

Reumakirurgi

En bedömning av vårdbehovet i Stockholm mot bakgrund av fördelning av reumatologiska vårdresurser

Erik Allander

Maria Nyström

Reumakirurgi som behandlingsmetod är internationellt accepterad som en betydelsefull del av reumatikervården. Följande artikel ägnas framförallt en analys av reumakirurgin för invånare i Stockholms län, gjord ursprungligen på uppdrag av ledningen för Huddinge sjukhus, men som också ger en översikt över reumakirurgins ställning i Sverige. Stora variationer kan påvisas när det gäller resurser för reumakirurgi och väntetider till reumatologiska åtgärder. Mycket stora variationer föreligger också de reumatologiska klinikerna emellan beträffande uppskattningen av reumakirurgibehovet. Uppskattningen av andelen som skulle behöva reumakirurgi varierar mellan 2 procent och 50 procent av patientklientelet.

Professor Erik Allander är överläkare och Maria Nyström fil kand och utredare vid socialmedicinska enheten, Huddinge sjukhus.

Inledning

Behovet av behandling med reumakirurgiska ingrepp är med vissa sällsynta undantag inte akut. Reumakirurgi är specialiserad i vissa fall högt specialiserad vård. Operationer av olika typer på leder och senor – med eller utan proteser – kan nu göras i framförallt händer, höfter, knän, fötter, men också i armbågar, axlar och halsrygg (15). En nyligen publicerad artikel (7) beskriver de handkirurgiska möjligheterna vid reumatoid artrit (RA), – 25 % av all

kirurgi vid artrit görs på handen. En av de vanliga operationstyperna på den reumatiska handen är synovektomi, d v s man tar bort ledhinnan, en metod med osäkert långtidsresultat. En annan är tenosynovektomi, d v s man opererar på senskidan för att förbättra senornas rörlighet som ger goda resultat.

Man har också i många år gjort s k. artroplastiker i fingerlederna och olika protestyper har utvecklats, dock utan att någon speciell sådan har blivit allmänt accepterad.

Även artrodes kan göras, d v s steloperation av olika leder i handen, vilket inte bara leder till smärtfrihet utan också inte sällan till en förbättrad funktion. En speciell internationell kommitté strävar till samarbete när det gäller nomenklatur, diagnos, behandlingsmetoder och bedömning av operationsresultat. (7)

Reumakirurgins beroende av reumatikervårdens funktion och organisatoriska fördelning och normer är starkt både lokalt i Stockholmsregionen och i landet som helhet. Den geografiska fördelningen av dem som vårdats är viktig för vårdbehovsresonemang. Generellt sett är sjukdom betydligt jämnare geografiskt fördelad än resurser.

Uppdraget att göra en bedömning av det reumatologiska vårdbehovet, som är bakgrunden till artikeln och kom från ledningen av Huddinge sjukhus, gällde att belysa framförallt Huddinge sjukhus (HS) roll i vården i sydvästra förvaltningsområdet i Stockholms län. Reumatologkliniken på HS har en något annorlunda vårdpolicy än de övriga fyra. Vi

har emellertid funnit det ändamålsenligt att göra en bredare kartläggning, som därför också är mera generellt användbar för andra frågor än inom Stockholms reumatikervård. Nyligen har gjorts en mera ingående analys av svensk reumatologi, reumatikervård och dess utveckling (22). I flera avseenden har reumatologin och reumatikervården i Stockholm tidigare analyserats (23,24).

Vi har strävat efter en allsidig belysning och har därför använt många källor, varav merparten är sinsemellan oberoende. Beräkningarna har oftast gjorts så att jämförelser blir möjliga. Många har hjälpt till, tex. L-data, reumatologiklinikerna, enskilda reumatologer och reumakirurgiskt verkssamma läkare. En kort sammanfattning av huvudresultaten och vår bedömning finns för den läsare som bara har några minuter på sig. Vi hoppades att utredningen skulle kunna användas för att relativt snabbt göra reumatikervården bättre. När detta skrives, 9 månader efter det att uppdraget gavs och 8 månader efter det att det slutförts – finns dock ännu inget officiellt besked om att utredningen behandlats. Några har i brev kommenterat utredningen. Denna tryckta version innebär en förkortning av den ursprungliga rapporten.

Några vårdbehovsbegrepp

Att bedöma vårdbehov var utredningens huvuduppgift. Sådana resonemang kan emellertid ibland bli nog så grumliga. Sjukvårdshuvudmannen har i uppgift att följa sjukligheten och anpassa resurserna efter den. I nya hälso- och sjukvårdslagen eller propositionen är "vårdbehov" emellertid inte preciserat. En kort genomgång av hur vårdbehovsbegreppet kan struktureras är därför praktiskt.

Vårdbehov mätt i den direkta kontakten med en sjuk person kan sägas vara en avstämning mellan den enskilde patientens förväntningar på olika åtgärder, – att bli opererad och förbättrad – och den enskilde läkarens bedömningar att en åtgärd kan göra just den patienten nytta. Sådana bedömningar görs i princip vid varje läkare-patientkontakt, men är sällan studerat men kan emellertid göras dels i befolkningar, dels på patienter (1).

Vårdbehov kan ibland definieras som sjuka i befolkningen, som med olika insatser skulle kunna be-

handlas, botas eller förbättras. Generellt sett gäller att resursutbudet påverkar vårdbehovet och omvänt, men resursutbudet är styrande.

Termen "behov" är ett nyckelbegrepp i den nya hälso- och sjukvårdslagen. Det används dels om den individuella patienten (§ 3 "... tillgodose *patientens behov* av trygghet i vården och behandlingen ..."), dels om befolkningen (§ 7 "Landstingskommuner skall planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i *befolkningens behov* av hälso- och sjukvård.")).

Vidare sägs att behovet att erhålla vård "... får sålunda inte påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet. Inte heller eventuella väntetider får påverkas av sådana förhållanden. Även för inte akuta eller mindre allvarliga tillstånd måste möjligheter finnas att få god vård inom rimlig tid." (Prop 1981/82:97, s. 28) (20).

