

Den försummade reumatikervården

Av med. dr A. Bjure, Uppsala

Den snabba utvecklingen inom olika medicinska områden har icke lämnat den stora, socialt och humanitärt starkt betungade gruppen reumatikersjuka åsido. Tvärtom lämnar det stora materialet utrymme för en bred applicering av moderna tekniska, medicinska och rehabiliterande metoder till klientelet fromma. Effektivisering av vård och socialmedicinsk övervakning av reumatikerna skulle utan tvivel också ge en nationalekonomisk vinst av betydande mått. Man kan räkna med en väsentlig avkortning av de onödigt utdragna sjuktider som är en följd av den otillfredsställande situation som nu råder.

En av de främsta pionjärerna för reumatikervårdens upprustning, f. överläkaren vid medicinska kliniken i Västerås med. doktor A. Bjure, lämnar i det följande en redogörelse för femton års erfarenheter av den dispensärverksamhet för reumatiker som han fått till stånd och förestått.

Bland en rad artiklar om reumatikervård i nr 40/67 av Läkartidningen förekommer en av överläkare Kåre Berglund i Lund utarbetad plan för en omfattande utbyggnad av såväl den slutna som öppna vården. Man vill gärna hoppas, att det stora intresse som den aktuella publiciteten utlöst kommer att medverka till en annan, välvilligare inställning hos anslagsbeviljande myndigheter visavi det reumatiska klientelet och därmed också till att den nu föreliggande planen för utbyggnad av reumatikervården blir effektuerad inom en snar framtid.

Redan tidigt under min nu drygt 50-åriga läkarverksamhet blev jag klart medveten om att de reumatiskt sjuka var i hög grad *eftersatta inom såväl den slutna som den öppna vården*. Tyvärr har det inte heller under de senare åren inträtt någon ändring till det bättre i detta avseende. Tvärtom, kan man med allt fog säga. Vid det omfattande utbyggandet av den slutna vården i riket med uppförande av nya sjukhus och utvidgning av redan befintliga har man inte tagit någon hänsyn till det stora behovet av flera vårdplatser för det reumatiska klientelet. Men inte nog härmed. Till råga på allt lägger man ned den ena efter den andra av de få reumatikeravdelningar som finns inrättade för att i stället tillgodose behovet av andra specialavdelningar. Vilket är i högsta grad beklagligt med tanke på att många reumatiker, sedan flera år invaliderade genom sin svåra och ofta mycket plågsamma sjukdom, ej skulle behövt bli det, om de hade fått erforderlig vård från sjukdomens början.

Trots tillkomsten av 2 reumatikersjukhus genom Riksföreningens mot Reumatism försorg, i Spenshult och Strängnäs, "närmast avsedda för lång-

varigt sjuka och eftervård", kvarstår alltså ett behov av minst 1.000 vårdplatser för de reumatiskt sjuka. (se vidare sid. 518.)

Vad så den öppna reumatikervården beträffar, så kan man nog säga att den var och är ännu mera bristfällig.

Dispensärverksamhet vid reumatiska sjukdomar

Det var i stark känsla härav som jag redan år 1928 resp. 1930 föreslog dispensärverksamhet vid reumatiska sjukdomar (1,2). Det var min förhoppning att man därigenom i åtminstone någon mån skulle kunna förbättra den öppna vården av detta klientel. Målsättningen för denna verksamhet var att öva tillsyn av patienterna alltifrån sjukdomens början. Ju tidigare vården kan insättas, desto större är ju utsikterna för ett gott resultat.

Den *fortsatta tillsynen* är minst lika viktig, vilket bl.a. framgår av att en genomgången kur på sjukhus ofta blir till ingen eller ringa nytta på grund av bristande kontakt med patienten efter utskrivningen, med utebliven eftervård som följd. Mitt förslag om dispensärverksamhet mötte ett

kraftigt motstånd till en början, varför jag blev tvungen att vila på hanen tillsvidare. Först c:a 20 år senare ansåg jag tiden vara mogen för ett förverkligande av mitt förslag. Före igångsättandet av verksamheten var det emellertid enligt min mening av stor vikt att söka ta reda på frekvensen av de olika reumatiska sjukdomarna i Västmanlands län förmedelst en registrering. Tack vare anslag, dels från Konung Gustaf V:s 80-årsfond och dels från Västmanlands läns landsting blev det möjligt för mig att i febr. 1948 starta en sådan i en större landskommun i länet, i Kolsva, med c:a 3.800 invånare. Denna registrering av de reumatiska sjukdomarna utvidgades till att omfatta även andra sjukdomar, alltså till en allmän hälsoundersökning (3). Orsaken till att just Kolsva utvaldes för denna undersökning berodde på att denna kommun vid jämförelse med övriga kommuner hade befunnits bäst motsvara ett tvärsnitt i miniatyr av länet i dess helhet betr. yrkesverksamma personer inom olika områden.

För resultatet av registreringen av de reumatiska sjukdomarna lämnas en kortfattad redogörelse på sid. 514.

