

Dalbyprojektets födelse och mål¹



Gunnar Lindgren

Det kanske kan vara på sin plats att berätta något om hur Dalbystationen kom till och framför allt att försöka i någon mån avdramatisera institutionen.

När jag lyssnade på Erik Essen-Möller kom jag att tänka på en nyligen hållen kongress i Chile, där några högt uppsatta prelater diskuterade frågan om när det befruktade ägget får en själ. När det gäller Dalby får vi väl betrakta Essen-Möllers befolkningsundersökning som ägget eller ursprunget till Dalby-tankens. Befruktningsögonblicket tror jag man kan fastställa till den 22 januari 1959 kl. 21.45. Då ringde nämligen dåvarande generaldirektören Engel till mig och berättade att Osler Peterson från North Carolina — en av pionjärerna när det gäller forskning i öppen vård — var på väg till Sverige. Engel bad mig ta hand om Peterson nästa dag och diskutera med honom möjligheterna att göra någonting i Sverige inom öpenvårdsforskningen.

Osler Peterson föreslog, att man skulle undersöka hur man arbetade i den öppna vården genom att låta medicine kandidater följa varje läkares verksamhet i Malmö under en vecka och re-

gistrera allt som hände. Ett på så sätt inhämtat material skulle ge en uppfattning om den öppna vårdens omfattning och struktur samt belysa sambandet mellan vederbörande läkares utbildning och sätt att arbeta. Det borde även bli möjligt att få ett grepp om effektiviteten i diagnostiken mot bakgrunden av de studerade variablerna. Men frågan lades på hyllan — undersökningen skulle bli mycket dyr och ej heller ge någon kontinuerlig information. Dessutom var det svårt att få fram tillräckligt med personal, som skulle kunna göra den och man kunde knappast räkna med den rätta förståelsen från alla berörda läkare utan ett synnerligen omfattande förarbete.

Riktlinjer från WHO

I en serie kontaktkonferenser med bl.a. en grupp engelska kolleger och världshälsoorganisationen mognade så småningom idén till Dalbyprojektet. Engel följde uppmärksamt utvecklingen och Åke Nordén kom in i bilden, laddad med uppslag och en energi, som aldrig förtröttats under den kommande mångåriga kampen för förverkligandet av Dalbyinstitutionen. WHO hade vid flera sammanträden på hög nivå diskuterat behovet av forskning i öppen vård. Vid ett möte i Genève i augusti — september 1960 drog man upp en del av de riktlinjer som nu i stort är fastställda för Dalby. Under 1960 och 1961 fick Dalby-idén sin definitiva form — Engel hade då uppvaktats och kontakt tagits med medicinalrådet Frostner. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Malmöhus läns landsting tillskrevs och behandlade den 3 januari 1962 planerna på en kombinerad provinsialläkar- och forskningsstation i Dalby ytterst välvilligt. I skrivelsen framhölls bl.a. vikten av att man skaffade ett så fullständigt hälsoregister som möjligt över hela Dalbyområdet befolkning genom att registrera all verksamhet vid stationen på ett för vetenskaplig bearbetning lämpligt sätt.

Dessutom betonades i skrivelsen att man borde

¹) Sammanfattning av anföranden vid kliniskt möte i Lund och vid sammanträde i Göteborgs läkaresällskap.

särskilt studera arbetsmetoderna i öppen sjukvård för att bättre kunna bemästra den starka efterfrågan på den slutna sjukvården och försöka att få fram metoder som kunde vända strömmen från slutenvårdstänkandet till öppenvårdstänkande. Dalbystationen innebar också möjligheter att i det löpande arbetet testa massundersökningsmetoder, en problematik som blivit i hög grad aktuell till följd av de hälsoundersökningar av olika typer som främst i landstingets regi utförts inom Malmöhusområdet.

Det blev en lång och mödosam väg för Dalbyprojektet, innan det kom så långt som till socialdepartementets budget. Främst gällde det se till att ej alltför många jurister och kameraler kom att blanda sig i det och att hindra ovidkommande myndigheter av olika slag lägga krokben för projektet. Åke Nordén och jag hade nästan permanent telefonjour för att spåra papperen, rycka loss dem när de fastnat i byråplasman och få fart på dem. Ecklesiastikdepartementet var benäget att stoppa in projektet i sin då snäva budget, men vi fann att planerna hade större chans att klara sig igenom petitabehandlingen via socialdepartementet och så skedde även. Medicinalstyrelsens starka intresse för projektet var här en mycket god hjälp, liksom uttalanden från forskningsrådet, ecklesiastiken och medicinska fakulteten.

Fristående — med kontakt

Landstinget stödde från 1962 Dalbyprojektet helhjärtat. Vi hade alltså då fått en ordentlig förankring både i landstinget och medicinalstyrelsen vilka skulle svara för halva kostnaden var.

Utredningsarbetet har varit synnerligen omfattande och målsättningen har stötts och blötts in i det sista.

Dalbystationen ligger lagom långt från Lund för att inte slutnavårdstänkandet på sjukhuset skall kunna slå igenom i det praktiska arbetet på stationen; den skall verkligen kunna bli ett centrum för sig ute på landsbygden. Samtidigt är ej avståndet så stort att känslan av kontakt med sjukhuset förloras. Den kontakten skall fortlöpande uppehållas genom att konsulter skickas ut från specialavdelningarna på de olika klinikerna vid Lunds lasa-

rett. Konsulterna kommer på så sätt också i direkt beröring med den öppna vården på stället och med de kolleger som har ständig erfarenhet från fältet.

Dalbystationen ledes av en rådgivande nämnd, som är ett kontaktorgan med de olika uppdragsgivarna. I nämnden sitter representanter för provinsialläkarna samt för landstinget, för medicinalstyrelsen, för den medicinska undervisningen och forskningen.

