

Vårdmöjligheter och klinisk forskning inom reumatologi

Den reumatologiska specialiteten genomgår just nu en snabb och dynamisk utveckling. Medicinsk, immunologisk och farmakologisk forskning ger successivt allt bättre behandlingsmöjligheter. Men parallellt finns också hinder som hotar att bromsa utvecklingen. En tuff besparingspolitik har t ex slagit mycket hårt mot reumatologins fasta resurser.

Besparingspolitiken inom sjukvården illustreras ofta med exempel från akutsjukvården och från stora medicinska och kirurgiska kliniker. Men vad händer med vård och klinisk forskning inom volymmässigt mindre områ-

den? Hur påverkar nedskärningarna verksamheter där man huvudsakligen arbetar med kroniskt sjuka och med rehabilitering?

Läkartidningen har – som ett exempel – granskat utveck-

lingen inom reumatologi. Finns det samband mellan besparingspolitiken och vård- och forskningsstruk-

turen inom en specialitet som redan från förr varit undanträngd i resurshänseende? Vi bad två reumatologer – Anna Engström-Laurent och Ola Nived – kommentera bl a följande spörsmål:

- Vart går trenderna när det gäller att fördela resurser till den reumatologiska specialistvården?

- Vad händer med reumatologins arbetsmöjligheter i löpande klinisk vardagspraxis?

I sak innebär besparingspolitiken en snabb nerdragning av antalet reumatologiska avdelningar och fasta vårdplatser. Analogt slussas reumatologins patienter – i ökande grad – över från specialistklinikerna till den billigare primärvården. Under senare år har specialiteteten fått ägna mycket energi åt att försöka klargöra de områden inom vilka reumatologerna måste ha ett särskilt kunskapsansvar och vilka tillstånd som i vardagen inte kräver direkt medverkan av reumatologisk expertis. En annan viktig fråga gäller om primärvården har kompetens och kunskaper nog för att ta hand om de kroniskt reumatiskt sjuka som slussas ut från sjukhusen?



REPORTAGE

BO LENNHOLM

Finns det risk för ett sämre omhändertagande?

Går nerdragningarna inom svensk reumatologi att kvantifiera? Exakt hur mycket har t ex de fasta resurserna dragits ned? Vad innebär besparingspolitiken för reumatologins kliniska vardag och hur påverkas möjligheterna till ett gott kliniskt omhändertagande? Läkartidningen har som ett exempel granskat de senaste årens utveckling vid reumatologiska kliniken i Lund.

Fram till år 1995 hade reumatologiska kliniken i Lund totalt 62 vårdplatser, fördelade på två vuxenavdelningar med 18 platser vardera, en barnreumatolo-

gisk avdelning (riksenhet) med 14 vårdplatser och en lättvårdsavdelning med 12 vårdplatser. Idag, hösten 1997, återstår totalt 37 vårdplatser, dvs en minskning med hela 40 procent.

Lund utgör ingen riksläkare, förhållandena och resurstilldelningen varierar mellan olika landsting, men rationaliseringar på ungefär samma sätt har genomförts också vid övriga svenska reumatologkliniker.

Ola Nived – chefsöverläkare vid reumatologiska kliniken i Lund – säger modererande att reumatologin nog trots allt inte är markant värre drabbad än andra kliniska områden. Samtidigt är det helt klart att den tuffa sparpolitiken har påverkat verksamheten i negativ mening:

