

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 för-

utsättningar 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 elimi-

neras 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 rikspoliet, 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 skyggglappar, 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 B₁₂ och 40 mg B₆ påvisade ingen effekt för återfallsrisk [1]. HOPE-2 studien med supplementering med 2,5 mg folat, 1 mg B₁₂ och 50 mg B₆ 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 B₁₂ och 25 mg B₆ eller lågdos med 20 mikrog folat, 6 mikrog B₁₂ och 20 mikrog B₆ [3]. Dock uppvisade en subgruppsanalys av de patienter där man exkluderat dem med mycket låga (<250

pmol/l), mycket höga (>637 pmol/l) B₁₂-värden samt dem med signifikant nedsatt njurfunktion (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 metabol 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-/B₁₂-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; geriatrika kliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
johan.lokk@karolinska.se

REFERENSER

1. Bónaa 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. Boksut över ett bröttigt B12-år: rätt patient, rätt vitamin, rätt dos, rätt information [ledare]. *Rondellen* 2006;26. URL: <http://www.rondellen.net>