

Rörelseorganens sjukdomar.

Vårdplanering och vårdbehov

Diskussion

Reumatologer behövs för rätt diagnostik

Börje Olhagen: Jag är rädd för att Kåre Berglund alltför mycket har tryckt på att vi reumatologer håller på med kroniska artrit och uttryckt vårdbehovet väsentligen i sociala och psykologiska termer. Det är ju ändå så att en hel del människor kommer till doktorn helt enkelt för att de har ont, akut ont eller akut funktionsbortfall och jag vet inte om man skall kalla det vare sig psykologiskt eller socialt vårdbehov. Det är en problematik där det gäller i första hand diagnostik och någonting som i allmänhet med rätt diagnos snabbt kan klaras av. Det olyckliga är väl att reumatologerna där spelat en alldeles för underordnad roll. Jag tycker alltså att med en utbyggnad av den reumatologiska vården så skall akuta fall, speciellt då akuta synoviter på akut-mottagningar vid de större sjukhusen tas om hand av reumatologerna, de skall svara för diagnostik och vård av de akuta inflammatoriska ledsjukdomarna. I Socialstyrelsens plan för hälso- och sjukvård inför 80-talet räknar man med att reumatologer inte blott skall finnas på regionsjukhusen utan också på nivå III sjukhusen; dvs centrallasarett. Därmed är jag inne på det som Göran Bauer väl återkommer till nämligen en annan fördelning av omhändertagandet av akuta ledfall.

.....

Akuta fall, speciellt då akuta synoviter skall tas om hand av reumatologerna, de skall svara för diagnostik och vård av de akuta inflammatoriska ledsjukdomarna.

.....

Samarbete ortoped—reumatolog

Olle Strandberg: Jag tyckte det var intressant med Sevastiks beskrivning av Stockholm med omnejd och de olika förvaltningsområdena. Jag har viss insyn endast i det nordöstra förvaltningsområdet, eftersom jag där arbetar med enbart sjukhusbunden öppen vård inom reumatologi. Jag har ett samarbete med ortopederna på Danderyds sjukhus. Vi träffas var 14:e dag och diskuterar svåra patienter och frågar ut varandra så att kallsvetten rinner. En dag i veckan är jag konsult på Saltsjöbadens sjukhus, ett rehabiliteringssjukhus för patienter med alla tänkbara diagnoser från hela Stockholmsområdet. Jag har också då fått patienter från Huddinge sjukhus. Därför vill jag fråga Sevastik om hur de reumatiska patienterna väljs ut, som kommer till ortopediska kliniken på Huddinge sjukhus, eftersom där inte finns någon reumatolog. Hur planeras eftervården?

John Sevastik: Vi fungerar inte riktigt i Huddinge ännu utan befinner oss i ett inledningskede. Alla patienter som kommer till oss prioriteras efter behov och läggs in efter tillgång på resurser. Vi kan ännu inte operera så mycket. Vi har inte mer än 44 av de över 100 planerade sängar. Vi får inte lägga in barn, så vi följer inga normer. Vi har i genomsnitt 10—15 % reumatiska fall på våra 44 platser, men beläggningen varierar starkt och behovet tycks mig vara mångdubbelt.

Erik Allander: Nödlösningar och vardagens arbete går före uppgiften att ta reda på vad man egentligen gör för någonting.

Göran Bauer: Ortopeden måste ha en reumatolog att samarbeta med när han ägnar sig åt reumakirurgi.

John Sevastik: Någon reumatolog har vi ännu inte i Huddinge. Behovet bedömer jag som enormt. Jag brukar remittera en del patienter till Börje Olhagen och en del till Olle Lövgren. Vi försöker hjälpa våra patienter så gott det går.

Göran Bauer: Jag vill visa att det finns för få reumatologer.

Skåne har precis lagom långa avstånd, inte så hopplöst långa som i Norrland, men heller inte bara en enda timme som Stockholm: det är de lagom avstånden som strukturerar sjukvården i Skåne. Vi behöver varken remisser eller dela upp oss i abstrakta förvaltningsområden. Emellertid har vi för litet reumatologer även inom denna tämligen välstrukturerade miljö. I Malmö kommun med ca 300 000 invånare fanns det för några år sedan 22 ortopeder men bara en enda reumatolog. Det är nu 30 ortopeder, men fortfarande en ensam reumatolog. Jag har tidigare trott att reumatologerna ibland i diskussion med ortopederna gav uttryck för mindervärdeskomplex. Nu tror jag i stället att en del reumatologer vill vara små och exklusiva och huvudsakligen syssla med en sjukdom, där man inte vet orsaken och inte heller har någon kausal behandling. Jag tror att det är farligt i det långa loppet för den vårdsökande allmänheten. Människorna med ledvärk har det inte bara svårt med sin sjukdom, de har också svårt att hitta någon som kan ställa en diagnos. Jag håller verkligen helt med Olhagen att en diagnos oftast är en förutsättning för rationell terapi. Jag vill bara erinra om att det är faktiskt bara några år sedan som hundratusentals människor med artros varje månad fick röntgenbehandling. Vi glömmer att det bara är 5 år sedan som detta slutade enligt

Reumatologerna vill vara små och exklusiva och huvudsakligen syssla med en sjukdom, där man inte vet orsaken och inte heller har någon behandling.