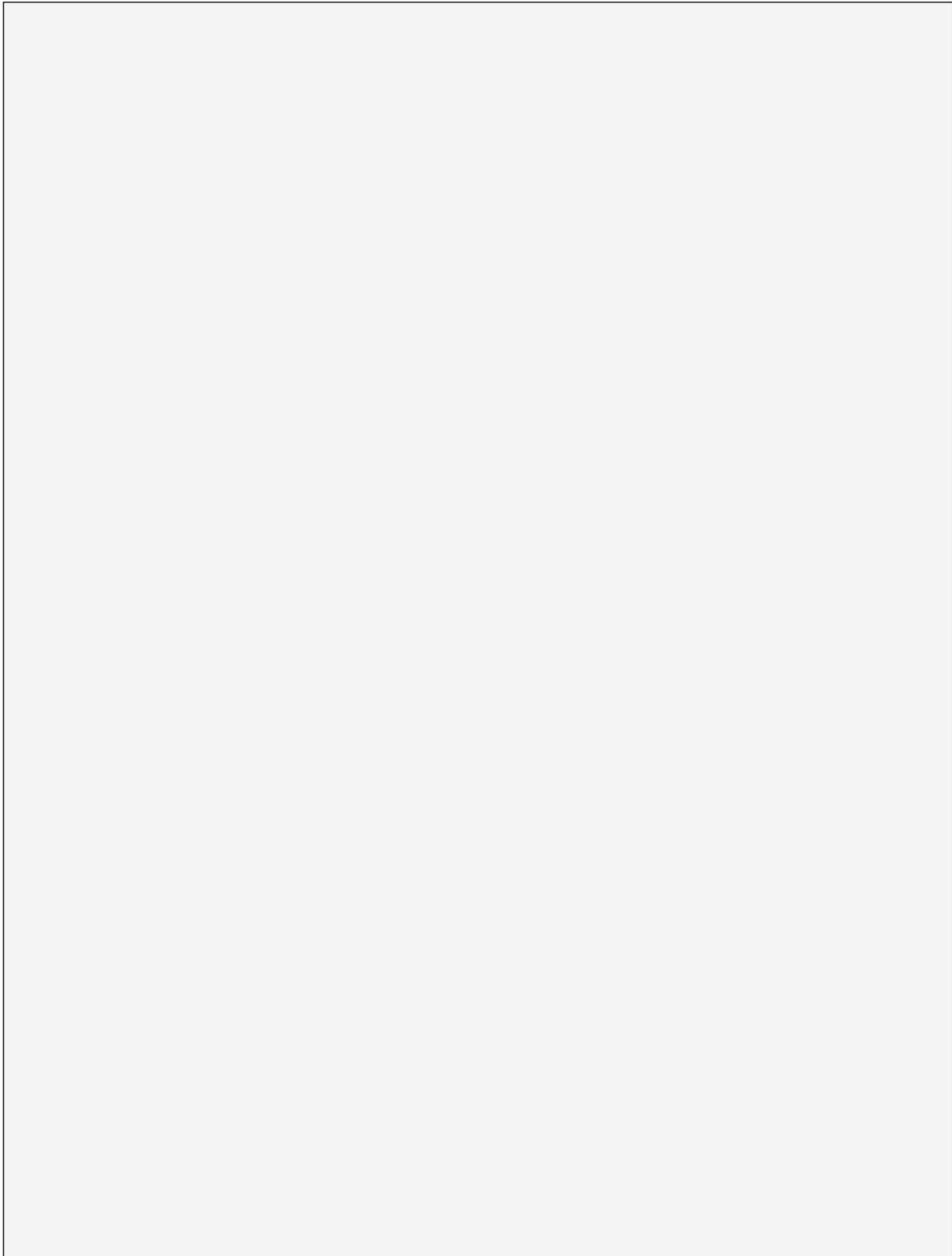
– Totalt sett kommer kliniken att ha tusentals färre vård dagar per år än vad

vi har haft tidigare. Vi kan i en del avseenden inte fungera på samma goda sätt gentemot patienterna som vi har gjort tidigare. Det har framförallt blivit svårare att erbjuda patienterna en aktiv klinisk uppföljning.

Reumatologen i Lund är regionklinik med ansvar för reumatologisk specialistvård i hela Sydsverige (upptagningsområdet omfattar totalt ca 2 miljoner invånare). Lund är även riksklinik för barnreumatologi och för systemisk skleros.

Läkartidningen: Hur sköter man dessa uppgifter med totalt 37 fasta vårdplatser och mot bakgrund av att reumatologi inkluderar några av de största grupperna av folksjukdomar i samhället?

– Det är delvis förstås en problema-



Olle Olsson Hagalunds målning »Gubbe med förvärkta händer» är en konstnärs tydliga tolkning av det kroniska lidande som kan höra ihop med reumatoid artrit. Mannen som stått modell var en fiskare med av värk, köld och ledgångsreumatism knotiga händer. Målningen tillhör Svenska Läkaresällskapets samlingar; donerad av professor Nanna Svartz dotter.

tisk uppgift. Men vår strategi är att försöka kompensera bortfallet av vårdplatser med en ökad satsning på kostnads-effektiv dagvård. Vi satsar också på att så tidigt som möjligt fånga upp patienterna – helst redan när deras sjukdom debuterar – eftersom tidig intervention förbättrar möjligheterna att utnyttja den behandlingsarsenal som finns till förfogande, bl a med möjlighet till olika former av snabbt insatt och intensiv läkemedelsbehandling.

Nydanar arbetsformerna

– Vi försöker nydana arbetsformerna på kliniken och bryta gamla organisatoriska murar. Exempelvis utbildar och omorganiserar vi på så sätt att personal på olika enheter är utbytbara med varandra.

– Varje avdelning består av två sektioner som ansvarar för både slutenvård, dagvård och mottagning. Eftersom en rad olika funktioner kan hållas gemensamma får man den vägen även administrativa besparingar.

Ola Nived berättar att personalen på respektive enhet varvar arbete inom slutenvård, dagvård och mottagning, vilket ger en ökad kontinuitet. Patienten träffar följaktligen inte bara samma doktor, utan även samma kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut – oavsett om patienten kommer på mottagning, dagvård eller slutenvård.

Samtidigt är det påfallande korta vårdtider som tillämpas. I Lund har man just nu en medelvårdtid på endast sju dagar.

Kreativ effektivisering

Ola Nived säger att sparpolitiken utgör en hotfull skugga men att arbetet bedrivs i en optimistisk utvecklingsanda.