En ofta använd modell, lanserad i Sverige, bla. av Smedby, är att *vårdbehov* i befolkningen ger upphov till en *vårdefterfrågan*, som i sin tur leder till *vårdkonsumtion*.

Vårdbehov kan också klassificeras enligt fyra olika huvudtyper.

a) *Upplevt vårdbehov*, men som inte alltid tar sig uttryck i någon sjukvårdefterfrågan.

b) *Uttryckt vårdbehov*, uttryckt i en reell vårdefterfrågan

c) För planering anges ofta det *normativa vårdbehovet*, en i grunden godtycklig, men ändå rimlig standard, som har angivits av enskilda eller grupper av experter. I allmänhet anger ett sådant normativt vårdbehov hur många vårdplatser, besök, läkare etc som behövs per tex. 100 000 befolkning, oftast på riksnivå, för att en rimlig vårdinsats skall kunna ske. Dessa normtal utgår från en uppfattning om hur vanliga de studerade sjukdomarna är i befolkningen. Kvalificerade gissningar är en mera ärlig beteckning på normtal. Dessa har numera mindre bärkraft i planeringssammanhang, även om de är vanliga:

d) Slutligen finns det *komparativa vårdbehovet*, en jämförelse av vårdbehov mellan olika kategorier av sjuka, tex de som behöver reumakirurgi mot de som behöver vård för diabetes.

Tabell 1. Bedömning av vårdbehov för en sjukdom "A". Varje bedömning kan vara verklig eller fiktiv. (Siffran anger kategorinummer.)

BEDÖMARE		BEDÖMD			
		Patienter som sökt vård		Personer i befolkningen	
		Enstaka	Grupp	Enstaka	Grupp
<i>Läkare</i>					
Specialist på "A"	Enstaka	1	2	3	4
	Grupp	5	6	7	8
Specialist men inte på "A"	Enstaka	9	10	11	12
	Grupp	13	14	15	16
Allmänläkare	Enstaka	17	18	19	20
	Grupp	21	22	23	24
<i>Icke läkare</i>					
Allmänhet, administratör, politiker	Enstaka	25	26	27	28
	Grupp	29	30	31	32

Det finns ett flertal olika situationer där läkare – eller andra – bedömer vårdbehov hos patienter eller personer med sjukdom, som sökt eller inte sökt

sjukvård. Tabell 1 illustrerar de 32 olika kategorier man kan tänka sig. Dessa 32 kategorier kan i sin tur var och en uppdelas på verkliga eller fiktiva situationer.

Några exempel. Vanlig sjukvård är kategori 1. Vid den bedömning som en sjukvårdsstyrelse gör – kategorierna 30 och 32 – saknas inte sällan tillräckliga data. Kategorierna 17–24 är viktiga, en del publicerade data saknas ännu. Kategorierna 9–16, tex en internmedicinsk bedömning finns inte med i denna studie, däremot kategorierna 3 och 4 på *verkligt* underlag, kategori 6 och 8 på *fiktivt*. Kategori 2 finns också med (4). Att skillnader finns mellan reumatologer, d v s. inom kategori 2 redovisas. En total avvägning av vårdbehov för en befolkning – kategori 32 – bör kunna bli resultatet av en utredning som denna.

En ytterligare modell, som man kan använda för att bedöma hur väl ett *vårdbehov tillfredsställs* är den följande (tabell 2), som har använts av WHO (2). Den kan användas för att karakterisera situationen för en specialitet.

Tabell 2. Modell för sambandet mellan behov, resurser och vårdkonsumtion.*

VÅRDKONSUMTION	BEHOV			
	Stort		Litet	
	RESURSER		RESURSER	
	Rikliga	Sparsamma	Rikliga	Sparsamma
Hög	Typ A Balanserad	Typ B Överutnyttjad	Typ E Otillfredsställ balans	Typ F Otillfredsställ balans
	Adekvat fördelning av resurser	Hög användningsgrad av resurser	Överanvändning av resurser	Hög användningsgrad av resurser
Låg	Typ C Otillfredsställande balans	Typ D Otillfredsställande balans	Typ G Otillfredsställande balans	Typ H Balanserad
	Underutnyttjande av resurser	För små resurser	För mycket resurser	Tillfredsställande nivå och förläggning av resurser

* Behov, resurser och vårdkonsumtion kan definieras på ett sätt som är adekvat för det problem som studeras förutsatt att de används likartat.

Några exempel på olika bedömningar i nuläget. Reumatikerföreningen i Stockholms län anser att situation D föreligger. Reumatologkliniken på HS stannar i huvuddrag för kategori H, delvis också kategori G. Sabbatsbergs handkirurgiska klinik reträder delvis kategori C, liksom också delvis några av reumatologklinikerna.

Till vårdbehov är alltid knutet en *kvalitetsaspekt*.

God vård kan koncentreras till begreppen (modifierat efter WHO (4).)

tillgänglighet	Åtkomligheten för patienten
	Fullständighet
	Tillräcklig omfattning
kvalitet	Professionella kompetenserna
	Att patienterna accepterar den
	Tillräcklig teknisk medicinsk kvalitet
kontinuitet	Individcentrerad vård
	Viktig vårdtyp
	Koordination av vård
produktivitet	God organisation
	Rimliga kostnader
Effektivitet	Kända och väldefinierade resultat

I god vård ingår alltså inte bara hög medicinsk kvalitet, utan också god tillgänglighet och smidig organisation.

Behov kan sägas vara förväntningar på resultat (1), som alltså är en del av behovsbegreppet. Resultatmätt kan indelas i sex olika variabler (19) nämligen: funktionsnivå, smärtnivå, socialt och psykologiskt deltagande, patienttillfredsställelse, hur patienten följer en föreskriven regim och läkemedelsberoende.

Den nya klassifikationen av konsekvenser av sjukdomar, som 1980 föreslagits av WHO, (ICIDH-klassifikationen), (18) gör det möjligt att systematiskt och allsidigt strukturera resultat av sjukvårdsinsatser överhuvudtaget.

