

Forskning i öppen vård¹



Hans Östberg

Man skall i sådana här sammanhang tala så litet som möjligt om sig själv men jag tror att det för er är nödvändigt att veta någonting om den medicinska bakgrunden och de medicinska erfarenheterna som fått mig att engagera mig så djupt i den öppna vårdens problem. Efter en flerårig klinisk utbildning arbetade jag i tio år som specialist i invärtes medicin, hjärtsjukdomar, praktiserande läkare i Malmö. Av här ovidkommande skäl flyttade jag min mottagning efter 10 år till Älmhult och hade då tänkt mig att fortsätta som internist. Jag förstod att man inte kunde vara hjärtspecialist i Älmhult men hade nog tänkt mig att en invärtesmedicinsk mottagning skulle gå att hålla ganska ren. Så blev emellertid inte fallet. Klientelet var nog belåtet med att få en doktor som kunde invärtes medicin eller invärtes sjukdomar, som man kallar det för, men det var skräp till doktor om han inte kunde plocka bort något från ögat eller sy ihop sår, titta på öron etc. och klara enklare olycksfall och skador. Under de nu 7 åren som jag arbetat i Älmhult har den öppna vårdens problem för mig blivit allt klarare. Jag är för min del övertygad om nödvändigheten att den öppna vården utanför institutionerna får tillgång till en kader av välutbildade allmänpraktiker. Och det är om denna form

Den öppna sjukvården i landet hotar att kvalitativt försämrats. De vid planeringen inflytelserika sjukhusläkarna har för liten insikt i den öppna vårdens villkor. Öppnavårdsläkarna har otillfredsställande utbildningsförhållanden och en alltmer orimlig arbetsbörda.

Vi behöver forskningsinstitut i öppen vård efter mönster av andra länder bl.a. för att studera vad patienterna vill ha för typ av öppen vård, utbildningsproblematiken inom den öppna vården — och för att samordna forskningen i den slutna och öppna vården.

av öppen vård, ställd i relation till dagens ämne: Forskning i öppen vård, jag i dag tänker tala.

Sjukhusläkarna vet för lite

Innan man ger sig in på en diskussion om ett ämne som öppen vård måste man veta något om de faktorer som har betydelse för ämnet. Den öppna vården omfattar c:a 20 milj. konsultationer om året, beräknat 1963 enligt socialminister Aspling. Till 1/3 eller c:a 30 % sköts den av enskilda praktiker och till ungefär 20 % av provinsialläkarna och tjänsteläkarna och resten av sjukhusbundna eller fristående polikliniker, sjukhusmottagningar och överläkarmottagningar. För att vår sjukvård skall fungera ändamålsenligt så fordras ett gott samarbete mellan dessa olika grupper, ett samarbete, som är av stor betydelse icke minst för en fungerande forskning i öppen vård. Men vi vet alla, att detta samarbete ännu lämnar mycket övrigt att önska. Vi är således redan i början av denna afton inne på ett känsligt område, men jag anser det självklart att man i denna församling bör kunna framföra synpunkter, som även om de kan vara kontroversiella inte behöver missförstås vad gäller motiven. Vi är här för att föra en fråga framåt och då måste vi göra vad vi kan för att avlägsna hinder för detta. För ett progressivt samarbete olika grupper emel-

¹) Efter ett föredrag i Göteborgs läkarsällskap.

lan, så fordras att man vet något om varandras arbetsfält. För man samman poliklinikläkare, sjukhusläkare och dem som arbetar i fristående polikliniker och frågar om deras erfarenheter från öppen vård utanför institutionerna så får man säkert ett mycket entydigt svar: praktiskt taget ingen erfarenhet alls utom möjligen någon kortare period som vikarierande provinsialläkare tidigt i utbildningen. Frågar man öppnavårdsläkare utanför institutionerna, d.v.s. tjänsteläkare och praktikerna om deras erfarenheter från institutionell vård så blir svaret det motsatta, eftersom dessa grupper har hela sin sjukhusutbildning bakom sig. En logisk följd av detta är att den enskilde öppnavårdsläkaren utanför institutionerna i de flesta fall har en betydligt vidare erfarenhet av *hela* sjukvårdsområdet än vad övriga läkare har. Vidare följer att en mängd felbedömningar från sjukhusläkarnas sida lätt göres om den öppna vårdens potentialitet. Jag använder med vilje uttrycket "potentialitet" eftersom jag anser att möjligheterna i öppen vård inte på långt när är utnyttjade ännu. Bland våra kolleger på sjukvårdsinstitutionerna finns och har funnits de med stort inflytande på samhällsutvecklingen i allmänhet och sjukvården i synnerhet men eftersom de i allmänhet saknar all personlig erfarenhet från icke institutionell öppen vård så kan man kanske inte begära, att de har följt med utvecklingen eller kan uppträda fördomsfritt på detta område. Jag menar således inte att de varit negativt inställda, de har bara intet vetat. Man kan knappast vara negativ eller positiv till något som man inte vet, eller aktualiserat för sig. Man skulle kunna råda bot för detta missförhållande genom att tidigt i utbildningen fordra, som läkarförbundet gjorde, en obligatorisk utbildning i öppen vård, inte därför att blivande specialister kanske skulle ha så mycket medicinskt att lära i sitt fack genom en sådan utbildningsform men det vore av utomordentlig betydelse för det kommande samarbetet mellan de olika vårdformerna, mellan specialisterna och öppenvårdsläkarna, som som regel är allmänpraktiker. Dessutom skulle de inflytelserika klinikerna på så sätt ha personlig erfarenhet av möjligheterna som faktiskt finns i den öppna sjukvården och kunna föra dem till politikernas öron.