– Trots att vi har bantat ett betydande antal vårdplatser, dragit ner kostnaderna och ser en mindre volym så skymtar vi samtidigt en effektivisering. Vi har gott hopp om att kunna förädla de profilområden där vi besitter speciell kompetens.

Ola Nived berättar att Lundakliniken nyligen bl a byggt upp en speciell artritsektion som inriktas på ett tidigt omhändertagande av nydebuterade ledsjukdomar/ledinflammationer.

Artritsektionen arbetar »öppet» gentemot primärvården och utan krångliga remissrutiner.

– Målsättningen är att patienter med nydebuterad artrit skall kunna komma in och bedömas i princip direkt av en specialist i reumatologi och även erbjudas den modernaste behandling som finns att tillgå.

– Om man kommer i gång med behandling av artrit under de första sjukdomsmånaderna så finns det en god chans att förbättra prognosen och kan-

ske till och med bromsa sjukdomen.

I Lund, som på andra håll, kommer allt fler reumatiker i symtomässigt lugna faser att börja slussas över till primärvården. Det gäller exempelvis patienter med mångårig ledgångsreumatism som inte behöver komplicerad medicinerings.

– Dessa patienter – som ofta mår bättre i vissa faser av sjukdomsförloppet – kan i en del fall säkert bli väl så bra omhändertagna i primärvården. Primärvården sköter sedan tidigare – mycket förtjänstfullt – många patienter med kroniska smärtproblem, och även väldigt mycket av artroserna. Problemet är att det i allmänhet ej finns tillräcklig kompetens för reumatologisk findiagnostik inom primärvården.

– Det är viktigt att utslussningen görs genomtänkt och inte som en schabloniserad procedur. Det måste finnas rutiner som garanterar att patienten

snabbt kan komma till en specialist om så behövs, t ex på grund av skov. Möjligheten till sådan specialistuppföljning är i princip försämrad. Jag tror tyvärr, även om man anstränger sig, att det blir väldigt svårt att höja den generella kompetensen så högt att varje allmänläkare klarar att ta hand också om mer problememängda reumatologiska fall, kommenterar Ola Nived.

Förbättrad kommunikation reumatologi–primärvård

En ödesfråga gäller hur kommunikationen mellan reumatologin och primärvården skall kunna förbättras.

Ola Nived berättar att man i Lund – som ett steg i den vägen – har valt att utse en speciell kontaktläkare för reumatologi inom primärvården.

– Det är en enkel men effektiv arbetsmodell som underlättar samverkan, inte minst t ex beträffande planläggning

Den ökade utslussningen av reumatiker från specialistkliniker till primärvård innebär en risk för att patienter med kroniska reumatiska sjukdomar inte får en korrekt diagnos eller ett optimalt omhändertagande, kommenterar chefsöverläkare Ola Nived, reumatologkliniken, Universitetssjukhuset i Lund.

ANNONS

ANNONS

av var olika typer av patienter skall skötas och hur man skall fånga upp tidiga fall.

Det kan nämnas att just Lundaregionen har förebildliga traditioner vad gäller samverkan mellan reumatologkliniken och primärvården.

En pionjärbetonad verksamhet med mobila reumatologkonsulter byggdes upp redan under docent Kåre Berglunds klinikchefstid på 1970-talet. Reumatologer sändes ut från sjukhuset och »såg» patienter på plats direkt ute på vårdcentralerna – en modell som blev en förebild och som efter hand byggts vidare, både i Lund och på andra håll i landet.

Två bra exempel

Reumatologkliniker på Södersjukhuset i Stockholm och på Universitetssjukhuset i Linköping är två exempel värda att nämna.

– Reumatologerna på Södersjukhuset har på ett bra sätt etablerat en uppföljande verksamhet med åtföljande kvalitetssäkring. Deras konsulter gör personliga besök på närmare 70 olika vårdcentraler i Stockholm, och man har ständigt medarbetare på resande fot, berättar Ola Nived. Dessa reumatologer bistår primärvården med både diagnostik och undervisning, vilket gynnar förutsättningarna för att »rätt» patienter kommer till specialistvården, samtidigt som det går att klara av mycket reuma-

tologi på plats ute på vårdcentralerna. Kliniken i Linköping tillämpar idag en liknande modell.

Oro bland patienter

Ola Nived säger att specialitetsföreträdarna och primärvården i Lund nått enighet om att alla patienter som presenterar en nydebuterad artrit skall beses av en reumatolog inom mycket kort tid, »så att man får en diagnos på vad saken gäller».

– Det tycker jag man kan kräva som allmän standard i Sverige. Rent volymmässigt är det inte så många fall av ledinflammation som dyker upp, så det är inget orimligt krav. Dessutom kan reumatologisk diagnostik vara svår i början, innan det har kommit så många manifestationer av sjukdomen.

Ola Nived påpekar att det finns anledning att noga begrunda misstag som redan är begångna:

– På många håll i landet, även i Skåne, finns vita fläckar på kartan – med lokala sjukvårdsdistrikt som i princip saknar en fungerande reumatologisk-klinisk verksamhet. Vi vet att inom distrikt som inte har »egen» reumatolog tillämpas det en mycket högre tolerans för när primärvården remitterar patienter vidare.

