

Om vård och rehabilitering av reumatiskt sjuka

Av med. dr *Alfred Bjure*, Uppsala

Vid reumatologkongressen i Lahti i juni 1960 höll jag ett föredrag om "Några synpunkter på rehabiliteringen av reumatiskt sjuka" (1), i vilket jag lade huvudvikten på den slutna reumatikervården. Föreliggande arbete har till väsentlig del samma innehåll, fast i betydligt utförligare form, men ägnar dessutom särskild uppmärksamhet åt den öppna vården.

Det var speciellt under min mångåriga tjänstgöring som badortsläkare, som jag fick ögonen öppna för bristerna i reumatikervården. I klar insikt om att reumatici var i hög grad eftersatta i vårdavseenden, inte minst inom den öppna vården föreslog jag därför redan år 1928 inrättandet av reumadispensärer (2). Men även den slutna reumatikervården var otillräcklig trots pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet, som gick ut på att *genom kurortsvård för speciellt reumatici och neuroser söka att förbättra deras tillstånd och hindra dem att bli varaktigt arbetsoförmögna*. Denna verksamhet tog sin början år 1915 och var under de första åren förlagd till de fristående kuranstalterna i Nynäshamn, Tranås och Åre men utvidgades sedan under en 10-årsperiod till mitten av 30-talet med 6 lasarettanslutna reumatikeravdelningar. Även efter denna utbyggnad var och förblev reumatikervården mycket bristfällig, inte minst därför att denna sjukvårdande verksamhet nästan uteslutande avsåg vård vid ovannämnda sjukvårdsanstalter. Några särskilda åtgärder — utöver en viss kontroll efter erhållen kur — för att förbättra den öppna reumatikervården kom sålunda inte i fråga, ja, ansågs till och med ganska obehövliga, vilket tydligt kom till uttryck 1929, då såväl medicinalstyrelsen som pensionsstyrelsen avstyrkte en motion i riksdagen om inrättandet av reumadispensärer i enlighet med mitt förslag. Nämda myndigheter ställde sig visserligen ej direkt avvisande till förslaget men ansåg en fortsatt utbyggnad av kuranstaltssystemet vara tillfyllest.

Utredningar ang. reumatikervården

Samma uppfattning har i det stora hela också gått igen i de tre utredningar, som sett dagen under 30- och 40-talen. I 1934 års betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket (S.O.U. 1934) föreslogs sålunda inrättandet av ytterligare 9 lasarettavdelningar för vård av reumatiskt sjuka, medan intet avseende fästes vid den öppna vården av detta klientel. 1936 års sakkunniga för pensionsstyrelsens invaliditetsföreliggande verksamhet föreslog i sitt betänkande (S.O.U. 1937:23) en ännu mer omfattande utbyggnad av den slutna reumatikervården, nämligen 21 nya avdelningar jämte de då befintliga 6 med den motiveringen, att kurortsverksamheten borde *utbyggas "i sådan omfattning och på det sätt, att möjlighet till dylik vård står alla vårdbehövande till buds"*. Till komplettering av kurortsvården föreslog de sakkunniga, "att i anslutning till reumatikeravdelningarna dels anordnas poliklinisk behandling för sådana fall, som icke oundgängligen erfordra sjukhusvård, dels ock i mån av behov inrättas poliklinikhem för inackordering och eventuell sysselsättning av poliklinikfallen under vårdtiden, företrädesvis för de utom poliklinikorten boende patienterna." ... "Poliklinikerna skola tillika tjänstgöra som centraldispensärer med uppgift att bedöma från andra läkare inremitterade fall samt tillhandagå med råd och upplysningar rörande vård i hemorten av reumatiska fall" (sid. 123). "Vid vederbörande lasarett anställda kuratorer böra självfallet taga hand även om reumatikerfallen och i möjligaste mån bistå dem i ekonomiska angelägenheter samt med anskaffande av lämplig sysselsättning eller yrkesutbildning efter behandlingstidens slut" (sid. 54). Således ungefär samma synpunkter, som jag tidigare gjort mig till tolk för (2), och som jag även redogjort för i ett av de sakkunniga infordrat utlåtande. Tyvärr skulle emellertid ej heller de i sistnämnda betän-

kande framlagda förslagen komma till utförande. En viss förbättring av den slutna reumatikervården inträdde dock under de följande åren genom tillkomsten av ytterligare några få reumatikeravdelningar till de ovannämnda 6 (till sammanlagt ett 10-tal).

Orsaken till det fortsatta uppskovet med reumatikervårdens utbyggande var bl. a. att det rådde delade meningar i fråga om det sätt, på vilket detta lämpligen borde ske. Man var dock ense om att ökade möjligheter för bekämpandet av de reumatiska sjukdomarna snarast möjligt borde åvägbringas. Fördenskull tillsattes år 1941 nya sakkunniga för utredning härav.

I sitt betänkande av år 1945 föreslog nu dessa enligt Reuma, 1952 (3), att "reumatikervården i landet i en första etapp skulle utbyggas med ca 2.000 nya vårdplatser, främst avsedda för ledgångsreumatiskt sjuka".

Beslutad, delvis ännu ej verkställd, utbyggnad av den slutna reumatikervården

"1946 års riksdag beslutade att ca 320 av dessa nya vårdplatser snarast möjligt skulle utbyggas. Följande år, 1947, ingicks överenskommelse mellan staten och berörda lokala sjukvårdsmyndigheter i frågan. Detaljbeslutet blev

1. Ny reumatologisk klinik vid Karolinska sjukhuset i Stockholm på 70—80 vårdplatser;
2. Ny reumatologisk klinik vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg på 120 vårdplatser;
3. Utbyggnad av reumatologiska kliniken vid Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund från 68 till 136 vårdplatser;
4. Utbyggnad av reumatologiska avdelningarna vid Umeå lasarett från 60 till 120 vårdplatser." (3)

Nedskärningen av byggnadskvoten för sjukvården under de närmaste åren gick också ut över de reumatiskt sjuka. Det dröjde därför åtskilliga år, innan någon utbyggnad kunde ske. Hittills har endast reumatologiska kliniken vid Karolinska sjukhuset (73 vårdplatser, 1954) och utökningen av reumatologiska kliniken i Lund (till 132 vårdplatser, 1956) kommit till stånd.

De redan färdigställda 120 platserna vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg har ej tagits i bruk för sitt avsedda ändamål och beräknas tydligen ej heller komma att göra det i framtiden på grund av den stora bristen på vårdplatser för andra sjukdomar. Som en alltför ringa ersättning för de uteblivna 120 vårdplatserna har man nu för avsikt att inrätta en vårdavdelning på 30 platser och en öppen mottagning inom en paviljong. Vad den slutna reumatikervården i Umeå beträffar, så ligger det där ännu sämre till. Inte nog med att den planerade utökningen från 60 till 120 platser ej blivit av, man har tvärtom föreslagit en minskning ned till hälften av nu befintliga, vilket synes framgå av följande uttalande i Kungl. Maj:ts proposition nr 104 år 1962, sid. 112: "Parterna har förutsatt, att av de för medicinska kliniken beräknade 180 platserna endast 30 tages i bruk för reumatologi."