Dalbystationens instruktion innehåller en uppräknings av vad som skall göras. Instruktionerna är så allmänt hållna att de knappast inkräktar på friheten att välja forskningsobjekt. Nämndens viktigaste uppgift torde bli att sortera de frågeställningar som blir aktuella och kanske inte minst att sovra bland alla de problemkomplex, man anser att Dalbystationen skall hjälpa till att lösa och ta ställning till.

Sönderundersök inte

Inställningen till projektet var — som ofta i Lund — från början påtagligt avvaktande, men när det väl såg ut att bli verklighet kom ett stort antal kolleger med önskan att få lägga sina forskningsprojekt i Dalby. Gallringen bland dem måste emellertid bli hård; det finns bara en begränsad population i området, cirka 10.000 personer, som skall undersökas och kartläggas så noggrant som möjligt. I Lund finns det gott om både doktorer och forskare, men i Dalby har vi ont om folk. Vi måste vara försiktiga. Vi får inte sönderundersöka befolkningen.

Vi har därför tänkt att under första året i huvudsak ägna oss åt att bygga upp ett system, där vi försöker att få våra data och iakttagelser katalogiserade och registrerade på bästa möjliga sätt. Vi har samlat ganska mycket erfarenhet på detta område från försöksverksamhet på Malmö allmänna sjukhus och dessutom från andra liknande stationer i olika delar av världen.

Dalby är ett blygsamt projekt, men vi hoppas att det skall kunna ge en hel del informationer och ledtrådar. Det lönar sig i allmänhet att börja i liten skala och sedan tillämpa de metoder man fått fram i större sammanhang, förslagsvis en enhet som Malmö stad med dess 250.000 invånare, eller

åtminstone en sektor av staden. De slutsatser man kan dra av undersökningar från Malmö vågar man i allmänhet utan vidare applicera på Stockholm, Göteborg och Norrköping. Vi har nämligen funnit att rikets fyra största städer med avseende på sin socialmedicinska struktur företer utomordentligt stora likheter.

Flera stationer önskas

Det är önskvärt att man försöker få fram stationer av Dalbytyp på ställen, som har en annan befolkningsstruktur och andra problem än Dalbyområdet har. Göteborg eller Stockholm vore säkert mycket lämpliga platser för sådana stationer inom någon eller några av städernas sektorer. Dessutom bör man ha en station i ett landsbygdsområde någonstans i Mellansverige och slutligen en station i Norrland för att få en täckning av problematiken inom olika befolkningsområden.

Dalbystationen är någonting som relativt länge legat i luften internationellt innan den äntligen materialiserats i det sjukvårdens u-land som Sverige trots allt i många avseenden är. Vi är alltför stolta över våra tekniska landvinningar och glömer ofta bort att den framskjutna position vi på detta område har inom sjukvården ingalunda har sin motsvarighet inom många andra sektorer inom hälso- och sjukvårdens fält.

Under Dalbystationens första tid är det angeläget att söka få fram resultat som är användbara för planeringen och avvägningen mellan öppen och sluten sjukvård. Det är också viktigt ta reda på i vilka avseenden man behöver förbättra allmänläkarens utbildning. Vet vi vad han behöver kunna och har mest nytta av kan vi skapa en öppen vård som blir mycket mer slagkraftig och effektiv än den vi nu har. En sådan sparar pengar och minskar behovet att bygga sjukhus; då kan vi också spara mycket av sådan personal som behövs för att sköta sjukhusens hotellfunktioner och som bättre kunde användas i medicinska vårduppgifter i egentlig mening.

Dalby hjälper landstinget planera

Dalbyprojektet kan ses både som en ambition att åstadkomma nya möjligheter för sjukvården och som ett led i en planering, som kan ge bättre besked om hur mycket mera som kan åstadkommas i öppen verksamhet och därmed avlasta den kostsamare slutna vården. Dalby kan sålunda hjälpa dem som arbetar med en totalplanering av sjukvården i hela Skåne och ge besked om vilken personal vi bäst behöver och hur tjänsteläkare och distriktssköterskor bäst kan utnyttjas i förebyggande verksamhet, i direkt sjukvård och i rehabilitering.

Kan vi t.ex. hämta patienten till doktorn i stället för tvärtom, vilken utrustning bör vi ha så att patientens resa till lasarett blir onödig — det är problem som är och i högre grad blir väsentliga. Dalbyprojektet kan hjälpa oss att vettigt hushålla med de pengar vi förfogar över.

Malmöhus län har nu omkring 2 700 långtidssjuka och 1 300 vårdplatser. Till beräknade 6 200 sjuka år 1980 kanske vi behöver 4 000 platser, men efterfrågan beror också på exempelvis hemvårdsbidragets storlek. Även om man fördubblar nuvarande högsta bidrag på 400 kr per månad — genomsnittet är 200—250 — blir det oerhört mycket billigare än vårdplatser. En sådan kostar på länssjukhem 60 000—70 000 att bygga och uppåt 1 700 kr per månad i drift, vartill patienten betalar 150 kr själv. Vårdbidrag kan ge valfrihet åt gamla sjuka.

Landstinget fann att av de första 160 som svarade i en enkät bara 5 ville ha plats på sjukhem inom en månad. Det skulle bli lättare att ordna hemsjukvården, om de vårdade garanterades möjlighet att alltid kunna nå sjukvårdspersonal om sjukdomen förvärrades. Hur kan en sådan jour ordnas på mindre platser ute på landet? Här kan Dalby ge svar.

Landstingsrådet Kurt Ward,

i lundadebatten om öppen vård våren 1967.