Av den inledande genomgången framgår att många faktorer påverkar vårdbehov, som inte är ett entydigt begrepp men som gör att flera olika källor behövs för att en rimlig avvägning skall kunna göras av de resurser som skall ställas till förfogande. Därför har källor av olika typer tagits fram. Flera kommer från material som ännu (okt -84) tidigare ej publicerats. En huvudfråga har varit hur adekvat

den geografiska fördelningen är mellan behov och vårdkonsumtion.

Reumatologiska vårdbehovet i Sverige

Från Socialstyrelsens sektorsutredning om Rörseleorganens sjukdomar 1983 (13) har, för att belysa fördelningen i landet av resurser och vårdkonsumtion, vissa sammanställningar gjorts (13). Grunddata finns i *tabell 3*.

Som framgår av tabell 3 är det stora variationer i landet på vårdresurser och vårdkonsumtion för reumatiska sjukdomar. Man skulle kunna förmoda att det fanns något samband mellan omfattningen i dessa vårdresurser, så att tex en stor öppen vård hade ett samband med mindre slutna vård, eller vårdplatser på sjukhus för reumatiker hade ett samband med utlandsvårdplatser för reumatiker. Emellertid visar en enkel korrelationsberäkning mellan dessa fyra olika variabler parvis att det inte finns någon statistisk signifikant samband för någon av de sex korrelationerna.

Denna till synes mera slumpartade fördelning av resurser är naturligtvis otillfredsställande i ett planeringsperspektiv.

Med utgångspunkt från detta grundmaterial har vi också gjort beräkningar av sambandet mellan antalet intagna reumatiker för inflammatoriska reumatiska sjukdomar – där ju reumatoid artrit är den stora gruppen – och antalet personer för samma landsting, som rapporterat långvariga reumatiska tillstånd från den sk ULF-studien (25). Korrelationskoefficienten råkar här bli exakt 0, dvs det finns inget sådant statistiskt samband mellan vårdkonsumtion och uppskattad förekomst i befolkningen via ULF-undersökningen. Samma brist på samband får man om man gör motsvarande räkneoperation på antalet reumatologer per 100 000 personer i de olika länen. Korrelationskoefficienten blir här 0,11. Också här blir resultatet att såväl sjukhusintagningar som reumatologer, i varje fall 1977, var slumpartat fördelade över Sverige i förhållande till befolkningens uppgivna sjuklighet i reumatiska sjukdomar.

En sammanställning har också gjorts av de olika ledoperationer där reumatiker är vanligen förekommande patientkategorier i Uppsalaregionen för

Tabell 3. Geografisk fördelning av reumatologresurser i Sverige.

Landstingsområde (motsvarande)	Vårdplatser per 100 000 befolkning för reumato- logi exkl regionvård 1980–81. Aktuellt eller pla- nerat platsantal	Antal vård- tillfällen för patienter med systemisk in- flammatorisk reumatisk sjukdom 1977/100 000 invånare	Besök i öppen vård vid reu- matologisk klinik/enhet vid olika sjukhus- och sjukvårdsom- råden 1979. /100 000 invånare	Utlandsvårds- * platser för reumatiker 1984/100 000 invånare (Uppg fr SUVAB 1983-12–09)
Stockholm	7,6	17	140	16
Uppsala län	6,2	36	—	2
Östergötlands län	5,6	—	125	8
Malmö stad	11,9	26	107	0
Malmöhus län	8,0	18	98	19
Göteborgs stad	7,0	20	93	11
Örebro län	18,2	29	210	3
Västerbottens län	22,7	—	195	16
Jönköpings län	5,0	—	54	13
Kronobergs län	8,7	—	27	11
Kalmar län	2,5	27	39	2
Blekinge län	8,4	—	140	10
Kristianstads län	10,0	24	—	6
Göteborgs o Bohus län	2,9	22	31	4
Älvsborgs län	4,7	20	44	8
Västmanlands län	6,9	21	—	11
Kopparbergs län	8,4	29	123	5
Gävleborgs län	10,2	20	—	20
Västernorrlands län	11,9	16	—	8
Jämtlands län	18,5	28	—	0
Norrbottnens län	11,2	—	159	8
Södermanlands län	—	40	—	12
Hallands län	—	26	—	9
Skaraborgs län	—	16	—	6
Gotlands län	—	—	—	18
Värmlands län	—	—	—	5
HÖGSTA VÄRDE	22,7	40	210	20
LÄGSTA VÄRDE	2,5	16	27	0

1969, 1973 och 1977, samt 1969 fördelat på sex län som ingår i Uppsala-regionen. (Tabell 4). Dessa siffror innehåller dock också andra sjukdomar än reumatoid artrit. (12).

Det är stora variationer mellan de olika landstingen. Speciellt anmärkningsvärda är de stora skillnaderna när det gäller synovektomi, där effekterna är osäkra.

Data om resurser och reumakirurgi

Vid en genomgång av primärmaterialet från Socialstyrelsens nyligen publicerade expertgruppsrapport om de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna (13), har en genomgång gjorts av resursåtgången för reumakirurgi från landets då verksamma reumatologkliniker 1979–80. Grundmaterialet har vänligen ställts till förfogande av professor em Kåre Berg-

Tabell 4. Vissa reumakirurgirelevanta operationer per 100 000 invånare i Uppsalaregionen. Ålders- och köns-standardiserade tal med Uppsalaregionen 1965 som standardpopulation. Inom parentes anges lägsta resp högsta tal för de sex ingående landstingsområdena.

Operation	År 1969	1973	1977
Synovektomi (100)	(0,8–48,0) 20,1	(0,0–22,5) 12,2	(4,1–21,9) 10,8
Sensutur på hand (102)	(2,4–11,2) 8,8	(5,9–9,2) 7,7	(2,7–21,3) 9,0
Övriga rekonstruktiva ingrepp på hand (104)	(1,3–4,8) 2,8	(3,1–11,4) 4,8	(5,0–18,1) 8,7
Artrodes (105)	(3,9–18,3) 11,2	(7,8–21,0) 15,9	(19,7–21,2) 18,2

lund (14). Från detta material får man en god uppfattning om hur resurserna för reumakirurgi i landet fördelats med utgångspunkt från uppgifter från de olika reumatologklinikerna. Materialet är inte fullständigt, men det bästa nu tillgängliga.