Dessa två omständigheter illustrerar hur dramatiskt dåligt det ofta förhåller sig vad beträffar diagnos och behandling av rörelseorganens sjukdomar.

socialstyrelsens råd och anvisningar. Det finns fortfarande många som sprutar cortisonpreparat i leder. Jag nämner dessa två omständigheter för att illustrera hur dramatiskt dåligt det ofta förhåller sig med diagnos och behandling av rörelseorganens sjukdomar. Jag tror att vi måste ha mycket fler reumatologer. Det räcker emellertid inte med det. Vi måste också ha fler människor, inte bara läkare, som under sin utbildning exponerats för patienter med rörelseorganens sjukdomar och som sedan fortsätter att ägna sig åt dessa. Att man har tagit fram specialiteten reumatologi har faktiskt haft den negativa effekten att internisterna inte ägnar sig åt rörelseorganen. Jag skall ge ett konkret exempel på vad detta innebär. Vid ortopediska kliniken i Lund finns ett nära samarbete med reumatologiska kliniken personifierat av personalunionen reumakirurgen Håkan Brattström och bitr överläkaren på reumatologen, Merete Brattström. De ortopeder som utbildats vid denna enhet i Lund och som sedan flyttar till ett annat sjukhus kommer att befinna sig i ett vacuum om där inte finns någon reumatolog och internisterna saknar intresse för rörelseorganen.

Jag tror att det är nödvändigt att ge mycket mer utbildning inom rörelseorganens område till internister och allmänläkare. Det behövs också mer gemensam basutbildning för ortopeder och internister. En reumatolog är en läkare som har lovat att han inte skall använda kniv i sitt umgänge med patienter med rörelseorganens sjukdomar. Det är emellertid först efter det diagnosen satts och man har valt behandling som kirurgen tar

En reumatolog är en läkare som har lovat att han inte skall använda kniv i sitt umgänge med patienter med rörelseorganens sjukdomar.

fram sin kniv. Fram till och efter denna tidpunkt bör rörelseorganens internister och kirurger — reumatologer och ortopedier — arbeta tillsammans. Detta mycket nära samarbete för rörelseorganens sjukdomar motsvaras inte i dag av en organisation för undervisning, forskning och sjukvård. Detta samarbete måste byggas upp.

Prioritering av vårdbehovet

Erik Allander: Det är ju en vänlig uppmuntran att utbilda fler reumatologer. Nu tar det tid att utbilda en reumatolog. Även om man nu bestämmer sig för att snabbt expandera kommer det att ha effekt först om 5—10 år. Varför finns denna brist? Det finns säkert många förklaringar. Jag skulle vilja skicka bollen vidare till Kåre som säkert vill kommentera beskrivningen att reumatologen är liten och exklusiv.

Kåre Berglund: Det program som jag tidigare skisserade har kritiserats av några läkare på hemmaplan. Man ansåg att det hela var ganska realistiskt därför att man gav den enskilde patienten för mycket läkartid, för stor personalinsats, för mycket grupparbete. Man ansåg att de sociala och psykologiska behoven är principiellt desamma inom hela sjukvården. Ett bifall till den här planen det skulle väcka andra discipliner till anspråk på liknande resurser och de ekonomiska ramarna skulle helt sprängas.

Inom stora grenar av sjukvården är programmet inte aktuellt bl a inom akutsjukvården. Det är alltså en falsk generalisering. Vidare är programmet tillämpligt på olika resursnivåer och det var väl framför allt detta som man hade mycket svårt att förstå. Därför är kanske detta intressant och jag tänkte försöka belysa det litet grand. Det är fråga om prioritering och det är fråga om effektivitet. Prioritering mellan olika behov inom patienten och mellan patienter. För att man skall kunna göra det så måste man ha ett instrument som kan analysera arten och tyngden av patientens behov dvs en väl intrimmad grupp. Det är fråga om effektivitet, dvs att resurserna koncentreras till att tillfredsställa de tyngsta behoven och disponeras så att effekt nås för varje enskilt mål.

Det program som vi har framlagt skulle idealt fungera så att man koncentrerar sina resurser på de tyngsta behoven och eftersom jag förutsätter att resurserna är begränsade kan man bara undantagsvis tillfredsställa måttligt tunga behov. Det innebär att vissa patienter icke åtgärdas i den specialiserade vården och att svaga behov överhuvud taget inte kommer i fråga. Resurserna kommer att koncentreras till ett mindre antal patienter.

Det system som kritikerna mot det här programmet anbefaller skulle i något karikerad form fungera på det här viset. Man har inte ett instrument som kan diskriminera de tunga, de måttliga och de svaga behoven från varandra. Man fördelar sina resurser på ett större antal patienter. Varje patient som behandlas får genomsnittligt sett mindre insatser. Detta medför att man missar många tunga behov samtidigt som man åtgärdar marginella behov. Inte heller räcker alltid resurserna till för att fullfölja de uppsatta målen. Jag tycker att ett sådant system är ett ineffektivt sätt att använda sina resurser och det är också en dålig form av rättvisa.

