

Experiment i sjukvårdsorganisationen?

Ragnar Berfenstam

För att få egentlig kunskap om vilka vårdformer vi bör prioritera krävs kontrollerade experiment, där man kan pröva vilka vinster som är möjliga med satsningar på olika led i sjukvårdsapparaten. För att kunna genomföra sådana sjukvårdsorganisatoriska försök krävs tillgång till en väl kartlagd population, där alla sociala och medicinska åtgärder kontinuerligt registreras. Sådana förutsättningar kan man få vid en socialmedicinsk fältstation, framhåller Ragnar Berfenstam, professor i socialmedicin vid Uppsala universitet i denna artikel. I artikeln skisseras också vissa konkreta frågeställningar, som skulle kunna angripas med en sådan sjukvårdsorganisatorisk forskning.

Flera landstingsområden har visat intresse för att få till stånd socialmedicinska fält- eller försöksstationer i anslutning till universitetens socialmedicinska institutioner. Men när det gäller fördelningen av det ekonomiska ansvaret för verksamheten frågar naturligtvis de presumtiva huvudmännen främst — vad kan vi få ut av verksamheten, som vi kan få nytta av för planeringen av sjukvården på längre sikt.

Sjukvårdsadministrativ forskning är i själva verket en av huvuduppgifterna för en socialmedicinsk fältstation. Detta betonas redan i promemorian av Berfenstam och Inghe från 1968 varav här några avsnitt citeras.

Man saknar i stort sett kunskap om sjukdomsmönstret i befolkningen, man saknar kunskap om hur medicinska vårdresurser och socialmedicinska resurser f. n. utnyttjas och hur rationellt detta sker. Man saknar mera detaljerad kännedom om flödet från öppen till sluten vård och vice versa. Detta är en brist med tanke på att stora ekonomiska åtaganden är involverade i just dessa frågor och att planeringen, om den sker i icke adekvat eller rent av felaktig riktning, kan innebära mycket stora ekonomiska påfrestningar utan att ändå resultera i en optimal sjukvård.

Det finns sålunda flera skäl att söka få fram mer detaljerad kunskap om hur sjukvårdskonsumtionen f. n. sker inom olika grupper av befolkningen och hur den enskilde sjuke f. n. slussas genom sjukvårdsapparaten, hur rationellt olika vårdformer samordnas och avlöser varandra i det enskilda fallet.

Man torde utan överdrift kunna påstå, att det svenska samhällssystemet bättre än något annat skulle tillåta studier, som kan ge grundläggande fakta för att belysa ovannämnda frågor. Här skall endast erinras om den svenska folkbokföringen med individuella folkbokföringsnummer (personnummer), som gör det möjligt att följa individen under hela livslängden, vid flyttningar, vid intagning på olika institutioner etc. Här finns det svenska socialförsäkringssystemet med den obligatoriska allmänna försäkringen, som kan ge en mångfald upplysningar om individens hälsa och sjukdom, långt fler än vad nuvarande bearbetning av detta material medger. Här finns socialregistret, där det är lätt att följa individens respektive hans familjs beroende av sociala hjälpinsatser. Centrala register som kontrollstyrelsens straffregister och kriminalregistret kan ge kompletterande upplysningar beträffande de sociala problemfallen. Den år 1964 av Medicinalstyrelsen introducerade patientstatistiken i vissa regioners sjukhus ger värdefull kunskap om den slutna vårdens omfattning och art även med individen som

utgångspunkt. Om betryggande sekretess garanteras torde man även kunna räkna med de svenska läkarnas beredvillighet att för planerings- och forskningsändamål bidra med uppgifter rörande sina patienter i öppen vård. Med den moderna datateknikens hjälp skulle man sålunda ur ovan nämnda källor kunna få till stånd ett hälsoregister uppbyggt kring de enskilda individerna inom ett befolkningsområde. Utsträcker denna registrering tillräckligt lång tid, skulle man få data, som tillät en bearbetning, vars resultat säkerligen skulle ge mycket god uppfattning om vad samhället i stort genom sina olika socialmedicinska instanser genomsnittligt satsar på skilda grupper av individer, såsom olika åldersgrupper, yrkesgrupper och sociala grupper. En sådan registrering skulle också ge möjlighet att följa flödet av individer genom sjukvårdens olika verksamhetsformer.