Tabell 5 visar stor spridning på hur många tjänster som på vederbörande sjukhus ortopediska klinik ägnats åt reumakirurgi exklusive handkirurgi.

Antalet vårdplatser ortopediska kliniken på ve-

Tabell 5. Antal tjänster på ortopediklinik, som ägnas åt reumakirurgi exkl handkirurgi per 100 reumatologklinikplatser.

Reumatologklinik	Antal tjänster/ 100 reumatologklinik- platser
Karolinska	0,4
Linköping	2,4
Örebro	1,9
Umeå	4,0
Jönköping	5,0
Malmö	7,1
Uddevalla	15,6
Falun	2,1
Borås	5,0
Strängnäs	3,1
Östersunds reumatiker-sjukhus	0,8
Spenshults reumatiker-sjukhus	0,3

derbörande sjukhus använder för reumakirurgi räknat per 100 reumatologklinikplatser visar en stor spridning på data tillgängliga från 12 svenska ortopedkliniker – från 0 (Malmö) – 88 (Uddevalla).

Från samma källor har också hämtats uppgifter om uppgivna väntetider i Sverige för fem olika operationer (Tabell 6).

Tabell 6: Upplysningar om väntetider till reumakirurgi från åtta svenska reumatologkliniker (1979).

Operation	Median- vänte- tid	Högsta resp lägsta värde
Synovektomi/teno-synovektomi i handen	4 mån	1–11 mån
Plastikoperation i handen	5 mån	2 mån–7 år
Plastikoperation i höftled	9 mån	2 mån–2,5 år
Synovektomi i knä	5 mån	2 mån–2,5 år
Plastikoperation i knä	8 mån	2 mån–30 mån

Tabellen visar alltså åter stora variationer mellan de åtta kliniker som rapporterat sina väntetider.

Nyligen har Ian Goldie i Läkartidningen publicerat en översiktsartikel om reumakirurgi (4,10), som innehåller flera aktuella uppgifter om reumatologisk verksamhet i Stockholm. Goldie påpekar bl.a. att den mindre erfarne är mera obenägen att remittera en patient till kirurgisk åtgärd. Huvudslutsatserna finns här i tabellarisk form. (Tabell 7).

Sammanfattningsvis finner man att enligt dessa källor cirka 10–20 % av reumatoid artritpatienter behöver ortopedkirurgiska ingrepp.

Hur är det reumatologiska vårdbehovet i Stockholm?

I allmänhet har så färsk information som möjligt använts. Erfarenheten visar att sammanställning av sådana data ger anledning till nya frågor. För slutenvårdsstatistiken har beräkningar skett för 1980 och 1982, då materialet för 1983, när detta skrives, ännu inte är klart. De presenterade delstudierna har en definierad metodologi som här dock inte redovisas annat än översiktligt.

För att få jämförbara tal har i allmänhet vårdtill-

fällen etc omräknats till antal per 100 000 invånare. För att siffrorna skall bli acceptabelt jämförbara utan åldersstandardisering förutsätter detta en nå-

Tabell 7. Uppskattningar av reumakirurgiska operationsbehov

Klinik	Operations- behov	Kommentar
Reumatologkliniken Danderyds sjukhus	14 % (5–25 %)	Speciell studie gjord
Karolinska sjh:s ortopedklinik	15 %	Ej handfall, räknat på konsultfallen
Ortopedkliniken i Lund	25–30 %	Uppskattad del reu- matiker av samtliga patienter på ortoped- kliniken
Ortopedkliniken Göteborg	20 %	Uppskattad del reu- matiker bland orto- pedklinikens operera- de
Ortopedkir klin Södersjukhuset	18 %	Uppskattad del av RA bland höftplastik- opererade
Projektet "svenska knän"	45 %	Delen med RA bland samtliga knäprotes- opererade i Sverige
Ortoped klin Lund		

gorlunda likartad medelålder i de olika basupptagningsområdena. Vi har därför gjort sådana beräkningar, enligt medelfolkmängden 1980 separat för män och kvinnor för de 12 akutsjukhusens basupptagningsområden. Några avsevärda skillnader – över 1 år mellan ålderssammansättningen i basupptagningsområdena – finns inte. Detta är viktigt eftersom operationerna är betydligt vanligare i högre åldrar än i lägre. (Tabell 16).

En undersökning på vårdcentralsnivå i Stockholm av hur många personer som sänds till reumakirurgisk konsult pågår (11).

Reumatologklinikchefernas uppfattning om vårdbehov

Som en del av utredningen har cheferna för de fem reumatologklinikerna i Stockholmsområdet fått uppskatta efterfrågan och tillgång på kirurgi för reumatiker. Svaren på de olika frågorna – ibland efter viss nödvändig koncentration som dock inte går ut över innehållet – visas i tabell 8.

Uppskattningen av andelen varierar mellan 2%–50% av patienterna, visserligen med viss skillnad i definitionerna. Reumatologer skiljer sig åt i sina

Tabell 8. Reumatologklinikernas i Stockholms uppfattning om det reumakirurgiska vårdbehovet

Fråga	Sjukhus				
	Karo- linska	Danderyds	Huddinge	Söder- sjukhuset	S:t Eriks
1. Hur stor andel (%) av de patienter som vårdats hos er i öppen vård 1982 skulle Du bedöma vara i behov av konsult hos ortoped/handkirurg?	10–20 % av RA-pat	14 % enligt särskild studie	mindre än 2 %	12 % av 850 + 11 % (90) till ortoped för mindre in grepp el t handkir	30–50 % har visats för kirurg någon gång
2. Samma som ovan, men för intagna.	Se fr 1.	Ej besvarbart	Något högre procentuellt	Går ej att fastställa	Går ej att uppge
3. I vilken grad anser Du behovet av ortoped/handkirurkonsult vara tillgodosett under 1983?	Acceptabelt	Helt tillfredsställande	Helt tillfr.-ställande	Ang.kons. väntet. f op f långa	Väntet. f op f långa
4. Har Du någon uppfattning om huruvida vårdkonsumtionen för reumakirurgi är geografiskt snedfördelad i Sthlm?	Vet ej	Nej, är ngt så när jämnt fördelad	Ja, snedfördelad p g a ytterst olikart väntetider	Vet ej	Vet ej

bedömningar. Nyligen har ett arbete publicerats om detta (21). Bortsett från något långa väntetider är man relativt belåten med tillgången på reumatikurgi. Om hur den geografiska fördelningen av vårdkonsumtionen är osäkerheten stor.