Redogörelse för 15 års dispensärverksamhet vid reumatiska sjukdomar

På nyåret 1951 var jag färdig att påbörja min dispensärverksamhet. Året innan hade dispensärer startats vid Södersjukhuset i Stockholm och i Ny-näshamn. År 1956 tillkom också en dispensär i Östergötland. Verksamheten har nu fortgått i 15 år, först i Västmanlands län och sedan i Uppsala län, som framgår av nedanstående sammanställning:

- 1) Åren 1951—1955 i hela Västmanlands län (sammanlagt c:a 210200 inv. 1952, varav c:a 107500 ♂ och c:a 102700 ♀).
- 2) Åren 1956—maj 1959 i södra delen av Uppsala län (Enköpings stad, Enköpings västra och östra provinsialläkardistrikt) samt (åren 1958 och 1959) Bålsta provinsialläkardistrikt, (sammanlagt c:a 30600 inv. 1958, varav c:a 15500 ♂ och c:a 15100 ♀).
- 3) Åren 1960—1965 i norra delen av Uppsala län (Älvkarleby och Västlands kommuner samt

(åren 1960 och 1961) Tierps köping (sammanlagt c:a 16000 inv. 1962, varav c:a 8100 ♂ och c:a 7900 ♀).

Om den förstnämnda dispensären har jag förut redan lämnat en utförlig redogörelse (4,5). Dispensärerna i Uppsala län har jag förut endast omnämnt i en annan artikel (6). I det följande skall jag nu redogöra närmare för dessa och i samband därmed också medtaga en del jämförbara uppgifter från Västmanlands-dispensären.

Organisationen av verksamheten har i det stora hela varit densamma vid de 3 dispensärerna. Undersökningarna har tack vare anslag från resp. landsting varit kostnadsfria. Så har också varit fallet betr. röntgenundersökning och sjukgymnastik vid de båda första dispensärerna.

Dispensärläkarens uppgift har varit att fungera som konsult för den remitterande läkaren, som efter undersökningen får meddelande om gjorda fynd, diagnos och lämpliga rehabiliterande åtgärder (härom mera nedan sid. 516).

Undersökningarna har varit förlagda dels till lasaretten i Västerås, Sala, Köping och Fagersta samt Enköping, dels också till resp. tjänsteläkare-mottagningar samt i rätt många fall till patientens hem.

Antal patienter resp. besök

Tabell 1 återger antalet patienter och därjämte den procentuella fördelningen mellan män och kvinnor. Som synes är proportionen mellan det kvinnliga och manliga klientelet c:a 2:1 i dispensär nr 1 och 2 och c:a 3:1 i nr 3.

Tabell 1. Fördelningen av män och kvinnor vid dispensärerna i Västmanlands och Uppsala län.

Dispensär	♂		♀	
	Antal	%	Antal	%
Västmanlands län	483	32,6	1000	67,4
Uppsala län				
Södra delen	66	34,2	127	65,8
Norra delen	66	25,7	191	74,3
Tillsammans	615	31,8	1318	68,2

Tabell 2. Första besök, återbesök och kontroller vid dispensärerna.

Dispensären i Västmanlands län	Första besök			Återbesök		
	♂	♀	♂ + ♀	♂	♀	♂ + ♀
1951	56	137	193	3	3	6
1952	84	187	271	28	30	58
1953	82	192	274	46	78	124
1954	120	225	345	73	139	212
1955	141	259	400	43	92	135
1951—1955	483	1000	1483	193	342	535
Kontroller 1955				351	731	1082
Summa	483	1000	1483	574	1073	1617
Dispensären i södra delen av Uppsala län	Första besök			Återbesök		
	♂	♀	♂ + ♀	♂	♀	♂ + ♀
1956	22	36	58	1	2	3
1957	9	24	31	3	6	9
1958	29	48	77	8	10	18
1959 (t.o.m. maj)	8	19	27	3	9	12
1956—1959	66	127	193	15	27	42
Dispensären i norra delen av Uppsala län	Första besök			Återbesök		
	♂	♀	♂ + ♀	♂	♀	♂ + ♀
1960	18	56	74	1	4	5
1961	9	33	42	2	12	14
1962	8	20	28	5	27	32
1963	12	23	35	6	23	29
1964	7	22	29	10	61	71
1965	12	37	49	4	13	17
1961—1965	66	191	257	28	140	168
Kontroller 1965—1966				56	182	238
Summa	66	191	257	84	322	406

I tabell 2 har frekvensen av första besök och återbesök blivit uppförda för varje år vid resp. dispensärer. För att utröna hur resultatet blivit av de åtgärder som vidtagits på dispensärläkarens rekommendationer har de flesta patienterna vid dispensären i Västmanland och vid den i norra delen av Uppsala län blivit kontrollerade vid avslutandet av verksamheten.

Att märka är att det i tabellerna angivna antalet patienter i Västmanlands dispensären är något lägre än vad som uppgivits i den år 1957 publicerade redogörelsen för densamma, beroende på att några icke reumatiska patienter nu utesluts

för att få detta material mera jämförbart med det från Uppsala län.

Klienteletts sammansättning vid dispensärerna

I tabell 3 har sammanställts de olika åkommor som brukar gå under beteckningen reumatiska sjukdomar. Som väntat dominerar de reumatoida artriterna (inkl. enstaka andra artriter) men även artros, skulderledsaffektion och rygginsufficiens etc. kan uppvisa ganska höga siffror. Det har inte varit möjligt och enligt min mening inte heller önskvärt att vägra ta emot sistnämnda åkommor

Tabell 3. Fördelningen av de reumatiska sjukdomarna vid dispensärerna.

