

Missvisande råd om kolesterolsänkning

Avsaknaden av dos-responseffekt av statiner på hjärt-kärlsjukdom visar att det inte är själva kolesterolsänkningen som är avgörande – tvärtom är ett högt kolesterol gynnsamt. Därmed faller också argumentet att behandlingsmålet ska vara en viss, låg kolesterolnivå.

»Lägre LDL-kolesterol är bättre«, skriver Anders G Olsson i en Medicinsk kommentar i Läkartidningen 1-2/2006 (sidorna 22-3). Beviset är en figur som visar sambandet mellan graderna av LDL- och incidensminskning i de kliniska statinstudierna. Till synes förefaller det vara ett solklart exempel på dos-respons, och följaktligen föreslår Olsson att vi sänker LDL-kolesterolet till 2 mmol/l.

Men de LDL-sänkningar som ses på figuren är medelvärden. Det är elementärt att det krävs individuella observationer för att kunna beräkna dos-respons. I de tre kliniska [1] och i 15 angiografiska statinstudier [2] där man gjort detta korrekt fanns inget dos-responsförhållande; effekten var lika stor vare sig kolesterolet minskade med 10 eller med 40 procent. Olsson borde känna till detta då han är huvudförfattare till en av studierna, där författarna understryker bristen på dos-respons [3].

Som bekant har statinerna en rad pleiotropa effekter som kan vara nyttiga för kärlsystemet hos patienter med hjärt-kärlsjukdom, och många menar därför att bristen på dos-respons för kolesterol beror på dessa andra effekter. Detta är emellertid helt osannolikt. Ett läkemedel som har gynnsamma effekter på kärlsystemet och samtidigt sänker blo-



UFFE RAVNSKOV
docent, Lund
ravnskov@tele2.se

Lägre LDL-kolesterol är bättre!

Sikta på 2 mmol/l i sekundärpreventiv behandling



ANDERS G OLSSON, professor, inre medicin, Institutionen för medicin och vård, Hjärtcentrum, Universitetssjukhuset, Linköping ando@imv.liu.se

År 2005 har gjorts på tre studier som bevisar att sänka av LDL-kolesterolen inte...

tagna incidenser i de båda grupperna kom man fram till ett deltagarsantal på 8 888. Man räknade med ett 776 händelsefall enligt ovan skulle ha sina årsräkna. Dessa och resultat har detaljbeskrivits i andra publikationer [3].

Medelupplösningen var 4,8 år. De båda behandlingsgrupperna var mycket lika i utgångsläget. Hos 21 procent av de i sekundärpreventiv behandling...

verenzymersförläggningsträning den atorvastatinbehandlade grupp. Mycket förekom något öftare i atorvastatingruppen, men frekvensen av myokardinfarkt var inte högre i båda grupperna.

IDEAL-studien är en utvärderingsstudie, i en studie där en intensivare behandling jämförs med en redan etablerad och i och för sig inte bättre behandling.

Anders G Olssons artikel i Läkartidningen 1-2/2006.

dets halt av kolesterol – en substans som de flesta antar har en skadlig inverkan på samma system – borde tvärtom resultera i ett uttalat dos-responsförhållande för denna substans.

Även om kolesterolsänkningen skulle sakna betydelse borde det ha förelegat en dos-responsrelation, därför att graden av kolesterolsänkning rimligen är proportionell mot de gynnsamma, pleiotropa effekterna. Att det saknas dos-respons pekar i stället på att ett högt kolesterol är gynnsamt för hälsan, ett antagande som har stöd i provrörsförsök, djurexperiment, kliniska studier och epidemiologiska observationer [4]. Om detta är fallet kommer en sänkning nämligen att motverka dos-respons.

I varje fall visar avsaknaden av dos-respons att det inte är själva kolesterolsänkningen som är avgörande, och därmed faller Olssons argument för att vi skall använda en viss, låg kolesterolnivå som behandlingsmål. Varför bry sig om graden av kolesterolsänkning om det är ointressant hur mycket vi sänker värdet? Detta är också huvudkonklusionen i Olssons och medarbetares ovannämnda studie [3].