De schablonregler som hittills har legat till grund för planeringen, t. ex. vad beträffar bedömningen av sjukvårdsbehov inom olika sjukvårdsgrenar, skulle med en sådan undersökning kunna verifieras resp. korrigeras.

Det bör betonas, att det inte endast är de rent medicinska vårdformerna som kan tänkas bli belysta. Även dispositionen av andra vårdresurser från rent sociala till mera socialmedicinska, t. ex. vad gäller åldersvården och dess integration med långtidsvården, kan också komma att få en bättre grund än vad hittills varit fallet, eftersom genomförda utredningar så gott som uteslutande haft karaktären av tvärsnittsun-
dersökningar, på vilka vissa allmänna prognostiska funderingar baserats.

Den förebyggande medicinen får sin fulla betydelse först när dess resultat kan samordnas med den kurativa medicinen. Genom studier av detta slag skulle man ha möjligheter att bättre tillvarata och utnyttja resultaten från den förebyggande mödra- och barnvården, skolhälsovården samt från en företagshälsovård som i framtiden säkerligen kommer att utbyggas. Av stort intresse torde även vara att kunna följa upp de olika former av allmänna hälsoundersökningar som blir alltmera vanliga. Man skulle således få en möjlighet att värdera de avvikande men icke klart patologiska fynd som erhållits vid hälsoundersökningar av olika slag, och sålunda kunna studera de obetydliga initiala symtomens prognostiska värde. Man torde också kunna utprova organisatoriska och tekniska metoder för hälsokontroll av olika slag inte minst under medverkan av tjänsteläkare.

Det kan också genomföras experiment och studier rörande t. ex. samordning mellan öppen vård och sjukhuset, tjänsteläkarnas möjligheter att avlasta sjukhuset och att biträda i eftervården, utbyte av läkare mellan öppen och sluten vård, organisationen av hälsocentraler och "mental health centres", samordning av socialvård och medicinsk vård i fältet, utvecklandet av dispensärer för äldre, hemsjukvård, familjerådgivning, anpassningsrådgivning o. s. v. Modern vårdplanering behöver fältlaboratorier av detta slag, där organisationsproblem kan studeras, uppslag och idéer prövas och nya former för behandling och förebyggande åtgärder experimenteras fram.

Sjukvårdsorganisatoriska experiment behövs

Redan en *deskriptiv* studie av hur totalvården, d. v. s. socialvård, hälsovård, sjukvård, arbetsvård, förebyggande vård fungerar är av värde. Man kan analysera flaskhalsarna och orsakerna till dem, man kan sätta fingret på bristerna i integration och samarbete omkring den enskilda individens problem. Man kan bedöma i vad mån *övergångarna* mellan olika vårdformer blir försvårade beroende på administrativa-organisatoriska defekter i systemet eller av brist på personella resurser.

Men man kan knappast skaffa sig en klar uppfattning om vilka möjligheter som finns att optimalisera sjukvården om man inte inom begränsade områden kan genomföra sjukvårdsorganisatoriska *experiment*, där man får möjlighet att simulera en framtida, på skilda sätt resursförstärkt sjuk- och socialvård och där man har en möjlighet att se hur ett underlättande av övergångarna från den ena vårdformen till den andra kan gynna flödet genom sjukvårdsapparaten.