Börje Olhagen får förlåta mig att jag talar så mycket om kronisk artrit men om man har sysslat med att försöka göra en organisation så upptäcker man ju det att det är de kroniska artriterna som antalsmässigt utgör den största delen och som tar i anspråk huvuddelen av resurserna. Det gör att man i stort sett är tvungen att dimensionera den reumatologiska vårdorganisationen efter de kroniska artriterna och det kanske gör att framställningen blir något missvisande. Sedan säger Du att jag talar för mycket om sociala och psykologiska behov. Jag kan inte inse varför inte en patient som söker för något som gör ont inte skall ha ett psykologiskt behov. Sedan har jag förvisso icke berört diagnostik, men jag återkommer till detta senare.

.....
Det gör att man i stort sett är tvungen att dimensionera den reumatologiska vårdorganisationen efter de kroniska artriterna och det gör att framställningen blir något missvisande.
.....

Anders Bjelle: De mycket preliminära siffror vi har från primärvården visar att den upplever artrosen som det stora problemet. När vi granskar journalerna så verkar det inte som om det ens är hälften av de fallen som är artros.

Det visar dels vilka behov det föreligger inom det här fältet för allmän utbildning dels vilket behov det finns för att försöka att ge en diagnostisk service.

Det står ingenstans att reumatologi skall syssla med annat än kroniska ledsjukdomar och därför så är det väldigt svårt att skaka fram de pengar som behövs för att vi skall kunna svara upp emot behovet. Jag tycker att de krav från ortopedin som Göran Bauer framför på reumatologin är ytterst stimulerande för vår verksamhet:

Erik Allander: Det är många specialiteter eller verksamhetsområden som har rörelseorganens sjukdomar och symtom som en viktig del av sitt arbete.

Allmänläkarverksamhet	Rehabilitering
	Långvård
Invärtesmedicin	
Reumatologi	Oftalmiatrik
Infektionsmedicin	Dermatologi
Njurmedicin	
Pediatrik	
Psykiatri	
Kirurgi	
Ortopedi	
Urologi	

Personligen tror jag inte på avspecialiseringen av rörelseorganens sjukdomar. Sjukvårdsorganisationen ändrar sig så otroligt långsamt beroende framför allt på att den är så komplicerad samt att de ledande personerna inom den har en så

Sjukvårdsorganisationen ändrar sig så otroligt långsamt beroende framför allt på att den är så komplicerad samt att de ledande personerna inom den har en så lång utbildning.

Sjukvård är aldrig någonsin i någon situation rättvis därför att det är en permanent konkurrens på olika nivåer mellan specialister, mellan andra läkare och mellan patienter.

lång utbildning. Av diskussionen har framgått att det finns olika modeller för reumatologi och varför skulle det inte få finnas det? Berglund vill prioritera tunga och svåra behov hos en mindre del av patientklientelet medan Bjelle och Olhagen vill ta emot flera patienter utifrån och vika mera tid åt diagnostiskt arbete. I behovsdefinitionerna skiljer sig Berglund och jag åt. Berglund utgår från *patientens* behov, dvs de som kommer in i organisationen, medan jag tycker att en behovsdefinition måste utgå från *befolkningen*. Vi läkare är till för att avhjälpa sjukdomar i befolkningen, inte bara till för dem som på olika sätt råkar komma in i vår organisation. Om det rättvisa i de prioriteringar, man då gör, vet man litet. Klinikchefen bestämmer detta och han kan ju ha sin policy. Sjukvård är aldrig någonsin i någon situation rättvis, därför att det är en permanent konkurrens på olika nivåer mellan specialister, mellan andra läkare och mellan patienter. Det finns dokumenterat i många studier just hur välutbildade patienter har lättare att ta sig fram i sjukvårdsapparaten. Jag tror att de skillnaderna inte är så stora i Sverige, men de finns där. Det är t ex dubbelt så mycket appendektomerade personer i socialgrupp I som i socialgrupp III.

Skillnad i vårdresurser inom landet

John Sevastik: Jag vill påpeka att i Stockholms läns landsting finns 1 ortopedspecialist på 41 000 invånare, medan i Malmö finns 1 på 16 000, i Lund 1 på 23 000, i Göteborg 1 på 19 000. Bauer har ett system, en organisation, som har fungerat i 25 år, och som Du utvecklar vidare. Här i Stockholm har vi varken organisation eller tradition. Vi försöker organisera och utveckla verksamheten så att det fungerar något så när och inte om 25 år utan betydligt tidigare.

Göran Bauer: Det är väl just sådana jämförelser som leder till förändringar. Jag är alldeles övertygad om att det inte bara är inom rörelseorganens sjukdomar och skador som Sverige sjukvårdsorganisatoriskt kommer att rullas upp söderifrån. Huvudsakligen av geografiska skäl kommer faktiskt ljuset ifrån Skåne.

Av samma skäl som Allander tror inte jag heller att man skall avspecialisera reumatologin: det tar lång tid att utbilda reumatologer.