– Det finns många exempel på reumatiker som farit väldigt illa under sådana omständigheter, och som kanske

fått gå åratals utan att få ett adekvat omhändertagande av en uppenbart behandlingskrävande reumatisk sjukdom.

Enligt Ola Nived är många kroniska reumatiker idag starkt skeptiska mot att kontakten med specialistvården dras in så pass abrupt som sker.

– En del reumatiker säger sig redan ha dåliga erfarenheter av utslussningen, och på kliniken har vi en ström av patienter som kräver att få komma tillbaka. Patienterna är förtvivlade och säger att de inte får någon lösning på sina problem på vårdcentralen.

Efterlyser aktiv debatt

Ola Nived efterlyser en mer aktiv och öppen debatt om detta, även från distriktsvårdens sida:

– Det behövs ett ökat klarspråk om vilka patienter som allmänläkarna har respektive inte har kapacitet att ta emot. Det har varit ganska tyst från primärvårdens sida i den sakfrågan. Men det kanske bottenar i en rädsla för nerdragningar också inom den egna sektorn? I det kärva läge som råder så vågar man inte »skylta upp» för politikerna att det här blir för mycket! Samtidigt märker jag, i mer inofficiellt samspråk med distriktsläkare, en klar oro över utvecklingen. För givetvis finns en gräns. Man kan inte »ösa över» hur mycket som helst från specialistvård till primärvård.

Ola Nived säger i en summerande ►

Snabb kunskapsutveckling inom reumatologi

Den reumatologiska specialitetens medicinska innehåll är med åren successivt breddat, och omfattar idag flertalet icke-traumatiska sjukdomar i rörelseorganen. Kunskapsansvaret inkluderar både »klassiska» inflammatoriska reumatiska sjukdomar som reumatoid artrit, polymyalgia reumatica, reaktiva artrit och systemiska reumatiska sjukdomar samt olika barnreumatologiska tillstånd, t ex juvenil kronisk artrit, vilka kräver särskild handläggning. Dessutom arbetar reumatologin med bl a artros, belastningssjukdomar, benskörhet och fibromyalgi m m. En del av dessa tillstånd, t ex artros, behandlas ofta inte rent konkret inom reumatologin, men specialiteten bär på kunskapsansvaret.

Reumatoid artrit är en av våra vanligaste folksjukdomar. Omkring 1 procent av befolkningen beräknas ha någon form av reumatisk inflammationssjukdom, cirka en halv procent har spondylartrit och totalt 2 procent av befolkningen berörs av någon av de sjukdomar som ingår i den reumatologiska specialitetens ansvarsområde.

Ofta svårbehandlade

Symtom från rörelseapparaten är över huvud taget en av de allra vanligaste besöksorsakerna inom både primär- och slutenvård. Förutom att reumatiska sjukdomar tillhör de sammantaget vanligaste bland befolkningen är de samtidigt ofta kroniska och svårbehandlade.

Kliniskt/praktiskt base-

ras modern reumatologi på en unikt sammanvävd integration av uppföljande och rehabiliterande insatser.

Det kliniska omhändertagandet styrs alltmer av den nya kunskapen om att många reumatiska sjukdomar har en immunologisk och inflammatorisk bakgrund.

Läkemedelsforskningen utvecklas snabbt, och det finns perspektiv mot framtida vacciner mot vissa typer av reumatiska sjukdomar.

Lagarbete i fokus

Reumatiska symtom kan – i det enskilda fallet – växa snabbt och oförutsägbart. Degenerativa reumatiska processer kan ibland även utvecklas subkliniskt, vilket innebär att praktisk reumatologi kräver speciella former för omhändertagande

som skiljer sig från många andra specialiteter. Inom invärtesmedicinen är patologiska förlopp i allmänhet klart iakttagbara.

Prognos och behandlingsresultat kan ofta värderas på ett tydligt och överskådligt sätt. Reumatiska sjukdomar kräver en helt annan form för direkt samverkan mellan specialiteten och andra vårdnivåer. Modern reumatologi har en utpräglad karaktär av lagarbete – med ofta väl koordinerade insatser från läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och kuratorer.

Reumatologins vetenskapliga nuläge beskrivs överskådligt i en medicinsk kommentar av Lars Klareskog; »Nya perspektiv på reumatoid artrit»: Läkartidningen 1–2/1997, sid 24–7.

Vi vet att inom distrikt som inte har »egen» reumatolog tillämpas det en mycket högre tolerans för när primärvården remitterar patienter vidare. Det finns exempel på reumatiker som varit väldigt illa under sådana omständigheter, säger Ola Nived.

Reumatologin på länsnivå har varit föremål för sparåtgärder på ungefär samma nivå som vid universitetssjukhusen. Den negativa trenden är således likartad, antalet avdelningar och vårdspplatser minskar med åtföljande försämringar för de kroniskt sjuka, säger Anna Engström-Laurent

kommentar att det – i det långa loppet – blir dyrare för samhället, och sämre för patienterna, om man inte kan erbjuda de reumatiskt sjuka rätt vårdnivå.

