

av patienten, *dels* att det finns behandlingsmetoder med rimlig utsikt till framgång. Definitionen innebär i själva verket ganska betydande restriktioner för den reumatologiska verksamheten. Vid en kronisk artrit finns det ofta ett stort antal behov och de potentiella behandlingsobjekten kan vara otaliga. Det här innebär sålunda en koncentration av resurserna till behov, som av patienten upplevs såsom mycket väsentliga och till åtgärder som är lönsamma. En sådan koncentration av verksamheten kräver en analys av behoven och för den analysen krävs ett instrument. Instrumentet är en grupp av individer, som arbetar tillsammans; arbetsterapeut, kurator, läkare, reumakirurg, sjukgymnast och sjuksköterska.

Ambitioner för vårt program har varit att försöka åstadkomma jämlikhet beträffande åtkomst av adekvat vård innebärande bl. a. att de pensionerade patienterna, som tidigare i viss mån har varit diskriminerade, kommer med i bilden.

Vidare omfattas den mycket stora gruppen av övriga med otillfredsställt sjukvårdsbehov. Detta är alltså patienter, som av en eller annan anledning icke fått kontakt med specialiserad reumatologisk vård, när sådan behövs. En ambition är *närhet* till reumatologisk vård innebärande att man har behandlingsmöjligheter i sin egen kommun, ett lokalt vårdteam. Det innebär också vårdteamets närhet till patienten och patientens miljö. Vi önskar *kontinuitet*, innebärande att patienten hela tiden behandlas av samma vårdteam, *säkerhet*, innebärande att den vårdande gruppen har kunskaper så att de kan behandla på en tillfredsställande kvalifikationsnivå, *effektivitet*, innebärande dels att man har arbetsformer, personalstruktur och en personaltäthet som motsvarar vårduppgifternas karaktär, men vidare också att den specialiserade vården utnyttjar möjligheterna till vårdplanering och till differentierad vård.

Vårdorganisationen i Umeå-regionen

Anders Bjelle

I nedanstående redovisning får vårdplaneringen inom Västerbotten med regionsjukhuset i Umeå som centrum illustrera några av de problem som möter i planeringsarbetet av den reumatologiska vården.

Vårdplanering för rörelseorganens icke kirurgiska sjukdomar har blivit ett akut problem för flera landsting, som har tvingats engagera sig i denna vård sedan Riksförsäkringsverket nu avvecklar sitt engagemang av reumatologisk vård. Även Riks-

förbundet mot reumatism har uttryckt ett önskemål att låta sin sjukvårdsverksamhet övergå i landstingets regi. Den mycket ostrukturerade vård som förekommit p g a olika huvudmäns speciella inriktning har gjort att siffror baserade på tidigare vårdkonsumtion blivit svåra att använda för en uppbyggnad av ett mer strukturerat vårdsystem. Jag tänkte låta vårdplaneringen inom Västerbotten med regionsjukhuset i Umeå som centrum få illustrera några av de problem som man möter i planeringsarbetet och också hur vi har försökt lösa dessa problem organisatoriskt då det kanske kan vara till hjälp för planering av reumatologisk vård på andra håll i landet.

En omvärdering av reumatologins vårdområde

Det har under senare år skett en omvärdering av reumatologins vårdområde från en snäv avgränsning till huvudsakligen inflammatoriska ledsjukdomar mot en omfattning av "rörelseorganens medicinska sjukdomar". Detta avspeglas bl a av en omorganisation av olika nationella reumatologförbund och olika deklARATIONER bl a från den internationella reumatologsammanslutningen. Socialstyrelsens "Råd och anvisningar" tar emellertid bara upp vårdbehov för inflammatoriska artrit och har bl a inte tillgodosett behovet av resurser för diagnostik. En planering enligt Socialstyrelsen ger därför ett underläge i förhållande till sjukdomspanoramat. Från flera håll, bl a Svensk Reumatologisk Förening, har framförts krav på en förnyad vårdbehovberäkning med användande av de nya data, framför allt epidemiologiska, som kommit fram sedan nuvarande anvisningar av Socialstyrelsen gavs ut, men också med hänsyn till omvärderingen av reumatologins vårdområde. Det är en truism att incidensen av symtom från rörelseorganen ligger mycket högt. Man får belägg för kolossala siffror oavsett vilken typ av undersökning som görs. Som ex får man fram en incidens på omkring 10 % per år i en befolkning men märk att bara ca 25 % av dessa kommer fram till någon form av sjukvård. I öppen vård utgör problemen inom rörelseorganens sjukdomar mellan 10—20 % av alla patienter. Börjar man räkna bortfall av arbetsdagar och kostnader för dessa blir talen väldeliga. Man skulle kunna tycka att alla dessa stora tal borde hjälpa oss att skapa resurser, men det tycks vara nästan tvärtom. De stora talen är alltför stora för att vara riktigt politiskt gripbara så länge vi inte har kunnat fylla vårdbehovet med bättre definie-

~~~~~  
*Det har under senare år skett en omvärdering av reumatologins vårdområde från en snäv avgränsning gällande huvudsakligen inflammatoriska ledsjukdomar till att omfatta rörelseorganens medicinska sjukdomar.*  
~~~~~

rat innehåll. Det är fortfarande mycket ont om data på hur den diagnostiska uppdelningen är av individer med symtom från rörelseapparaten såväl i epidemiologiska undersökningar som i studier i öppen vård.