Det är därför som vi bör använda oss av internisterna. De är ändå inte så svåra att omskola och göra intresserade av rörelseorganen. På Ystads lasarett har den nye ortopedsten stimulerat internisterna att intressera sig för rörelseorganens sjukdomar. En ortoped ser fler diagnostiska möjligheter när han ser ett svullet knä. Effekten blir att så småningom skapas det ett subcentrum i Ystad med betydande "know-how" beträffande olika sätt att behandla patienter med rörelseorganens sjukdomar. Det är ju de mer aktiva ortopederna och reumatologerna som tillsammans har att ta hand om denna stora grupp sjuka i samhället. Det är nog inte en nackdel att patienterna inte kan åka till Lund varje gång de behöver kontroll eller de har ett nytt problem. Tvärtom ger detta subcentrum i Ystad en kontinuitet och en närhet i vården som faktiskt huvudcentrum inte kan garantera. En sådan vårdorganisation inom rörelseorganens sjukdomar kommer att tillfredsställa de höga kraven: närhet, säkerhet och kontinuitet.

John Sevastik: Här ställs decentralisering mot centralisering, en bacill som kommer söderifrån och infekterar våra planer och vårt tänkande. Man håller på att utveckla nu ytterligare 5—6 kliniker på andra håll i Stockholm, vilket tar resurser från de befintliga klinikerna som är otillräckligt bemannade. Två kliniska lärtjänster har här ledigförklarats, men inga söker dem, vilket talar om tillgången av kvalificerade ortopeder i Stockholm.

Göran Bauer: Det är för mig alldeles klart att man i Stockholm inte kommit igenom det viktiga

skedet, där de stora sjukhusen har kommit överens om och fördelat sina arbetsuppgifter.

skedet, där de stora sjukhusen har kommit överens om och fördelat sina arbetsuppgifter. Jag tror att det går att genomföra en specialisering av samma art som vi har gjort i Skåne. I Malmö tar man hand om scolios, i Lund tar vi hand om rörelseorganens tumörer. Något principiellt liknande måste naturligtvis genomföras i Stockholm, där man inte har differentierat de kirurgiska klinikerna. Fortfarande behandlas de flesta frakturpatienterna i Stockholm av s. k. allmänkirurger. I det stycket representerar Stockholm ur Skånesynpunkt en förgången period. Det finns inte i Skåne mer än 2 små enheter, nämligen i Hässleholm och Simrishamn, där patienter med frakturer behandlas av allmänkirurg. I Lund, Malmö, Hålsingborg, Ystad, Trelleborg, Landskrona, Kristianstad och Ängelholm sköts patienter med frakturer av ortopeder eller av kirurger med speciell inriktning på rörelseorganens problem.

Kåre Berglund: Jag skulle återkomma till diagnostik. Jag vill då säga att jag faktiskt har tagit med diagnostik som ett sjukvårdsbehov hos patienten, vilket kanske inte alla registrerade vid presentationen. Vidare så är diagnostik i vårt program lagd på olika nivåer, lagd på vårdcentralen, där en läkare fått utbildning i diagnostik, lagd på den internmedicinska kliniken på normallasarettet, där minst en läkare utbildats i diagnostik, och lagd på den specialiserade enheten i centrum.

Den öppna vården är uppdelad i två enheter, en poliklinik, som väsentligen sysslar med diagnostik, med kontroll av komplicerade reumatologiska tillstånd och med kvalificerad farmakoterapi. Vi skiljer den ifrån en annan enhet, dispensären, som väsentligen sysslar med ambulansrehabilitering av kronisk artrit. Vi har beräknat att det behövliga antalet besök i vardera av vårdformerna är ungefär 700 per år per 100 000 invå-

Man vill som internmedicinare gärna plocka ut det som är de lockande blomstren från den reumatologiska rabatten, nämligen diagnostiken och den kanske roande farmakoterapin.

nare på specialiserad klinik. Detta förutsätter då att man har en väl fungerande primärvård, enligt vårt program med en särskild reumagrupp på vårdcentralen. Jag tycker att det är någonting av ett vattentätt system eller är åtminstone tänkt så.

Jag förstår att man i storstaden känner hopplöshet när man skådar ut över höghusmassiven och man kanske börjar fundera på om man inte måste ha kvartersläkare eller på annat sätt skapa möjlighet till en vettig decentralisering. Jag kan förstå att man upplever Skåne-modellen såsom nästan helt ogripbar. Göran Bauer talar om att internisterna blir stimulerade ute på normallasarettet utav att ha en ortoped i sin närhet och det tror jag är riktigt. Men han blir inte 100 %-igt stimulerad. Man vill, det är inte sagt som en elakhet, som internmedicinare gärna plocka ut det som är de lockande blomstren från den reumatologiska rabatten, nämligen diagnostiken och den kanske roande farmakoterapin, men den tunga rehabiliterande funktionskontrollerande, den socialt övervakande funktionen den har man svårare att tänka sig. Lägg den i stället på vårdcentraler i staden, säger de flesta. På det sättet kommer internmedicinska kliniker att fungera inom en sektor av verksamheten men liksom inte ta hela huset. Ja, i synnerhet om vårdcentralen såsom i Trelleborg är belägen inom lasaretsområdet så finns det förutsättningar för ett samarbete där. I och för sig är jag mycket positiv till den formen av lösning.

Reumatologin — subspecialitet eller egen specialitet

Erik Allander: Hopplösheten i Stockholm är väl troligen inte värre än att det finns möjligheter att nu släppa in publiken för lite frågor.