Diagnos	Västmanlands län				Uppsala län							
					Södra delen				Norra delen			
	♂		♀		♂		♀		♂		♀	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Reumatisk feber	7	1,4	28	2,8	3	4,6	2	1,6	1	1,5	—	—
Reumatoid artrit	243	50,3	609	60,9	35	53,0	78	61,4	27	40,9	118	61,7
Spondylartrit (Bechterew)	11	2,3	—	—	1	1,5	—	—	1	1,5	—	—
Artralgi	14	2,9	50	5,0	1	1,5	7	5,5	1	1,5	5	2,6
Artros	73	15,1	102	10,2	14	21,2	25	19,7	19	28,8	40	21,0
Skulderledsaffektion	51	10,6	94	9,4	3	4,6	3	2,4	9	13,7	15	7,9
Ryggsufficiens, lumbago-ischias, diskdegeneration	81	16,8	109	10,9	7	10,6	12	9,4	7	10,6	10	5,2
Myalgi	1	0,2	8	0,8	—	—	—	—	1	1,5	3	1,6
Gikt	2	0,4	—	—	2	3,0	—	—	—	—	—	—
Summa	483	100,0	1000	100,0	66	100,0	127	100,0	66	100,0	191	100,0

vid dispensärerna, eftersom även dessa (artroser m.fl.) har mycket svårt för att inte säga ännu svårare än artriterna att erhålla öppen resp. sluten vård.

Det är ibland svårt att sätta en bestämd diagnos vid reumatisk sjukdom. Detta gäller särskilt den reumatoida artriten. Då jag utom anamnes och själva undersökningen i regel endast haft SR att stödja mig på, har jag varit ganska restriktiv vid ställande av denna diagnos. Jag tror därför inte, att det uppgivna antalet reumatoida artriter kan betecknas vara för högt.

Den procentuella frekvensen av de olika åkomorna är ungefär densamma i de olika dispensärerna med undantag för artroserna, som förekommer i särskilt stort antal i Uppsala län. Att märka är att den reumatiska febern som synes uppvisar en mycket låg frekvens.

Reumatikerklientelets sammansättning vid sluten vård

Om man jämför tabell 3 med tabell 4, som åskådliggör sammansättningen av det klientel som 1950—jan. 1954 vårdades på reumatikeravdelningen i Västerås (6), så finner man att den reumatoida artriten här förekommer i avsevärt högre %, särskilt i fråga om kvinnorna. Det lägre värdet för män-

nen beror på det stora antalet fall av ryggsufficiens etc. Att märka är att artroserna här uppvisar ett mycket lågt procenttal, vilket ju innebär, att dessa patienter huvudsakligen är hänvisade till öppen vård.

Tabell 4. Fördelningen av de reumatiska sjukdomarna vid reumatikeravdelningen i Västerås 1950—jan. 1954.

Diagnos	♂		♀		♂ + ♀	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Reumatisk feber (efterkur)	3	0,9	1	0,2	4	0,5
Reumatoid artrit	237	69,9	419	85,5	656	79,1
Spondylartrit (Bechterew)	8	2,3	6	1,2	14	1,7
Artralgi	—	—	3	0,6	3	0,4
Artros	1	0,3	10	2,1	11	1,3
Skulderledsaffektion	4	1,2	3	0,6	7	0,9
Ryggsufficiens, lumbago-ischias, diskdegeneration	80	23,6	21	4,3	101	12,2
Ryggsufficiens etc. + reumatoid artrit	4	1,2	22	4,5	26	3,1
Myalgi	1	0,3	5	1,0	6	0,7
Gikt	1	0,3	—	—	1	0,1
Summa	339	100,0	490	100,0	829	100,0

Tabell 5. Registrering av de reumatiska sjukdomarna i Kolsva, Västmanlands län 1948—1950, i % av antalet undersökta personer.

Diagnos	♂		♀		♂ + ♀	
	Pågående sjukdom	Pågående samt tidigare sjukdom	Pågående sjukdom	Pågående samt tidigare sjukdom	Pågående sjukdom	Pågående samt tidigare sjukdom
	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %	Antal %
Reumatisk feber	1 0,05	9 0,5	—	6 0,3	1 0,03	15 0,4
Reumatoid artrit	24 1,3	32 1,8	55 3,1	65 3,7	79 2,2	97 2,7
Spondylartrit (Bechterew)	1 0,05	1 0,05	—	—	1 0,03	1 0,03
Artros	26 1,4	26 1,4	21 1,2	21 1,2	47 1,3	47 1,3
Skulderledsaffektion	9 0,5	13 0,7	6 0,3	7 0,4	15 0,4	20 0,6
Ryggsinsufficiens, lumbago-ischias, diskdegeneration	22 1,2	51 2,8	10 0,6	34 1,9	32 0,9	85 2,4
Myalgi	2 0,1	2 0,1	1 0,06	2 0,1	3 0,1	4 0,1
Summa	85 4,60	134 7,35	93 5,26	135 7,6	178 4,96	269 7,53

Registrering av reumatiska sjukdomar 1948—1950

Jag återkommer så till den registrering av de reumatiska sjukdomarna, som jag startade år 1948 i en större landskommun (3). Sammanlagt 3575 personer undersöktes, varav 1828 ♂ och 1747 ♀ (utlänningar uteslagna). Resultatet finnes återgivet i tabell 5. Av uppställningen framgår, att materialet uppdelats i två grupper. Den ena gruppen innefattar dem som vid undersökningstillfället led av reumatisk sjukdom. I den andra gruppen har dessa sammanförts med dem som tidigare haft sådan sjukdom men nu var symtomfria. Som synes led 2,2 % av antalet undersökta personer vid undersökningstillfället av reumatoid artrit, medan 0,5 % tillfrisknat därifrån och från reumatisk feber. För skulderledsaffektion är motsvarande siffror 0,4 % och 0,2 % och för ryggsinsufficiens etc. 0,9 % och 1,5 %. För artros är det samma siffra i båda fallen, 1,3 %. Betr. värdena för män och kvinnor var för sig hänvisas till tabellen. Det kan konstateras, att denna registrering ganska nära överensstämmer med den som några år tidigare utfördes av Edström (7) och även med sådana som gjorts i andra länder.

