vi på akutmottagningen att majoriteten av patienterna inte hörde hemma där utan i den alltför snålt dimensionerade primärvården. 30 år senare har inte mycket hänt, utan problemet kvarstår.

Samtidigt vet alla som gitter lyfta blicken att åtskilliga (de flesta?) länder i vår omvärld har en väl fungerande primärvård – utan att sjukhusvården för den skull är undermålig.

Slutsatsen är given. Det svenska systemet har inte skapat tillräckligt goda förutsättningar för en väl fungerande primärvård. Eftersom systemet är hårt politiskt styrt finns orsaken i styrningen. Decenniers erfarenheter visar att den måste ändras.

**Ylva Johansson säger i artikeln:** »Det går nästan inte att lägga ned sjukhus ute i landstingen även om det är väl motiverat att styra över resurser till primär- och närsjukvård. Det folkliga trycket är väldigt starkt ...«.

Jaha – och var finns det långsiktiga politiska ledarskapet? Var finns insikten att nödvändiga förändringar, med perspektiv bortom nästa valrörelse, måste genomföras, även om det blir bråk? Och var finns modet att ta tag i problemen och inte väja för nämnda bråk?

Idag finns mycket stora potentiella möjligheter till högkvalitativ vård, samtidigt som resurserna för att leverera densamma är påtagligt begränsade. Rationell hantering behövs – och till det är landstingen för små. Läggs de ned elimineras dessutom en politisk nivå, ansvarsförhållandena blir mindre oklara, och Ylva Johansson kan inte skylla ifrån sig utan tvingas själv ta ansvaret för den förda politiken.

Motståndarna till nedläggning av landstingen hittas självklart bland dem som drar nytta av dem – i första hand landstingspolitiker, men paradoxalt nog kanske även deras kollegor på riksplanet, eftersom nuvarande system gör det möjligt för båda kategorierna att spela Svarte Petter med ansvaret.

**Sammanfattningsvis:** Det problem som enligt Ylva Johansson inte borde finnas är redan löst i vår omvärld. Det enda hon och hennes partikamrater behöver göra är att ta av sina ideologiska skygglappar, se sig omkring, studera fungerande system och sätta igång.

**Bror Gårdelöf**
överläkare, Linköping
bror.gardelov@lio.se

# Homocystein är dött – leve homocystein!

Som jag ser på saken är det för tidigt att dödförklara homocystein (Hcy) som kausal riskfaktor för kärlsjukdom (Bo Norberg, Läkartidningen 13/2006, sidan 1047).

**De stora prospektiva, randomiserade** och kontrollerade interventionsstudierna VISP, NORVIT och HOPE-2 har inte gett några bevis för eller emot. NORVIT-studien med sekundär profylax hos myokardinfarktpatienter med olika kombinationer av 0,8 mg folat, 0,4 mg $B_{12}$ och 40 mg $B_6$ påvisade ingen effekt för återfallsrisk [1]. HOPE-2 studien med supplementering med 2,5 mg folat, 1 mg $B_{12}$ och 50 mg $B_6$ hos patienter med vaskulär sjukdom eller diabetes visade ingen reducerad mortalitet, däremot reducerad strokerisk (riskkvot 0,75; 95 procents konfidensintervall: 0,59–0,97) [2].

**VISP-studien visade heller ingen** kardiovaskulär effekt av supplementering med vare sig högdosterapi med 2,5 mg folat, 0,4 mg $B_{12}$ och 25 mg $B_6$ eller lågdos med 20 mikrog folat, 6 mikrog $B_{12}$ och 20 mikrog $B_6$ [3]. Dock uppvisade en subgruppsanalys av de patienter där man exkluderat dem med mycket låga (<250 pmol/l), mycket höga (>637 pmol/l) $B_{12}$-värden samt dem med signifikant nedsatt njurfuktion (GFR <46) en gynnsam effekt på kardiovaskulära händelser. Därutöver har en nyligen publicerad studie påvisat att folatberikningen i Kanada och USA (från och med 1998) åtföljts av minskad mortalitet i stroke [4]. Som kontrast har det icke-folatberikade England och Wales inte uppvisat samma gynnsamma utveckling.

**Även bland skeptikerna** är de flesta eniga om att Hcy är bärare av någon form av information – ovisst vilken. Hcy-reduktion per se tycks således inte odelat ha vare sig gynnsamma eller ogynnsamma effekter på kardiovaskulära händelser eller mortalitet. Är då Hcy en surrogatmarkör för någon annan metabolt relaterad faktor, som är aterogen? Är Hcy en av många faktorer i en riskekvation, och var på skalan: »betydelselös–riskmarkör–riskfaktor–tidigt tecken på sjukdom« befinner sig Hcy?

**Jag tror inte att studieresultaten** hittills medför att Hcy-/ $B_{12}$-/folatkartan behöver ritas om då verkligheten än så länge är tämligen oförändrad. I nuläget förespråkar jag, i likhet med många andra intressenter inom området, att framtida interventionsstudier med dessa B-vitaminer rekryterar informationsbärande och homogena patientgrupper och använder relevanta vitaminer i rätt dos under adekvat tidsrymd [5].

**Johan Lökk**
docent, överläkare, Neurotec-institutionen, Karolinska institutet; geriatriska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
johan.lokk@karolinska.se

REFERENSER

1. Bønaa K, Njølstad I, Ueland PM, Schirmer H, Tverdal A, Steigen T, et al. Homocysteine lowering and cardiovascular events after acute myocardial infarction. N Engl J Med 2006;354:1578-88.
2. Lonn E, Yusuf S, Arnold MJ, Sheridan P, Pogue J, Micks M, et al; Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) 2 Investigators. Homocysteine lowering with folic acid and B vitamins in vascular disease. N Engl J Med 2006;354:1567-77.
3. Spence JD, Bang H, Chambless LE, Stampfer MJ. Vitamin Intervention for Stroke Prevention trial: an efficacy analysis. Stroke 2005;36:2404-9.
4. Yang Q, Botto LD, Erickson JD, Berry RJ, Sambell C, Johansen H, et al. Improvement in stroke mortality in Canada and the United States, 1990 to 2002. Circulation 2006;113:1335-43.
5. Lökk J. Bokslut över ett brötigt B12-år: rätt patient, rätt vitamin, rätt dos, rätt information [ledare]. Rondellen 2006;26. URL: http://www.rondellen.net