

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-

ning.

Här tänker jag presentera mitt förslag om hur denna vårdform borde bäst organiseras i Stockholmsregionen. Innan dess tycker jag emellertid att en överenskommelse måste träffas i 3 frågor nämligen a) Vad är det som intresserar patienten främst b) Vad är det som ligger i samhällets intresse högst och c) Vad befrämjar specialistsjukvårdens funktioner och utveckling bäst. Frågorna bör vidare besvaras med hänsyn tagen till vårdresursernas nuvarande dimensionering och utökningen som rimligen kan förväntas tillkomma inom en överskådlig framtid.

Patientens främsta intresse är sjukvård av hög kvalitet. Vi talar ofta om *närhet* och *mänsklighet* som av många prioriteras högst utan att ha klart penetrerat frågan om dessa är viktigare än kvalitet. Vi diskuterar inte heller om en specialist ute i periferien kan fungera lika bra som en specialist som sitter centralt och disponerar de resurser som krävs för specialistens utövning på hög nivå. Om patienterna och våra politiker föredrar närhet framför allt annat, så är de sannolikt dåligt informerade. De ändrar sig säkerligen om de får veta vad hög kvalitet och därmed goda resurser betyder för patienternas hälsa. Patienten vill vidare få snabb och rätt diagnos, effektiva behandlingsmetoder, kontinuitet i vården, effektiv profylax mot och behandling av ev komplikationer. Dessa krav kan man tillmötesgå endast med ökat antal skickliga specialister med tillgång till utvecklad teknisk utrustning, samarbete med andra specialister, möjlighet för vidareutbildning, kontakt med andra läkare inom samma specialitet, möjlighet till kontroll av behandlingsresultat m m. En lätt åtkomlig specialistvård genom utbyggnad av den öppna vården inom och utom sjukhusen samt organisation av tjänstgöringen efter ett rotationssystem mellan slutna och öppna vård kan utan tvekan ge lätt tillgång av skickliga specialister. Decentralisering av den öppna vården och centralisering av den slutna samt integrering av båda tycks mig därför vara en bra lösning.

När det gäller "mänsklighet" i sjukvården måste man tyvärr konstatera att våra moderna

sjukhus genom nödvändiga rationaliseringar har blivit institutioner uteslutande för *patientvård* medan *människovården* har starkt åsidosatts. Jäkt, stress och i viss mån splittring av samtliga personalkategoriernas verksamhet leder till att patienternas behov av mänsklig kontakt förbises nästan helt. Omstrukturerad av våra rutiner och möjligen skapandet av en ny personalkategori, låt oss kalla den *avdelningsvårdinnor*, kan säkerligen förbättra situationen i detta avseende.

Samhällets intressen kan sammanfattas i minsta möjliga produktionsbortfall samt besparingar när det gäller dyrbara resurser inklusive deras maximala utnyttjande. Vård av hög kvalitet, snabbt insättande av rehabiliteringsåtgärder samt integrering av social- och sjukvård kan säkert begränsa produktionsbortfallet. Centralisering av dyrbar teknisk utrustning och begränsning av den dyra slutna vården dels genom utbyggnad av den öppna vården och dels genom utbyggnad av eftervården i flera etapper med institutionell eftervård inom hemkommunen — som också innebär närhet — större engagemang av de anhöriga, utvecklad färdtjänst m m kan leda både till besparingar och bättre utnyttjande av de dyrbara resurserna.

När det till sist gäller sjukvårdspersonalens intressen är här trivsam miljö och goda utvecklingsmöjligheter de viktigaste kraven.

Mot denna bakgrund vill jag föreslå att den ortoped-kirurgiska sjukvården i Stockholmsområdet centraliseras till de 5 befintliga stora ortopediska klinikerna, S:t Göran, Södersjukhuset, Danderyd, Karolinska och Huddinge, de 2 sistnämnda regionsjukhus. Utbyggnad av den öppna specialistvården, effektivisering av den slutna samt möjlighet till eftervård av patienterna efter kortast möjliga vistelse på klinikerna, dock med säkrad kontroll av eftervården av den engagerade specialisten kan ge förstklassig vårdstandard utan extrema kostnadsökningar utan t o m besparingar. Centralisering av barn- och skoliosvård, skelettumörer, vård av amputerade och ev även ryggpatienter på regionsnivå blir i så fall en nödvändighet medan för kirurgisk reumatologisk vård krävs sannolikt reumatologspecialister vid mer än de 2 regionsklinikerna.