Väntetider reumatologi och ortopedi

Vi har skaffat fram väntetider för intagna i slutenvård i reumatologi och ortopedi 1980 t.o.m. första kvartalet 1983. Väntetider finns rapporterade endast för två av de fem reumatologklinikerna. För Huddinge sjukhus reumatologklinik var den det första kvartalet 1983 15 dagar och för reumatologkliniken på Karolinska sjukhuset 34 dagar. Huddinge-kliniken har alltså haft minst hälften så långa väntetider som Karolinska sjukhusets reumatologklinik.

Reumapatienterna opereras ju till stor del av ortopedier. Det är därför relevant att se på väntetiderna för de sex ortopediklinikerna och hur dessa utvecklats sig från första kvartalet 1980 och framåt. (Tabell 9).

Tabell 9. Medelväntetider för intagna patienter på ortopediklinikerna i Stockholm

Ortopedklinik	Medelväntetider första kvartalet 1980 (dagar)	Medelväntetid första kvartalet 1983 (dagar)	Förändring (Medelväntetiden första kvartalet -80 = 100)
Danderyds sjukhus	87	117	134
Karolinska sjukhuset	56	67	120
S:t Görans sjukhus	41	68	166
Sabbatsbergs sjukhus	72	110	153
Södersjukhuset	77	57	74
Huddinge sjukhus	119	95	80

Det är alltså förhållandevis stora skillnader mellan väntetiderna för de ortopediska klinikerna. Utvecklingen av väntetiden under 80-talet har också varit ojämn. För fyra av klinikerna (DS, KS, S:t Göran, Sabbatsberg) har väntetiderna ökat, mest påtagligt för S:t Görans sjukhus. Däremot har man

en minskning på 20–26 % för HS resp Södersjukhuset.

Det är sannolikt att dessa olika väntetidsförhållanden påverkat reumatikernas möjlighet inte bara att bli opererade, utan också att överhuvudtaget bli bedömda om operation behövs.

KS reumatologklinik. Geografisk fördelning av vård 1980

Karolinska sjukhusets reumatologklinik är den jämte Södersjukhusets reumatologiska verksamhet kvantitativt mest betydelsefulla i landstinget. För att få en uppfattning om hur vården geografiskt och könsmässigt är fördelad över landstinget visas total-siffrorna i tabell 10.

Tabell 10. Antal patienter, samtliga diagnoser, vårdade vid reumatologkliniken, Karolinska sjukhuset, 1980. Absolut antal och per 100 000 invånare fördelat på sjukvårdsområde.

Sjukvårdsområde	Män		Kvinnor	
	Abs antal	Per 100 000 invånare	Abs antal	Per 100 000 invånare
NV	76	60	126	98
Gotland	6	22	4	15
V	11	7	30	18
SV	10	7	27	18
NÖ	7	6	30	23
S	8	4	18	8
Stockholm okänt var	12	—	24	—
Utomläns	6	—	10	—
Totalt	136	—	296	—
varav med reumatoid artrit och pelvo-spondylit	80 (59 %)	—	147 (50 %)	—

Av tabellen framgår att reumatologkliniken på Karolinska tar patienter från alla sjukvårdsområden, för männen 56 % från nordvästra. Motsvarande för kvinnorna är 45 %.

En åldersuppdelning av materialet visar att det högsta antalet patienter kommer från åldrarna 70 år och över, för kvinnor nordväst 268/100 000 invånare och motsvarande för män är 117/100 000 invånare (15 individer).

KS, HS, DS reumatologkliniker. Geografisk fördelning av vård 1982

Bearbetningar har också gjorts av slutenvårdsmaterial från 1982 på antalet vårdtillfällen totalt och per 100 000 invånare i Stockholms län. Detta syns i nedanstående tabell, (tabell 11), och som alltså beskriver i absoluta tal och per 100 000 invånare vilken slutna reumatologisk vård, som klinikerna presenterar. Av tabellen framgår också från vilket sjukvårdsområde respektive klinik rekryterat patienter.

Tabell 11. Antalet vårdtillfällen vid reumatologkliniken vid KS, HS och DS 1982 för samtliga diagnoser. Totalantal angivet i absolut antal och per 100 000 invånare i Stockholms län.

		Antal vårdtillfällen Absolut tal	Antal vårdtillfällen/ 100 000 invånare
KS	m	58	7,8
	kv	160	20,1
HS	m	95	12,7
	kv	199	25,0
DS	m	74	10,0
	kv	199	25,0
Totalt			
	m	227	30,4
	kv	558	70,3

Dessa tre reumatologkliniker tar en mycket likartad del av befolkningen i Stockholms län. En analys av materialet uppdelat på åldersgrupper ger samma bild.

Från sitt eget sjukvårdsområde tar de tre reumatologkliniker på Karolinska, Huddinge och Danderyds sjukhus ungefär lika många patienter/100 000 invånare (för kvinnor 88, 123 och 113 respektive).

En närmare indelning av fördelningen av vården får man genom att fördela de ovan nämnda vårdtillfällena vid de tre reumatologkliniker på Karolinska, Huddinge och Danderyds sjukhus på de 12 basupptagningsområdena för de olika sjukhusen. Detta visas i tabell 12.

Av tabellen 12 framgår de delvis mycket stora skillnader som finns mellan upptagningsområdena. Det bör observeras att ovanstående tabell inte innefattar reumatologkliniken vid S:t Erik eller reumatologkliniken 3, på Södersjukhuset. Vi finner emellertid inte någon skillnad mellan reumatologklini-

Tabell 12. Antalet vårdtillfällen vid reumatologen på KS, HS och DS 1982 fördelat på basupptagningsområden, absolut och per 100 000 invånare 1982.