Jag skulle vilja — högst preliminärt — skissera hur man kunde tänka sig ett sjukvårdsorganisatoriskt experiment om man hade fria händer att bolla med resurserna. Låt mig från början få säga att jag är fullt medveten om att det är många, många svårigheter förenade med ett sådant experiment och att det finns många felkällor att ta hänsyn till när det gäller tolkningen av resultaten. Med det här inlägget vill jag snarast kasta ut en fråga — *kan man* göra ett experiment på det här viset?

Vad händer om man tar bort "flaskhalsarna"?

Som förutsättning för undersökningen skulle gälla att man har ett experimentområde med en väl kartlagd population; exempelvis omfattande ca 18.000 personer. Experimentet går ut på att $\frac{1}{3}$ av de boende inom området, exempelvis alla som har födelsedagar 1:e, 4:e, 7:e etc. blir favoriserade, d. v. s. *får tillgång till adekvata vård- och hjälpresurser utan väntetid*. De övriga $\frac{2}{3}$ förutsätter man möter samma svårigheter i detta avseende som tidigare och får alltså vara kontrollgrupp.

När en person ur experimentgruppen söker för att få en konsultation hos läkare — vi vet av andra undersökningar att det blir ungefär $\frac{2}{3}$ av de 6.000 som experimentgruppen innehåller, eller ungefär 4.000 personer som söker under ett år — så skall konsultationen ordnas omedelbart. Redan vid första besöket gör man upp ett behandlingsprogram i samarbete mellan socialvårdare och läkare och söker fastställa vilka sociala och medicinska åtgärder som bör vidtagas. Behövs sjukhusvård — och det kommer att behövas för cirka $\frac{1}{10}$ av de 6.000, alltså 600 personer — så tas patienten in på sjukhuset med extra förtur. Vården på sjukhuset skall göras så kort som medicinskt är försvarbart. Utskrivningen underlättas av att adekvat eftervård skall ordnas i hemmet med kommunal hemhjälp, sjukvårdshjälp, där det behövs, eller på konvalescenthem av lämpligt slag med adekvata resurser för rehabilitering med sjukgymnastik och aktivitetsuppträning. Behövs ytterligare rehabiliterande insatser ordnas detta.

Resultaten av det här experimentet skall komma ut av jämförelsen mellan experimentgrupp och kontrollgrupp; denna sista grupp har ju vid övergångar mött väntetider och de vanliga svårigheterna att få hjälp. Den viktigaste resultatsvariabeln är självfallet sjukskrivningstidens längd för personer i produktiv ålder. Med hjälp av den skall man kunna visa *om ökade resurser inplacerade på adekvata ställen i kedjan av sjukvårdsinsatser har möjlighet att minska produktionsbortfall*. Men här behöver kompletteras med något annat mått på

graden av återställdhet och välbefinnande än "friskskrivning". Ett sådant "test"; framställt i samarbete med psykologer och sociologer, är synnerligen angeläget med tanke på bedömningen av den stora grupp som bl. a. av åldersskäl inte blir föremål för någon speciell friskskrivning ur sjukförsäkringssynpunkt.

Det bör i ett sådant experiment finnas en möjlighet att kvantifiera betydelsen av de olika resursinsatserna och se de ekonomiska satsningarna i relation till vinsterna. Det bör också vara möjligt att uppskatta inte bara hur ett totalt avskaffande av flaskhalsarna kommer att inverka men också hur olika dimensionering av de trånga passagera eller *några* av passagera vid en gradvis utbyggnad av resurserna kommer att vara ekonomiskt försvarbart.

Experimentet bör fortgå något eller några år. Möjlighet finns att man på en annan befolkningsgrupp och vid senare tidpunkt kan studera betydelsen av andra sjukvårdsorganisatoriska insatser t. ex. av förebyggande medicin, med hälsokontroller och hälsouppllysning genom att på längre sikt studera hälsotillståndet jämfört med en kontrollgrupp.