Allvarligare är det när Olsson skriver att det »inte förelåg någon skillnad beträffande frekvens av allvarliga biverkningar« i IDEAL-studien [5], den studie som tillsammans med TNT-studien [6] är hans tyngsta argument för de nya riktlinjerna. Med dessa ord döljer han det faktum att biverkningar förekom hos drygt 95 procent och allvarliga biverkningar hos drygt 47 procent [5]. Berättar Olsson för sina patienter att risken för allvarliga biverkningar vid statinbehandling är sex-sju gånger större än chansen att undvika en icke-dödlig hjärtinfarkt?

Man frågar sig också varför antalet biverkningar i IDEAL-studien [5] var så stort i jämförelse med TNT-studien [6],

som använde samma metodik och där mindre än 10 procent fick biverkningar? Kan förklaringen vara att man använt spökskrivare med andra motiv än de rent vetenskapliga?

TNT-studien var tillgänglig på New England Journal of Medicines hemsida redan den 8 mars 2005 trots att författarna enligt rapporten först fick tillgång till resultaten den 29 januari 2005. Att kontrollera alla siffror, utföra alla de statistiska beräkningar och analyser, skriva den elva sidor långa rapporten, få manuskriptet godkänt av alla elva författarna, och få artikeln referentbedömd och publicerad, alltsammans på mindre än sex veckor är helt enkelt ett fall för Guinness rekordbok. En mera sannolik förklaring är att utomstående haft ansvaret för innehåll och formuleringarna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Ravnskov U. Bör kolesterolet sänkas mera effektivt? Läkartidningen 2005;102:2583.
2. Ravnskov U. Is atherosclerosis caused by high cholesterol? QJM 2002;95:397-403.
3. Olsson AG, Schwartz GG, Szarek M, Sasiela WJ, Ezekowitz MD, Ganz P, et al. High-density lipoprotein, but not low-density lipoprotein cholesterol levels influence short-term prognosis after acute coronary syndrome: results from the MIRACL trial. Eur Heart J 2005;26:890-6.
4. Ravnskov U. High cholesterol may protect against infections and atherosclerosis. QJM 2003;96:927-34.
5. Pedersen T, Færgeman O, Kastelein J, Olsson A, Tikkanen M, Holme I, et al. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial. JAMA 2005; 294:2437-45.
6. LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, Shear C, Barter P, Fruchart JC, et al. Treating to New Targets (TNT) Investigators. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. N Engl J Med 2005;352:1425-35.

Nästa sida:
Anders G Olsson replikerar.

Replik:

Intensivare statinbehandling ger signifikant lägre LDL-kolesterolvärden och minskar kranskärlssjukdom

Ravnskov har tre invändningar mot min slutsats att LDL-kolesterolmålet vid sekundär kardiovaskulär prevention bör sänkas till 2 mmol/l. Han förnekar att det föreligger en dos-responsrelation mellan dosen av statin och effekten, han tycker att biverkningsfrekvensen av statinbehandling är för hög och han ifrågasätter om »spökskrivare« har använts för att författa rapporten – han förefaller avse TNT-studien. Då frågor uppkommit också från andra, framför allt vad gäller frekvensen av »adverse events«, kan ett ytterligare klarläggande vara på sin plats.

De kliniskt relevanta frågorna i TNT- och IDEAL-studierna var om ett lägre LDL-kolesterol i blodet än det som nås med 10 mg atorvastatin i TNT-fallet, typiskt för behandling i USA, eller 20–40 mg simvastatin i IDEAL-studien, typisk behandling i norra Europa, resulterar i färre ischemiska sjukdomsfall och är säkert. Det centrala har därvid varit att nå ett lägre kolesterolvärde än i gängse behandling, vilket åstadkoms med den effektivaste tillgängliga behandlingen vid tiden för studiernas planering – atorvastatin 80 mg dagligen. De kan därvid på sätt och vis kallas dos-responsstudier – givet de etiska regler som behandlingen måste underordnas, dvs någon placebo-grupp kunde ej inkluderas.