Med hänsyn till att bristande vårdmöjligheter för de reumatiskt sjuka ofta är skulden till en invalidisering, som hade kunnat undvikas, om reumatikervården varit tillräckligt utbyggd, måste det betecknas som synnerligen beklagligt, att utbyggnaden av den slutna vården ej blivit helt verkställd i enlighet med av riksdagen fattat beslut. För att i någon mån bidra till att minska det stora behovet av flera sjukhusplatser för detta klientel har Riksföreningen mot Reumatism upprättat 2 reumatikersjukhus på sammanlagt 220 vårdplatser, i Spenshult (1953) resp. Strängnäs (1960), "närmast avsedda för långvarigt sjuka och eftervård".

Trots detta tillskott kvarstår dock alltså ett stort behov av vårdplatser för de reumatiskt sjuka. För närvarande beräknas detta uppgå till minst 1.000.

Missgynnandet av den slutna reumatikervården har emellertid inte endast tagit sig sådana uttryck som skett i Göteborg och Umeå. Till råga på allt har man gått så långt, att man lagt ned resp. reducerat avdelningar för reumatiskt sjuka för att bereda plats för andra patienter. I Malmö nedlades den 1/7 1956 en avdelning på 63 platser (varav ca $\frac{1}{2}$ för reumatiskt och ca $\frac{1}{2}$ för nervöst sjuka), den 1/7 1955 reumatikeravdel-

ningen i Västerås på 56 platser, och i Norrköping reducerades reumatikeravdelningen den 1/7 1956 från 56 till 26 platser. I de båda sistnämnda fallen motiverade man åtgärden med att man måste skaffa utrymme för ortopedisk avdelning. Med hänsyn till det ur rehabiliteringssynpunkt stora behovet av tidig vård vid reumatisk sjukdom hade det varit i hög grad önskvärt, att reumatikeravdelningen i Västerås fått bestå vid sidan av den ortopediska.

För nedläggandet av reumatikeravdelningen i Västerås angavs följande 2 motiv: Det ena var att avdelningen till väsentlig del skulle kunna ersättas av en ifrågasatt rehabiliteringsavdelning, vilket emellertid ej är riktigt, eftersom uppgifterna för verksamheten vid de båda avdelningarna skiljer sig i avsevärd grad från varandra i fråga om klienteletts beskaffenhet. En reumatikeravdelning är i främsta rummet avsedd för patienter i tidigare sjukdomsstadier, vilka genom välkvalificerad vård under tillräckligt lång tid ofta kan bli helt återställda eller åtminstone så förbättrade, att de ej i likhet med de i regel mera progredierade fallen behöver remitteras till en rehabiliteringsavdelning för särskilda åtgärder. Det andra motivet för nedläggandet var att man ansåg, att den vård, som kunde erhållas på de medicinska avdelningarna i länet var fullt tillräcklig för det reumatiska klientelet.

Denna sistnämnda uppfattning hade redan tidigare förfäktats, även från medicinskt håll. Man menade nämligen, att de många nya medicinska avdelningar, som redan tillkommit resp. skulle inrättas under de närmaste åren till fullo komme att fylla behovet av slutan reumatikervård, varför nya specialavdelningar ej skulle behöva inrättas. Förhoppningarna härom har dock ingalunda infriats. En jämförelse mellan åren 1943 och 1955 i fråga om artritvården (4 o. 5) visar sålunda, "att antalet artriter som vårdats på lasaretten, framför allt medicinavdelningarna, 1955 är lägre än 1943, likaså är det totala antalet vård dagar för lasarettens del mindre än 1943. Medelvårdtiden har sjunkit från 35,3 till 30,5 dagar". Med hänsyn till att en så kort vårdtid "mycket sällan är tillräcklig för att uppnå ett

gott resultat", kan man alltså inte beteckna denna vård som jämförbar med den å reumatikeravdelning. Kommer så därtill, att läkarna på medicinavdelningarna i regel ej har möjlighet att ägna tillräcklig tid åt de olika socialmedicinska spörsmål, som ofta är så intimt förknippade med rehabiliteringen av de reumatiskt sjuka.

Med stöd av årsrapporterna har jag gjort en undersökning betr. det antal artriter, som under 2-årsperioderna 1952—1953 och 1960—1961 vårdats på lasaretten i Västmanlands län. Vid jämförelse mellan årsmedeltalen för resp. perioder har jag därvid funnit en minskning på 18 patienter sammanlagt (ca 10 %) för lasaretten i Västerås och Köping under den senare perioden, trots att även artriterna på den år 1957 inrättade ortopediska kliniken medtagits. Någon ersättning för den nedlagda reumatikeravdelningen har alltså ej kommit till stånd i denna del (= större delen) av länet. I fråga om Sala och Fagersta, där medicinska avdelningar inrättades 1954, kan man däremot notera en avsevärd ökning (=116) under den senare perioden jämfört med den tidigare, då dessa lasarett ännu var odelade.

Det relativt ringa antalet artriter, som i regel har möjlighet att erhålla vård å medicinavdelningarna, förklaras därav, att sängplatserna måste i stor utsträckning reserveras för akut sjuka. Detta har kraftigt understrukits i den enkät, som Berglund gjort bland tjänsteläkare i olika delar av landet (5): "Huvuddelen av dem som svarat hade förklarat, att det förelåg avsevärda svårigheter att få in patienter med kronisk artrit på invärtesmedicinsk avdelning, och ungefär hälften hade dessutom uppgivit, att man på grund av dessa svårigheter icke alltid utskrivit remiss, när behov av sjukhusvård förelegat. Man skulle under dessa omständigheter väntat sig, att de reumatiskt sjuka i stället skulle ha hänvisats till pensionsstyrelsens sjukvårdsanstalter för att erhålla erforderlig vård. Så har emellertid icke blivit fallet, (6: sid. 51), vilket är anmärkningsvärt också därför, att efterfrågan på sådan avsevärt minskats under tidsperioden 1943—1955. "Det är", skriver Olhagen (4), "ganska svårt att förklara denna minskning av

väntetiden. Den efter 1943 tillkomna specialavdelningen på Karolinska sjukhuset resp. reumatikersjukhuset i Spenshult har väl bidragit en del till avlastningen, i varje fall ca 800 patienter per år, vidare kan man räkna med en minskning av de akuta fallen (reumatisk feber)". Det är dock att märka, att dessa sistnämnda patienter i regel brukat vårdas på medicinsk avdelning. Olhagen räknar också med möjligheten "att den öppna vården lyckats hålla ett större antal kroniska artrit flytande nu än tidigare".

För min del skulle jag vilja beteckna detta inte bara som möjligt utan som ett otvetydigt faktum, och jag anser, att detta förhållande utgör en mycket viktig orsak till den minskade väntetiden vid pensionsstyrelsens sjukvårdsanstalter. Den rådande övertron på en del nya läkemedel, speciellt cortison, gör att många läkare nästan uteslutande och det under alltför lång tid litar till dessa medel med åsidosättande av andra åtgärder: vård vid sjukhus eller badort resp. ambulatorisk behandling med fysikalisk terapi, framför allt sjukgymnastik.

Vid sökandet efter förklaringar till den kortare väntetiden får man inte glömma att ta med i beräkningen, att det skulle kunna föreligga en verklig minskning av de reumatiska artriterna. Jag kan instämma med Olhagen, då han säger, att detta "inte är särskilt sannolikt" och att "undersökningar annorstädes visar att så inte tycks vara fallet".