Basupptagningsområde och sjukhus	Män Absolut tal	Per 100 000 invånare	Kvinnor Absolut tal	Per 100 000 invånare
DS	50	43,8	146	117,6
Norrtälje	18	86,2	26	126,3
Nacka	3	3,6	10	12,0
SöS	5	5,4	5	4,9
Ersta	0	0	1	4,5
S:t Erik	6	13,9	8	15,6
S:t Göran	8	12,5	19	27,4
Sabbatsberg	5	11,4	11	21,4
Löwenströmska	10	21,2	33	69,7
KS	38	53,5	101	136,8
HS	63	71,5	126	138,7
Södertälje	21	35,5	72	123,0
Totalt	227	30,4	558	70,3

kerna när det gäller hur många vårdtillfällen per 100 000 invånare de rekryterat från sitt eget basupptagningsområde.

För att illustrera det starka åldersberoendet av slutenvårdskonsumtionen för de reumatiska sjukdomarna visas tabell 13.

Tabell 13: Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare i Stockholm 1982 för reumatologkliniker på Karolinska sjukhuset, Huddinge sjukhus och Danderyds sjukhus sammantagna.

Kön	Åldersgrupper				Totalt
	0-19	20-39	40-69	70-	
Män	2,0	15,6	58,1	74,4	30,4
Kvinnor	4,2	35,4	114,5	166,0	70,0

Reumakirurgiskt vårdbehov i befolkningsstudie 1968

Det finns en uppskattning av det reumakirurgiska vårdbehovet gjort på grundval av en populationsundersökning på 60-talet från befolkningen i fyra åldersgrupper 31-74 år i gamla Stockholms stad (5). Där finns vissa förslag till normtal. Uppskattningar-

na av operationsbehov gjordes på 239 individer identifierade enligt internationella populationskriterier som olika grader av reumatoid artrit. Operationskriterierna uppställdes efter överläggningar med de då mest erfarna reumakirurgerna i landet, nämligen Magnus Bäckdahl (handkirurgi) och Börje Waldius (knäkirurgi).

Genom populationskriterier identifieras genomsnittligt sett lindrigare fall av reumatoid artrit, och en viss men mindre del oklara fall i jämförelse med ett kliniskt material. Å andra sidan representerar resultatet läget i befolkningen och hänför sig alltså inte till de resurser som finns. Resultatet visade också att av de som föreslogs operation mellan 26–60 % inte ville opereras, vilket bör tas in i bedömningen av vårdbehov.

Det visade sig också att operationsbehovet inte oväntat var starkt korrelerat till graden av röntgenologisk förstöring, så att endast 8 % av dem utan röntgenologisk förstöring bedömdes behöva operation mot 61 % av dem med grav röntgenologisk förstöring.

Det totala antalet patienter per 100 000 befolkning med medelålder på 51 år som bedömdes behöva någon form av reumakirurgiskt ingrepp var 655, varav 129 män och 526 kvinnor. Utifrån detta kan en bedömning av vårdbehov för reumakirurgi göras.

Om man utgår från en förekomst på 2 % i befolkningen, betyder detta att var tredje person med reumatoid artrit vid en punktundersökning bedöms vara i behov av åtminstone en reumakirurgisk konsult, som sedermera, om patienten accepterar blir ett reellt operationsbehov. Det reella operationsbehovet, dvs personer som slutligen blir opererade efter rådgivningen kan uppskattas till cirka hälften av detta tal, dvs 15 %. Man hamnar då i samma storleksordning som andra uppskattningar utifrån annan metodik och material.

Anmärkningsvärt i denna tidigare studie var också att bara en tredjedel av de som bedömdes vara i behov av operation stod på någon form av väntelista för operation eller reumakirurgisk bedömning. Denna bedömning av reumakirurgiska ingrepp gjordes som ett led i en bedömning även av andra vårdbehov inom den reumatologiska populationen (8).

Uppföljning av vårdbehov i befolkningsundersökning hösten 1983

Dessa 239 individer har nyligen (okt–dec 1983) följts upp (26). I en preliminär sammanställning ingår 132 personer i materialet och 107 har avlidit. Den 20 december 1983 hade 97 av de 132 undersökts.

Det visade sig att 12 % av dessa 97 antingen hade fått remiss eller givits råd om att be sin ordinarie läkare föranstalta om konsultation för ledoperation. Av dessa 12 operationsföreslagna patienter var 7 tidigare opererade. Storleken av operationsbehovet ligger alltså i samma storleksordning, som vid andra studier. Av de 12 bodde 6 i SSO, 5 i VSO och en i SVSO, vilket stämmer hyggligt med hänsyn till att ursprungsbefolkningen kommer från gamla Stockholms stad.

Reumahandkirurgisk väntelista på KS 1978

På grundval av de rapporter om långa väntetider för handkirurgiska operationer vid Karolinska sjukhusets kirurgklinik gjordes 1978 på hälso- och sjukvårdsnämndens planeringsavdelnings uppdrag en undersökning. En undersökning av de 100 patienter som stod på sådan väntelista. Resultatet har rapporterats, bl a vid medicinska riksstämman 1978 (17). Det visade sig att denna väntelista då fungerade klart otillfredsställande i många avseenden. Det var tex ingen skillnad i sjukdomsgrad mellan förturs- och icke förtursbedömda. Väntetiden var i allmänhet mycket lång, men varierade starkt, 44 % hade väntat mindre än 1 år, men fyra patienter hade 7 års eller längre väntetid!

Denna studie illustrerade hur viktigt det är att väntelistor måste innebära att patienternas kontakt med kliniken blir tillfredsställande. Om så inte är fallet uppstår en hel del nackdelar inklusive en klart orättvis fördelning av användningen av vårdresurser med hänsyn till uppskattat individuellt behov.

Geografisk fördelning av handkirurgiska reumaoperationer 1982

En genomgång av operationsliggaren för 1982 vid handkirurgiska kliniken på Sabbatsberg har kunnat göras genom att docent Lugnegård ställt den till förfogande (16). 131 patienter med reumatoid artrit kunde där identifieras.