Jämförelse mellan frekvenserna av de reumatiska sjukdomarna vid registreringen och vid dispensärerna

Det är av stort intresse att jämföra siffrorna över pågående sjukdom vid registreringen med motsvarande siffror vid dispensärerna, tabell 6. I denna tabell har jag som synes uppfört dispensären i Kolsva för sig. Jag var nämligen intresserad av att se, om inte besöksfrekvensen där skulle visa sig vara större än för hela länet. Jag hade ju tack vare registreringen kommit i bättre kontakt med klientelet därstädes än i länet för övrigt. I fråga om den reumatoida artriten blev det också som väntat: 0,7 % av befolkningen i Kolsva mot 0,4 % för hela länet. En större siffra, 0,9 %, kunde jag dock notera för norra delen av Uppsala län. Att märka är emellertid, att verksamheten här omfattade 6 år mot 5 år i Västmanlands län.

Om man vidare jämför procenttalen för samtliga större sjukdomsgrupper i dispensärerna med motsvarande i registreringsmaterialet, som sannolikt kan betecknas som ganska överensstämmande med ett dylikt material från Uppsala län, om ett sådant stode till förfogande, så finner man att en relativt liten del av klientelet kommit till under-

Diagnos	Registrering av reumatiskt sjuka i Kolsva Pågående sjukdom					Dispensären i Västmanlands län					Dispensären i Kolsva				
	♂ Antal	%	♀ Antal	%	♂ + ♀ Antal %	♂ Antal	%	♀ Antal	%	♂ + ♀ Antal %	♂ Antal	%	♀ Antal	%	♂ + ♀ Antal %
Reumatisk feber	1		—		1	7		28		35	1		—		1
Reumatoid artrit	24	1.3	55	3.1	79	243	0.2	609	0.6	852	9	0.3	23	1.0	32
Spondylartrit (Bechterew)	1		—		1	11		—		11	—		—		—
Artralgi	—		—		—	14		50		64	—		—		—
Artros	26	1.4	21	1.2	47	73	0.1	102	0.1	175	3	0.1	4	0.2	7
Skulderledsaffektion	9	0.5	6	0.3	15	51	0.05	94	0.1	145	—		3	0.1	3
Ryggsufficiens, lumbago- ischias, diskdegeneration	22	1.2	10	0.6	32	81	0.1	109	0.1	190	5	0.2	2	0.1	7
Myalgi	2		1		3	1		8		9	5	0.2	7	0.4	12
Gikt	—		—		—	2		—		2	—		—		—
Summa	85		93		178	483		1000		1483	23		39		62

Diagnos	Dispensären i Uppsala län									
	Södra delen					Norra delen				
	♂ Antal	%	♀ Antal	%	♂ + ♀ Antal %	♂ Antal	%	♀ Antal	%	♂ + ♀ Antal %
Reumatisk feber	3		1		4	1		—		1
Reumatoid artrit	35	0.2	78	0.5	113	27	0.3	118	1.5	145
Spondylartrit (Bechterew)	1		—		1	1		—		1
Artralgi	1		7		8	1		5		6
Artros	14	0.1	26	0.2	40	19	0.2	40	0.5	59
Skulderledsaffektion	3	0.02	4	0.03	7	9	0.1	15	0.2	24
Ryggsufficiens, lumbago- ischias, diskdegeneration	7	0.05	11	0.1	18	7	0.1	10	0.1	17
Myalgi	—		—		—	1		3		4
Gikt	2		—		2	—		—		—
Summa	66		127		193	66		191		257

Tabell 7. Sammanställning av föreslagna åtgärder vid dispensärerna.

Föreslagna åtgärder	Västmanlands län				Uppsala län							
					Södra delen				Norra delen			
	♂		♀		♂		♀		♂		♀	
	Antal %		Antal %		Antal %		Antal %		Antal %		Antal %	
Vård å medic.avdeln.	27	5,6	59	5,9	5	7,6	19	14,9	1	1,5	12	6,3
Vård å reumatikeravdeln. eller badort	124	25,7	224	22,4	26	39,4	45	35,4	16	24,2	60	31,4
Vård å reumatikeravd.					18	27,3	19	14,9	8	12,1	13	6,8
Vård å badort					8	12,1	26	20,5	8	12,1	47	24,6
Till ortoped	24	5,0	38	3,8	8	12,1	15	11,8	3	4,5	21	11,0
Sjukgymnastik inkl. kortvåg + röntgenbehandling	346	71,6	711	71,1	56	84,8	107	84,3	49	74,2	170	89,0
Sjukgymnastik inklusive kortvåg					41	62,1	87	68,5	42	63,6	149	78,0
Röntgenbehandling					15	22,7	20	15,8	7	10,6	21	11,0
Annat (lättare) arbete resp. omskolning	52	10,8	9	0,9	11	16,7	1	0,8	7	10,6	8	4,2
Sjukbidrag eller invalidpension	23	4,8	23	2,3	6	9,1	4	3,1	3	4,5	6	3,1

sökning på dispensärerna. Av det resterande antalet patienter har säkerligen många aldrig sökt läkare trots ej sällan ganska uttalade reumatiska besvär. Att läkarvård här ej kommit till stånd, beror väl i främsta rummet på att man nonchalerar sina besvär och därför ej uppsöker läkare. Ofta är symtomen dessutom så lindriga, att arbetsförmågan ej eller endast obetydligt nedsättes. Därtill kommer att läkarna alltför ofta nöjer sig med att föreskriva olika medikamenter och det även i sådana fall, där också andra åtgärder, ägnade att förhindra en hotande invaliditet, borde ha ordinerats.