Andra orsaker till den minskade efterfrågan på vård vid pensionsstyrelsens anstalter är, att det synes föreligga "en ökad tendens hos gifta kvinnor att i största möjliga utsträckning undvika långvarig sjukhusvård och då särskilt sådan vård, som ej erbjudes i hemorten. Anledningen härtill torde huvudsakligen vara att söka i ökade svårigheter att erhålla erforderlig hjälp i hemmet under en längre tids sammanhängande sjukhusvistelse" (4), vilket jag av egen erfarenhet kan kraftigt understryka. Samtidigt vill jag också framhålla, att denna omständighet i hög grad talar för behovet av reumatologiska avdelningar på länsplanet, varom mera nedan. För min del skulle jag nog som den viktigaste orsaken till den

minskade väntetiden vilja beteckna den alltmer ökade arbetsbördan för de flesta tjänsteläkare. Det är ju förklarligt, om dessa läkare drar sig för att sätta sig ned och fylla i den för berörda vård erforderliga blanketten, som dock nu är mindre omständlig än tidigare. Det är så mycket enklare att kunna avfärda patienten med ett recept på cortison etc.

I och med att ett enklare remissförfarande kommit till stånd, sedan landstingen, som förslaget är, övertagit den slutna reumatikervården, torde säkerligen ett avsevärt större antal patienter komma att remitteras till reumatikeravdelningarna.

Nu finns det emellertid å andra sidan åtskilliga läkare, som trots arbetsbördan i alla fall ger sig tid att verkligen ta sig an de reumatiskt sjuka och att rekommendera dem till erforderlig vård och behandling. Dessa, i regel äldre läkare, har under sin praktik förvärvat en ganska ingående kännedom om de reumatiska sjukdomarna och kommit underfund med att goda resultat kan vinnas vid bekämpandet av dessa, om de reumatiskt sjuka får erforderlig vård i god tid. Tyvärr sker detta under nuvarande förhållanden i alltför ringa utsträckning, och detta medför att ett stort antal patienter, som nämnt, blir invalidiserade, vilka ej skulle ha behövt bli det, om en bättre omvårdnad hade stått dem till buds.

Bristande läkarutbildning i reumatologi

Orsaken till nu rådande missförhållanden i detta avseende ligger i främsta rummet i den alltför knappa läkarutbildningen beträffande de reumatiska sjukdomarna och deras behandling, vilket har till följd, att flertalet läkare saknar intresse och förståelse för detta klientel och dess vårdbehov, vare sig det nu gäller sjukhusvård eller öppen vård.

Glädjande nog tycks det — om man nu får döma av min enkät bland läkarna i Västmanlands län år 1945 angående den öppna reumatikervården (7) — råda en ganska allmän önskan bland dessa om "en bättre utbildning i reumatologi och socialmedicin såväl till medicine licen-

tiatexamen som i form av särskilda kurser för färdiga läkare”.

Vad som enligt min erfarenhet alldeles speciellt brister härvidlag är, att så många läkare ej tycks ha någon närmare kännedom om vilken stor betydelse den fysikaliska terapin, speciellt sjukgymnastiken, har för behandlingen av de reumatiska sjukdomarna. Vanligast ger sig detta tillkänna däri, att man inte remitterar till sådan behandling de fall, som är i behov därav. Om sjukgymnastik emellertid ordinerar, så överlåtes ofta till vederbörande sjukgymnast att själv bestämma, vari behandlingen skall bestå.

Nu berörda missförhållande bottnar givetvis i bristande undervisning i fysikalisk terapi. Före omorganisationen av läkarutbildningen i mitten på 50-talet förekom ingen obligatorisk sådan undervisning. I de frivilliga kurser, som då gavs, deltog visserligen endast 25—50 % av de studerande, men det är väl att märka, att dessa erhöll en avsevärt bättre utbildning än som nu är möjligt vid en mycket kort obligatorisk kurs under det propedeutiska året (i Uppsala endast ”6—8 timmar”). I läkarutbildningsbetänkandet hade endast 20 timmar sammanlagt föreslagits för undervisning i sjukvårdsteknik + fysikalisk terapi. I flera remissyttranden yrkades på utökad underundervisning och i 2 likalydande motioner hemställdes om att timantalet måtte höjas till 40. Riksdagens beslut blev 30 timmar. Med hänsyn till det för varje år alltmer stegrade intresset för rehabiliteringen av sjuka och skadade måste man livligt beklaga att motionerna ej bifölls.

I detta sammanhang förtjänar att nämnas, att medicinska fakulteten i Uppsala 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”.

Som undervisningen nu sker, med alltför få timmar och för tidigt i läkarutbildningen, kan den knappast ge någon nämnvärd behållning och ej heller något egentligt intresse för terapin i fråga. Man har därför all anledning att befara, att ett stort antal läkare liksom hittills kommer att stå främmande för den fysikaliska terapins, speciellt sjukgymnastikens stora betydelse. Det synes mig därför vara av synnerligen stor vikt, att kursen i fysikalisk terapi tilldelas ett avsevärt ökat timantal och därtill i enlighet med ovan nämnda förslag av medicinska fakulteten i Uppsala ”förlägges till licentiatstudiernas senare del”. På grund av den här ovan påtalade alltför knappa undervisningen betr. de reumatiska sjukdomarna och deras behandling är det ganska förklarligt, att de reumatiskt sjuka rätt ofta ej blir föremål för någon närmare undersökning utan avfärdas redan efter några få minuter med yttranden som: ”Reumatismen kan man inte göra något åt” eller ”Lite värk får väl alla tåla” osv. Och så får man recept på något av ”undermedlen” eller också, och kanske för det mesta, ordination på smärtstillande tabletter och något liniment. Inte underligt då om patienterna i så fall bibringas den uppfattningen, att det är ganska lönlöst att söka läkare, åtminstone i tidigare stadier av sjukdomen och vid mindre uttalade symtom. Följden blir då ej sällan, att man dröjer alltför länge med att söka läkare, vilket måste i hög grad beklagas, eftersom det är betydligt svårare, för att inte säga omöjligt, att komma till rätta med sjukdomen i ett senare stadium än i ett tidigt.

Emellertid får man härvidlag inte enbart skylta på läkarna. Patienterna själva är heller inte utan skuld till en för sent insatt vård. På frågan: ”varför har Ni inte sökt för Era reumatiska besvär tidigare?” svarar patienten i regel, att han trott att värken skulle gå över av sig självt. Om det gäller äldre patienter, särskilt då om det är fråga om en artros, som ju också räknas till den reumatiska sjukdomsgruppen, blir svaret ofta, att reumatismen hör ju åldern till och därför ingenting att göra åt.

I detta sammanhang är jag angelägen om att framhålla, att orsaken till ett uppskjutet läkarbesök därjämte kan vara en av mig ofta konstaterad bristande kännedom om möjligheten att genom pensionsstyrelsen resp. landsting kunna erhålla kostnadsfri vård å reumatikersjukhus eller å badort.

Med dessa ord har jag velat understryka önskvärdheten av en mera energisk upplysningsverksamhet bland allmänheten. 1941 års reumatikervårdssakkunniga hade i sitt betänkande (1945) föreslagit, att 30.000 kronor årligen borde ställas till medicinalstyrelsens förfogande för detta ändamål. Då något sådant anslag ej upptogs i propositionen till 1946 års riksdag, underströks behovet härav kraftigt i en särskild motion. Denna blev dock tyvärr avslagen med motiveringen "att med frågan om medelsanvisning bör anstå till dess ökade vårdmöjligheter stå till förfogande".