Resultaten av båda studierna visade att en intensivare statinbehandling ledde till signifikant lägre LDL-kolesterolvärden i blodet. Huvudresultaten visade också att kranskärlssjukdomen minskade i båda studierna. Studiernas resultat passar väl in i den metaanalys av genomförda interventionsstudier med statiner som publicerades endast några dagar före presentationen av IDEAL-studien.

Resultaten av TNT och IDEAL är på intet sätt sensationella. De bekräftar vad vi länge haft på känn från otaliga observationella studier: ett lägre LDL-kolesterol förhindrar ytterligare påspädning av aterosklerosjukdomen. IDEAL-studien kan ses som en förlängning av 4S, där

den aktiva behandlingsdosen i den studien fick utgöra kontroll-behandlingsdosen i IDEAL. Det är nog så nära dos-respons man kan komma i dag beträffande effekten av kolesterolsänkningens betydelse för uppkomst av hjärt-kärlsjukdom.

Ravnskov vill använda MIRACL-studien som ett argument mot att ett lägre LDL-kolesterol skulle vara bättre. Den studien använde 80 mg atorvastatin till patienter med akuta koronara syndrom, och skälet att studien genomfördes var just att utvärdera om s k pleiotropa effekter kunde omedelbart gagna patienter med en för hjärtat kritisk ischemi. Glädjande nog fann vi att så synes vara fallet.

Att ingen relation mellan kliniskt utfall och LDL-kolesterolnivå framkom i det korta perspektivet vid akuta koronara syndrom stöder tanken på en s k pleiotrop effekt av statin, men motsäger givetvis inte att detta lipoprotein är avgörande i det längre perspektivet. Det går inte att på basen av MIRACL förkasta resultaten av ett flertal fleråriga interventionsstudier av patienter med stabil kranskärlssjukdom.

TNT- och IDEAL-studierna var emellertid nödvändiga, inte bara för att visa att man verkligen har kliniska vinster att göra med en ytterligare LDL-kolesterolsänkning utan också av säkerhetsskäl.

Kan man inta 80 mg atorvastatin i åratal utan att riskera allvarliga biverkningar från lever, muskler etc? Säkerhetsaspekten fick ytterligare näring då TNT-studien redovisade numerärt, men inte signifikant fler icke-kardiovaskulära dödsfall totalt och beträffande cancer och andra orsaker. Här kunde IDEAL-studien lugna opinionen, inga antydningar framkom tydande på att den höga atorvastatindosen skulle föra med sig ökad risk för icke-kardiovaskulär död. Vi kan därmed med stor övertygelse uttala oss om 5 års behandlingssäkerhet med 80 mg atorvastatin dagligen.

När nya läkemedel och högre doser av ett läkemedel prövas är det ytterst viktigt att monitorera alla former av möjliga biverkningar. Registrering av möjliga biverkningar i IDEAL-studien har skett i enlighet med EU-direktivet för kliniska prövningar 2001/20 samt enligt Läkemedelsverkets författningssamling

2003:6. En »adverse event« definieras som »en oönskad händelse i en studie oavsett samband med studieläkemedlet« och skall alltid registreras. Såväl förkylningar, fotvrickningar som leverenzymstegringar – allt registreras.

Den enskilde provaren kan ha svårt att se mönster i sällsynta biverkningar, men genom en central registrering kan även oväntade, tidigare ej noterade händelser framkomma och klassas som relaterade till behandlingen och därmed klassas som biverkning. I IDEAL-studien valde vi att redovisa frekvensen av dessa »adverse events« under loppet av de 4,8 år som studien pågick. Frekvensen 95 procent kan synas hög men kan således förklaras.