– Om patienter som skulle kunna rehabiliteras måste gå sjukskrivna längre tid än nödvändigt ökar samhällskostnaden, och samtidigt förorsakas ett förlångt lidande.

– Fördröjd reumatologisk behandling ackumulerar nästan alltid vårdbehovet, t ex i så måtto att en ledskada kan förvärras så att den kräver operation istället för medicinering osv.

Kostnadsparadox

Ola Nived menar att det reumatologiska fältet rymmer en tydlig kostnadsparadox:

– Omkring 80 procent av de totala kostnaderna för reumatiska sjukdomar faller på sk passiva utgifter, framförallt i försäkringssystemen. Rörelseorganens sjukdomar är den största enskilda kategorin när det gäller orsaker bakom sjukpension och långtidssjukskrivning.

– Man kan jämföra med att reumatologin slukar kanske ca 1 procent av kostnaderna för den svenska sjukvården. Så om man genom att öka sjukvårdens insatser kan kapa försäkringskostnader kan det paradoxala utfallet bli en betydande vinst.

– De riktigt stora kostnaderna inom »rörelseorganens sjukdomar» faller på utredning av patienter med smärtsyndrom och på annan diagnostik av patienter med relativt lindriga sjukdomar.

Jämförande studie gav klara besked

Ola Nived hänvisar till en utredning som Riksförsäkringsverket genomförde 1990.

I ett skåniskt primärvårdsdistrikt valde man ut 100 fall och 100 kontroller bland patienter som varit sjukskrivna

mer än 21 dagar för problem relaterat till rörelseorganen. De utvalda fallen undersöktes sedan av en reumatologkonsult, som åkte ut till distriktsvården och föreslog behandling.

– När man efter cirka två år följde upp fall och kontroller visade det sig att fallen utnyttjade totalt 1 895 färre sjukskrivningsdagar än kontrollerna. Samhället sparade 4,5 miljoner kronor i sjukskrivningskostnader redan under de två första åren. Samtidigt mårde förstås patienterna mycket bättre.

Ola Nived anser att det är generellt viktigt att specialistresurserna fördelas på ett sådant sätt att fler reumatologer kan verka lokalt.

– Jag tror att regionklinikerna måste vara beredda att ta ett mycket mera samlat ansvar, så att patienter – oavsett var de bor – får lika möjligheter till reumatologisk specialistvård. I Skåne bygger vi nu bl a upp en konsultverksamhet på Österlen – med en reumatolog som är halvtidsanställd i Ystad och halvtidsanställd på kliniken i Lund.

Förbättrad utbildning

Ola Nived efterlyser vidare en förbättrad och utökad utbildning i reumatologi, på grundnivå bl a i fråga om teknik för ledundersökning:

– Idag erbjuds studenterna på läkarlinjen totalt cirka två veckors undervisning/praktik i reumatologi. För att gå vidare och bli specialist i allmänmedicin krävs, formellt sett, ingen ytterligare reumatologisk utbildning.

Nived påpekar att sakerna även måste relateras till framtida behov, i hög grad bl a med tanke på att den svenska reumatologkåren är åldersmässigt synnerligen homogen; bokstavligen »mitt i medelåldern».

– Nästan alla reumatologtjänster är besatta av 40-talister som kommer att gå i pension mellan år 2005 och 2015.

Snart måste i princip hela styrkan förnyas. Det innebär att man måste bedriva en intensiv ST-utbildning – men det har vi inte fått tillräckligt med pengar för.

Intresse för reumatologi

Parallellt finns ett glädjande stort intresse bland unga läkare att ägna sig åt reumatologi. Nived berättar att det ST-block som Lund senast hade utannonserat gav tio kvalificerade sökande.

– Jag tror att den snabba kunskapsutvecklingen inom det immunologiska och det molekylärbiologiska området lockar. Vi kan, under kommande 10–20-årsperiod, se fram mot sprängvisa förändringar.

– Reumatologins attraktionskraft förklaras även av att vi, kliniskt sett, arbetar med i princip alla organsystem och totalt ca 200 diagnoser, vilket i sig rymmer en spännande medicinsk utmaning, konkluderar Ola Nived.

Snabb utveckling

Ola Nived vill betona att reumatologi är en invärtesmedicinsk subspecialitet i stark och omvälvande utveckling. På senare år har inte minst t ex inslaget av klinisk immunologi fått en ökad betydelse.

Modern reumatikervård inkluderar över huvud taget en rad avancerade behandlingsprogram, ibland på gränsen till direkta intensivvårdsinsatser. Även reumakirurgin har gjort stora framsteg.

Trots detta manifesteras ibland genanta missförstånd om hur reumatologin arbetar.

– Det går fortfarande att träffa på folk som tror att reumatologi är någon sorts kurortsverksamhet där stillsamma äldre patienter kommer in för stärkande bas-sängbad med åtföljande pensionatsvis-telse, konstaterar Ola Nived.