Förutsättningar — tolkning av resultaten

Jag har gett en schematisk beskrivning av hur man skulle kunna lägga upp ett sjukvårdsorganisatoriskt experiment. Jag inser väl att en sådan här studie i sig rymmer många svårigheter. En svårighet är naturligtvis att få med sig de huvudmän, som är engagerade, att tillhandahålla de extra resurser som behövs för att ta bort trånga passager i dagens sjukvård, socialvård, arbetsvård. Det kräver också ett mycket utvecklat samarbete mellan alla organ som arbetar inom totalvården för att få dem att engagera sig i det här experimentet.

Svårigheter ligger också på andra plan. Avvikelse i det vanliga sjukdomsförloppet kommer att göra *bedömningen av resultatet* komplicerat; särskilt svårt blir det med patientgruppen som efter akutsjukvård hamnar inom långtidssjukvården. Ytterligare: slumpurvalets sjukdomsmönster och

sjukdomarnas svårighetsgrad bör överensstämma med kontrollgruppens för att jämförelsen skall bli rättvisande — det *bör* det bli rent statistiskt sett men möjligheterna till slumpvisa avvikelser finns när populationen är begränsad. En annan väsentlig faktor är att experimentgruppens och kontrollgruppens patienter sprids lika över de olika läkarna i den vårdcentral som svarar för akutvården, så att förutsättningen uppfylls att patienten i de båda grupperna skall ha bedömts efter enahanda normer.

Till de direkta metodologiska svårigheterna hör risker som att läkaren som sett en patient få en optimal och snabb behandling kan förledas friskskriva patienten tidigare än kontrollgruppens motsvarande patient därför att "experimentpatienten" med all den hjälp han fått *borde* vara färdig gå tillbaka till arbetet tidigare. Här skulle "testet" jag nämnde tidigare kunna hjälpa till att få en mera objektiv bedömning av konditionen vid friskskrivningen.

Slutligen ytterligare ett frågetecken: är det etiskt försvarbart att gynna *en* patientgrupp, ge den all tänkbar service? En första förutsättning är att det inte får ske på bekostnad av resurserna för de övri-

ga, d.v.s. för kontrollgruppen. I överenskommelsen med huvudmannen måste ingå att totala resursvolymen ökar motsvarande experimentgruppens ökande konsumtion.

Hur optimaliserar man sjukvården?

Politikerna diskuterar vilken vårdform man skall satsa på, och nämner öppen vård, långtidsvård och önskar se en bättre integration mellan sjukvård och socialvård. I många politiska sammanhang kräver man också ökad insats av preventiv medicin. Men egentligen vet man mycket litet om vilken vård som bör prioriteras i ett läge när de ekonomiska resurserna är begränsade. Och hjälper det att bygga ut ett av leden i vårdkedjan? Jag tror det är nödvändigt att med kontrollerade experiments hjälp pröva vilka vinster som är möjliga att få med satsningar på olika led i sjukvårdsapparaten för att uppnå det optimala patientflöde vi önskar. Det är också tydligt att för att kunna genomföra ett sjukvårdsorganisatoriskt försök är det nödvändigt att ha tillgång till en väl kartlagd population där alla sociala och medicinska åtgärder kontinuerligt registreras; sådana förutsättningar kan man få vid en socialmedicinsk fältstation.

KANTONSSPITAL ZÜRICH

För vårt röntgendiagnostiska centralinstitut (under ledning av prof. Wellauer) söker vi som komplettering till vårt arbetsteam

1—2 kvinnliga röntgenassistenter

Vi erbjuder goda arbetsförhållanden, 5-dagars- och 44-timmars arbetsvecka, goda sociala förmåner.

Anställning efter överenskommelse.

Ansökan med angivande av utbildnings- och nuvarande arbetsförhållande, betygs- och meritförteckning, sändes till Personalbüro 1, Verwaltung Kantonsspital Zürich, Rämistrasse 100, CH-8006 Zürich.

(Ansökan bör avfattas på tyska eller engelska)