Öppnavårdsläkarnas arbetsbörda orimlig

Nu skall man inte tro att orsaken till ett bristande samarbete skall läggas helt på klinikerna. Öppnavårdsläkarna har naturligtvis också sin andel i den bristande integrationen. Men liksom klinikerna har ovetskapen om verkliga förhållandena som försvar, så ha de andra sitt giltiga skäl i en orimlig arbetsbörda. Det högt drivna arbetstempot har gjort dem vi kan kalla det fartblinda. Det är nämligen orimligt att dag efter dag överskrida normal arbetstid med alltmer stigande konsultationsantal. Vi vet att en svensk för 10—15 år sedan gick 1 eller 1½ gång till doktorn om året och att man bedömde att fram till 1970 skulle han gå 3 eller kanske 3½ gång om året. Riksförsäkringsverkets undersökning 1963 visade att man redan då t.ex. inom Stockholmsområdet var uppe i 3 ggr om året och en alldeles färsk utredning visar att konsultationsantalet stigit i Stockholmsområdet till c:a 4 konsultationer om året. Allt detta sker samtidigt som lasarettsmottagningarna alltmer blir tidsbeställda.

Kvaliteten i den öppna vården försämrad

Jag har i annat sammanhang pekat på det deletära i att en läkares sammanlagda konsultationstal per år överskrider gränsen för hans förmåga. Det leder omedelbart till en kvalitativt försämrad vård. Den sålunda försämrade kvaliteten i öppen vård noteras tydligast och främst bland kollegerna på lasaretten. Har man där ingen vetskap om varför kvaliteten sjunker, ligger det nära till hands att där utdöma hela detta sjukvårdsområde. Den onda cirkeln har därmed gjort sin entré. Det fält, som skulle kunna underlätta arbetet på klinikerna blir alltmer insufficient till men för både patienter och sjukvårdsarbete i sin helhet. Exempel: När tidsbeställd mottagning infördes på lasaretten skapades snabbt parallellt med väntelistan köer utanför deras mottagningar. Man kunde dock vända sig till öppenvårdsläkare och tämligen omgående få en konsultation utförd men nu står köerna även framför deras dörrar och vad värre är bakom *de här* medicinska utposterna finns ingenting.

För att någonsin råda bot för dessa för *kvalitets-sjukvård* deletära förhållanden fordras verkligen en

förutsättningslös forskning. Frågorna är många. Hur skall man bära sig åt för att varje i öppen vård arbetande läkare skall få hålla sig inom sin arbetskapacitets gränser? Kan man lösa problemet med läkarcentraler eller läkarhus eller fler enskilda praktiker? D.v.s. flera läkare i öppen vård? Skall man centralisera resurserna eller decentralisera dem? Skall man konstatera att öppen vård i sin nuvarande form är passé och utbilda s.k. medical assistants som sorterare av klientelet eller skall man lyssna till det globala skriet efter allmänpraktiker.

Utbildningen i öppen vård

Jag tror inte att man kan diskutera ett ämne som Forskning i öppen vård utan att beröra de däri arbetande läkarnas utbildning. Också på denna punkt råder stor förvirring, inte minst bland våra egna led. Behörighet till provinsialläkartjänst är exempelvis fortfarande 8 mån. sjukhustjänstgöring och en allmänpraktiker kan öppna praktik omedelbart efter sin lic-examen. Trots att det uttryckligen poängterats av utbildningsakkunniga att den tidigare målsättningen för examen d.v.s. att utbilda allmänpraktiker övergavs med den nya utbildningen, som startade 1956.