Föreslagna åtgärder vid dispensärmottagningarna

Jag övergår så till att redogöra för de åtgärder, som efter undersökning på dispensärmottagningen blivit föreslagna i brev till den remitterande läkaren, se tabell 7.

Då remiss till medicinsk avdelning föreslagits, har sjukdomen, i regel reumatoid artrit, varit så

svårartad, att sjukhusvård ansågs nödvändig snarast möjligt. Behov av vård å reumatikeravdelning resp. badort ansågs indicerad i ett stort antal fall (mest artrit). Som synes har de flesta patienterna rekommenderats sjukgymnastik, i regel i samband med kortvåg. Röntgenbehandling har i tabellen sammanförts med sjukgymnastiken, men i Uppsala län även uppförts skild från densamma. Att märka är att röntgenbehandling rekommenderats i mindre antal vid dispensären i den norra delen än i den södra delen av länet, beroende på den under 1950-talet påvisade risken för uppkomsten av leukemi vid större röntgendoser. Den härav betingade återhållsamheten bör dock ej gå så långt, att man undviker röntgenbehandling i sådana fall, där man av erfarenhet vet, att densamma ofta kan ge mycket goda resultat.

Vad angår behovet av ortopedisk åtgärd så har sådan föreslagits något oftare under de senare åren, beroende på större möjlighet för närvarande än tidigare att erhålla undersökning och vård å ortopedisk avdelning, fast väntetiden härför tyvärr är mycket lång.

Utöver de i tabellen också upptagna rekommendationerna av annat (lättare) arbete resp. omskolning samt av sjukbidrag och invalidpension kan meddelas, att olika medikamenter föreslagits i ganska stor utsträckning. Rekommendation av cortisonpreparat har förekommit ganska sparsamt per os men däremot relativt ofta för injektion i leder.

Resultatet av dispensärverksamheten

Hur har nu dispensärverksamheten utfallit? Först vill jag då framhålla, att patienterna omfattat densamma med stor tacksamhet. Resultatet av de nu gångna 15 årens verksamhet kan betecknas som goda, inte minst tack vare inrättandet av distriktgymnasttjänster i båda länen, varigenom även befolkningen på landsbygden bereddes möjlighet att få sjukgymnastik, låt vara ännu så länge i begränsad omfattning på grund av bristen på sjukgymnaster. En del patienter har därför ej kunnat få ordinerad sjukgymnastik.

Flertalet läkare har visat sig intresserade av verksamheten och har i regel följt mina rekommendationer. Enstaka gånger har dock dessa ej blivit effektuerade, vilket torde ha berott på att vederbörande läkare på grund av sin stora arbetsbörda ej haft tid att göra det. Detta har särskilt förekommit, då det gällt utfärdande av mera utförliga remisser, t.ex. till reumatikeravdelning eller till badort. Vilket är att beklaga, då vården vid dessa anstalter ofta ger mycket goda resultat. I detta sammanhang vill jag emellertid ännu en gång understryka den stora bristen på vårdplatser för de reumatiskt sjuka, som medför svårighet för dem att få komma i åtnjutande av erforderlig vård.

Jag har redan påpekat de ofta goda resultaten av röntgenbehandling. Samma omdöme gäller i minst lika hög grad i fråga om effekten av sjukgymnastik och kortvåg. Vid mina kontrollundersökningar i Västmanlands län och i norra delen av Uppsala län har ett stort antal patienter omvittnat, att de har sjukgymnastiken att tacka för återställd hälsa resp. betydande förbättring. Här till har bidragit att patienterna ofta flitigt utfört av sjukgymnasten rekommenderade *rörelser på*

egen hand i hemmet. Ett annat sådant komplement och ett mycket viktigt sådant är den *reumatikergymnastik*, som från och med 1964 pågått i Skutskär för sådana patienter, som av dispensärläkaren ansetts lämpliga härför. Denna gymnastik har omfattats med mycket stort intresse, och många patienter uppgiver, att de blivit avsevärt rörligare och förbättrade härigenom.

Till sist vill jag i detta sammanhang påpeka, att det ej sällan är nödvändigt med upprepade sjukgymnastik i 2—3 perioder, à 12—15 behandlingar, per år för att söka förhindra en eljest sannolikt uppträdande försämring efter några månader.

Sysselsättningsterapi för reumatiskt sjuka

En annan behandling som dispensärläkaren ofta haft anledning att rekommendera för patienterna med reumatoid artrit är *sysselsättningsterapi*, som också kan betecknas som ett komplement till sjukgymnastiken. (8, 9)

Denna form av terapi har nu sedan 1 februari 1959 med stor framgång bedrivits i Uppsala län i samarbete mellan landstinget och Röda korset och i Röda korsets regi. Målsättningen har varit att under ledning av en arbetsterapeut utbilda s.k. sysselsättningssamariter, vilka sedan under överinseende av arbetsterapeuten får till uppgift att handleda långvarigt sjuka i hemmen vid förfärdigandet av de olika alster, som anses lämpliga med hänsyn till vars och ens sjukdomssymtom. Syftet med sysselsättningsterapin är dels att bryta den för patienten ofta mycket deprimerande isoleringen, dels också att verka funktionsuppbyggande, vilket uppnås genom utväljandet av sådana arbeten, som är direkt inriktade på uppledande av stela leder, uppövande av försvagade muskler och stärkande av konditionen. Det kan meddelas, att detta syfte också uppnåtts i icke så få fall.