Vi kunde konstatera att totalfrekvensen av »adverse events« och »serious adverse events« inte skilde sig mellan simvastatin och atorvastatingrupperna. Inte heller skilde sig någon särskild diagnos av det totala antalet mellan behandlingarna. Vi kunde således konstatera att atorvastatin 80 mg är en för den stora majoriteten av patienterna väl fördragbar dos.

Man måste sålunda skilja på begreppen »adverse event« och biverkan. I originalartikeln använder vi begreppet »adverse events« och kunde med ledning av dessa dra slutsatsen att atorvastatin 80 mg inte för med sig några oroväckande nya biverkningar.

Eftersom Ravnskov tar upp frågan om »spökskrivare« beträffande TNT-studien har jag frågat John LaRosa hur TNTs styrkommitté hanterade rapporteringen av studien. Tre personer ur styrkommitténs tog på sig uppdraget att skriva rapporten: John LaRosa, Scott Grundy och David Waters, alla drivna frontlinjeforskare i ämnet.

Jag har själv upplevt författandet av stora studier och angelägenhetsgraden av att viktiga rön snabbt kommer till allmänhetens och patienternas framman: 4S, MIRACL och IDEAL. Författarna till TNT-rapporten har säkerligen arbetat under samma tidspress som vi själva gjorde.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren har erhållit forskningsstöd från och/eller haft konsultuppdrag för AstraZeneca, Fournier, MSD, Novartis, Pfizer, Sankyo, Schering-Plough.*



ANDERS G OLSSON
professor, internmedicin,
institutionen för medicin och vård,
Hälsouniversitetet, Universitetssjukhuset i Linköping
andol@imv.liu.se

Goda skäl för läkare att tävla om administrativt ledarskap

Det är väl sunt förnuft att den ledarutbildade skall leda, och dessutom klokt i ett positivistiskt naturvetenskapligt paradigmt att basera sitt agerande på vetenskap även inom området organisation. Läkare bör även fortsättningsvis tävla om det administrativa ledarskapet i vården.

Det pågår en debatt i Läkartidningen om ledarskap i vården och om hur läkare skall återta sin roll som ledare samtidigt med en debatt om en läkarroll i förändring. I Sjukhusläkarförningens tidning »Sjukhusläkaren« har Marie Wedin framhållit att det inte finns något som talar för att sjuksköterskor skulle vara bättre chefer än läkare, ett uttalande som Dan Johansson berömd i Läkartidningen 3/2006 (sidan 148). Tvärtom vill jag hävda att det finns goda skäl att anta att många sjuksköterskor skulle vara bättre chefer än sina medarbetande läkare.

Läkare har av tradition en auktoritet som ledare inom sjukvården. Läkaren är också en naturlig ledare i det primära vårdarbetet, liksom sjuksköterskan är det gentemot exempelvis undersköterskor. Däremot är det inte självklart samma sak i det organisatoriska arbetet, och jag ser där regelbundet läkare som är exempel på motsatsen.

Det synes mig som om den viktiga distinktionen mellan det primära vårdarbetet och det sekundära organisatoriska arbetet ofta förbises i debatten. Givetvis finns många beröringspunkter mellan

primär och sekundär verksamhet i de flesta verksamheter, men föreställningen att primär och sekundär verksamhet kräver samma ledarskap tror jag är en felaktig slutsats.

Inom prehospitalvården har man numera på ett, enligt min mening, föredömligt sätt vänt sig ifrån den traditionella maktfördelningen i vården där den med högst medicinsk kompetens leder, och istället antagit principen »ledarutbildad skall leda«. Det är väl sunt förnuft att den ledarutbildade skall leda, och dessutom klokt i ett positivistiskt naturvetenskapligt paradigmt att basera sitt agerande på vetenskap även inom området organisation.

I dagsläget har nyexaminerade sjuksköterskor, åtminstone på min utbildningsort, mer utbildningstid avsatt för studier inom organisationsteori, förändringsarbete och ledarskap än vad läkarstudenter har. Detta är ett skäl att tro att många sjuksköterskor faktiskt är bättre lämpade än läkare att leda inom sekundärt organisatoriskt arbete.