Tabell 14 visar fördelningen av dessa patienter på sjukvårdsområden, dels i absolut tal, dels per 100 000 invånare.

Tabell 14. Geografisk fördelning av handkirurgiskt behandlade (Sabbatsbergs sjukhus) patienter med RA 1982.

Sjukvårds-Män områden	Kvinnor	
	Abs antal	Per 100 000 invånare
NV	2	1,6
SV	1	0,6
V	18	12,0
S	4	2,0
NÖ	0	0

4 personer som är utomlänspatienter eller från Gotland, är inte inkluderade.

Totalt ger detta 12,1 individer per 100 000 befolkning. Fördelningen mellan sjukvårdsområden visar inga anmärkningsvärda skillnader, även om västra har dubbelt så många opererade per 100 000 invånare som södra.

Om man fördelar detta material på basupptagningsområden finner man att samtliga basupptagningsområden blir representerade. Tabell 15 visar fördelningen av antalet opererade per basupptagningsområde uppdelat för män och kvinnor, dels i absoluttal, dels per 100 000 invånare.

Tabell 15. Reumakirurgiskt opererade 1982 fördelade på de olika Stockholmsjukhusens basupptagningsområden.

Sjukhus	Män		Kvinnor	
	Absolut tal	Per 100 000 invånare	Absolut tal	Per 100 000 invånare
Löwen- strömska	0	0	3	5,6
Danderyd	0	0	10	8,9
Nacka	1	1,2	7	8,7
Karolinska	2	2,8	15	20,0
S:t Erik	4	9,2	13	25,5
Huddinge	0	0	14	16,4
Södertälje	1	1,6	4	6,5
S:t Göran	3	4,7	6	8,7
Sabbatsberg	11	23,5	9	17,7
Södersjukhu- set	3	3,1	9	8,6
Ersta	0	0	2	9,3
Norrtälje	0	0	4	19,9
Gotland	0	0	1	3,6

Även om talen är små och därför behäftade med viss osäkerhet framgår det tydligt att både Sabbatsbergs sjukhus, Karolinska och S:t Eriks basupptagningsområden är klart bättre tillgodosedda genom den handkirurgiska verksamheten på Sabbatsberg än övriga basområden. Å andra sidan sker viss reumatologisk handkirurgi även utanför Sabbatsbergskliniken. En åldersuppdelning av materialet visar inga påtagliga skillnader mellan opererade per 100 000 i olika åldersgrupper.

Geografisk fördelning av reumakirurgiska konsultationer från KS reumatologiklinik apr -82 maj -83

En genomgång har också gjorts av konsultremisserna från reumatologiska kliniken, som har ställts till den ortopediska kliniken på Karolinska sjukhuset under tiden april 1982–maj 1983. Detta material ger en mera precis uppfattning av operationsbehov för de patienter som hamnat på reumatologiska kliniken på Karolinska sjukhuset och där ortoped har konsulterats. Det skall betonas att handkirurgi inte har ingått i dessa remisser. Det är totalt 97 patienter (30 män, 65 kvinnor), varav två inte har kunnat fördelas på förvaltningsområden.

Det visar sig att då för män, antalet konsultationer per 100 000 invånare i Karolinska sjukhusets basupptagningsområde är 24,8 mot totalt för hela länet 3,8, motsvarande för kvinnor på Karolinskas basupptagningsområde är 41,4 och totalt 8,1 per 100 000 befolkning. Av de totalt 97 konsultfallen rekommenderades 32 % (31 fall) operation.

Detta antyder att konsultationsbehovet kan vara ungefär tre gånger större än det verkliga behovet av antalet operationer.

Geografisk fördelning av reumakirurgiska operationer och diagnosgruppen RA 1982

Den tidigare framställningen har avsett att ta fram reumatikervårdens fördelning i Stockholm som en bakgrund till specifika uppgifter om operationer. Detta har gjorts från slutenvårdsregistret 1982. Socialstyrelsens kodlista för operationen (6) omfattar ett 90-tal fyrsiffriga operationskoder. Frakturer har inte inkluderats.

Det visade sig att kvinnorna med reumatoid artrit enligt den tidigare definitionen representerades av

1 307 vårdtillfällen fördelade på inte mindre än 83 kliniker. För män var motsvarande tal 424 vårdtillfällen och 63 kliniker. Av vårdtillfällena för kvinnor med reumatoid artrit var bara 29 % på reumatologklinik. För männen var motsvarande tal 33 %.

I tabell 16 visas vårdtillfällen för diagnos 712.00–712.99, fördelade på ålder, samt på vårdtillfällen totalt och av dessa vårdtillfällen med operation, dels i absolut tal, dels per 100 000 invånare i resp åldersgrupp.

Tabell 16. Ålderfördelning av reumakirurgiskt opererade och icke opererade patienter med diagnos 712.00–712.99 1982.

	Ålder				Totalt
	0–19	20–39	40–69	70+	
Vårdtillfällen					
Abs tal	39	113	922	660	1 731
Per 100 000 invånare	9,4	22,7	181,8	428,8	112,1
Varav op					
Abs tal	3	43	283	71	400
Per 100 000	0,8	8,6	55,8	46,1	25,9
% av vårdtillfällen med operation	8	30	31	11	23

Av tabellen framgår att totalt sett vart fjärde vårdtillfälle för inflammatorisk reumatisk sjukdom av typen reumatoid artrit en operation har gjorts. Det finns dock en åldervariation mellan 8–31 %. Det största antalet vårdtillfällen med operation ligger alltså i åldersgruppen 40–69 år.

Även denna uppskattning ligger alltså ungefär i den storleksordning som angivits av tidigare källor, Goldie, Brattström, Allander m fl.

Den *geografiska fördelningen* på vårdtillfällen med operationer på sjukvårdsområden, dels i absolut tal, dels i antal per 100 000 invånare finns i tabell 17.

Av tabell 17 framgår att operationerna är något så när jämnt fördelade mellan sjukvårdsområdena.

Slutsatser

Följande slutsatser anser vi oss kunna dra från det insamlade och bearbetade materialet.