Bengt Heister: Jag vill understryka att

DIMFOG:s (Den Internmedicinska Framtida Organisationen) syfte inte var att hindra utan att underlätta subspecialiseringen av invärtesmedicinen genom att till centrallasarett och därmed till länssjukvården föra ut de grenspecialiteter som hittills praktiskt taget bara funnits inom regionsjukvården. DIMFOG:s rekommendationer till Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Kommunförbundet har underskrivits av alla grenspecialiteternas företrädare, således även av Svensk Reumatologisk Förening, och avser tiden fram till 1985 och hur många grenspecialister man orkar tillföra länssjukvården till dess.

Erik Bexell: Göran Bauer talar för Skåne men håller sig uteslutande till Malmöhus län eller nästan uteslutande. Jag sitter i andra hälften av Skåne och har en känsla av u-land i förhållande till i-landet Västerbotten. Har Göran Bauer eller Kåre Berglund några kommentarer?

Kåre Berglund: Ja, det har jag. DIMFOG borde väl ha upptäckt att i Socialstyrelsens råd och anvisningar för planering av reumatologisk vård förutsättes reumatologi vara företräd på varje centrallasarett med en läkare i överordnad ställning. Vidare borde DIMFOG ha upptäckt att reumatologi redan är representerad på flera centrallasarett i landet. Det finns vid regionsjukhuset i Örebro, på centrallasarettet i Falun, en tjänst finns i Borås, det tillkommer en i Uddevalla osv. Det finns alltså realiserade planer på många ställen. Vad som enligt mitt sätt att se är DIMFOG:s stora misstag är att man vill ha en reumatologisk profilerad internmedicinare inom medicinska kliniken och som väsentligen fungerar som konsult för sina kolleger inom kliniken men som utöver dessa uppgifter sköter andra internmedicinska fall. Denne ensamme läkare skall svara för hela reumatologin inom länet, för en dispensärverksamhet av betydande dimensioner. Han borde ha ansvaret för den reumatologiska vården ute på vårdcentralerna. Hur han skall sköta reumatologiskt klientel i slutenvård på ett acceptabelt sätt när patienterna är spridda på olika vårdavdelningar och handlagda av andra,

förstår inte jag. Jag tycker att man är mycket beroende av att ha personal som verkligen kan reumatologi och reumatologisk vård.

Göran Bauer: Ja, det var precis vad som jag föreslog för ett par år sedan (Bauer, 1972). Jag utgick ifrån att inga politiker kommer att bygga några reumatologiska avdelningar eller kliniker vid centrallasarett på denna sida år 2000. För att få ut reumatologin till centrallasaretten menade jag därför att reumatologerna borde komma dit som andliga och icke som territoriella herrar. Det naturliga verksamhetsområdet skulle då vara den ortopediska kliniken. Där skulle reumatologerna vara ytterst välkomna som överläkare eller bitr överläkare beroende på kompetens. Om reumatologerna i stället finns på den internmedicinska kliniken det tror jag inte spelar någon större roll, men av de skäl som Kåre Berglund nämner vore nog ortopedkliniken att föredra. Det är bättre att ha en reumatolog än ingen alls. Han utbildar därmed sina internmedicinska och ortopediska kolleger.

Bengt Heister: Göran Bauer tog argumenten ifrån mig. Att man inrättat tjänster i Borås, Uddevalla, Falun, men inte kommit igång med verksamheten och för övrigt knappt gjort det ens på regionsjukhuset i Umeå, visar ju att man startar från noll. Min uppfattning är att den första personen i en specialitet gör allra störst nytta.

Frank Wollheim: Göran Bauer säger att det kommer en ortoped till Ystad och att därigenom intresset för reumatologi och reumakirurgi där skulle öka. Jag vill ifrågasätta det om det är klokt att i dagens läge föra ut reumakirurgi till Ystad, därför att vi i Malmö idag som ju är ungefär 10 gånger större har en icke särskilt betydande väntelista för reumakirurgi med blott en verksam reumaortoped, vilket jag tror beror på att vi har brist på reumatologer. Jag tror att det är där flaskhalsen är, och att öka ortopeddelen skulle leda till en ökad obalans mellan reumatolog- och ortopedtillgång. För att avhjälpa reumatologbris-

ten så måste vi snabbt öka utbildningen. Fortfarande finns det vissa undervisningskliniker som tex Huddinge och Uppsala utan en akademiskt utbildad reumatolog. Det tror jag är den allra viktigaste punkten att angripa först.

Håkan Brattström: Jag vill ställa en fråga till panelen. Det har talats här om avspecialisering av reumatologin och jag har försökt att förstå vad som menas med det. Är avspecialisering att den skall generaliseras eller är det en subspecialisering ni menar?

Anders Bjelle: Det är alldeles uppenbart här att reumatologerna är populära och jag registrerar det med tillfredsställelse. Vi kan bli både invärtesmedicinare och ortopeder och sannolikt kan vi också få plats inom rehabilitering, fysikalisk medicin och några andra specialiteter. Jag tror att vi upplever samma dilemma som ortopedin var i för några år sedan. Där har ju ändå förhållandet mellan kirurgi och ortopedi resulterat i ett — så vitt vi kan förstå av Göran Bauer — lyckligt äktenskap. Vi har f n inte det helt lyckliga äktenskapet med invärtesmedicinen. Det beror i stor utsträckning på att en ensam reumatolog på en invärtesmedicinsk klinik har mycket svårt att hävda behovet för sina patienter. Det som framhölls var att vi ju inte ens har utbyggt specialklinikerna, dvs att vi måste nu i första hand se till att vi får en förstärkning på undervisningsidan så att vi för ut undervisning till alla medicinare. Inte ens alla medicinare kommer ju i kontakt med reumatologisk vård f n. En rejäl förstärkning av specialistutbildningen är därför det angelägnaste just nu. Som jag framhöll tidigare är vi tvungna att föra ut reumatologisk vård och utnyttja andra vårdresurser än specialistvård. Det är också därför som vi i Västerbotten försökt att se var problemen ligger på andra vårdnivåer för att kunna ge dem bättre service från vår sida.

