

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

Kirurgin har blivit så bred och djup att en enda person kan inte täcka 10 specialiteter.

problem är lika vanliga på akutmottagningen som övriga kirurgiska problem. Ortopederna har därför full primär jourverksamhet dygnet runt året runt.

Det har visat sig att fördelningen av patienter med distal radiusfraktur från olika delar av M-län, som har kommit till lasarettet i Lund, är mycket ojämn. I Orup-Hörbys sjukvårdsdistrikt med många radiusfrakturer finns ingen ortoped, ingen reumatolog, men däremot många gamla människor som har så svårt att gå att de har fallit och brutit underarmen (af Ekenstam och Hansson, 1974).

Jag tycker detta illustrerar att det är absolut nödvändigt att man skapar bättre närvård i detta stora område med nästan 50 000 människor. Vi måste finna former för att få specialister på rörelseorganens problem och öppna vårdens läkare att verka i dessa områden. Om vi t ex hade en ortoped där en dag i veckan skulle vi spara 1 000 resor till Lund om året (Bauer, 1974).

Vid coxartros-förslitning i höftleden är förhållandet det motsatta. Det är bara i Helsingborg och Lund som man i sluten vård tar hand om dessa sjukdomar. I Helsingborg har man en ortopedisk klinik. Nu är coxartros också en vanlig sjukdom, som fordrar mycket större resurser än vi f n har i Lund. Det är bl a därför vi nu fått ortopeder vid de 3 lokalsjukhusen i Ystad, Trelleborg och Landskrona. Man kommer där att utföra totalplastik i t ex höft- och knäled. Det är visserligen några av de största operationerna inom ortopediska kirurgin men det förhåller sig lyck-

Den bisarra situationen har uppstått att man inom ett normallasarett har opererat t ex gastrointestinal cancer i mycket större omfattning än man opererat t ex meniskskada.

ligtvis så, att dessa operationer inte fordrar högt kvalificerade tekniska resurser, t ex kemiskt centrallaboratorium. De fordrar i stort endast en ortopedkirurg som kan sin sak och det har vi nu fått vid lokalsjukhusen.

Jag vill sedan understryka vilken typ av kirurgi, som nu görs vid typiska s k länsdelssjukhus. Där sköter man det mesta av frakturer, gallor, bräck osv, men det finns en grupp av sjuka som man inte sköter och det är ledkirurgin eller den elektiva kirurgin hos patienter med rörelseorganens problem. Den har alltmör tryckts i bakgrunden, sannolikt därför att kirurgin har blivit så bred och djup att en enda person inte kan täcka 10 specialiteter. Kirurgerna har fått samla sina resurser till bukkirurgin och skadorna och har därför fått överge det onda knät. Därför har kirurgerna avhånt sig att kunna sätta diagnos på människor som har ont i t ex höft- eller knäled. Utan diagnos kan man inte meddela rationell terapi. Därför har denna bisarra situation uppstått: vid länsdelssjukhusen opererar man gastrointestinal cancer i mycket större omfattning än man opererar t ex meniskskada för att inte tala om de nya artificiella lederna.

Nu är den saken hos oss i princip avklarad. Vi kommer att ha ortopeder på samtliga sjukhus. Vi har planer på att därifrån sträcka oss ut till vårdcentralerna som konsulter i samarbete med den öppna vårdens läkare, lära ut våra vårdprogram och få till stånd ett dynamiskt samarbete inom varje sjukvårdsdistrikt.