**Efterundersökning betr. reumatiskt sjuka
vårdade å reumatikeravdelningen i Västerås
1950—jan. 1954**

Till vad jag här framfört beträffande rehabiliteringen av reumatiskt sjuka, skall jag nu här närmast foga ytterligare några synpunkter, som huvudsakligen kommer att bygga på mina erfarenheter från en 26-årig tjänstgöring som överläkare på reumatikeravdelningen i Västerås och därvid speciellt på en efterundersökning bland det reumatiska klientelet, som vårdats på denna avdelning under mina 4 sista år som chef därstädes, nämligen 1950—jan. 1954. Av de under denna tid vårdade 919 patienterna, varav 382 män (41,6 %) och 537 kvinnor (58,4 %) hade 59 (29 män och 30 kvinnor) dött vid den tidpunkt, då materialet insamlades, sommaren 1959. Vad betr. dödsorsakerna skall jag inskränka mig till att omnämna, att 2 manliga patienter med reumatoid artrit avlidit i kronisk leukemi (1 myeloisk och 1 lymfatisk). Ytterligare en manlig patient, med lumbal diskdegeneration, har fått en kronisk leukemi (lymfatisk), som han nu går under behandling för. Samtliga dessa patienter har fått rätt mycket röntgenbehandling. Ett flertal författare har under de senare åren framlagt kasuistik, som synes tala för att röntgenbehandling någon gång skulle kunna förorsaka leukemi. Mitt material är emellertid alltför litet för att jag skulle våga sätta mina 3 fall av leukemi i något säkert samband med den undfångna röntgenbehandlingen. Men å andra sidan måste man dock acceptera dem som ett nog så viktigt observandum, som ger mig anledning att framhålla, att man bör iakttaga vederbörlig aktsam-

TABELL 1.

Diagnos	Formulär besvarat						Formulär ej besvarat	
	♂		♀		Sammanlagt		♂	♀
	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	4	14
Spondylartrit (Bechterew)	8	2,4	6	1,2	14	1,7	2	1
Artralgi	—	—	3	0,6	3	0,4	—	—
Artros	1	0,3	10	2,0	11	1,3	1	—
Skulderledsaffektion	4	1,2	3	0,6	7	0,8	—	—
Lumbago-ischias, rygginsufficiens, diskdegeneration	80	23,6	21	4,3	101	12,2	5	1
Lumbago-ischias etc. + reumatoid artrit	4	1,2	22	4,5	26	3,1	2	1
Myalgi	1	0,3	5	1,0	6	0,7	—	—
Gikt	1	0,3	—	—	1	0,1	—	—
Sammanlagt	339		490		829		14	17

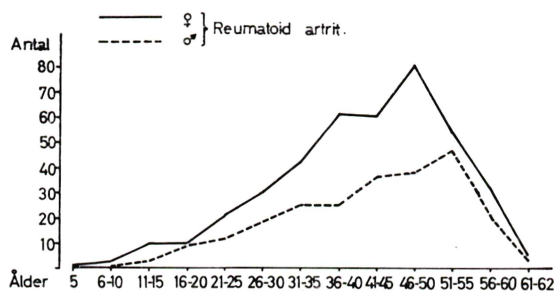
het vid ordinerandet av röntgenbehandling. Med hänsyn till de ofta mycket goda resultaten av sådan behandling vid reumatism vore det emellertid synd, om man på grund av nämnda risk skulle behöva sluta därmed.

Till de kvarlevande 860 patienterna, varav 353 män (41,0 %) och 507 kvinnor (59,0 %), utsändes ett ganska utförligt frågeformulär i 8 punkter. Svar erhöles från 339 män (96 %) och 490 kvinnor (96,6 %), alltså ett mycket gott resultat. Att märka är dock, att rätt många inte svarade förrän efter en påstötning och att en del gjorde det först efter ytterligare en påstötning. (Tabell 1.)

Av tabellen framgår att av dem som besvarat mina frågor, 656 (79,1 %), varav 237 män (69,9 %) och 419 kvinnor (85,5 %), behandlats för reumatoid artrit. Lägges härtill även de som jämte reumatoid artrit också led av lumbago-ischias etc. stiger siffran till 682 (82,3 %), varav 241 män (71,1 %) och 441 kvinnor (90,0 %). Betr. övriga diagnoser må nämnas, att 8 män och 6 kvinnor led av spondylartrit, 4 resp. 3 av skulderledsaffektion och 80 resp. 21 av lumbago-ischias etc.

Fördelningen av de olika diagnoserna per åldersgrupper åskådliggöres av tabell 2 och vad

Fig. 1.



beträffar den reumatoida artriten även av fig. 1. Som synes har ingen patient varit över 62 år (gäller samtliga patienter under ovannämnda tidsperiod). Åldersgränsen har sedan successivt höjts under årens lopp och är nu 66 år.

Första frågan i formuläret gällde *tillståndet efter utskrivningen* (om flera kurer förekommit avsågs sista utskrivningen). Erhållen ny vård resp. behandling efterfrågades också. Det var mycket glädjande att höra, att ett stort antal patienter ansåg sig ha vården på reumatikeravdelningen i Västerås att tacka för återvunnen hälsa eller avsevärd förbättring, för att nu inte tala om att rätt många framhöll, att de därigenom sluppit att bli invalider. Givetvis hade åtskilliga efter någon tid försämrats. Ibland uppgavs orsaken

TABELL 2.

Ålder år	Reum. feber (efterkur)		Reum. artrit		Spondyl- artrit (Bechterew)		Artralgi		Artros		Skulder- leds- affektion		Lumbago- ischias etc.		Lumbago- ischias etc. + reum. artrit		Myalgi		Gikt	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
— 5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6—10	—	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11—15	—	—	3	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
16—20	—	—	9	10	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—
21—25	—	—	12	21	—	1	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—
26—30	2	—	18	30	1	—	—	—	—	—	—	—	11	1	—	2	—	—	—	—
31—35	1	1	25	42	2	2	—	1	—	—	—	—	11	2	—	2	1	—	—	—
36—40	—	—	25	61	3	2	—	—	1	—	—	—	14	8	—	2	—	—	—	—
41—45	—	—	36	60	—	—	—	—	—	—	—	—	10	4	2	3	—	—	—	—
46—50	—	—	38	80	1	—	—	1	—	3	3	3	14	—	—	2	—	2	—	—
51—55	—	—	46	64	1	1	—	1	—	2	—	—	11	2	2	5	—	1	1	—
56—60	—	—	21	32	—	—	—	—	1	4	1	—	5	2	—	5	—	—	—	—
61—62	—	—	3	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Samman- lagt	3	1	237	419	8	6	—	3	1	10	4	3	80	21	4	22	1	5	1	—

vara, att man inte kunnat få av oss föreslaget lämpligare arbete. På grund av nedläggandet av reumatikeravdelningen i Västerås år 1955, vilket livligt beklagats av ett synnerligen stort antal patienter, hade möjligheterna att erhålla en ny kur avsevärt begränsats. I vissa fall hade dock sådan kommit till stånd vid annat reumatikersjukhus och någon gång på medicinsk avdelning. I detta sammanhang kan det förtjäna att även här påpekas, att de reumatiskt sjuka enligt min erfarenhet ibland av olika skäl vägrar resa till en längre bort belägen anstalt.