Tidigare, då det rådde konkurrens om provinsialläkartjänsterna, hade detta mindre betydelse. De flesta skaffade sig en god meriterande utbildning. Men idag är läget helt annorlunda. Det går inte att besätta våra ekonomiskt sett utmärkta provinsialläkartjänster. Risker att här få in dåligt eller oriktigt utbildade läkare är nu överhängande. Konkurrensen är i det närmaste obefintlig. En dåligt eller felutbildad läkare i öppen vård är i flera avseenden en belastning för sjukvården hur fin hans utrustning än må vara. Han försvårar i hög grad integrationen öppen/sluten vård. En *sådan* kan ersättas av en medical assistant, vars uppgift är att sortera klientelet, men därmed belastas också den institutionella vårdens mottagningar inadekvat. SPLF, provinsialläkarföreningen och stadsläkarföreningen har pekat på bristen av en organiserad, genomtänkt utbildning, ledande fram till en s.k. allmänläkar-kompetens eller behörighet för vissa tjänster i öppen vård. Vi kan inte säga, att man tagit så allvarligt

på våra förslag, inte ens i det nya förslaget om specialistutbildning. Där förekommer några sidor om allmänläkarutbildning, men det förefaller, som om man efter konventionellt tänkande höftar till en allmänläkarutbildning, som i tid avsevärt understiger specialistutbildningen i övrigt. Det är i och för sig inte så underligt eftersom inga av de sakkunniga har någon nämnvärd erfarenhet av öppen vård utanför institutionerna. Jag återkommer här till vad jag sa i början, att ovetskap om vad som idag inryms i öppen vård och vad som kan inrymmas inte gärna kan leda till annat än felbedömningar.

Angelägna forskningsuppgifter

Det skulle vara den allra första forskningsuppgiften i öppen vård att kartlägga uppgifterna, kraven m.m. i öppen vård. Först därefter har man en något så när fast grund att stå på för att bedöma öppen-vårds-läkarens utbildning. Det måste vara en vetenskapligt riktigare metod än att höfta.

Har vi resurser i dag att starta en sådan forskning? Eller sker det bäst genom att bilda ett speciellt institut för forskning i öppen vård? Ett institut med speciell lärostol i öppen vård enligt mönster från andra länder både i Europa och Amerika. Själv är jag mest benägen för att tänka mig en sådan lösning. Ett sådant forskningsinstituts uppgifter skulle således i första hand vara att söka sig fram till en adekvat utbildning för läkare i öppen vård, att med ledning av bl.a. studier i öppen vård få fram riktlinjer för en riktig utbildning och efterutbildning för alla öppenvårds-läkarna, att se till att deras utrustning är ändamålsenlig, följa utvecklingen och undersöka om nya eller andra uppgifter kan läggas till öppen vård. Man ska inte räkna med att öppenvårds-läkarna själva skall utföra någon forskning. Detta av flera skäl, som vi kanske kan ta upp senare i diskussionen. Institutet måste självt fånga upp problemen och självt distribuera på ett överskådligt sätt till praktikerna de frågor, man vill ha belysta. Man har sålunda utmärkta möjligheter att skaffa sig material genom att samarbeta med öppenvårds-läkarna. Institutet skall vara mottagare till svaren och bearbeta dem och till institutet bör vara an-

knutet statistiker, socialarbetare o.d. Man måste vara beredd på att vara en förmedlande länk mellan slutna och öppna vård. Det måste för olika former av efterundersökningar vara betydligt lättare för alla berörda parter, om det finns ett samordnande organ för denna del av forskningen. Institutet skall både från öppenvårdsläkare och från den slutna vårdens läkare sålunda kunna mottaga impulser och bedöma deras värden som forskningsobjekt. Inte minst viktigt anser jag det vara att institutet följer samhällets reaktioner för öppen vård, d.v.s. hur tredje man reagerar och vilka önskemål han har. Sjukvård är inte ett självändamål utan

syftar alltid till varje samhällsmedborgares bästa. Säkert finns flera uppgifter för ett sådant här institut och säkerligen har övriga föredragshållare andra synpunkter på detta. Jag vill till slut erinra om svårigheterna att definiera öppen vård och öppenvårdsläkare. Många försök har gjorts och inget är egentligen riktigt tillfredsställande. Den bästa definitionen på allmänläkare eller på läkare i öppen vård, som jag har hört, hänför sig till dr Bridgeman från WHO, som definierar allmänläkaren, som: En god och kunnig rådgivare för att återfå hälsan eller bibehålla den.

ELITSTENOGRAFENS SKRIV- & BOKFÖRINGSBYRÅ AB

**RENSKRIVNING AV VETENSKAPLIGA
UPPSATSER, TABELLER, osv.**

ADRESSKRIVNING, DUPLICERING
ELEKTROSTENCILERING
FOTOKOPIERING
UTSKRIFT EFTER REX RECORDER OCH
BANDSPELARE

Tel. Skrivbyrån 21 67 01

Tel. Bokföringsbyrån 21 70 19