Det synes mig som om den viktiga distinktionen mellan det primära vårdarbetet och det sekundära organisatoriska arbetet ofta förbises i debatten.

Emellertid finns det goda anledningar för oss läkare att av fackliga skäl tävla om administrativt ledarskap i vården även fortsättningsvis. Visst är det bra för läkare att ha läkare i roller som administrativa ledare vilka kan driva egna intressen vid sidan av de mer självklara verksamhetsmålen. Därför är tidigare skribenters förslag om utbildning i ledarskap och administrativt arbete som del av läkarutbildning intressanta.

På så sätt kan även läkare i framtiden bli lämpliga som ledare utifrån principen »ledarutbildad skall leda«. Dessutom torde det vara av stort fackligt intresse att Läkarförbundets medlemmar också får en ökad förståelse för organisationsteori och förändringsarbete, då sådan förståelse mycket sannolikt skulle leda till ett ökat fackligt engagemang bland medlemmarna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

B-vitaminer och homocystein – dagens debatt behövs!

Jag har några synpunkter på debatten i Läkartidningen om B-vitaminer, nu senast replikväxlingen mellan Recip och Läkartidningen i 5/2006 (sidan 307).

Det är värdefullt att författare under Nya Rön försöker sätta in aktuella fynd i ett kliniskt perspektiv. Det hade då varit bättre för den fortsatta debatten om Anne Bergman och Britta Lewald i stället för sådana formalia som rubrik (lite misslyckad håller jag med om) och status för icke publicerat material hade diskuterat vetenskap och innehållet i metaanalysen. Men det är kanske inte deras uppgift.

Beträffande B-vitaminernas möjliga biverkningar vid kärlsjukdomar [1], så måste misstankarna vara lovliga att diskutera inom såväl läkarkåren som bland allmänheten – nyheterna har cirkulerat i massmedierna i minst ett halvår.

För att spä på det hela så finns det i vetenskapliga kretsar även en oro för biverkningar beträffande cancer och kognition. Här följer två exempel från epidemiologiska data.

I. Cancer. I en svensk fall-kontrollstudie bestående av 223 män med prostatacancer och 435 matchade kontroller från samma kohort i NSHDC (Northern Sweden Health and Disease Cohort), ett material i medicinska biobanken vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, fann man att MTHFR 677C-T-polymorfism möjligen ökar risken för prostatacancer om den är kombinerad med höga folatnivåer [2].

II. Kognition. Hos 3 718 deltagare i åldrarna 65 år och äldre som följts mellan åren 1993 och 2002 i Chicago Health and Aging Project fann man indikationer på att de som haft högst folatintag också hade en snabbare nedgång i kognitiva funktioner, även sedan man justerat för multipla riskfaktorer. Nedgången var mer än dubblerad hos dem med högst intag jämfört med dem med lägst intag.

Sådana här problem måste vi få debattera fritt i dagens läge. Vi får hoppas att det om några år finns resultat från prospektiva interventionsstudier med ade-



MIKAEL LUDVIGSSON
AT-läkare, Linköping
Mikael.Ludvigsson@lio.se

kvata vitamindoser och bedömningsbara patienter (jfr [1]).

Jag föreställer mig att patienterna då från början är kliniskt friska, medicinfria, är i åldrarna 75–80 år, har homocystein 15–25 mikromol/l vid starten, och att uppföljningstiden är åtminstone två år.

Det kommer att bli mycket intressant att se vilka som får den gynnsammaste utvecklingen, de som får vitaminerna eller de som får placebo.

Hans Liedholm

docent, överläkare

Universitetssjukhuset MAS, Malmö

hans.liedholm@med.lu.se

REFERENSER

1. Schneede J. Hypoteser om homocystein – »jungfru men ikke fanatiker« [ledare]. *Rondellen* 2005;25. URL: <http://www.rondellen.net>
2. Van Guelpen BR, Wirén SM, Bergh ARJ, Hallmans G, Stattin PE, Hultdin J. Polymorphisms of methylenetetrahydrofolate reductase and the risk of prostate cancer: a nested case-control study. *Eur J Cancer Prevention* 2006;15:46-50.
3. Morris MC, Evans DA, Bienias JL, Tangney CC, Hebert LE, Scherr PA, et al. Dietary folate and vitamin B₁₂ intake and cognitive decline among community-dwelling older persons. *Arch Neurol* 2005;62:641-5.