På frågan om luftvägsinfektioners och andra åkommors eventuella betydelse för uppkomsten av en reumatoid artrit erhöles ofta jakande svar, beträffande gallstenssjukdom i 15 % av kvinnliga patienter. Vidare har ett överraskande stort antal uppgivit, att tungt arbete och dåliga bostäder spelat en stor roll. Allt faktorer, som inte kan fränkännas sin betydelse, då det gäller rehabilitering av reumatiskt sjuka.

Några ord bör också ägnas medicineringen. Cortisonpreparaten och butazolidin synes ha ordinerats i alltför stor utsträckning (ibland under flera år) och då ej så alldeles sällan med magsår resp. skadlig inverkan på blodet som följd. Vidare har, av en del svar att döma, den stora tilliten till denna medikation även medfört en fördröjd eller helt utebliven remiss till en ofta nog så välbehövlig vård å specialistsjukhus resp. lämplig sommarbadort eller ambulatorisk behandling med sjukgymnastik (jfr ovan sid. 314).

En mycket viktig fråga lydde: *Har annat, lättare arbete (vilket?) eller omskolning till helt nytt arbete rekommenderats? Om sådant ej kunnat erhållas, orsaken härtill?*

Omedelbart efter intagningen på reumatikeravdelningen sökte vi ta noga reda på om patientens arbetsförhållanden kunde tänkas ha spelat någon roll vid insjuknandet och sedan under sjukdomens fortsatta förlopp. Om så ansågs vara fallet, utformades under sjukhusvistelsen ett förslag till lämplig åtgärd i berörda avseende under möjligast intima samarbete mellan å ena sidan läkare och kurator och å den andra sidan ar-

betsvård, arbetsgivare, arbetsledare m. fl. Det är utan vidare klart, att förutsättningen för ett fullt tillfredsställande resultat vid försöken att ordna med bättre arbetsförhållanden i regel endast kan vara helt till finnandes på en specialavdelning för reumatiskt sjuka (resp. på en rehabiliteringsavdelning) men blott mera undantagsvis på en medicinsk avdelning (jfr ovan sid 314).

Av de ingångna svaren har tydligt framgått, att våra bemödanden härvidlag gett så pass goda resultat, som man rimligtvis kunnat hoppas på. Helt naturligt har det ibland måst konstateras, att de uppgjorda förslagen om annat arbete av olika skäl ej varit möjliga att realisera, bl. a. på grund av bristande tillmötesgående av vederbörande instans. Detta ger mig anledning att efterlysa ett bättre samarbete på detta synnerligen viktiga socialmedicinska område. Samtidigt är jag dock angelägen att framhålla, att patienterna från det egna länet haft lättare att få det ordnat med annat arbete än patienterna från andra län, detta givetvis tack vare de större möjligheter till erforderliga kontakter, som då förefinnes. Detta faktum talar för önskvärdheten av en decentralisering av den slutna reumatikervården till länsplanet.

I utredningen beträffande regionsjukvården (S.O.U. 1958:26) föreslås att nu befintliga lasarettanslutna reumatikeravdelningar skall bibehållas. I Uppsala-regionen, som utom Uppsala län omfattar Västmanlands län (utom Köpingsområdet), Kopparbergs, Gävleborgs, Jämtlands och större delen av Västernorrlands län, finns emellertid ingen sådan avdelning, sedan den i Västerås blev indragen. För denna region skulle alltså den slutna reumatikervården uppbäras av en enda specialklinik, nämligen den i Uppsala, som tyvärr är planerad att omfatta endast 30 platser i stället för beräknade 90 (6: sid. 59). Man torde därför kunna utgå ifrån, att endast ett fåtal patienter från Västmanlands län kan beredas plats på denna klinik.

Man hade nog väntat, att ett relativt stort antal patienter skulle ha remitterats till det år 1960 nyöppnade reumatikersjukhuset i Strängnäs. Så har emellertid ännu ej blivit fallet. Att märka är

dock, att detta sjukhus liksom det i Spenshult tar emot patienter från hela landet och att därstädes vårdas ett stort antal reumatiskt sjuka, som har sjuk- eller ålderspension. (Av klientelet från Västmanlands län år 1961 tillhörde ej mindre än 45 % denna kategori.) En jämförelse mellan medeltalen vårdade artriter från länet under 2-årsperioden 1952—1953 resp. 1960—1961 utvisar för den senare perioden en ökning med 98 (116—18, se sid. 3) vid lasaretten i länet, med ca 15 i Sättra brunn och med sammanlagt 20 vid sjukhus utanför länet (reumatologiska klinikerna vid Karol. sjukh., Norrköping, Lidköping och Lund samt sjukhusen i Nynäshamn, Tranås, Åre, Spenshult och Strängnäs). Tillsammans utgör detta en ökning med 133 patienter, en siffra som emellertid med 32 understiger det antal artriter, 165 (varav $112 = \frac{2}{3}$ från upptagningsområdena för lasaretten i Västerås och Köping), som årligen vårdades på reumatikeravdelningen i Västerås under 2-årsperioden 1952—1953.

Av den utredning jag nu verkställt framgår, att *den slutna reumatikervården i Västmanlands län, vad gäller större delen av detsamma, försämrats efter nedläggandet av reumatikeravdelningen i Västerås*. Om man så dessutom tar hänsyn till ovan, sid. 313, framförda synpunkter, synes det mig ej förefinnas någon som helst tvekan om att en *ny reumatikeravdelning snarast möjligt bör inrättas vid centrallasaretten i Västerås för enbart länets behov*. Vad betr. dennas storlek torde det vara ungefär lagom med 30 platser, eftersom den tidigare avdelningens 56 platser till ca 57 % i medeltal utnyttjades av patienter från länet. Till reumatikeravdelningen bör anslutas en reumadispensär (varom mera nedan).

Glädjande nog tycks man även på högre ort numera anse, att det föreligger ett behov av sådana avdelningar inom de olika länen, att döma av det tal som inrikesminister R. Johansson höll vid invigningen av Strängnäs reumatikersjukhus den 3 dec. 1960. Jag citerar ur Reuma (8): "Med hänsyn till risken . . . att patienterna kan komma att bli utskrivna alltför tidigt från de vanliga medicinavdelningarna har vi dragit den slutsatsen, när det gäller länsplanet, att det skulle

vara en fördel — både för patienterna och huvudmännen — om vården av reumatikerfallen kunde organiseras som en subspecialitet inom de invärtesmedicinska avdelningarna med en biträdande överläkare som närmast ansvarig läkare." Enligt min mening bör en reumatologisk klinik på länsplanet vara helt fristående under särskild överläkare. Helst bör nog en sådan klinik i ett län kombineras med 1—2 medicinska vårdavdelningar eller kanske med en rehabiliteringsavdelning, inkl. fysikalisk terapi. Synpunkter som jag redan tidigare gjort mig till tolk för (9).

