

Forskning i öppen vård¹



Gustav Haglund

Jag tror inte jag gör mig skyldig till en överdrift om jag påstår att den öppna vården är ett fält som forskningen ännu inte har upptäckt. Man har gjort sporadiska ansatser men nästan alltid med avsikt att belysa den slutna vårdens prestanda. Lärdomarna har inte varit apterade för den öppna vårdens arbete, och det måste tyvärr också sägas att forskningens landvinningar och framsteg i terapi och diagnostik alltför långsamt vinner insteg i den öppna vården. Framstegen är ofta av teknisk art. De är anpassade till sjukhusets resurser och beroende av en dyrbar och komplicerad utrustning, som inte kan appliceras på den öppna vården. Men mycket litet forskning nedlägges på att finna de praktiska och stabila modifikationerna som kan användas allmänt och som ger tillförlitliga värden för rutinbruk.

Varför forskning i öppen vård?

Samhällsekonomiska krav

Vi kan i längden inte bortse från det faktum att sjukvården kostar pengar. Vårddagskostnaden stiger mycket brant och ligger nu på många kliniker över 200:—/dag. Vi försätter oss in i en omöjlig situation om vår sjukvård blir så dyr att vi inte har

Forskning i öppen vård krävs för att i varje sjukvårdsform ge rätt person just den vård och behandling han behöver.

Den öppna vården erbjuder ett oselekerat patientmaterial där man kan möta patienten i hennes kontinuerligt fungerande sociala och medicinska sammanhang.

Allmänläkarens roll i forskningen är främst att lämna materialet. Forskning i öppen vård bör ha en förankring till kliniker på universitets- eller regionplanet. Vanligen torde den naturliga anknytningen bli till socialmedicin eller till något av de fyra kliniska huvudämnena. Forskningsledningen kan tänkas växla med lämpliga intervall mellan olika kliniker.

råd att ge den till alla som behöver den. Vi tangerar redan detta etiskt sett orimliga problem i vården av våra åldringar. Därmed vill jag inte påstå att forskningen i öppen vård skall i första hand avse att göra sjukvården billigare — men väl effektivare. Med de nämnda kostnaderna har vi inte råd att låta någon enda patient vårdas någon enda dag längre än nödvändigt på sådan nivå som hon inte behöver. Men hur skall den nivån fastställas, och hur skall vi i varje sjukvårdsform förmedla till patienten upplevelsen att hon får just den vård och behandling hon behöver? En sådan subjektiv värdering tillsammans med mera objektiva bestämningar av sjukvårdens resultat i förkortning av sjukdomsperioder och återställd anpassnings- och prestationsförmåga hos patienten måste ju vara normerande för sjukvårdens prestationer. I den bilden har en väl definierad öppen vård en given plats. Man måste alltså veta mer om denna öppna vård.

Utbildningskrav

Vi behöver därför också *undervisning* i öppen vård, och jag tillåter mig citera ett yttrande som tillskrives Osler: "He pointed to the fallacy of supposing that experience without continuing education resulted in an improving standard of practice. In fact

¹) Efter ett föredrag i Göteborgs läkarsällskap.

the man who gains his experience in isolation from the criticism of his colleagues too often develops an arrogance combined with a growing separation from the ever-gaining corpus of medical knowledge and thought."

Vi vet alla här, och det är just den erfarenheten som gör citatet relevant i kvällens diskussion, att undervisning i längden inte är möjlig utan forskning. Vi saknar utbildning för öppen vård av lärare, som har erfarenhet av denna och är kapabla att systematisera och ordna sitt kunnande och sin erfarenhet till undervisning. Läkarna har en bra sjukhusutbildning, men ingen utbildning för den öppna vårdens uppgifter. Den öppna vården är i tilltagande grad sin egen värld, med sina egna problem och metoder och blir det allt mer ju längre specialiseringen delar upp den slutna vården.

Den slutna vårdens resurser, metoder och rutin är praktiskt taget desamma över hela landet. Men jag kan försäkra att det är en mycket stor skillnad mellan att vara provinsialläkare i Pajala och i Dalby. Kunde man inte finna någon som kan skriva en lärobok för undervisning i öppen vård?

Rätt sjukvård åt rätt person

Tjugo miljoner konsultationer i öppen vård årligen och en snabb ökning mot det dubbla. Vad döljer sig bakom dessa siffror? Utnyttjas verkligen sjukvårdens socialmedicinska instrument rätt, när vi kan notera en sådan utveckling? Brister det i vår preventiva medicin och var sitter bristerna? Hur sköter vi eftervården, och varför är kommunikationerna mellan sluten och öppen vård så rudimentära? Förmedlas sjukvården till rätt personer? Eller har vi också i Sverige ett "isberg" sådant som kan illustreras med siffror från en undersökning av Last, publicerad i *Lancet* 1963 (Table 1).