Årets Fass väger tungt

När jag hämtade årets Fass på posten och öppnade paketet var min spontana reaktion: »Nej, nu får ni väl ge er!«

Boken har verkligen blivit alltför tung och otymplig. Redan förra året var det tveksamt, men nu har det definitivt gått för långt! Man orkar ju knappast lyfta den när man tar ut den ur bokhyllan.

Jag föreslår att Fass delas upp i minst tre band nästa år. Och då kanske uppdelat litet efter specialiteter. Typiska cellgifter m m i en avdelning. Rent internmedicinska i en avdelning. Psykiatri i en avdelning. Och så några sådana avdelningar i varje band. På så sätt slipper man ju att ta fram en bok med en massa preparat som man aldrig kommer i närheten av att använda.

Men för mig som psykiater är det viktigt att ha alla preparaten i ett band, ty för en jämförelse mellan t ex Cipramil och Zolofit skulle det annars med ren bokstavsordning fordra att jag först tog fram band I och sedan band III.

Sven Randén

psykiater, Södertälje

sven@randen.net

En ödesdiger »reform«

År 1970 genomförde den socialistiska majoriteten i riksdag och landsting den s k sjukvårdsreformen. Den innebar att sjukhusläkarnas och provinsialläkarnas privatmottagningar avskaffades. Tidigare hade dessa haft en grundlön för att finnas till hands och för vård av inläggande patienter. Därutöver hade de som löneförmån rätt till privatpraktik på sin arbetsplats och betalade s k eth

(ersättning till huvudman) för lokal och personal som man utnyttjade för mottagningen. I fortsättningen skulle läkarna bli totalavlönade och inkomsten av mottagningen skulle inkasseras av landstinget.

Läkarförbundet lockades att godta avtalet genom att läkarnas grundlön höjdes avsevärt. Särskilt fäste man sig vid att

Fler debattinlägg på webben!

Intresset att debattera och komma med inlägg i *Läkartidningen* är glädjande stort. Därför öppnar vi nu även webben – www.lakartidningen.se – för debattartiklar, brev och övriga synpunkter. Rubrikerna och författarnamnen till artiklarna kommer att redovisas på tidningens debattsidor med hänvisning till att texten i sin helhet finns på webbplatsen. Artiklarna nedan är de första vi publicerar på denna nya debattavdelning.

■ Det finns stöd för att psykodynamisk terapi har effekt vid ångestsyndrom
Peter Ankarberg

Replik: De långsiktiga hälsofördelarna med lågkolhydratkost återstår att belägga
Ingrid Larsson, Elisabet Rothenberg

Slutreplik: SBU:s slutsatser kvarstår
Agneta Pettersson

■ Marie har fibromyalgi – bör hon få fortsatt sjukskrivning?
K G Henriksson

■ Ovetenskapligt och politiskt felaktigt om läkemedel
Robert Svartholm

Replik: Är sjukskrivning en bra behandling eller ej?
Monika Engblom, Carl Edvard Rudebeck

Replik: Behandla andra som du vill bli behandlad själv
Marie-Louise Ekholm

■ Övertro på evidensbaserad forskning missgynnar värk- och smärtpatienter
Rolf Nilzén

■ Frågan kvarstår – varför drabbas bara vissa av gastrit/ulkussjukdom?
Ulf Sundequist

Replik: Diagnosen Fibromyalgi har ingen egen position i ICD-10
Jörgen Malmquist, Christer Petersson

■ Tamoxifen och magnetfältspåverkan
Kjell Hansson Mild, Mats-Olof Mattson, Lennart Hardell, Myrtil Simkó