Badortsvård

Frågan om i vilken utsträckning de större sommarbadorterna skulle kunna ersätta reumatikeravdelningar har varit uppe till diskussion. För min del skulle jag med min mångåriga erfarenhet av badortsvård, därav 7 somrar vid Sättra brunn, och de goda resultat som därigenom kan vinnas, varmt vilja rekommendera, att badorterna utnyttjas i möjligaste mån för reumatikervård. Pensionsstyrelsen resp. riksförsäkringsverket (fr. 1961) har också remitterat ett relativt stort antal patienter för vård till vissa badorter, bl. a. Sättra, på samma villkor som gäller för vården på en reumatikeravdelning. Nu är det emellertid att märka, att badorterna är öppna endast 2—3 somarmånader. Med hänsyn till att det vid reumatisk sjukdom ofta är av stor vikt, att vård erhålles snarast möjligt, skulle det för många patienter bli en alltför lång väntetid, om de inte hade tillgång till kvalificerad vård under den övriga delen av året. Härtill kommer att patienter med mera svårartade ledbesvär ej bör remitteras till badortsvård utan i stället intagas på sjukhus. Vårdförhållandena vid en sommarbadort, t. ex. Sättra brunn, tillåter nämligen ej mottagandet av sådana patienter, som ej kan klara sig själva.

Man skulle nu givetvis ha väntat, att antalet reumatiskt sjuka som vårdas vid Sättra brunn skulle ha väsentligt ökat efter nedläggandet av reumatikeravdelningen i Västerås år 1955. Som framgår av statistiken för åren 1951—1961, som man välvilligt ställt till mitt förfogande, uppgår

ökningen endast till ca 15 artriter från Västmanlands län under denna tidsperiod. Man kan därför ingalunda påstå, att reumatikeravdelningen blivit ersatt och obehövlig genom en ökning av det antal reumatiskt sjuka från länet, som av pensionsstyrelsen remitteras till brunnen.

I detta sammanhang vill jag meddela, att ytterligare ett ganska stort antal reumatiker från länet från och med 1956 erhåller kostnadsfri vård vid brunnen, nämligen tack vare anslag från landstinget. Detta klientel utgöres emellertid av patienter med sjuk- resp. ålderspension, vilka ej kan erhålla vård genom pensionsstyrelsen.

Som framgår av tabell 1 över beläggningen på reumatikeravdelningen i Västerås utgöres de flesta fallen ($> 80\%$) av artriter. Vid Sättra brunn är det relativa antalet artriter bland pensionsstyrelsens patienter väsentligt lägre (något över 50%) enligt 1961 års statistik.

I fråga om t. ex. artrosor kan det vara tillräckligt med enbart badortskurer, en eller i regel flera. När det däremot gäller artriter, behövs det ej sällan upprepad vård med kortare intervall. En genom sommarsejouren vid en badort uppkommen förbättring efterföljes i vissa fall av en försämring efter nyår, som motiverar ny vård snarast möjligt och då helst på en specialavdelning. Ibland kan det dock vara tillräckligt med sjukgymnastisk behandling i hemorten. Med dessa ord har jag också velat fästa uppmärksamheten på betydelsen av en god samordning mellan vårderna på en badort å ena sidan och den slutna resp. öppna reumatikervården å den andra sidan.

Öppen reumatikervård inkl. dispensärverksamhet

I det följande skall jag nu till närmare diskussion upptaga de möjligheter vi har att bygga ut den öppna reumatikervården och det på ett sätt, som kan motsvara allmänhetens rättmätiga krav. Först några ord om 1941 års reumatikervårdssakkunnigas inställning till denna fråga. Efter att ha framhållit att bristen på erforderlig personal lägger hinder i vägen för utbyggnaden av dispensärverksamheten och att "härtill kommer, att den öppna vårdens organisation för närvarande ligger i stöpsleven, finna de sakkunniga

riktigt att nu icke komma med något utarbetat förslag till den öppna reumatikervårdens ordnande" (sid. 95 i betänkandet).

Av remissyttrandena till betänkandet framgick emellertid, att man ganska allmänt var betydligt mera positivt inställd till en snar utbyggnad av den öppna reumatikervården än de sakkunniga. Centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund föreslog sålunda inrättandet av ett organ för den öppna vården av de reumatiskt sjuka. "Betydelsen härav vore så stor, att frågan om reumadisensärerna borde lösas i samband med utbyggnaden av den slutna vården." Denna uppfattning delades också av de riksdagsmän, som i en motion till 1946 års riksdag hemställde, att ett förslag till utbyggnad av den förebyggande och öppna reumatikervården måtte framläggas för nästa års riksdag. Efter att ha beklagat att den föreliggande propositionen endast avsåg ett utbyggande av den slutna vården (se ovan sid. 312) framhöll motionärerna, att denna vård torde "bli till mindre gagn, därest icke även den öppna vården utökas. Det torde även vara klart, att en effektiv förebyggande reumatikervård så småningom kommer att minska behovet av vårdplatser inom den slutna vården". Motionen avslogs med den motiveringen att de sakkunniga "ansett tiden ännu icke vara inne för framläggande av konkret förslag härom" (jfr ovan!).

Även om man å ena sidan inte kan förneka, att de sakkunnigas synpunkter har sitt berättigande, så kan man dock å andra sidan inte annat än djupt beklaga, att det saknades möjligheter att organisera upp här ovan föreslagen öppen reumatikervård. Det är att hoppas, att vi på grundval av de i betänkandet ang. den öppna vårdens utbyggnad (S.O.U. 1958:15) framlagda förslagen inom en icke alltför avlägsen framtid skall nå fram till en bättre avvägning än den nuvarande mellan den slutna och öppna vården, nämligen i form av en betydligt ökad relativ utbyggnad av den senare, vilket skulle medföra ett minskat behov av ytterligare vårdplatser vid sjukhusen.

Om man jämför vården av reumatici med vården av andra större sjukdomsgrupper, så har

jag redan kraftigt understrukit, att de förra (jag skulle dock här vilja tillägga: jämte hemplegierna) är i hög grad eftersatta i fråga om såväl den slutna som i synnerhet den öppna vården. Om den förra vårdformen har jag redan talat. Det var i stark känsla av att omvårdnaden av dessa patienter var i hög grad bristfällig, som jag väckte mitt förslag om *dispensärverksamhet vid reumatiska sjukdomar* redan år 1928. Efter ett ganska kompakt motstånd mot förslaget under många år framåt började man under 40-talet bli alltmera intresserad av detsamma, vilket bl. a. tog sig uttryck i ovan omnämnda remissyttranden (se sid. 320). Uppmuntrad härigenom startade jag en sådan dispensär i Västmanlands län år 1951 och förestod sedan densamma t. o. m. år 1955 (9). Tyvärr är denna verksamhet nu delvis nedlagd i länet. Under de följande åren fr. o. m. 1956 har jag fungerat som läkare vid reumadispensär i Uppsala län, först 1956—1959 i södra och fr. o. m. 1960 i norra delen av länet. De erfarenheter jag gjort under dessa 11 år som dispensärläkare har i stort sett varit samstämmiga inom de olika områdena.

Bestämmelserna för verksamhetens bedrivande är alltså desamma, som jag tidigare i detalj redogjort för (9). Dispensärundersökningarna är förlagda till resp. provinsialläkaremottagningar. Jag fungerar fortfarande som konsult för den inremitterande läkaren, som efter den kostnadsfria undersökningen av vederbörande patient får ett meddelande från mig ang. lämpliga åtgärder.

Flertalet läkare har visat sig intresserade av verksamheten och har i regel också följt mina rekommendationer. Ibland har dock dessa ej blivit effektuerade, vilket man väl får skylla på vederbörande läkares alltför stora arbetsbörda, åtminstone i de fall, då föreslagen remiss till reumatikeravdelning ej blivit utförd.