Bo Lennholm

Så påverkas verksamheten utanför universitetsorterna

Vad sker med reumatologins resurser och verksamhet utanför de högspecialiserade universitetsorterna? Innebär den nya tuffa sparpolitiken att reumatiskt sjuka i glesbygd får ett jämförelsevis sämre omhändertagande? Slår åtstramningspolitiken hårdare på mindre sjukhus? Spörsmålen kommenteras av Anna Engström-Laurent.

Anna Engström-Laurent är tidigare chefsöverläkare vid reumatologiska kliniken, Falu lasarett, idag tf högskolelektor vid medicinkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå. Läkartidningen bad henne ge en överskådlig bild av reumatologins nuläge i länsreumatologisk vardag.

Engström-Laurents spontana svar på frågan om skillnader stad-landsbygd är att reumatiker på landsorten nog inte har drabbats värre:

– Reumatologin på länsnivå har varit föremål för sparåtgärder på ungefär samma nivå som vid universitetssjukhusen. Den negativa trenden är således likartad, antalet avdelningar och vårdplatser minskar med åtföljande försämringar för de kroniskt sjuka.

Snabb rationalisering

Anna Engström-Laurent berättar att när hon själv år 1988 tillträdde som klinikchef i Falun hade reumatologikliniken en från länsjukhussynpunkt volymmässigt imponerande verksamhet:

– Kliniken hade 24 vårdplatser och tidvis upp till åtta läkare, varav åtminstone fem var specialister. Några år senare började tumskruvarna dras åt i en accentuerande grad. När jag lämnade Falun år 1996 disponerade »reumatologen» över totalt tolv fasta vårdplatser. Således en halvering av resurserna under en åttaårsperiod.

– Nerdragningen av slutenvården innebär att bara de allra svårast sjuka kan erbjudas en sängplats. Medelsvårt sjuka reumatiker med rehabiliteringsbehov måste numer hänvisas till dagvård och patienthotell.

Anna Engström-Laurent tillägger att kliniken i Falun har försökt balansera nerdragningarna med åtgärder som fördjupat lagarbete, en utökad multidisciplinär rehabiliteringsverksamhet (i

egen regi) och utökad dagvård med tillgång till anknyttande patienthotell.

Men ibland störs arbetet av »en irriterande nyckfullhet i de politiska föresatserna»:

– Politikerna kan, ibland på ett ytterst märkligt sätt, initiera både bromsning och gasning på en och samma gång. Från klinikledningssynpunkt vet man ibland inte från dag till dag vad det är som man i sak måste spara på.

Engström-Laurent anser att varje klinik som utsätts för stora sparbeting måste ta egna aktiva grepp när det gäller att vara med och forma utvecklingen. Det är exempelvis bra om kliniken själv försöker ta ansvar för hur nedskärningar organiseras i praktiken.

– Det gör det lättare att bevaka att resurser som finns för sjukvård utnyttjas maximalt och medicinskt genomtänkt. I Falun valde vi bl a att – på klinikens eget initiativ – föra över rehabiliteringsverksamheten till det egna landstinget. Det var ett lyckat drag som gynnade både kliniken och patienter, och som även kom att främja reumatologisk kompetensutbyggnad. Organisatoriskt fick man en sorts buffert. Folk kunde få samma service hemma i länet som de tidigare hade fått åka ganska långt för. När sedan Dalamodellen kom och det drogs några varv till på tumskruvarna, så kunde vi klara också fortsättningen förhållandevis hyggligt.

Tankar om utslussning

Enligt Anna Engström-Laurent rymmer pågående utslussning av reumatiker till primärvården både risker och möjligheter. Den potentiella faran är att reumatiska sjukdomar i inaktiva skeden, s k »tysta fall», förs över till en mer oklar och medicinskt oorganiserad tillvaro.

– En avläsbar försämring är att färre reumatiker får möjlighet till sjukgymnastik och rehabilitering som skulle kunna förbättra deras allmäntillstånd. På den punkten är jag osäker på om våra sjukvårdspolitiker verkligen förstår de medicinska sambanden – att lugna faser hos reumatiska patienter sällan utgör ett stabilt och oföränderligt läge.

Anna Engström-Laurent understryker att reumatiska sjukdomar ofta kräver brett utplagda kliniska insatser och att det sällan räcker med avgränsade polikliniska besök. Särskilt de svåra fallen av reumatoid artrit kräver en konsek-

vent genomförd och återkommande sjukgymnastisk rehabilitering. Visserligen har de farmakologiska behandlingsmöjligheterna blivit bättre och allmer vässade, men det kan betonas att läkemedel bara utgör ett inslag av flera i den terapeutiska arsenalen.

Kostsamma missar

Anna Engström-Laurent säger vidare att det bara slår tillbaka och blir kostsamt för samhället om man inte siktar mot en korrekt och ändamålsenlig vårdnivå. En försummad eller felaktig handläggning av inflammatoriska ledsjukdomar innebär att patienternas tillstånd förvärras på sikt.

