

gat privat vård med blåslampa, med resultatet att bara ca 8 procent av läkarna arbetar privat. En annan snedfördelning i vår sjukvård är att ca 80 procent av alla läkare arbetar inom sjukhusvård, vilket avviker från andra länder i västvärlden.

En studie från Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund (IHE) år 2000 visade att sjukhusläkare använde 32 procent av all arbetstid åt patienter, medan administration, kommunikation och möten tog 45 procent. Distriktsläkare ägnade 47 procent av arbetstiden åt patienter. Revisionsföretaget Komrev studerade 11 akutkliniker, och där ägnades hälften av all arbetstid åt patienter. En del av administrationen är visserligen direkt patientinriktad, men det upplevs inte så.

Mellan 1975 och 2001 ökade antalet läkare från ca 8 510 till drygt 24 200. Antalet sjuksköterskor steg från 30 785 till nära 70 600, och antalet undersköterskor från drygt 9 330 till nästan 34 000. Under samma period minskades antalet vårdplatser från 136 000 till 29 000. Antalet intagna vid sjukhus ökade från 1,4 miljoner till 1,7 miljoner. Samtidigt minskade antalet patientbesök per sjukhusläkare från 7,3 till 2,2 per dag. Enligt statistik över OECD-länderna 1998 uppgick antalet patientbesök per läkare och år i Sverige till 903. I övriga länder låg motsvarande siffra mellan 1 400 och 3 200, med undantag för Japan med över 8 400 patientbesök per år.

Det är en absurd utveckling i Sverige att allt fler läkare tar emot allt färre patienter och vårdar obetydligt fler patienter vid mycket färre vårdplatser. Det här visar att läkares arbete måste förändras i grunden och att produktiviteten måste öka.

Högskoleverket har uttalat att det skulle behöva inrättas ytterligare 320 utbildningsplatser för läkare, men verket vet sannolikt inte hur dåligt huvudmännen utnyttjar läkarnas arbetskraft. Ändrade arbetsförhållanden för läkare kan frigöra mera tid för patientarbete utan att det skulle behövas fler läkare.

Svensk sjukvård är inte alltigenom dålig. Många vårdcentraler i landet fungerar bra när läkartjänster är besatta, och läkares eller sköterskors chefskap är gott. Sjukvården är god även när patienter kommit in på sjukhus förbi akuten. Patienter med livshotande tillstånd som hjärtinfarkt kan räkna med ett snabbt

och bra omhändertagande. Det är inte inom akutsjukvården som det råder brister, utan inom den icke akuta.

Allt sammantaget är emellertid bristerna så stora att landstingens sjukvårdsansvar enligt min mening bör avskaffas. Man kan inte förvänta sig att landstingen skall vara kapabla att genomföra en självsanering. En betydande del av sjukvården bör kunna bedrivas med offentlig finansiering men utan att vara offentligt ägd.

Man kan t ex göra som i Norge, där sjukhusvården överläts till staten. Vid varje universitet placerades centrum för övergripande styrning av sjukhusvården, som exekutivt medicinskt och administrativt leds av professionella.

Liksom i Norge kan kommunerna ges ansvar för att det skall finnas primärvård i hela landet med byggnader och utrustning. Ansvaret för själva vården, som skall finansieras offentligt, bör emellertid så långt som möjligt läggas hos personalen.

När staten tar över sjukhusen bör Medicinalstyrelsen återupprättas med tillsynsansvar för all sjukvård. Detta skall ske via inspektioner och insamling av statistik och publicering av denna. Mellan sjukhusnivån och Medicinalstyrelsen behövs ingen landstingsnivå – den kan avvecklas med den positiva konsekvensen att dess kostnader kan komma sjukvården till del.

Patienterna skall bestämma över en vårdpeng, så att de själva kan välja var de vill söka sjukvård, något som är omöjligt i dagens monopoliserade system, där politiker sitter på pengarna och bestämmer var patienter skall söka sjukvård. Med patientmakt skulle man få bra jämförande kvalitetsmått och en sjudande konkurrens inom sjukvården. Så kan vi få en vital sjukvård, både medicinskt och organisatoriskt.

Sammanfattningsvis: Det behövs inte fler läkare men ett förändrat innehåll i deras arbete. Ansvaret för sjukhusvård bör överföras till staten, för primärvården till kommunerna. Landstingen och deras organisation kan upphöra redan nu. En Medicinalstyrelse bör återupprättas. Privat primärvård skall inte motarbetas, och privat sjukhusvård skall inte vara förbjuden.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Homocystein och mat

Den senaste tiden har högt homocystein (Hcy) som riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och det faktum att sänkning av Hcy med folat- och vitamin B₁₂-behandling inte på ett tydligt sätt visats minska risken diskuterats i Läkartidningen [1].

B₁₂-brist i sig verkar inte vara någon riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom [2]. Däremot har det rapporterats en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom och slagfall vid lågt folatintag eller låga folatnivåer i blodet [3]. Folat verkar dessutom vara det kritiska vitaminet för Hcy-nivån i plasma. Färsk frukt och grönsaker är bra källor till folat men är känsliga för kokning [4].

Åtminstone två studier har visat att ett högt intag av färska frukter och grönsaker har samband med höga folatnivåer och lågt Hcy [5, 6], varav den ena var en interventionsstudie [6]. Ett högt intag av sådan föda är också sedan tidigare väl känt för att skydda mot hjärt-kärlsjukdom. Sådan kost innehåller inte bara folat utan många andra kända och okända ämnen som kan vara inblandade i skyddet mot kärlsjukdomar.

Möjligen är därför Hcy en sådan surrogatmarkör som diskuterats av Johan Löck [1], kanske en markör för lågt intag av frukt och grönt. Dock kan Hcy också höjas vid brist på bland annat vitamin B₁₂, om än i en mindre utsträckning [3].

Möjligen är det alltså varken folsyra, kobalamin eller homocystein som spelar någon roll kring förebyggandet av hjärt-kärlsjukdom utan intaget av färska frukter och grönsaker i sin helhet.

Jonatan Axelsson

leg läkare, ST-läkare,
yrkes- och miljömedicinska kliniken,
Universitetssjukhuset i Lund
jonatan.axelsson@skane.se

REFERENSER

- Löck J. Homocystein är dött – leve homocystein! Läkartidningen. 2006;103:1868.
- Van Oijen M, Vlemmix F, Laheij R, Paloheimo L, Jansen J, Verheugt F. Hyperhomocysteinaemia and vitamin B12 deficiency: The long-term effects in cardiovascular disease. *Cardiology*. 2007;107:57-62.
- Fairfield K, Fletcher R. Vitamins for chronic disease prevention in adults. *JAMA*. 2002;287:3116-26.
- Stover P. Physiology of folate and vitamin B12 in health and disease. *Nutr Rev*. 2004;62:(II)S3-S12.
- Hatzis C, Bertisias G, Linardakis M, Scott J, Kafatos A. Dietary and other lifestyle correlates of serum folate concentrations in a healthy adult population in Crete, Greece: a cross-sectional study. *Nutr J*. 2006;5:5.
- Silaste ML, Rantala M, Alftan G, Aro A. Plasma homocystein concentration is decreased by dietary intervention. *Br J Nutr*. 2003;89:295-301.