

De får inte heller ha andra sjukdomar som är svåra. Reumatikersjukhusen har resurser för somatiskt svårt sjuka patienter med olika typer av komplikationer. Det finns en dygnet runt-bemanning inklusive jourläkare, egna laboratorier och röntgenavdelning (det sistnämnda avser Spenshult). Inte minst har reumatikersjukhuset tillgång till reumatologer. Detta borde vara självklart när det gäller vård av reumatiker oavsett sammanhang, men saknas i de flesta fall när det gäller anläggningarna för utlandsvård, dessutom nästan undantagslöst när det gäller svenska kurorter.

Nyligen har också av Vlieland och medarbetare i British Journal of Rheumatology, (1997; 36: 82-5) visats att en periods inläggande behandling av kvalificerat reumatologteam vid reumatoid artrit ger signifikanta förbättringar avseende ledinflammation, sjukdomsaktivitet samt smärta jämfört med en kontrollgrupp under två års uppföljning.

Båda vårdformerna behövs

Vår uppfattning är att utlandsvård och vård vid reumatikersjukhuset är så vitt skilda att kostnadsjämförelser inte låter sig göras. Däremot tror vi att båda vårdformerna behövs som komplement till landstingens egen reumatologiska verksamhet men att de fyller olika funktioner.

Dick Sahlberg
överläkare, klinikchef,

Ingemar Petersson
överläkare, ställföreträdande klinikchef, Spenshults reumatiker- och rehabiliteringssjukhus

Referenser

1. Reumatologi i länssjukvården: Ett vårdresursprogram från RMR (Riksförbundet mot reumatism 1995).
2. Sahlberg D, Petersson II, Holmström G, Nived O, Leden I. Reumatologisk rehabilitering – en resurs! Läkartidningen 1994; 91: 3774.

Replik:

Viktigt kunna välja rätt

Dick Sahlberg och Ingemar Petersson framför i sitt inlägg att det inte går att jämföra vårdkostnader för klimatvård

med kostnader för rehabiliterande vård vid reumatikersjukhusen. Visst kan man jämföra, men vid en sådan jämförelse är det viktigt att ha klart för sig vilka skillnader i vårdinnehåll som föreligger samt om man riktar sig till olika patientpopulationer, faktorer som kan motivera olika vårdkostnader. Eftersom det enligt min uppfattning finns sådana skillnader vad gäller klimatvård och vård vid reumatikersjukhusen är jag tacksam för inlägget, som ger möjlighet till ett klarläggande som föll något utanför ämnet för ursprungssartikeln.

Individanpassad rehabilitering

Patienter med inflammatoriska reumatiska sjukdomar har under hela sjukdomsförloppet ett återkommande behov av rehabilitering. På grund av sjukdomarnas olika förlopp och varierande grad av funktionshandikapp måste rehabiliteringen anpassas efter den enskilda individens behov. För att kunna erbjuda alla patienter en individanpassad rehabilitering behövs ett varierat utbud av rehabiliteringsanläggningar.

För många reumatiker är det tillfyllst med rehabilitering i öppenvård, medan andra, särskilt patienter med reumatoid artrit, får ett bättre resultat om rehabiliteringen sker i slutenvård, vilket också Dick Sahlberg och Ingemar Petersson påstår.

Klimatvården kan betecknas som antingen öppen vård med hotellfunktion eller slutenvård, beroende på anläggning. På Vintersol, som används för flertalet patienter från Stockholm, finns dygnet-runtbemanning med tjänstgörande sjuksköterska. Vid akuta sjukdomsfall används närliggande akutsjukhus. Vid anläggningen finns flera svenska sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. En av läkarna har goda kunskaper i reumatologi och ger lokala steroidinjektioner vid behov. Patienterna behöver inte vara funktionellt självständiga. Många rullstolsburna finns vid anläggningen, och möjlighet till hjälp med av- och påklädning etc finns. Svenska kockar ser också till att alla sorters dietmat kan tillagas.

