

Rörelseorganens sjukdomar – vems ansvarsområde?

Erik Allander

Vilka patienter skall tas hand om av vem?
Vilka resurser skall ges till vilka patienter?
Hur snabbt och av vem skall de vårdbe-
hövande tas om hand? Vilka krav från patienter-
na kan vårdorganisationen gå till mötes? Hur
skall berättigat behov kunna tillgodoses sam-
tidigt som resurserna fördelas jämnare?
Är vårduppgifterna sådana att en avsevärd
decentralisering av diagnostik och ev även
av behandling kan ske?

Rörelseorganens sjukdomar är en av vårdpanora-
mats stora grupper. I vissa fall är den störst som
t ex bland sjukpenningdagar där den tar 18 % av
samtliga och nybeviljade förtidspensioner, där
denna grupp tar 25 % av samtliga. Bland läkar-
besök i öppen vård kommer den med 11 % av
besöken som tvåa efter snuvorna. Bland de i
vidare bemärkelse kirurgiska besöken i öppen vård
tar ryggsjukdomar, förslitnings- och andra led-
sjukdomar 30 % av samtliga besök. 26 % av
dessa besök bedöms höra hemma hos ortoped. I
den slutna vården kommer frakturer som den
största gruppen när det gäller vårddagar inom den
kirurgiska vårdgrenen med collumfrakturerna,
som där tar knappt hälften av samtliga frakturers
vårddagar. Den reumatoida artritén står för 6 %
av samtliga sjukpenningdagar i gruppen över 90
dagar, men bara 0,3 % av dagarna med sjukskriv-
ningstid kortare än en månad. Slutsatsen blir att
långvarighet och volym dominerar, såväl inom
sluten som öppen vård, när man bekantar sig med
det statistiska underlaget på området.

Vårdpanoramat har sin motsvarighet i befolk-

ningens symtompanorama. Den del av den vuxna
befolkningen som under ett år upplever symtom
från rörelseorganen är mycket stor, 40 % av män-
nen och 45 % av kvinnorna. Gruppen är större än
den med psykiska symtom och överglänses bara
av förkylningar, som ligger på ungefär 60 %.

Klämd mellan en vårdorganisation, som vid
varje tillfälle och för varje uppgift alltid är för
liten och ett symtom- och sjukdomspanorama, som
vid varje tillfälle är för stort, befinner sig orto-
peden och reumatologen. De är inte ensamma.
Rörelseorganens sjukdomar dyker upp på snart
sagt varje punkt inom vårdorganisationen. Trots
detta intar ortopedi och reumatologi i viss mån
nyckelställningar i det här sammanhanget. Det är
två områden med vissa gemensamma intressen
inom sjukvård, forskning och utbildning men ock-
så med skild tradition, organisation och utbyggnad
inom sjukvården. Allmänhetens förväntningar och
den stora kraft den kan utöva genom att allmänt
och specifikt söka sjukvårdens tjänster är av cen-
tral betydelse. Akutsjukvården i Stockholm t ex
ökar med närmare 20 % på ett år. 70-talet är
också läkarexpansionens decennium.

Det är detta nuläge vi skall se för oss när vi
här närmare skall diskutera situationen som alltså
i och för sig inte är speciellt originell i sjukvårds-
sammanhang. Överblick, samarbete och detaljkun-
skaper skall försöka sammansmältas till en på ett

Den del av den vuxna befolkningen som under
ett år upplever symtom från rörelseorganen
är mycket stor, 40 % av männen och 45 % av
kvinnorna.

rimligt sätt fungerande enhet. Ett nuläge skall vi i panelen försöka få fram, i varje fall sett genom våra ögon.

Rörelseorganens sjukdomar och skador uppmärksammas i årets riksstämma med ytterligare fyra symposier; "Ortopedisk Medicin", "Kirurgisk och Ortopedisk Akutsjukvård — organisation och utformning", "Reumatoida artriter hos barn" och "Kotfrakturer". Utbudet måste tolkas så att ämnet bedömts som angeläget.

Fragestälning

Specialiteternas ansvarsområden är ingalunda statiska. Jag tror att det kommer att framgå av diskussionen. De frågor som vårt samtal kommer att beröra är dessa:

Vilka patienter skall tas hand om av vem?

Vilka resurser skall ges till vilka patienter?

Hur snabbt och av vem skall de vårdbehövande tas om hand?

Vilka krav från patienterna kan vårdorganisationen gå till mötes?

Hur skall berättigat behov kunna tillgodoses samtidigt som resurserna fördelas jämnare?

Är vårduppgifterna sådana att en avsevärd decentralisering av diagnostik och ev. även av behandling kan ske?

Även om vissa sjukdomsgrupper dominerar både inom reumatologi och ortopedi måste det diagnostiska arbetet understrykas. Inom rörelseorganens sjukdomar finner vi ungefär 150 olika diagnoser i den internationella sjukdomsklassifikationen, då de olika frakturtyperna och andra skador inte inräknade. Den diagnostiska kapaciteten måste därför hållas hög, om man skall uppfatta en av reumatologens och även av ortopedens uppgifter att vara diagnostiker av symtom och smärta i rörelseapparat.

