

Forskning i öppen vård

Lars Öberg:

Skilj på primärvård och remissvård!

Vår bild av sjukdomarnas förlopp och frekvens blir felaktig när den bygger på ett urval av remitterade patienter. Sjukvårdsorganisation och undervisning måste mycket mer baseras på primärläkarnas uppgifter: att ta hand om vanliga symtom som huvudvärk, trötthet och sjukdomsskräck. Den traditionella kliniska forskningen kikar baklänges från obduktionsfynden. Primärläkaren behöver veta vilka symtom som kräver behandling på lång sikt så att man kan skjuta obduktionen på framtiden.

När man diskuterar sjukvårdens problem bör man avgränsa primärvården från remissvården. Remissvård kan vara öppen eller sluten. Primärvårdens klientel är människor, som fattat beslutet: "jag bör söka läkare". Remissvårdens klientel är patienter, om vilka en läkare sagt: "patienten behöver mer vård och/eller utredning än jag kan ge". Man brukar uppskatta att primärläkarna remitterar ungefär 1 % av sina patienter. Denna stora skillnad i klientelet medför att sjukvårdsfrågorna ser helt annorlunda ut för primärläkarna än för kolleger, som arbetar med remitterade patienter. Skall man studera sjukdomarnas naturalhistoria måste man ta del av primärläkarnas iakttagelser. Praktikern har ett stadigt klientel, som han följer många år. Ett par exempel: När retinopathia diabetica för c:a 25 år sedan dök upp som en central fråga, angavs den usla prognosen för synen som dess dominerande kännetecken. Det var de synskadade som sökte oss och som hamnade på sjukhusen. Sedan kom föreskrifterna att diabetikerna skulle ögonundersökas regelbundet för kørkortets skull. Vi ser alla de diabetiker som inte får någon synnedsättning. Vår uppfattning om retinopathins biologi har helt förändrats. Vår främste neurolog skrev en gång att refraktionsanomalier ej förorsakar huvudvärk. Det var självklart för honom, han hade aldrig mött en sådan patient. Han insåg inte, att patienter med refraktionsfel blir utgallrade på den via dolorosa, som leder fram till landets högsta expertis. Och så kom en groda

in i litteraturen. Detta sista exempel belyser också hur vår uppfattning av symtom beror på sjukvårdens organisation. Vi gör det tankeexperimentet att det hade funnits neurologer inom varje landstingsområde och en enda ögonklinik i landet. Hade man inte funnit något patologiskt efter fullständig neurologisk utredning hade man sagt: "detta är ett mystiskt och ovanligt fall, vi måste skicka patienten till Stockholm för att undersöka om han behöver glasögon".

En grundskillnad mellan primärvård och remissvård skapas genom sjukdomarnas frekvens. Man kan ta siffror över dödsorsakerna eller över olika diagnoser i sjukhusens årsberättelser och jämföra med antalet primärläkare. Man finner att för sjukhusläkarna vanliga sjukdomar ofta är rena sällsynheter i primärvården. Jag har roat mig med att räkna antalet diagnoser i registret till den nordiska läroboken i oftalmiatrik. Mindre än 1/5 av dem ingår i min dagliga rutin, drygt 1/5 kallar jag "ovanliga men välkända" och ser ett par gånger per år. Av de återstående 3/5 kallar jag ungefär hälften för "sällsynta", dvs. jag har sett ett par fall under mer än 20 år som praktiker. Resten av sjukdomarna i registret har jag aldrig sett. När det är på detta sätt för en specialist, hur skall det då vara för en allmänläkare? Och det är ändå för honom som boken är skriven. Detta är ett grundläggande problem för sjukvården, som vi alla måste sätta oss in i, i alla dess aspekter.

Här är en: Primärläkaren skall tidigast möjligt

hitta sjukdomar, om vilka vi säkert vet att prognosen blir bättre genom speciell terapi. Det är som att leta efter en knappnål i en höstack. Praktikern vill veta hur hans rutinundersökning skall vara beskaffad för att ge bästa utbyte men ändå vara en rutinmetod. Han får ofta råd: "tänk på cancer osv.", råden är lika välmenta som verklighetsfrämmande. Lika lite som klinikerna kan han beständigt ha i tankarna sjukdomar, som han ser ett par gånger i sitt liv. Han har tillräckligt att tänka på ändå. Bl.a. skall han försöka begripa sig på alla de symtom och krämpor som inte finns beskrivna i böckerna.

En annan aspekt på sjukdomarnas frekvens: Primärvården bör självfallet vara decentraliserad så långt detta är möjligt. Samtidigt måste tillsynen av de "ovanliga" fallen centraliseras. Vi behöver kolleger som återtager sig dessa patienter och som åtager sig att följa dem och literaturen över dem samt orientera primärläkarna om förändringar i behandlingsprinciperna. Det pratas om praktikerens "bristande utrustning". Självklart skaffar praktikern den utrustning han behöver. Att hålla appa-

rater, som han kan använda bara ett par gånger på året, är både ansvarslöst och omdömeslöst. Primärläkaren förvånas alltid över den så vanliga naiva hänryckningen över sällsynta fall. Han tycker att de intellektuella krafterna hellre borde användas för att bringa lite klarhet i symtom som huvudvärk, "yrsel", trötthet, sjukdomsskräck, hypokondri och annat som ändå är sjukvårdens stora arbetsfält.

Primärläkaren sysslar med tidigdiagnostik. Han är inte alls nöjd med vårt nuvarande lärosystem. Det bygger på sjukdomarnas slutstadier, som saknar intresse för honom. Den traditionella kliniska forskningen kikar baklänges från obduktionsfyndet. Primärläkaren behöver veta prognosen av symtomen. Han vill att man skall börja med symtomen och följa dem framåt i tiden. Och få reda på vilka symtom som kräver behandling på lång sikt så att man kan skjuta obduktionen på framtiden. Praktikern hoppas på en ny patologi, byggd på kemi och inte på morfologi. Den bör bättre ge diagnos i sjukdomarnas begynnelse.



**Det går lättare
att hitta
om ni har det i**

HO KARTONGEN

**HÅKAN
OHLSSONS
FÖRLAG**

Box 1025 Lund 1
Tel. 046/12 42 40