– Resultatet blir ofta också att kostnaderna för det medicinska omhändertagandet ackumuleras – fram till den dag när symtomen slutligen kräver en kanske massiv medicinsk insats.

Reumatologisk diagnostik förutsätter att vårdgivaren kan känna igen tidiga tecken på en destruktiv process, även t ex vaga symtom av en typ som inte avslöjas av sänka, blodvärde och andra rutinundersökningar.

– Det unikt utmärkande för reumatologisk praxis är att patienten kan må ganska bra vid ett läkarbesök för att sedan efter en tid komma tillbaka med uttalade symtom som förorsakas av en destruktiv utveckling som pågått i det tysta. Men det behöver inte alltid vara en reumatolog som ser patienten, utan det viktiga är att kroniska reumatiker kan göra återbesök hos vårdgivare som har erfarenhet och blick för fördolda destruktiva processer. En god praktisk reumatologisk kompetens finns många gånger också bland reumatologiskt erfarna sjukgymnaster, sjuksköterskor och arbetsterapeuter.

Det bekymmersamma är att försummade fall ibland dyker upp på reumatologiklinikerna först i mycket sena sjukdomsstadier:

– Problemet är att många allmänläkare inte får en tillräcklig volym på det reumatiska patientklientelet för att kunna tyda tidiga och mer »osynliga» tecken på klinisk försämring. Därför borde nära och organiserat samarbete med reumatolog vara av stor betydelse och nytta för allmänläkaren.

Anna Engström-Laurent anser att den reumatologiska professionen bör fungera som en första observerande och sovrande »slussvakt». När det gäller

icke traumatiska sjukdomar i rörelseorganen skall reumatologin exempelvis bidra med en korrekt och medicinskt invändningsfri diagnos. Men »sorteringen» av patienter bör ske i nära samarbete med primärvården, eftersom mängden patienter är stor och antalet reumatologer litet.

Tappra stoiska patienter

Anna Engström-Laurent vill samtidigt påpeka att frågan om eftersatt och försenad diagnostik inte är ensidigt relaterad till tillgång på reumatologisk expertis.

– En del människor söker helt enkelt inte läkare i tid. Särskilt äldre patienter med kronisk inflammatorisk sjukdom bär många gånger sitt lidande på ett stoiskt sätt. De kan säga till sig själva att det är ingen idé att söka för det går ändå inte att göra något åt »det reumatiska».

Hur kan dialogen mellan reumatologer och allmänläkare fördjupas?

– Först och främst tror jag det behövs fler gemensamma utbildningsaktiviteter, gärna med ett mer innovativt utnyttjande av modern teknologi. Telemedicinen rymmer en intressant potential. Telemedicinska fjärrkonsultationer kan t ex genomföras som

en interaktiv samarbetsprocess där allmänläkaren eller sjukgymnasten kompletterar reumatologens diagnostik med palperande moment. Samtidigt finns en möjlighet för reumatologen att kommunicera direkt med patienten.

Anna Engström-Laurent påpekar att det även vore bra med en utbyggd auskultation av allmänläkare på reumatologkliniker – både för kunskapsuppbyggnad och för att mer generellt öka kontakterna mellan slutenvård och öppenvård.

– Det finns säkert möjlighet att förnya också mer konventionella utbild-

Det finns en stor obalans mellan planerad nyrekrytering och åldersfördelningen inom reumatologkåren. Det är lätt att räkna ut att antalet specialister i reumatologi som går i pension i början av 2000-talet på inget sätt matchas av motsvarande antal läkare i ST-utbildning, kommenterar Anna Engström-Laurent.

ningsinsatser, t ex i form av ett ökat samarbete mellan reumatologföreningen och distriktsläkarnas intresseorganisationer. Även Läkaresällskapet och då framförallt riksstämman är en given arena för sådana satsningar.

Sjukgymnasters kompetens

Anna Engström-Laurent bedömer att det även finns en potential för att bättre utnyttja sjukgymnasternas kompetens, exempelvis genom delegering av återbesök vid uppföljning av reumatiska patienter.

– Många gånger är själva analysen

av rörelsehandikappet och den rehabiliterande träningen viktigast. Där vill jag påstå att många sjukgymnaster med erfarenhet av reumatologi klarar den bedömningen bättre än vad många allmänläkare gör. Även distriktssköterskorna har en viktig roll när det gäller att känna igen symtom vid olika reumatiska åkommor och medverka i arbetet med att förebygga klinisk försämring.

Men det krävs i så fall också en ökad satsning på reumatologisk fortbildning. Som konkret exempel på det utbildningsbehovet kan nämnas att många reumatiker utvecklar vaskulitår på inflammatorisk basis.

– För en reumatologiskt oerfaren vårdgivare kan det vara mycket svårt att identifiera såren som en följd av reumatisk sjukdom. Distriktssköterskan eller allmänläkaren sköter kanske skadan som om den vore ett »vanligt» hypostatiskt bensår. Först så småningom när såren inte läker på ett förväntat sätt uppdagas den korrekta diagnosen.