Britta Domeij: I Falun har vi sedan januari i år en reumatologisk avdelning med 24 vårdplatser. Upptagningsområdet har 280 000 invånare. När

Jag tycker det är fullständigt självklart att en ensam reumatolog utan avdelning på intet sätt kan fungera.

vi startade den här avdelningen hade jag varit i Falun i ett par år och till en del skött reumatologi i öppen vård.

Jag tycker att det är fullständigt självklart att en ensam reumatolog utan avdelning på intet sätt kan fungera. Det blir ingen effektivitet i den vården. Rehabiliteringen kräver lagarbete. Och samarbetet med ortopederna skall vara organiserat på avdelningen. Med en reumatologavdelning fungerar detta utmärkt, det tycker jag att vi har sett i Falun. Enda felet är att det är underdimensionerat för detta stora upptagningsområde. Vänkelistorna växer ständigt, speciellt på mottagningssidan. Man måste alltför snart dirigera patienterna ut i primärvården igen, men det fungerar i alla fall hjälpligt med brev- och telefonkontakter med distriktsläkarna.

Det förvånar mig till ytterlighet att man kan tro att reumatologi kan skötas på centrallasarett utan en avdelning.

Bengt Heister: Avspecialisering var ordet som förde mig in i den här debatten och jag förstår fortfarande inte vad man menar med det begreppet. Vi har långt ifrån förhindrat reumatologin att bli starkare, tvärtom har DIMFOG med sin realistiska dimensionering av den i länssjukvården hindrat utarmning av regionklinikerna. För Svensk Intermedicinsk Förening har det varit väsentligt att först bygga upp utbildningsfabrikerna, universitetsklinikerna.

John Sevastik: Hur länge skall vi bedöma att en specialist bibehåller specialistens kvalifikationer när han straffkommenderas ut i periferin och sitter ensam där utan kontakt med sin moder-specialitet? Håller man på att skaffa ett slags barfotaortopeder resp reumatologer?

Göran Bauer: Jag tror verkligen att en ortoped i Ystad inte bara kan vidmakthålla sin kunskap

Uppenbarligen är det en skillnad mellan att vara ortoped i New York, i Lund eller i Ystad.

som ortoped utan att han dessutom kommer att lära sig just de speciella kvaliteter som han behöver för att vara ortoped i Ystad. Uppenbarligen är det en skillnad mellan att vara ortoped i New York, i Lund eller i Ystad. Man kan emellertid fråga sig om det finns tillräckligt med reumatoid artrit i Ystad för reumakirurgisk verksamhet. Jo, det finns en rad ingrepp inom reumakirurgin som har nått en sådan grad av standardisering att de inte längre behöver utföras i Lund. Som jag ser utvecklingen i Lund tror jag att det är bättre att Håkan Brattström ägnar mer tid åt instabila halsryggar än att han tynger ner sin organisation med enklare standardoperationer. Ortopeden i Ystad kan faktiskt ge större närhet och kontinuitet och i många fall lika stor säkerhet som Lund.

Erik Allander: Innan Anders Bjelle griper in skulle jag vilja poängtera en sak som kanske inte är alldeles klart när det gäller behov. Under en månad av ett år så har man i öppen vård bara kontakt med ungefär 4 % av de patienter med reumatoida artrit som finns i området. Det är alltså en relativt liten del som man kan göra en vettig behovsbedömning på. När det gäller den slutna vården så ligger ju siffrorna under 1 % av samtliga patienter med reumatoid artrit. Det gör att behovsbedömningar blir fiktiva skattningar som inte har så mycket med verkligheten att göra, just därför att sjukvårdsapparatens volym trots allt är så liten.

Anders Bjelle: Det är glädjande att höra Bengt Heisters tolkning av DIMFOG. Hoppas det är den rätta. Svensk Reumatologisk Förening har ju också kommit in med ett remissvar på DIMFOG. Jag tror inte för min del att den där diskussionen är helt avslutad ännu. När det gäller specialisering måste man definiera vårdnivån. Vi är rädda för att det sker en uttunning av specia-

Remissvaret från Svensk Ortopedisk Förening till socialstyrelsens "Vård inför 80-talet" avvisade förslaget om någon sorts speciell leddoktor.

liseringen på den översta trappstegen inom reumatologin. Ortopederna har därmed en stark central organisation. Remissvaret från Svensk Ortopedisk Förening till Socialstyrelsens "Vård Inför 80-talet" avvisade förslaget från Socialstyrelsen om någon sorts speciell leddoktor med hänvisning till att en sådan inte skulle kunna upprätthålla en beredskap med kniven. Om man fortsätter utbyggnaden av ortopedin perifert så kommer kanske det mesta som ortopederna sysslar med egentligen att bli reumatologiska problem.

