

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](mailto: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 B<sub>12</sub> 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](mailto: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](http://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 starroperationer 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