■ Hur skall barnpsykiatri kunna förbli en medicinsk specialitet?
Henning Beier

■ Tvättsäcksprojektet ett stolpskott i jämställdhetsdebatten
Lars Ettarp

Replik: Misantropisk syn på läkarrollen
Niklas Borell

Replik: Vår undersökning tycks ha träffat mitt i prick
Filippa Nyberg

■ Är trauma en förutsättning för posttraumatiskt stressyndrom?
Tom Flou

■ Vi lever alltid, tills vi dör, Nils-Eric Sandberg!
Bror Gårdelöf

Replik: Livet från den ljusa sidan
Per Borgå

■ Daniel var 2 300 år före James Lind
Inge Axelsson

■ Låt oss ge kolhydratsnäla kostråd till diabetiker
Annika Dahlqvist

Replik: Men han fick i alla fall ett bibliotek uppkallat efter sig
Olav Thulesius

alla läkare nu skulle få likvärdiga villkor. Förut hade vissa specialiteter stora inkomster av mottagningarna, t ex otologerna, som snabbt kunde bestämma diagnos och terapi och hann med många patienter, medan t ex psykiatrerna måste ägna längre tid till varje patient och sålunda tjänade mindre.

Vad ingen tycks ha tänkt på var konsekvenserna för patienterna. Tidigare kunde envar ringa och beställa tid hos en sjukhusspecialist som man hade förtroende för, och fick i regel komma ganska snart. Hos provinssiälläkarna gick man och satte sig i väntrummet, och doktorn arbetade tills detta var tomt.

Genom denna s k reform uppkom snabbt långa köer, ty läkarna tillämpade nu reglerad arbetstid och gick hem kl 17. Det fria läkarvalet försvann, ty vid landstingets mottagningar växlade läkarna ofta, och man kunde inte beställa tid hos någon man tidigare lärt känna och uppskatta. Den tidigare så värde-

fulla läkar- patientkontinuiteten försvann till stor skada för patienten, som inte fick träffa den läkare hon lärt känna utan tvangs upprepa sin sjukhistoria igen för en ny doktor, men också till nackdel för läkaren, som inte kunde följa utvecklingen hos sin patient, vilket är en väsentlig del av det livslånga lärandet.

Kåsörer skämtade om sjukvårdens reformer. Vad betydde de »ronor«, som de sjuka nu skulle begåvas med? Lustigheten kom av sig, när de sju kronorna snabbt blev 250 eller mer i takt med landstingens sviktande ekonomi.

Vi begåvas nu med vårdgarantier som innebär tillgång till specialist inom tre månader. Vad hinner hända med sjukdomen under den tiden? Berodde symptomen på en cancer som nu fått tid att metastasera? Eller på en hypertoni, som nu hunnit utlösa en cerebral insult? Etc.

Den gamle romaren Livius präglade uttrycket *periculum in mora* – fara i dröjsmål. Det gäller i högsta grad inom

sjukvården. Symtom eller oro för sjukdom skall omhändertas omedelbart, likaväl som alla andra önskemål som vi har i en fri ekonomi, där efterfrågan skapar tillgång. Inte väntar vi tre månader på att köpa en ny TV eller bil. Inte vi, men det fick man göra i de kommunistiska kommandoekonomierna.

I en fri ekonomi har man inga förbud mot privatmottagningar eller privat drivna sjukhus. Finns det kö till ortopediska operationer kommer driftiga personer att starta resurser för det, likaväl som det startats mottagningar för starr-operationer runt om i vårt och andra länder. Givetvis skall vi behålla en solidarisk betalning via Försäkringskassan – det kommer vi att tjäna in på kortare sjukskrivningar.

Det är dags att radera den andliga Berlinmur som har spärrat in sjukvården i en kommandoekonomi.

Nils Brage Nordlander

med dr, pensionerad överläkare,
fd landstingspolitiker, Uppsala
nilsbrage@hotmail.com

Annons 176 x 120 m m