Allt detta är frågor som kan besvaras endast med en noggrann precisering och dokumentation av arbetet i öppen vård. Det är en närmast svindlande tanke att föreställa sig vad det skulle innebära om vi hade tillgång till systematiserade informationer om alla dessa 20 milj. årskonsultationer. Jag kan inte se annat än att detta både förutsätter forskning och skulle ge ett närmast obegränsat material för fortsatt forskning. På köpet skulle den öppna vår-

Table 1. Efficiency in relation to selected diseases of an average general practice (2250 persons) in England and Wales¹

Disease	Number of cases recognized by the practitioner	Total per cent	Approximate "Efficiency" per cent ²
Pulmonary tuberculosis ..	6—7	12—14	50
Cancer	7	11—12	60
Anaemia			
Males 15—44	1	10	10
45—64	1	23	4
65+	1	23	4
Females 15—44	12	114	10
45—64	7	37	20
65+	5	35	15
Diabetes	14	29	50
Urinary infections	20	40	50
Hypertension			
Males aged > 45	8	30	25
Females aged > 45 ..	24	131	20
Glaucoma	3	17	18
Rheumatoid arthritis	11	25	44
Epilepsy	7—8	13—14	50
Psychiatric disorder			
Males > 15	27	58	50
Females > 15	62	102	60

¹Data from Last, J. M. (1963) *Lancet*, 2, 28

den få den välbehövliga stimulansen och motivationen att arbeta med större stringens och medvetenhet.

Vilket material kan den öppna vården erbjuda?

Tillåt mig visa en figur (Fig. 1). (New England Journal of Medicine, 1961, The Ecology of Medical Care; University of North Carolina). Den säger i sammanfattning följande: Under en representativ månad i USA eller England kommer 75 % av befolkningen över 16 år att erfara något som de själva rubricerar som sjukdom. 25 % av samma befolkning konsulterar läkare. 0,9 % remitteras till sjukhus, 0,5 % remitteras till annan läkare och 0,1 % remitteras till specialklinik. En liknande undersökning i Sverige skulle ge helt andra relationer men

ändå ge en rad problem värda att bearbeta och kanske föra oss närmare en gemensam föreställning om vad sjukvårdsbehov egentligen är för något.

En social och medicinsk helhetsbild

Den öppna vården har bättre möjligheter att betrakta individen som en psykosomatisk helhet. I den öppna vården möter vi människan, frisk som sjuk, i ett kontinuerligt fungerande sammanhang, och där producerar hon under ett helt liv en mängd socialt och medicinskt viktiga upplysningar som finns i den öppna vården och ingen annanstans. Den informationen kunde samlas till en fullständig och nyanserad bild. Är detta något för longitudinella studier? Kanske finner man där uppslag till förklaring av vissa invalidiserande sjukdomar — reumatoid artrit, nutritions- och kostfrågor — cirkulationsrubbningar, psykiska och somatiska riskgrupper.

I den öppna vården har vi nära tillgång till studier i samverkan mellan social och medicinsk omvårdnad. Ett område, där honnörssordet integration måste fungera och få substansieellt innehåll. Där finns ett rikt fält för studier över hur samhället fungerar i själva verket och hur människor ofta reagerar tväremot våra planer och intentioner. Se t.ex. på nykterhetsvården eller åldringsvården.

Allmänläkarens roll i forskningen

Om jag inte misstar mig är forskarens svåraste problem att formulera problemet. Och här är det på sin plats att för alla skeptiker påpeka att det inte är allmänläkaren i den öppna vården som skall forska. Han kan inte ställa de rätta frågorna, och han kan inte hålla distans och objektivitet till sitt arbete. Men ge honom möjligheten att lämna materialet och lämna det på rätt sätt till en kvalificerad forskning.

En forskningsinstitutions roll

Enligt Kungl Maj:ts föreskrifter skall vid läkarstationen i Dalby bedrivas utbildning och forskning i öppen hälso- och sjukvård.

Förutsättningarna för detta gives nu i den nyuppförda byggnad, där en rad aktiviteter skall äga rum under samma tak. Öppen hälso- och sjukvård såsom den enligt vedertagna normer utrustas och bedrivs. Forskningsavdelning med sin egen utrustning och personal, distriktsvård, fysioterapi, tandvård. Så småningom också apoteksfilial.