Bristande nyrekrytering

Anna Engström-Laurent påpekar att det på många håll i landet saknas kvalificerade reumatologer. Totalt finns idag ca 280 reumatologer i Sverige, och reumatologisk specialistutbildning utgör ej ett (politiskt) högprioriterat område.

– Det finns en stor obalans mellan planerad nyrekry-

tering och åldersfördelningen inom reumatologkåren. Det är lätt att räkna ut att antalet specialister i reumatologi som går i pension i början av 2000-talet på inget sätt matchas av motsvarande antal läkare i ST-utbildning.

– De som bestämmer över pengarna har säkert det här glasklart för sig, men tillräckliga resurser för att uppnå balans finns uppenbarligen ändå inte.

Stimulerande specialitet

Anna Engström-Laurent vill dessutom framhålla att reumatologi är »en omordentligt rolig och stimulerande

medicinsk specialitet, som är väl värd att ägna en läkarkarriär».

– Den ämnesmässiga bredden och den karakteristiska patientgrupp som man kommer i kontakt med bidrar till det fördelaktiga. Man får en långvarig och kontinuerlig kontakt med patienterna, på ett sätt som kan vara väldigt givande även för doktorn. Det är sällan som jag själv känner det som en yrkesmässig börda att följa en medmänniska med kronisk reumatisk sjukdom.

– Tvärtom känns det ofta väldigt stimulerande att se hur vi i allt ökande grad kan påverka reumatiska sjukdomsförlopp i en gynnsam riktning. Praktisk reumatologi är dessutom en intellektuellt utmanande specialitet, bl a sagt med hänvisning till ett ökande inslag av immunologisk vetenskap, bindvävskemi och banbrytande farmakologi.

Anna Engström-Laurent konstaterar att reumatologin har fått en ökad vetenskaplig goodwill genom immunologins inträde. Men det handlar om en kunskapsmässig korsbefruktnings:

– Man möter ibland en sorts attityd av att reumatologin skall »tacka» immunologerna för att vårt kunskapsfält är vidgat. I så fall är det lika mycket tvärtom: att immunologerna har fått ett stort sjukdomsområde definierat genom reumatologi.

Kvinnosjuka

Anna Engström-Laurent berättar att hon ibland möter människor som utgår från att reumatologi är en torr och tråkig verksamhet som inte förmår göra särskilt mycket för att lindra patienternas lidande.

Missförstånd av det slaget kanske bottenar i historiska samband?

Reumatologi är en ung specialitet, som förr sköttes inom den allmänna internmedicinen och som länge räknades som medicinskt mindre angelägen.

– Förr tänkte säkert många doktorer att lite ledvärk det har alla och är inte mycket att göra något åt. Medan däremot män som fick problem med hjärtat eller prostatan osv väckte och väcker ett helt annat engagemang. Framförallt finns kanske ett samband med att reumatoid artrit i så hög grad är en kvinnosjukdom. Det går en man på tre kvinnor av antalet nyupptäckta fall av RA, konstaterar Anna Engström-Laurent.

Bo Lennholm

FOTNOT: Anna Engström-Laurent var under en rad år vetenskaplig sekreterare i Svensk reumatologisk förening. Hon deltog bl a i arbetet med att utforma en ny målbeskrivning för reumatologi – vilken togs fram i samband med LSU-reformen och övergången till ST-modellen för läkares specialistutbildning.

SÄRTRYCK ur LÄKARTIDNINGEN

TILLVÄXTFAKTORER

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen. De kallas tillväxtfaktorer. 12 artiklar speglar forskning och tillämpning. 56 sidor. 90 kr.

MISSÖDEN, MISSTAG, MISSBRUK

Hur löser man konflikter vid missöden i vården? 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. 80 sidor. 75 kr.

VÅLD OCH AGGRESSIVITET

Våldet möter läkare på skilda nivåer inom vården. Det kan också drabba dem själva. 26 artiklar ger ett brett perspektiv på våld och aggressivitet. 84 sidor. 95 kr.

ÖVERVIKT

Lönar det sig att behandla övervikt? Vilka metoder fungerar? Hur verkar nya läkemedel? Bl a dessa frågor belyses. 50 sidor. 65 kr.

ENLIGT MIN ERFARENHET

32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag. Diagnostik, terapi, exempel på prevention och ledningsfrågor. 48 sidor. 55 kr.

REHABILITERING

Gränsen mellan behandling och rehabilitering är inte skarp. Allt kliniskt arbete syftar till att främja ett normalt liv, vilket belyses i 27 artiklar. 96 sidor. 85 kr.

TRAUMATISK STRESS

Riskerna för att människor skall utsättas för traumatisk stress i form av extrema påfrestningar har ökat i vårt moderna samhälle. 14 artiklar. 40 sidor. 50 kr.

Härmed beställs

..... ex Tillväxtfaktorer

..... ex Missöden, misstag, missbruk

..... ex Våld och aggressivitet

..... ex Övervikt

..... ex Enligt min erfarenhet

..... ex Rehabilitering

..... ex Traumatisk stress

Namn

Adress

Insändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm. Telefax 08 - 20 76 19