När det gäller reumatiskt sjuka ställs man ofta inför det spörsmålet, huruvida patienten kan fortsätta med sitt arbete eller inte. Av tabell 7 framgår att rätt många, företrädesvis män, rekommenderats till erhållande av annat (lättare) arbete resp. omskolning, i regel efter hänvändelse till arbetsvården för närmare utredning inklusive test-

ning betr. lämpligt arbete. Tyvärr har endast ett fåtal patienter lyckats få annan sysselsättning.

Som ett stort framsteg vid vården av invaliderade reumatiker vill jag beteckna möjligheten för läkare och distriktssköterskor att rekommendera kostnadsfria hjälpmedel, tack vare vilka dessa patienter nu kan reda sig betydligt bättre än tidigare.

Önskemål betr. den framtida reumatikervården

Då jag år 1928 resp. 1930 väckte förslag om dispensärverksamhet vid reumatiska sjukdomar, tänkte jag mig en organisation med central- och lokaldispensärer liknande den som fungerat så bra i kampen mot tuberkulosen. På grund av tjänsteläkarens stora arbetsbörda kom jag emellertid efter en tid till den uppfattningen, att verksamheten borde inskränkas till endast centraldispensärer, åtminstone till en början. (10) Det var just en sådan som jag startade år 1951. Redan efter 1/2 år visade det sig emellertid inte vara tillräckligt med mottagningar endast vid centrallasaretet i Västerås. Syftemålet med verksamheten var ju att söka komma i kontakt med ett så stort klientel som möjligt. Fördenskull utökade jag från och med hösten 1951 dispensärmottagningarna till sådana runt om i länet. Denna decentralisering uppskattades mycket av såväl läkare som patienter, inte minst därför att patienterna då hade lättare att komma till undersökning men också därför, att dispensärläkaren då hade möjlighet att diskutera de olika fallen med läkaren på platsen i direkt anslutning till mottagningen. Mina fortsatta erfarenheter av denna decentralisering även i Uppsala län synes mig bestämt tala för nödvändigheten av att blivande centraldispensärer, som numera allmänt rekommenderas, får en fast förankring i olika delar av resp. län, vare sig man nu därvid vill tala om lokala dispensärer eller inte. I denna min uppfattning blev jag ytterligare befast av det gynnsamma resultatet av den lokala (behandlings-) dispensär, som på mitt förslag igångsattes år 1960 i Söderfors av därvarande provinsialläkaren, som jag visste var mycket intresserad av reumatikervården. Sin redogörelse för verksamheten avslutar

han med följande synpunkter, som jag kan helt instämma uti: "I länet bör finnas en reumatologisk klinik, till vilken patienter vid behov kan remitteras från de öppna mottagningarna. Denna klinik bör vidare uppehålla en god kontakt med läkarna i länet genom föredrag, patientdemonstrationer etc." Med stöd av mina egna och de vid denna dispensär gjorda erfarenheterna anser jag mig kunna påstå, att varje öppen mottagning utanför sjukhusen, skött av en i reumatologi kunnig läkare, kan fungera som en lokaldispensär.

Ett annat önskemål: För patienter med reumatoid artrit, som ofta är i behov av dyrbara läkemedel under lång tid, blir kostnaden härför ej sällan mycket betungande. Det är därför synnerligen önskvärt, att en ökad rabatterning av läkemedel för dessa patienter snarast kommer till stånd. I Finland och Norge är ett flertal läkemedel (cortison- och antimalariapreparat, butazolidin m.fl.) kostnadsfria vid reumatoid artrit och spondylartrit.

En betydande utbyggnad av reumatikervården är nödvändig

I sitt betänkande av år 1945 framhåller 1941 års reumatikervårdssakkunniga (11), att det behöver inrättas 2.000 vårdplatser för artriterna och dessutom inemot 1.000 sådana för övriga reumatiska sjuka. 1946 års riksdag beslutade att c:a 320 nya vårdplatser snarast möjligt skulle inrättas. Av dessa har emellertid endast c:a 140 kommit till stånd (i Stockholm och Lund). Som nämnts i inledningen har flera reumatikeravdelningar sedermera blivit indragna, vilket inneburit en minskning av tillgängliga vårdplatser på drygt detta antal, även om man i detta inräknar den nyligen inrättade reumatologiska kliniken i Örebro, som för närvarande inrymmer 30 platser. Det nämnda behovet av ytterligare minst 1.000 vårdplatser för de reumatiskt sjuka kvarstår alltså.

I betänkandet betr. Regionsjukvården (12) finner utredningen, med hänsyn till reumatikeranstaltens spridning över hela landet icke skäl föreslå någon utökning, utöver de specialavdelningar för reumatiskt sjuka som kommer att inrättas vid Sahlgrenska sjukhuset och Uppsala akademiska

sjukhus". De reumatiska sjuka skulle i allmänhet kunna omhändertagas vid varje lasarett med intern medicinsk klinik, vilket emellertid enligt Berglund (13) visat sig ej kunna ske. I ett betänkande från Socialdepartementet 1959 (14) föreslås inrättandet av reumatologiska kliniker vid samtliga 6 regionsjukhus, i Uppsala med 90 platser. Övrig reumatikervård skulle meddelas på länsplanet". Utredningen understryker kraftigt nödvändigheten av att reumatikervården efter nedläggande av pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet blir fullt tillfredsställande.