Av de rekommenderade åtgärderna är sjukgymnastik den vanligaste. På grund av svårigheten för landsbygdsbefolkningen att erhålla sjukgymnastik har nu *Uppsala läns landsting*, i och för ett bättre tillgodoseende härav, *låtitt anställa 6 distriktsgymnaster från och med år 1962*, varav endast 1 på heltid, de övriga, som är pri-

vatpraktiserande, på deltid. Med hänsyn till den stora bristen på sjukgymnaster har vi nämligen i möjligaste mån sökt undvika heltidsanställning. Distriktsgymnasternas verksamhet är förlagd dels till av landstinget iordningställda behandlingslokaler, dels också, och det i ganska stor utsträckning, till hemmen. För att också i fråga om kostnaden för behandlingen söka jämställa befolkningen på landsbygden med den i städerna betalar landstinget sjukgymnasternas resa per bil till behandlingslokalerna resp. hemmen enligt gällande resereglemente.

Om de flesta patienterna kunde komma till behandlingslokalerna, vore detta givetvis till stor fördel ur den synpunkten, att sjukgymnasten i så fall kunde hinna med ett större antal patienter än om behandlingen i regel skulle ske i hemmen. Emellertid kan det med all rätt ifrågasättas, om det inte vid reumatisk sjukdom vore vida bättre för patienten, om hembehandling kunde få ske i större utsträckning än vad som nu är möjligt på grund av gällande sjukkassebestämmelser. Skälen för en ändring av dessa i det avseendet har kraftigt framhållits av den distriktsgymnast, som varit längsta tiden anställd som sådan (sedan 1959). Den skrivelse, som jag bett denne sända till mig härom, innehåller i huvudsak följande:

Skall man under den kallare årstiden nödgas fara relativt lång väg till en behandlingslokal, och det kanske under svåra väderleksförhållanden, så kan detta i vissa fall ha en menlig inverkan vid reumatisk sjukdom. Men ännu större risk härför kan föreligga, om patienten efter erhållen behandling, kanhända kombinerad med uppvärmning, är tvungen att vid kall väderlek och kanske på en dragig plats invänta buss eller annat transportmedel för hemresan. Behandlingen kan på grund av dylika omständigheter bli utan någon som helst nytta, och inte nog härmed, sjukdomen kan till råga på allt kanske bli förvärrad. Med hänsyn härtill vore det, och det också enligt min uppfattning, *i hög grad önskvärt*, att nu gällande bestämmelser ändrades därhän, *att sjukkassan lämnade återbäring till ett betydligt större antal hembehandlingsfall än som nu*

sker. Eller m. a. o. att läkarna, med hänsyn till ovannämnda risker, tillerkännes rätt att ordnara sjukgymnastik i hemmen i sådana fall, där dylika risker kan anses förefinnas.

Sjukgymnastiken har under senare år tillmätts en allt större betydelse för rehabiliteringen av skadade och av olika sjukdomar invalidiserade, inte minst i fråga om de reumatiskt sjuka. Hittills har dessa patienter, särskilt de som bor ute på landsbygden, ej kunnat få sjukgymnastik i tillräcklig utsträckning, i främsta rummet på grund av bristen på sjukgymnaster. För att råda bot härför är det oundgängligen *nödvändigt, att nya institut för utbildning av sjukgymnaster inrättas*, vilket också enligt uppgift torde komma att ske inom några år.

Allteftersom läkarna alltmer kommer till insikt om sjukgymnastikens stora betydelse vid reumatiska sjukdomar och andra invalidiserande åkommor — förutsättningen härför är dock som jag ovan framhållit (sid. 314) att läkarna får en bättre utbildning på detta område — skulle jag hålla för troligt, att det i S.O.U. 1958:15 föreslagna antalet av drygt 300 distriktsgymnaster för landsbygden kommer att visa sig vara otillräckligt. Härpå tyder de erfarenheter jag gjort de sista åren som dispensärläkare i norra delen av Uppsala län. Den ovan nämnda heltidsanställda sjukgymnasten tjänstgör här sedan 1960 tillsammans med en annan sjukgymnast (privatpraktiserande) i ett distrikt på ca 15.000 invånare. På sistone har nu antalet patienter, som är i behov av sjukgymnastik, blivit så stort i detta distrikt, att en biträdande sjukgymnast måst anställas på deltid. Jag skulle med stöd härav vilja framhålla, att man i framtiden bör räkna med ett distrikt på ned mot 5.000 invånare per sjukgymnast.

En mycket viktig förutsättning för en fullt tillfredsställande utbyggnad av den öppna reumatikervården är, att det finns en reumatologisk klinik i varje län. Av dessa bör de kliniker, som föreslagits för de blivande regionssjukhusen, få en sådan storlek, att de helt kan motsvara den avsevärd uppgift.

De reumatologiska klinikerna bör kombineras med dispensärer, till vilka reumatiskt sjuka kan remitteras för såväl rådfrågning som behandling.

Vad beträffar den öppna reumatikervården utanför sjukhusen, så torde denna komma i ett avsevärt bättre läge, sedan provinsialläkarna från och med 1/7 1963 får landstingen som huvudmän. Tack vare möjligheten härigenom för dessa läkare att erhålla större mottagningslokaler och bättre utrustning kan de reumatiskt sjuka då erhålla vård och behandling i hemorten i större utsträckning än hittills. Givetvis under den förutsättningen därjämte, att vederbörande läkare är kunnig i reumatologi, och att sjukgymnast finnes på platsen, helst stationerad på läkarmottagningen.

Då jag väckte mitt förslag om reumadispensärer, ansåg jag det önskvärt, att även lokala dispensärer under ledning av tjänsteläkare komme till stånd. På grund av dessas redan då stora arbetsbörda föreslog jag några år senare, att man åtminstone tills vidare finge inskränka sig till endast centraldispensärer. På samma standpunkt befinner vi oss fortfarande. Jag har dock ej velat helt släppa tanken på lokaldispensärer. Det glädde mig därför mycket, då en provinsialläkare i norra delen av Uppsala län, I. Jonasson, för 2 år sedan startade en sådan, av en typ som närmast kan kallas behandlingsdispensär. De hittills vunnna erfarenheterna av denna verksamhet har till fullo motsvarat förväntningarna, vartill givetvis i hög grad bidragit, att en heltidsanställd distriktsgymnast stått till förfogande i denna del av länet. Nedanstående till mig meddelade synpunkter överensstämmer till väsentlig del med dem, som jag redan redogjort för: "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 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.

Utöver här ovan framställda önskemål betr. den öppna vårdens framtida utbyggnad skulle jag nu till slut vilja komma med ytterligare ett, och det gäller *arbets- och sysselsättningsterapi*, som också visat sig vara av stor betydelse vid rehabiliteringen av reumatiskt sjuka.