När det gäller reumatoid artrit har man lite säkrare siffror. Man kan från epidemiologiska data ganska väl beräkna hur många patienter det finns inom olika funktionsklasser och också ange en ungefärlig målsättning för denna vård och man vet också väl, att av ett totalt vårdbehov det f n bara kommer en liten del fram till vård. Vilka mekanismer som spärar detta är ganska dåligt kända.

De siffermässiga detaljerna som användes för att beräkna ett vårdbehov i Västerbotten byggdes till stor del på Allanders tidigare arbeten. De beräkningar, som vi kom fram till fick reduceras efter de faktiska möjligheter som fanns i förhållandet till resurser. Vi fick till slut en given resurs, som inte till alla delar blev planerad av helt rationella skäl. Det framgick klart att man kände sig osäker beträffande diagnostik och medicinsk behandling och osäker när det gällde att avgränsa kronikers vårdbehov medan man hade relativt goda resurser för att genomföra vissa former av akutvård.

Vårdens differentiering

Vi avsåg vika en ganska stor resurs för att ta emot patienter för diagnostisk utredning och sortering och att också kunna föra de patienter som behövde sluten vård av sjukvårdsmässiga skäl till en sluten vårdavdelning.

För att ta hand om patienter med kronisk reumatisk sjukdom organiserades en särskild dagvårdsenhet med tillgång till patienthotellplatser. Flertalet av dessa patienter behövde inte den slutna vårdens hotellfunktion. Reumakirurgi kommer huvudsakligen att ske på de patienter som då befinner sig i dagvård och reumakirurgin med en särskild reumakirurg och särskilda vårdplatser för reumakirurgi, har organiserats på ortopedien med organisatoriskt sammanhang med dagvård. Dagvården har också möjligheter till en återbesöksmottagning för att också de funktionärer, som

Det är min övertygelse att vi parallellt med en upprustning av vården perifert genom ökad kunskap till distriktsläkare och lasarett också kommer att få ett ökat antal mer kvalificerade fall till specialkliniken.

inte är läkare skall kunna få en viss kontinuitet.

Diagnosfördelningen i öppen vård visar då att reumatoid artrit dominerar stort men också att det i den gruppen var flest feldiagnoser. Vi har också funnit en hel del artros, som inte kommit till oss under diagnosen artros, och att vi har ca 10 % reumatiska systemsjukdomar.

Det är min övertygelse att vi parallellt med en upprustning av vården perifert genom ökad kunskap till distriktsläkare och lasarett också kommer att få ett ökat antal mer kvalificerade fall till specialkliniken. Vi har inlett ett samarbete med flera distriktsläkarstationer, där diagnoser av patienter med symtom från rörelseorganen registreras. Vi kan på det här sättet få en bättre uppfattning om vårdproblemen utanför specialkliniken och får också på det sättet större möjligheter att samordna våra insatser.

Vilka patienter skall prioriteras?

Vilken typ av patienter skall prioriteras? Vid ett möte med reumatikerföreningen i Umeå tillfrågades medlemmarna, som oftast har en kronisk invalidiserande sjukdom. Det är ingen tvekan om att man även från dessa patienter möter en stark önskan att prioritera patienter i tidigare skeden av ledsjukdom även på bekostnad av kronikervården. På det sätt som vården nu organiserats upp kommer vi att ha ökade möjligheter att styra och mäta vår insats såväl när det gäller diagnostik och behandling av tidiga fall som en mer rehabiliteringsbetonad verksamhet för patienter med kronisk sjukdom. Den ger oss också större möjligheter till metodutveckling och kanske inte minst viktigt en mer allsidig undervisning av medicine kandidater och till dem som undergår specialist- eller randutbildning vid kliniken.

Det blir säkert svårt att finna något substitut för kniven som vattendelare mellan primär och specialistvård som det finns inom den kirurgiska ortopedin. Vi måste organisera verksamheten så att det tillåter bättre mätning av vårdinsatser och få fram bättre data om relationer vårdbehov—vårdkonsumtion.

Vårdplanering och vårdorganisation i Stockholms-regionen

John Sevastik

Patienter vill ha vård med hög kvalitet. Vi diskuterar ofta termer som "närhet" och "mänsklighet" och annat som vi inte riktigt har definierat. Vi har inte riktigt klart för oss om närhet är viktigare än kvalitet, om en specialist ute i periferien är bättre än en specialist som sitter på ett stort sjukhus.

Vi har hittills hört 3 olika förslag om hur specialistsjukvården för ortopedisk kirurgi och reumatologi borde organiseras i landet. Det tycks redan vara klart att någon schablon för verksamheter-nas organisation för hela landet knappast kan fås fram. Lokala faktorer är helt avgörande för specialistvårdens organisation och man kan inte tillämpa samma principer för att organisera ortopedsjukvården i tex Lund eller Västerbotten å ena sidan och i Stockholm å andra där på 1,6 % av rikets yta bor ungefär 1/5-del av dess befolk-