Kåre Berglund: Beträffande decentralisering av reumaortopedin har jag primärt inte varit särskilt positiv, men i planeringen för reumatologisk vård har vi funnit att det väntade operationsbehovet är så stort att vi helt enkelt inte klarar av det i Lund. Vi är så illa tvungna att decentralisera och jag är enig med Göran Bauer och Håkan Brattström att vissa ingrepp kan decentraliseras. Det här med DIMFOG är en större och viktigare fråga än vad det kan synas. Vad som retar mig mest med DIMFOG är att man ser reumatologen som en konsult, något av en reumatologiskt intresserad internmedicinare. Det påminner om vad man just nu planerar i Danmark. För region-sjukhuset föreslår man två överläkare för reumatologi. Den ene är en reumatologiskt intresserad internmedicinare och den andre en reumatologiskt intresserad rehabiliteringsfysiurgidoktor, något som borde bädda för samordningsproblem. Om DIMFOG:s tankegångar vinner genklang kan man på centralasarettet få en reumatologiskt intresserad internmedicinare som inte är särskilt rodd av att befatta sig med de tråkiga rehabiliteringsproblemen. Det blir rehabiliteringskliniken som får överta den sidan — den volyms- och resursmässigt största biten och så är man alltså inne i det danska systemet.

Frank Wollheim: Jag skall återkomma till Ystad helt kort. En framvalvsoperation är en banal sak i Håkan Brattströms händer och ger tillförlitligt goda resultat. Jag har tyvärr sett patienter som har varit med om både 1, 2 och 3 framvalvsoperationer på annan ort och som inte har blivit smärtfria. Risken är då stor att man tröttar ut patienterna vars tolerans för kirurgiska ingrepp inte är obegränsad. Det gäller för oss att ekonomisera och operera när det behövs mest och det tror jag bara den kan göra som har en stor volym av just denna svåra typ av verksamhet. Vi kan inte säga hur många centra vi behöver men jag tror att vi måste expandera harmoniskt och måttfullt. Vi saknar reumatolog i Ystad som kan ta hand om hela patienten på samma sätt som man kan i Lund.

Leopold Recht: Vi har sedan 1 1/2 år bedrivit en försöksverksamhet i Skurup med reumamottagning på vårdcentralen. Vi tillämpar Kåre Berglunds teorier om reumamottagning i grupp. I denna ingår en allmänläkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och en socionom. Vi arbetar i samråd med socialnämnden i kommunen, som avlönar socionomen. Vi samarbetar intimt med reumatologiska kliniken i Lund. Vi anser att man kan bedriva en reumatologisk rehabilitering på vårdcentralnivå enligt vissa diagnostiska kriterier på ett tillfredsställande sätt.

Angelägna vårdbehov — behov av vårdresurser

Erik Allander: Jag vet något om vad de reumatikersjuka i Stockholm säger om reumatikervården där. Det visar sig att det behov av hjälp som dessa personer har är delvis ett annat än det vi tror att de behöver. De 600 som svarade på en enkät förra året de sköttes av 195 olika läkare. Av dessa var det bara 25 som har någon reumatologisk utbildning och bara 13 som formellt var specialister. Vi frågade också om patienternas behov av vård. Vi väntade krav på sjukgymnastik och hjälp med utlandsvård, men så var inte fallet. Det var helt andra saker som man bedömde som

viktiga, nämligen t. ex. att få ordning på medicineringen. Detta framförde hälften som sitt första önskemål.

Göran Bauer: Det torde vara minst 1 000 fall som under perioden 1972—1979 borde få en ny höftled i M-län (Lindberg och Sjöstrand, 1972). Den årliga operationsfrekvensen motsvarar ungefär det årliga tillskottet av nya fall. Det kommer att spela en stor roll att lokalsjukhusen i Ystad, Trelleborg och Landskrona kommer att utföra dessa operationer (Bauer, 1974). När vi hållit på ytterligare i 5 år i denna takten och satt in totalhöfter kommer universitetssjukhuset/regionsjukhuset i stor utsträckning att få ägna sig åt problemen och komplikationerna hos patienter med totalhöft. De nya fallen kommer allt mer att få opereras vid de perifera lasaretten. Detta betyder inte att totalhöfterna är en dålig operation utan anledningen att vi i framtiden kommer att få ägna mycket stora resurser åt komplikationerna är just detta att den är en så framgångsrik operation. Detta är ett skäl till att det är så oerhört viktigt att vi använder våra vårdresurser, operationssalar, mottagningslokaler, sängar på ett optimalt sätt och det gör vi vad beträffar rörelseorganens sjukdomar i ett inspirerat samarbete mellan ortopedier och reumatologer i centrum, mellan reumatologer och internister vid lokalsjukhuset, mellan ortopedier och reumatologer i centrum och den öppna vårdens läkare i periferin. Vi måste, ortopedier tillsammans med reumatologer, producera och försälja vårdprogram för diagnostik och behandling av patienter med problem från rörelseorganen. Jag tror att sjukvårdsorganisatoriskt har vi nu kommit i stort sett i hela landet i en situation där det lönar sig att göra en medveten satsning på att ge rörelseorganens problem en bättre täckning.