Personligen är jag övertygad om att ordningen med en forskningsavdelning med sin egen personal, arbetande vägg i vägg och nästan hand i hand med personalen på rutinarbetet på en läkarstation är den riktiga. Jag tror också att ledningen för forskningsavdelningen bör ha en förankring inom en

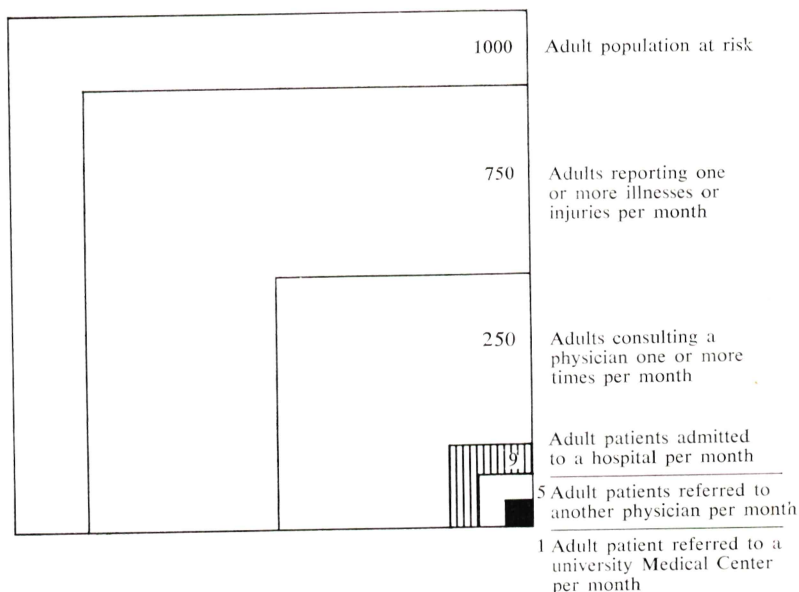


Fig. 1. Frekvensen av olika typer av läkarkontakter för en vuxen amerikansk eller engelsk befolkning.

klirik på universitets- eller regionsjukhusets nivå. Däremot är det oväsentligt och kan avgöras på grundval av lokala omständigheter, om forskningsledningen skall hämtas från socialmedicinsk, internmedicinsk eller annan specialitet. Vanligen torde den naturliga anknytningen bli till socialmedicin eller till någon av de fyra stora kliniska ämnen. Det är kanske också tänkbart, att forskningsledaren skall växla med lämpliga intervall, mellan olika kliniker. Dock inte oftare än att projekterade forskningsföretag kan avslutas. Forskningsledaren skall ha assistenter, som själva genomför ett visst program med anknytning till den öppna vårdens material, och avdelningen skall också ha konsulter, som huvudsakligen kommer att förmedla specialisternas kunnande och teknik för att höja stationens prestanda och utbilda och efterutbilda den grupp auskultanter, som möjligen kan komma att finnas där. Det väsentliga är emelertid att forskningen förankras i den öppna vårdens arbetsmiljö och fullföljes där.

En första förutsättning för kvalitet i det senare arbetet är ett patientregister med relevanta data. Det är svårare än man kunde tro att åstadkomma detta. Tills vidare är det mitt intryck att datateknikens hart när gränslösa möjligheter gärna gör ideer och planer lite för flyktiga. Ingenting av det resultat som kommer ut från maskinen lär vara bättre än det material som matas in. Men om våra journal- och registerproblem kan lösas, och vi är på god väg, då har vi fått ett utgångsläge som erbjuder forskningen ett helt nytt verktyg för att angripa den öppna vårdens mångskiftande problem.

Använd öppenvårdsläkarna i forskningsteam

Jag tror att undersökningar med bistånd av öppenvårdsläkare kan ge väl så mycket som de här refererade undersökningarna, då man kan få ett mycket stort material att bearbeta och inte blir så geografiskt bunden till en speciell ort. Man måste givetvis då koncentrera sig till begränsade frågeställningar, som öppenvårdsläkaren kan besvara, men under de förhållandena tycker jag att den typen av undersökningar är acceptabel.

Jag håller just nu på med en undersökning, som sker i samarbete med öppenvårdsläkare, varvid vi bestämmer åldringars kvantitativa och kvalitativa läkemedelsattityd. Vi har registrerat all läkemedelskonsumtion och av denna beroende medicinska parametrar under ett dygn hos samtliga pensionärer bosatta på ålderdomshem i Jönköpings län. Vid sidan om kan jag säga, att det är inte lite. Där har vi haft stor hjälp av dessa hems läkare med behövliga upplysningar om varje pensionär. Alla kolleger har varit mycket positiva och intresserade och utan deras hjälp har undersökningen ej kunnat genomföras. Vi har inte heller haft några svårigheter av byråkratisk art genom att länsläkaren deltar i undersökningen, som omfattar nära 2.000 personer. Min fråga i korthet blir följande: Kan inte öppenvårdsläkarna erbjudas att deltaga i "cross over"-undersökningar av denna typ i större utsträckning än nu är fallet? Finns det något negativt i undersökningar av denna typ, där man utnyttjar öppenvårdsläkarnas kunskaper om sina patienter?

Docent Percy Nordqvist

i diskussionen om Forskning i öppen vård i Göteborgs läkarsällskap.