I en proposition till riksdagen 1960 (15) räknar man med ett något mindre vårdplatsbehov vid regionssjukhusen än vad nyssnämnda utredning rekommenderat. Av stort intresse är förslaget om att den slutna reumatikervården på länsplanet anordnas som en subspecialitet under biträdande överläkare inom de internmedicinska avdelningarnas ram. Enligt betänkandet betr. "Läkarbehov och läkartillgång 1961" (16) beräknas antalet läkare för reumatikervård komma att uppgå till c:a 80 för hela landet. Denna inställning till den slutna reumatikervården överensstämmer i huvudsak med den som jag förfäktat sedan flera år (4—6). Glädjande nog är också mitt förslag om inrättandet av centralsdispensärer (4—6, 10) numera helt accepterat, vilket tydligen framgår av det följande.

Utredningar om reumatikervården 1965

Heinolakommittén 1965 har angivit följande riktlinjer för reumatikervårdens utveckling i Norden (17): "Varje centrallasarett bör ha en konsultstation = centralsdispensär för ambulans reumatologisk utredning, rådgivning och övervakning. Denna konsultstation förutsättes stå under ledning av en erfaren reumatolog, som disponerar ett antal sängplatser på sjukhuset". "Den konsultativa funktionen innebär bl.a. att patienten endast får komma på remiss från läkare, som sedan svarar för den mera rutinmässiga behandlingen".

Detta uttalande synes förutsätta att läkarna utanför centralsdispensären skall ha hand om den öppna reumatikervården efter direktiv från dispensären. Förutsättningen härför är emellertid, att vederbörande läkare är tillräckligt utbildad i reu-

matologi. Så är dock ingalunda fallet i regel. Undervisningen i reumatologi är långt ifrån tillfredsställande. Detta framgår bl.a. av att de medicine studerandena endast får ett fåtal timmars teoretisk undervisning i fysikalisk terapi under det propedeutiska året. Detta missförhållande har kraftigt understrukits av den medicinska fakulteten i Uppsala, som i ett yttrande av den 4 juni 1953 framhöll, att den obligatoriska undervisningen i fysikalisk terapi utöver den orientering som lämnas under det propedeutiska året "bör förslagsvis omfatta 12 dubbeltimmar, varvid varje gång den ena timmen ägnas åt teoretisk undervisning, den andra åt demonstrationer och praktiska övningar. Kursen bör lämpligen förläggas till licentiatstudiernas senare del, då de studerande böra ha största intresset för terapiformer;". Men utöver en primär utbildning i reumatologi och fysikalisk terapi under studietiden, som måste bli ganska ofullständig, fordras också en vidareutbildning av redan färdiga läkare genom särskilda kurser samt genom föredrag och patientdemonstrationer vid reumatologiska avdelningar (jfr. sid. 518).

Utöver vad jag ovan anført om Heinolakommitténs betänkande, vill jag ytterligare nämna, att Berglund på uppdrag av Medicinalstyrelsen år 1965 utarbetade en plan för den reumatologiska vårdens organisation i landet (18). Enligt denna bör det finnas centralsdispensärer i anslutning till reumatologiska avdelningar inte endast vid regionsjukhusen utan också vid centrallasarett. Dessa avdelningar som skulle inrättas för vård av inflammatoriska reumatiska sjukdomar skulle omfatta c:a 60 resp. c:a 30 platser. Riksföreningen mot Reumatism anser emellertid i sitt remissyttrande till denna utredning (19), att den slutna reumatikervården även bör omfatta de degenerativa ledförändringarna och föreslår därför större platsantal.

I detta sammanhang kan det vara av intresse att nämna något om reumadispensärerna i Finland. De första inrättades år 1952. Antalet har nu stigit till 20. Under en studieresa sommaren 1966 besökte jag 2 av dessa, i Helsingfors och Tammerfors. Verksamheten vid dessa fristående dispensärer skilde sig avsevärt från den som före-

slagits vid våra blivande centraldispensärer. Såväl reumatoid artrit och spondylartrit som även övriga reumatiska åkommor behandlades. Fullständiga laboratorieundersökningar, inkl. serologiska sådana, utfördes. Guldbehandling och cortisoninjektioner gavs i stor utsträckning och även sjukgymnastisk behandling förekom. Därjämte ordinerades erforderlig medicin. Verksamheten vid dessa båda finska reumadispensärer uppgavs ha gett goda resultat.

Beträffande de föreslagna centraldispensärerna i Sverige har Berglund ej gått närmare in på, hur dessa bör organiseras. Det tycks framgå av hans framställning, att de huvudsakligen skall fungera som konsultdispensärer i enlighet med Heinolakommitténs förslag.

Det hade varit önskvärt med en utförligare redogörelse för verksamheten vid dispensärerna. Det skulle ha varit av mycket stort intresse att få veta, hur samarbetet mellan centraldispensärerna och den öppna vården lämpligen bör etableras.

Brist på personal

De nu nämnda planerna på inrättandet av reumatikeravdelningar och centraldispensärer skulle givetvis, när de en gång blir verkställda, sannolikt komma att innebära en fullt tillfredsställande utbyggnad av reumatikervården i vårt land. Men tyvärr är det stor risk för att det kommer att dröja många år till dess. Därpå tyder bl.a. det beklagliga faktum, att den reumatologiska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala ej beräknas bli färdig att tagas i bruk förrän år 1980. Tyvärr kommer denna klinik endast att omfatta 30 platser.