Vi måste, ortopedier tillsammans med reumatologer, producera och försälja vårdprogram för diagnostik och behandling av patienter med problem från rörelseorganen.

Ett viktigt element i det hela är att vi har en specialist som kommer ut till vårdcentralen 1 gång varannan månad och ser de besvärliga fallen.

Kåre Berglund: Det talades i början här om de stora talens förbannelse och jag tror att det också har vilat över fältet allt för mycket här i Sverige. Vi har försökt att räkna ut hur många patienter med kronisk artrit som behöver kontinuerlig behandling på en specialiserad dispensär. Vi utgår från minimipopulationen, dvs den population av kronisk artrit för vilken vi måste planera sjukvård. Den omfattar 2/3 utav den epidemiologiskt funna populationen. Vi har beräknat hur stor andel av olika funktionsklasser som behöver tas om hand på den specialiserade enheten och vi kommer fram till att det är 18 % av denna minimipopulation. När jag återigen bara talar om kronisk artrit beror det på att de tar mellan 80—90 % av resurserna i anspråk. De övriga kan nästan skötas på marginalerna, ekonomiskt och resursmässigt sett. Den icke specialiserade öppna vården måste sålunda ta hand om 80 % av denna population. Det kräver med nödvändighet en höjning av kvalifikationsnivån på vårdcentralerna. Leopold Recht har berättat hur det kan fungera. Ett viktigt element i det hela är att vi har en specialist som kommer ut till vårdcentralen en gång varannan månad och ser de besvärliga fallen. Detta innebär en kontinuerlig utbildning. Men det krävs också en rullande kursmässig utbildning. Detta är delvis garantin för att det är de rätta patienterna som remitteras för operation till Ystad eller Trelleborg. I stället har vårdcentralen skickat patienten till reumasektionen på ortopediska kliniken.

Detta är en förutsättning för att den decentraliserade ortopedien skall kunna fungera såsom tänkt. En annan är att denna ortoped är en erfaren reumakirurg, vilket också gäller i vårt område.

Anders Bjelle: Som framgår så är det många som

Det blir mot den bakgrunden närmast barockt att reumatologin på flera håll inte ens har regionstatus.

delar ansvaret idag för vården av patienter inom området rörelseorganens medicinska sjukdomar. Det är ganska naturligt att det är på det sättet eftersom symtomen egentligen är tämligen ospecifika med delsymtom som gränsar till flertalet andra specialiteter. Jag håller med de som tycker att reumatologer skall vara invärtesmedicinare med en viss specialistutbildning och starkt betonar de reumatiska sjukdomarnas karaktär av allmänsjukdom. Den andra extremen representeras av rehabiliteringsspecialiteten och fysikalisk medicin som starkt betonar funktionsbehandlingen och de sociala aspekterna på rörelseorganens sjukdomar. Svensk ortopedi har med internationell måttstock varit kraftigt expansiv och har med en viss förvåning noterat stagnation i utvecklingen av reumatologisk vård. I flertalet sjukvårdsområden och sjukvårdsdistrikt är tillgången till ortopedservice väsentligt bättre än den reumatologiska. En stor del av inflammatoriska tillstånd vårdas fortfarande inom ortopedin. Med en planerad utbyggnad av ortopedin även till landsdelssjukhus och vårdcentraler blir sannolikt än mer reumatologi omhändertagen av ortopedin. En reumatologisk utredningsapparat måste vara bred och är beroende av tillgång till konsulter inom andra specialiteter. Det blir mot den bakgrunden närmast barockt att reumatologin på flera håll inte ens har regionstatus. En upprustning av reumatologisk vård kan aldrig vara enbart en specialistangelägenhet. Jag tycker därför att man skall ta intresset för en ökad reumatologisk kunskap hos

När det gäller ledpatienter kan man med en lätt travestering säga att aldrig har så få försökt att göra så mycket för så många.

invärtesmedicinare och ortopeder som mycket positiv och en fin hjälp att ge reumatologi den status den behöver för att utvecklas. Utbildningen i reumatologi måste sättas i centrum, vilket framför allt innebär en förstärkning av universitets-klinikerna.

John Sevastik: Närhet, säkerhet och kontinuitet. Tre ord som är känsloladdade men de väger inte alltid som de borde göra för patientens bästa. Vi måste öka resurserna både på den öppna och slutna vården. Speciellt när det gäller det primära samarbetet mellan reumakirurgen och reumatologen kan detta utvecklas som en form av decentraliserad dispensärverksamhet. De tunga specialistresurserna bör dock centraliseras om kravet på hög vårdkvalitet inte skall äventyras.

Erik Allander: Jag hoppas i min roll som sista sammanfattare att kritik och hopplöshet inte har karaktäriserat panelens sätt att arbeta. Det har ju förts fram förslag till förändringar på alla möjliga nivåer. Man vill decentralisera, man vill centralisera, man vill hjälpa svårt handikappade, man vill hjälpa andra också med ledsymtom, man vill etablera samarbete med ett stort antal människor. DIMFOG-krisen tycks vara delvis övervunnen. Möjligen kan man när det gäller ledpatienter med en lätt travestering säga att aldrig har så få försökt att göra så mycket för så många. Dock måste man också ha klart för sig att det som behövs är handling, ord kan inte malas till mjöl.