Patienterna till klimatvår-

den är däremot selekterade i avseende att de inte får ha andra svåra sjukdomar som kräver aktiv behandling eller komplicerar rehabiliteringen. De ska också vara välinställda på sin antireumatiska medicin och inte vara i behov av ortopedisk eller handkirurgisk bedömning under vårdtillfället. För patienter som behöver en sådan mer integrerad reumatologisk vård/rehabilitering är reumatikersjukhusen ett bättre alternativ och motiverar därmed deras högre kostnad.

Stor kunskap behövs således om olika rehabiliteringsanläggningars inriktning och vårdinnehåll för att för den enskilde reumatikern kunna välja rätt anläggning vid rätt tillfälle och till rätt pris.

Ingjald Hafström
docent, klinikchef,
reumatologiska kliniken,
Huddinge sjukhus

Vi läkare till för att ge service

Sjukvården i allmänhet, och läkaren i synnerhet, har i många år fått klä skott för att vara svår att nå – och detta med viss rätt. Anledningarna att söka kontakt kan givetvis vara av skiftande slag, i den mest brådskande änden exemplifierat av hjärtlarm på sjukhuset och i den andra av några av de kategorier Hans Levander nämner i sitt inlägg. Undvik läkarnas personsökare! i Läkartidningen 19/97.

Under min tidigare verksamhet (>20 år) inom akutsjukvården har jag sett utvecklingen gå från den blinkande semaforen och korridorhögtalaren till vanlig personsökare, till personsökare med text eller tal och dessutom externa system inklusive Minicall och mobiltelefon.

En betydelsefull förändring (förbättring?) skedde när direktval i telefonväxlar började införas på 1980-talet, till fromma för telefonisterna men inte alltid till fördel för arbetstagarna. För allmänheten var dock resultatet en ökad möjlighet att nå »sin» läkare. Den förkättrade »telefonisten», där tidigare patienterna kunde ringa i förtyvlat och aldrig komma fram, har på de flesta håll ersatts av att läkaren ringer upp,

något som varit till båtad för båda parter. Läkaren har i lugn och ro kunnat förbereda sig och leta fram journalen, och patienten har känt ett personligt engagemang från vår sida som är viktigt.

Tjänstgör som filter

Det som förvånar mig i inlägget från Uppsala Akademiska sjukhus är att personsökning via telefonväxeln inte fungerar. Här ska ju växeln tjänstgöra som filter och kunna avgöra vilka inkommande förfrågningar som ska läggas ut på sökning, dvs de som Levander och medarbetare kallar »akuta och angelägna medicinska frågeställningar». Min erfarenhet skiljer sig från deras i det att jag tycker att växelteltelefonisterna alltid skött detta grannliga arbete mycket skickligt.

En gammal erfarenhet är – utan att speciellt förtala internmedicinare – att olika specialiteter varierar betydligt i sitt intresse för att besvara sökningar. Vissa lägger sig vinn om att snabbt kontakta växeln för besked, medan andra kan lägga ifrån sig både personlig sökare och larmsökare på rummet och vara helt okontaktabla. Jag har själv, i min nuvarande roll som byråkrat utanför landstingsvärlden, märkt att vissa kolleger sällan eller aldrig kan nås via sökaren även om de bevisligen är på sjukhuset, medan andra svarar blixtnabbt.

Vi är dock till för att ge service, och med litet smidighet och samarbete med växelpersonalen borde detta problem kunna lösas utan att någon upplever oss som kontaktfientliga!

Esquil Dalenius
förste försvarsläkare,
Försvarets
sjukvårdscentrum,
Hammarö

Fler bidrag till Läkartidningens serie om »*mannen bakom syndromet*»/»*mannen bakom metoden*» välkomnas, men tag kontakt med redaktionen innan du börjar skriva – ett stort antal syndromartiklar är redan beställda eller under arbete!