Därtill kommer att bristen på kvalificerade läkare kommer att fördröja denna utbyggnad. Men dessutom fordras det också tillgång på tillräckligt antal kuratorer, samt framför allt sjukgymnaster och arbetsterapeuter, som det tyvärr för närvarande är mycket stor brist på. Jag har redan nämnt, att de reumatiska patienterna på landsbygden endast i begränsad omfattning kan få erforderlig sjukgymnastisk behandling. I Uppsala län finns för närvarande endast 5 distriktsgymnaster anställda, vi skulle behöva minst dubbelt så många för att kunna tillgodose behovet. På blivande reumatikerav-

delningar och centraldispensärer behövs ju också ett stort antal sjukgymnaster. Även sysselsättnings-terapin i länet behöver utbyggas i väsentlig grad. En mycket viktig förutsättning härför är att vi får tillräckligt antal arbetsterapeuter och sysselsättnings-samariter.

Det är därför i högsta grad nödvändigt, att nya skolor kommer till stånd för utbildning av sjukgymnaster och arbetsterapeuter, och det med det snaraste. Glädjande nog synes det föreligga ganska goda förhoppningar om att en skola för utbildning av sjukgymnaster och arbetsterapeuter kommer att inrättas relativt snart i Uppsala. En motion härom är nämligen inlämnad till 1967 års landsting.

Sammanfattning

De reumatiskt sjuka är i hög grad eftersatta i vård-avseende. Behovet av nya vårdplatser för detta klientel uppskattas till minst 1.000.

Dispensärverksamhet vid reumatiska sjukdomar föreslogs av mig redan år 1928 i avsikt att i någon mån söka eliminera de stora bristerna inom den öppna vården.

Redogörelse för en 15-årig sådan verksamhet har lämnats här ovan.

Planer föreligger för en omfattande utbyggnad av såväl den slutna som den öppna vården genom inrättande av reumatologiska avdelningar och centraldispensärer.

Tyvärr har vården av de degenerativa ledförändringarna ej blivit tillräckligt beaktad vid denna planering.

Vidare hade det varit önskvärt, att organisationen av verksamheten vid centraldispensärerna blivit närmare klarlagd.

Det är att hoppas, att det inte kommer att dröja alltför många år, innan en tillfredsställande utbyggnad av reumatikervården kommer till stånd.

Det råder tyvärr stor brist på kvalificerade läkare och inte minst på sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

LITTERATURFÖRTECKNING

1. *Bjure, A.*: Tidskrift för den svenska pensionsförsäkringen, h. 9, 1928.
2. Allmänna svenska läkarmötet 1930.
3. *Bjure, A.*: Preliminärt meddelande om en hälsoundersökning i Kolsva, Västmanlands län. Nord. medicin, 58:1461, 1957.
4. *Bjure, A.*: Five years activities at a rheumatism dispensary. Acta rheum. scand., 3, 1957.
5. *Bjure, A.*: Fem års dispensärverksamhet vid reumatiska sjukdomar. Sjukgymnasten, h. 8, 1957.
6. *Bjure, A.*: Om vård och rehabilitering vid reumatiskt sjuka. Soc.-med. tidskr., h. 8, 1962.
7. *Edström, G.*: Reumatismens betydelse som folksjukdom i Sverige. Uppsala läkarför. förh., 1944: 303.
8. *Ek, Maj, Bjure, A. och Månsson, O.*: Sysselsättningsterapi för långvarigt sjuka i hemmen, Sv. läkartidn., nr 39, 1962.
9. *Bjure, A.*: Sysselsättningsterapi för långvarigt sjuka i hemmet. MS-brevet, h. 5, 1965.
10. *Bjure, A.*: Den öppna vården av reumatiskt sjuka. Soc.-med. tidskr., h. 4, 1945.
11. 1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande, del III, 1945.
12. Regionsjukvården. Riksplan för samarbete inom specialiserad sjukhusvård, 1958.
13. *Berglund, K.*: Rationalisering av reumatikervården — en organisationsfråga. Reuma, h. 6, 1958 och Soc.-med. tidskr., h. 9, 1958.
14. Betänkande med förslag rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet. Kungl. socialdepartementet, 1959.
15. Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggnad m.m., nr 159, 1960.
16. Om läkarbehov och läkartillgång. Betänkande av läkarprognosutredningen 1961.
17. Riktlinjer för reumatologins utveckling i Norden, en principdeklaration av 9 nordiska reumatologer (Heinolakommittén 1965).
18. *Berglund, K.*: Utredning med förslag till plan beträffande den reumatologiska vårdens organisation i Sverige, 1965.
19. Reuma, h. 5, 1966.

Att vara övervakare

är en handbok och uppslagsbok för övervakare. Här behandlas för första gången i bokform ämnet övervakningsmetodik.

Klientens bakgrund.

Den första kontakten.

Plats och tid för sammanträffanden.

Samarbete med klientens familj.

Gruppens betydelse.

Den dubbla lojaliteten.

Tystnadsplikt och diskretion.

Detta är bara några exempel på de frågeställningar som diskuteras.

Författaren **Kurt Gordan** är chefspsykolog vid Socialstyrelsen och har under lång tid deltagit i utbildningen av övervakare. Boken har skrivits med hjälp av experter på de olika vårdområdena: barn- och ungdomsvård, nykterhetsvård och kriminalvård. Dessutom ingår tillämpliga lagtexter samt utförligt sakregister.



KURT GORDAN Att vara övervakare I varje bokhandel 24:50