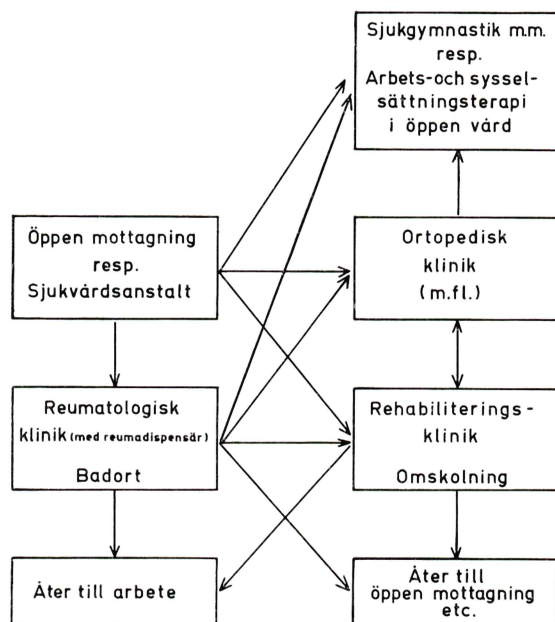
Som läkare vid reumatikeravdelningen i Västerås hade jag kunnat konstatera, att sysselsättningsterapi ofta i avsevärd grad kunde bidra till patienternas förbättring. Då jag slutade som dispensärläkare i Västmanlands län, föreslog jag därför i en tidningsintervju (VLT 31/12 1955) anställandet av en ambulerande arbetsterapeut i länet, varvid jag också framhöll betydelsen av terapeutens samarbete med sjukgymnasterna.

Det var på grundval av dessa tidigare gynnsamma erfarenheter av sysselsättningsterapi, som jag år 1957 i Uppsala väckte förslag om igångsättande av sådan terapi bland långvarigt sjuka i hemmen runt om i länet. Efter noggranna förundersökningar kom en sådan verksamhet också till stånd år 1959 i Röda Korsets regi. En särskild redogörelse för uppbyggnaden av densamma och för de t. o. m. år 1961 vunna resultaten har lämnats (10). Jag kan därför under hänvisning till denna artikel, inskränka mig till att nämna, att de största procenttalen år 1961 patienter representerades av polyartriter (46 st.=19,4 %), hemiplegier (26 st.=11 %) samt rygg- och höftåkommor (19 st.=8 %).

De hittills vunna erfarenheterna av denna verksamhet har varit mycket uppmuntrande, men ännu återstår mycket att göra, innan densamma kan sägas vara tillräckligt utbyggd, bl. a. gäller det att få till stånd ett så intimt samarbete som möjligt med sjukgymnasterna. Detta är dock först då möjligt, när båda parterna är väl insatta i varandras arbete. Det är därför synnerligen önskvärt, att *arbetsterapeuter och sjukgymnaster kunde få erforderlig gemensam utbildning* vid på samma platser belägna institut.

Jag vill så till sist ännu en gång framhålla den stora betydelsen av bästa möjliga samarbete mellan reumatikervårdens olika grenar. Men icke mindre viktigt är det, att ett gott samarbete också

Fig. 2.



kommer till stånd mellan reumatikervården och de olika specialavdelningar, som de reumatiskt sjuka kan behöva remitteras till. I fig. 2 har jag schematiskt sökt åskådliggöra, hur samordningen mellan de olika vårdformerna vid rehabiliteringen av detta klientel lämpligen skulle kunna etableras.

Slutord

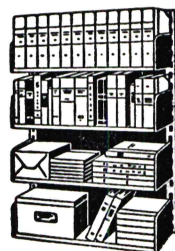
En fullt tillfredsställande rehabilitering av de reumatiskt sjuka kan ej ske, såvida ej såväl den slutna som den öppna vården utbygges i betydande grad. Men tyvärr saknar vi ännu och för lång tid framåt möjlighet att förverkliga detta önskemål i tillräcklig utsträckning på grund av den stora bristen på läkare och annan sjukvårdspersonal, sjuksköterskor, kuratorer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m. fl. Men i trots härav skulle redan nu reumatikervården kunna avsevärt förbättras, om inte den för närvarande rådande negativa inställningen hos vederbörande myndigheter betr. omvårdnaden av de reumatiskt sjuka, lade till synes oöverstigliga hinder i vägen härför.

LITTERATURFÖRTECKNING

1. *Bjure, A.*: Some views on the rehabilitation of patients with rheumatic disease. Acta rheum. scand., vol. 7, 1961.
2. *Bjure, A.*: Tidskrift för den svenska pensionsförsäkringen, h. 9, 1928.
3. Reuma, h. 1, 1952.
4. *Olhagen, B.*: Behövs reumatologiska specialavdelningar vid våra sjukhus? Reuma, h. 6, 1958 och Sveriges landstings tidskr. h. 9, 1958.
5. *Berglund, K.*: Rationalisering av reumatikervården — en organisationsfråga. Reuma, h. 6, 1958 och Soc.-med. tidskr., h. 9, 1958.
6. Betänkande med förslag rörande Pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet. 1959.
7. *Bjure, A.*: Den öppna vården av reumatiskt sjuka. Soc.-med. tidskr., h. 4, 1945.
8. Reuma, h. 6, 1960.
9. *Bjure, A.*: Five years activities at a rheumatism dispensary. Acta rheum. scand., vol. 3, 1957 och Sjukgymnasten, h. 8, 1957.
10. *Ek, Maj, Bjure, A. och Månsson, O.*: Sysselsättningssterapi för långvarigt sjuka i hemmen. Sv. läkartidn., nr 39, 1962.

HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



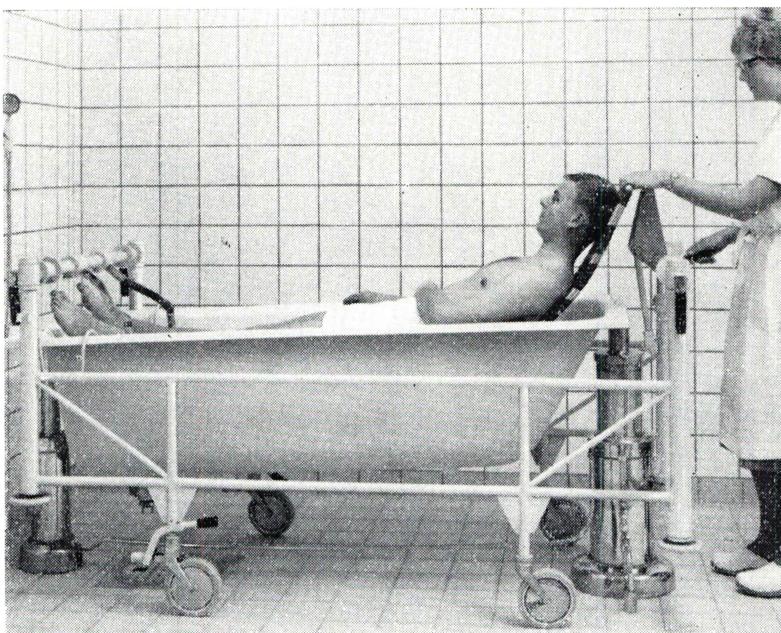
Sparings

Stockholm Ö.
Försälj.-avd.: Karlavägen 89
Tel. 67 36 50 — 67 76 75



**DRIFTSÄKRA
LÄTTSKÖTTA
UTRUSTNINGAR
FÖR SJUKHUS,
VÅRDHEM
OCH STORKÖK**

*Steriliseringsautoklaver
Bäckensköljare
och bäckenvärmare
Badkarslyftar*



Badkarslyft, Lasarettet, Halmstad

GETINGE MEKANISKA VERKSTADS AB
GETINGE TEL. 035/544 20