Inom rörelseorganens sjukdomar finner vi ungefär 150 olika diagnoser i den internationella sjukdomsklassifikationen, då de olika frakturtyperna och andra skador inte inräknade.

I det trängda läge som vårdorganisationen för rörelseorganens sjukdomar alltså befinner sig kan man verkligen påstå att en prioritering sker efter behov och i så fall vems behov? Vi läkare har ibland litet för höga tankar om vårdapparatusens ändamålsenliga funktion. Bristfällighet och provisorier karakteriserar alltför mycket av våra åtgärder. Vardagsarbetet kommer att prioriteras, ibland helt nödvändigt framför utvärdering. Det är också, ur socialmedicinsk synpunkt, förbluffande hur fragmentariska våra kunskaper är om sjukvårdskonsumtionens fördelning bland de behövande, en brist som vi ur internationell synvinkel inte alls är ensamma om. Den undersökning, som SCB nu genomför för att belysa bl a symtomförekomst och vårdkonsumtion och justitiekanslern just nu vill stoppa, är en sådan studie. Sådana upplysningar kan vi inte få på annat sätt för att belysa fördelningen av vården på sjukdomsgrupper, symtomgrupper, åldrar, yrken. Jag tycker att det är rimligt och den åsikten är jag säkert inte ensam om, att det är nödvändigt för samhället att veta något om dessa områden. Vi lägger ju trots allt ner 15 miljarder kr per år på sjuk- och hälsovårdssektorn.

Läkaren som specialist ser fördelningsproblemen så här. Det finns patienter *som en specialitet vårdar* — det egna nuläget. Den andra gruppen är patienter *som specialiteten vill vårda*, en grupp som inte alls är identisk med det egna idealläget. Denna uppdelning kan ytterligare utvecklas. Det finns också patienter *som andra specialiteter anser hör till specialitetens vårdområde*. Det blir alltså specialitetens omfattning enligt andras ideal. Man tycker inom en viss specialitet att en del av patienterna skall flyttas ut till någon annan specialitet eller till allmänläkare. Det finns alltså stoff både för diskussion och diskussionens högsta potens — osämja.

Vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdkonsumtion

Vårdbehov, vårdefterfrågan och vårdkonsumtion är termer som vi kommer att möta i vår diskussion. Berglund kommer ytterligare att ta upp dem, det vet jag, varför detta får ses som ett av för-

söken till definitioner på det här området:

Vårdbehov kan ses som en egenskap hos en person, som företer defekt, sjukdom, symtom, syndrom eller process, vilka på vetenskapens eller den beprövade erfarenhetens nuvarande ståndpunkt går att förebygga, bota, lindra eller uppskjuta.

Vårdefterfrågan kan definieras som vårdbehov, som vårdorganisationen på olika sätt inregistrerar men inte omgående tillgodoser.

Vårdkonsumtion kan definieras som det bruk av vårdorganisationens resurser, som görs av eller förmedlas till personer med vårdefterfrågan.

Vårdbehovet blir alltså på det här sättet att se knutet till företeelser i befolkningen medan övriga termer närmast blir knutna till patienter.

Vårdefterfrågans klassiska mått är köer. I Stockholm konstaterade vi vid en studie för drygt ett år sedan att den reella väntetiden till reumatologkliniken på Karolinska sjukhuset i stort sett inte var känd av distriktsläkarna och uppskattades i allmänhet att vara betydligt längre. Misstänksam-

.....
Faluborna får 50 % mer sluten ortopedisk vård än de 20 minuter längre bort boende Borlänge-borna.
.....

heten mot innehållet i och det meningsfulla med sjukvårdsköer är i växande och bearbetas på olika sätt.

Vårdkonsumtionen är ojämnt fördelad både med hänsyn till ålder, sjukdomsförekomst, kön etc. England vårdar bara hälften så många fall av reumatoid artrit och artros på sjukhus som vi gör i Sverige. Reumatikerna i Falun får 3 gånger mera sjukhusvård än Uppsala-regionens reumatiker som helhet. Faluborna får 50 % mera sluten ortopedisk vård än de 20 minuter längre bort boende Borlänge-borna. I en sådan situation, frågar man sig, vilket resultat vår vård har. Svaret på den frågan hänger intimt samman med synen på vårdbehovet och vad vi kan göra för våra sjuka.

Rörelseorganens sjukdomar – vårdplanering i Skåne

Göran Bauer

Organisationen av vården av rörelseorganens sjukdomar kräver samarbete mellan ett flertal specialiteter, bl a ortopedier och reumatologer. Problemställningar och problemlösningar från vården i Skåne redovisas i detta avsnitt.

Vad jag framför allt hoppas av i dag är att jag får fortsätta att stimulera reumatologerna till ett mer intensivt samarbete med ortopederna (Bauer,

1972; Berglund, 1972; Gullberg och Olhagen, 1972).

Vi har ett regionsjukhus i Lund, ett centrallasarett i Helsingborg och 3 lokalsjukhus. Lasarettet i Lund är lokalsjukhus för en relativt liten befolkning. Ortopeden i Lund får fler och fler akutfall. När man planerade akutavdelningen vid centralblocket i Lund gav man kirurgerna 2 nya tjänster och hade tänkt sig att ortopederna skulle komma dit när kirurgerna kallade på dem. Det har nu 5—6 år senare visat sig att rörelseorganens