1. Vårdbehovsbegreppet är mångfasetterat och innehåller många typer av situationer och bedöma-

Tabell 17. Geografisk fördelning av vårdtillfällen med reumakirurgiskt ingrepp 1982.

Vårdtillfällen med operation med RA	Sjukvårdsområdena					Totalt
	NÖ	S	V	NV	SV	
Absolut tal	43	99	110	55	78	385
Per 100 000 invånare	15,4	24,5	34,0	23,0	26,3	24,9

re. En precisering är nödvändig i en konkret situation.

2. Vårdkvalitetsbegreppet innefattar inte bara medicinsk kvalitet, utan även aspekter på tillgänglighet och organisation.

3. I Sverige som helhet är det en dålig överensstämmelse mellan resurser för reumatologi, vårdade för reumatiska sjukdomar och förekomst av reumatiska sjukdomar.

4. I Sverige finns stora, delvis mycket stora, skillnader i organisatoriska lösningar på den reumakirurgiska vården.

5. Reumakirurgi som behandlingsmetod är internationellt accepterad och en betydelsefull del av reumatikervården.

6. Från olika källor kan uppskattas att 10–20 % av patienterna med reumatoid artrit är betjänta av reumakirurgiskt ingrepp.

7. Under sjukdomsförloppet kommer troligen mer än hälften av patienterna med reumatoid artrit någon gång att vara reumakirurgiskt opererad.

8. Behovet av reumakirurgisk konsult är 2–3 ggr större än antalet patienter som verkligen opereras.

9. Stor osäkerhet råder om vårdbehovets geografiska fördelning hos reumatologklinikerna i Stockholm.

10. Någon systematisk uppföljning av reumakirurgiska operationsresultat i Stockholmsområdet finns för närvarande inte, men bör införas.

11. Väntetiderna för reumakirurgisk operation är otillfredsställande

12. Antalet patienter vårdade på reumatologklinikerna HS, KS, DS räknat per 100 000 invånare skiljer sig obetydligt mellan respektive sjukhus upptagningsområden.

13. Delvis stora skillnader i geografisk fördelning på tillgången på reumakirurgiska operationsresurser

i Stockholm.

14. Handkirurgiska ingrepp på reumatiker är betydligt vanligare i de basupptagningsområden som ligger nära den handkirurgiska kliniken på Sabbatsbergs sjukhus.

REFERENSER

1. *Mägi M, Allander E*: Towards a theory of perceived and medically defined need. *Sociology of Health and Illness* 3(1):49–71, 1981.
2. WHO Regional Publications European Series No 7: Measurement of Levels of Health. WHO, Copenhagen, IEA, 1979.
3. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen: Public Health in Europe 16: Quality Assurance of Health Services. 1979.
4. *Goldie I*: Reumatologisk kirurgi – vilka patienter kan opereras? *Läkartidningen* 80(40):3653–3654, 1983.
5. *Allander E*: Need for reconstructive surgery for rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 3:183–189, 1974.
6. Socialstyrelsen: Klassifikation av operationer. SOSFS(M) 1979:78, Stockholm 1979. ISBN 91-38-05280-6.
7. *Nalebuff E A*: Rheumatoid hand surgery – Update. *The Journal of Hand Surgery* 8:678–682, 1983.
8. *Allander E*: Need, demand, and supply of medical care in a population sample of rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 4:1–11, 1975.
9. *Allander E*: Mål och syften. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 6, 333–341, 1982.
10. *Goldie I*: Reumatologisk kirurgi – vilka patienter kan opereras? *Reumatikerkontakten i Stockholms län* nr 4, s 8–13, 1983.
11. *Krakau I*: Personligt meddelande. 1983.
12. *Bygren L O*: Operationer 1969–1977. Socialstyrelsens statistik. Operationer inom opererande specialiteter i slutenvård i Uppsala sjukvårdsregion på personer boende i regionen. Socialstyrelsen, byrå FAP 2:2, Hälso- och sjukvård ISSN. SCB-tryck, Örebro, 1983.
13. Socialstyrelsen. PM Expertrapporter 57/83. Rörelseorganens sjukdomar – Problem och strategi inför 90-talet.
14. *Berglund K*: Personligt meddelande. 1983.
15. *Brattström H*: Personligt meddelande. 1983.
16. *Lugnegård H*: Personligt meddelande. 1983.
17. *Allander E, Nordmark B*: Hur fungerar väntelistan till reumakirurgi vid handkirurgiska kliniken på Karolinska sjukhuset? Manus och abstract, Läkaresällskapets riksstämma, 1978.
18. WHO: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. World Health Organization, Geneva, 1980. ISBN 92-4-154126-1.
19. *Greenfield SH* et al.: Physician preference for criteria mapping in medical care evaluation. *Journal of Family Practice* 6:1079–1086, 1978.
20. Regeringens proposition 1981/82:97. Hälso- och sjukvårdslag, m.m.
21. *Kirwan JR, de Saintonge DMC, Joyce CRB, Currey HLF*: Clinical judgement analysis – practical application in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 22(suppl):18 23, 1983.
22. *Allander E*: Swedish Rheumatology in a changing society. The need for a new map. *BIMR Rheumatology* vol 5 "Arthritis in Society: The impact of musculo-skeletal diseases". Butterworth Scientific Ltd, England, 1984.
23. *Allander E*: Bakom kulisserna i vårdplaneringen: Bevarad läkarmakt kontra ökat patientinflytande – en konflikt belyst med exempel från reumavård. *Läkartidningen* 77, nr 51, 4835–4838, 1980.
24. *Allander E*: Varför finns det så få reumatologer? *Socialmedicinsk tidskrift* 59:446–452, 1982.
25. *Allander E, Bjelle A*: Development, use, interpretation, and consequences of a national information system on rheumatic disorders. Abstract no. 382, VIII Pan-American Congress of Rheumatology, June 7–12, Washington D.C., 1982.
26. *Allander E, Broström L-Å, Isacson J, Allebeck P*: Pattern of disease in rheumatoid arthritis. A long term follow up of a population study. Abstract, III. Prague Symposium on Rheumatology, June 27–30, 1984.