

Patienten och sjukvårdsorganisationen

Stig Bengmark

Stig Bengmark, docent i kirurgi vid Göteborgs universitet, sammanfattar och recenserar här *Patienten och sjukvårdsorganisationen* — "ett operationsanalytiskt lagarbete" under Peter Reizensteins ledning.

En vanlig gång i vetenskap är att man börjar med empirisk forskning och därefter fortsätter med kontrollerade experiment. Inom sjukvårdsorganisationen är fortfarande den empiriska forskningen dominerande och kontrollerade experiment är relativt ovanliga. För en effektivisering av sjukvården är kontrollerade experiment — t.ex. belastningsundersökningar — en självklar nödvändighet. En del av de studier som redovisas i en bok av *Peter Reizenstein om Patienten och sjukvårdsorganisationen** är av denna typ. Här följer en kortfattad sammanfattning. (De romerska siffrorna motsvarar respektive kapitelrubriker.)

Differentiering av vården ger resultat

II. Ett försök att beräkna vårdbehovet vid differentierad vård inom internmedicinen. Undersökningen utföres på en universitetsklinik och en storstadsklinik. Som resultat av undersökningen anser författaren att 3 % av vårdplatserna bör vara av intensivvårdskaraktär, 79 % av intermediärvårdskaraktär, 10 % dagplatser och 8 % långtidsvårdplatser.

III. I detta avsnitt undersöks effektiviteten av den differentierade vården. Patienterna för dagavdelningen rekryterades till 80 % bland väntelistepatienter, avsedda för inläggning. Patienterna var nöjda med att vårdas på dagvårdsavdelning. Medelvårdtiden var 7.8 dagar och antalet månatliga intagningar 4 gånger större än på motsvarande intermediärvårdsavdelning. I en jämförande studie prövade man intermediärvårdsavdelningar

med 19, 25 och 29 vårdplatser men med samma personalstab. Av antalet månatliga intagningar att döma var produktionen lika stor på 19 vårdplatser som på 29. Detta stöder den empiriska erfarenhet som man har att avsevärd fördröjning i vården sker på stora vårdavdelningar.

Klinikvård onödig för 50 %

IV. I detta avsnitt studeras s.k. kombinerad vård. Målsättningen med denna vård är att patienten i varje moment av sin utredning och behandling skall vara i den billigaste och effektivaste vårdformen, eller med andra ord, att så mycket av vården som möjligt skall förläggas till öppen vård respektive dagvård. Förutsättningen är att samma läkarteam sköter patienten i alla vårdformerna. Den s.k. testavdelningen förstärktes med en underläkare, för övrigt var besättningen helt identisk. Båda grupperna erhöll sina patienter från två lika vägda poler av väntelistepatienter. Under försöksperioden svarade testavdelningen för handläggande av 101 patienter mot 44 för kontrollavdelningen. Särskilt förvånande är erfarenheten att av 101 patienter som bedömts vara i behov av inläggning och vård på medicinsk klinik 50 % kunde behandlas utan inläggning i sjuksäng. Med denna enkla rationalisering sjönk medicinklinikens väntelista under försöksperioden till hälften.

V. Författaren fortsätter sina studier av den kombinerade vården. Målsättningen för denna vård skulle vara att öppna vården skulle ha samma nivå som den slutna. Detta innebär bl.a. att

*Svenska Bokförlaget/Norstedts. 112 sid. Pris kr 26:—.

alla patienter bedömdes av såväl över- som underläkare samt att epikris tillställes den inremitterade läkaren på alla patienter. Man tillämpade härvid försöksvis en prioritering av patienterna i den öppna vården så till vida att högsta prioritering gavs åt dem, som remitterats för en utredning, vilken kräver särskilda resurser i fråga om expertis och apparatur, vilket endast ett regionssjukhus eller universitetsklinik äger. Därefter gavs prioritet åt dem som remitterats för utredning och behandling, som kräver resurser, som i huvudsak endast finns på sjukhus. Härigenom kunde tiden mellan första och sista besök göras betydligt kortare än om prioritering icke iakttagas.

Rationalisering ger tid för patientvård

VI—IX. Här beskrivs en del rationaliserings-experiment, att automatisera arbetsschemata, att förbättra skriv- och sambandsarbete på vårdavdelningar samt distribution av läkemedel och mat. Man jämför därefter effektiviteten på en rationaliserad avdelning med en icke rationaliserad avdelning. Erfarenheterna av detta beskrivs mycket noggrant i en serie kurvor. Det kan kort sammanfattas enligt följande: Den sammanlagda arbetsinsatsen på vårdavdelningen var 115 timmar utan rationalisering och 85 timmar per dag med rationalisering. På den rationaliserade avdelningen kunde patienterna sammanlagt tillbringa 5 timmar mer med vårdpersonalen än på kontrollavdelningen. Före rationaliseringen ägnade sjuksköterskorna mer tid åt skrivbordet än åt patienterna, medan läkarna delade sin tid mellan skrivbord och patienter. Den enda personalkategori som ägnade huvuddelen av sin tid åt patienterna var sjuksköterskeeleverna. Vidare kunde man avskaffa de lediga timmarna mitt på dagen.

X. Författaren diskuterar relativt ingående mätning av sjukvårdsproduktion och sjukvårdskvalitet. Han hävdar uppfattningen att detta skall kunna mätas med metoder lånade från naturvetenskapen. Bl.a. påpekas möjligheterna att mäta effektiviteten av laboratorieundersökningar, av läkemedelsdistribution m.m. Vidare framhålls att vårdkvaliteten är intimt förknippad med väntetid; väntan på operation, väntan på undersökning, väntan på be-

sked rörande resultat av undersökning etc.

Avslutningsvis framhåller författaren att denna bok tillkommit på initiativ av Sjuras expertgrupp och att den utgör resultat av en serie undersökningar där många personer varit engagerade. En riklig referenslista bifogas.

Systematisk granskning nödvändigt

I bokens företal påpekar generaldirektör Bror Rexed att denna bok är en typ av vetenskaplig undersökning som inte är vanlig i vårt land. Han framhåller det viktiga i att systematiskt granska och analysera våra mål, att jämföra kostnader, effekter och risker, som kan förbindas med de alternativa handlingsvägarna och att framlägga nya alternativ för verksamheten i de fall där den hittillsvarande aktiviteten inte fyller måttet. Det gäller här att angripa komplexer av problem och att välja under betydande grader av osäkerhet rörande effekter och risker av de förändringar, vi överväger. Mindre tyckande och mera vetande är vad som krävs i en sådan situation. Så långt Bror Rexed.

Peter Reizensteins bok är förvisso icke någon lättläst bok. Den är dock en stimulerande läsning och tillför en serie data och idéer, vilka måste vara av stort värde för det fortsatta sjukvårdsplanerandet. Den bör stimulera till en rad fortsatta analyser av olika problemkomplex. Med de resurser, som Sjura hade, skulle det kanske kunna varit möjligt att genomföra de olika undersökningarna parallellt, med följande ökade möjligheter till databehandling och till studium av olika faktorerers interferens. Man kan nu endast ana ett visst samband genom att jämföra resultaten i de olika deluppsatserna.

Peter Reizenstein är att gratulera till ett pionjärverk. När skall denna sorts vetenskap bli legaliserad vid de medicinska fakulteterna och få egna ämnesföreträdare?

Viktigt är ej enbart att undersökningar göres, mer viktigt är att de läses och tillämpas. Ibland har man känslan att "somt har fallit på hälleberget". Denna bok utgör sannolikt ej något undantag. Flera av uppsatserna har varit publicerade sedan närmare 5 år tillbaka.