

Bør det foregå forskning ved perifere sykehus?

Grunnleggende medisinske fremskritt kommer gjerne fra basal forskning. Klinisk forskning befatter seg ofte med sluttstadiet i tanke- rekken. Den utprøver prinsipper og idéer som har oppstått ved basal forskning, og den er ansvarlig for overføring av teori til praksis. Begge forskningsområder er like viktige og like nødvendige.

De mange oppløftende resultatene fra denne forskningen har udiskutabel nytte, men skaper også et problem. Fordi de medisinske mulighetene er blitt større enn samfunnets økonomiske yteevne, må samfunnet ha hjelp til å prioritere, og helsetjenesten må ha hjelp til å utnytte sine ressurser bedre. Medisinsk forskning har derfor indirekte gitt grunnlag for en ny type forskning – helsetjenesteforskning.

Helsetjenesteforskning er i grenselandet mellom medisin og samfunnsvitenskap. Mens klinisk forskning utforsker pasienter, studerer helsetjenesteforskning ressursbruk, organisasjon, praksis og resultater i helsetjenesten. Siden helsetjenesten behandler pasienter, overlapper klinisk forskning og helsetjenesteforskning hverandre. Det gjelder særlig arbeidet for kvalitetskontroll og kvalitetssikring av den kliniske virksomheten.

Dagens medisinske forskning er avansert og ressurskrevende. Norge har ikke talenter eller penger nok til å hevde seg på alle felt, og vi må derfor konsentrere innsatsen til områder hvor vi har forutsetninger for å kunne gjøre det bra. Sykehusene må velge forskningsfelt som er egnet i forhold til deres ressurser.

Klinisk forskning er eksempel på et slikt område. Den veloppdragede, reguleringsvante og pålitelige Ola Normann er velegnet for pasientforskning, og den homogene norske legestand er velegnet som kliniske forskere. Samspillet mellom dem gir god «compliance» og høy pålitelighet.

I dette nummeret av Tidsskriftet omtaler Truls Erik Bjerklund Johansen klinisk forskning ved norske sykehus (1). Han tar til orde for øket samarbeid mellom sentrale og perifere sykehus og bedre tilrettelegging av forskningsinnsatsen ved de kliniske avdelingene.

Hvis vi ser bort fra ren medikamentutprøving finansiert av farmasøytisk industri, er mye av forskningen rettet inn mot sjeldne sykdommer. Det er naturlig fordi slike tilstander dominerer blant pasientene ved universitetssykehusene. Tilgjengelighet er et nøkkelord. En forsker må ha tilgang på forsøksobjekter og tilgang på forsøksmetode/utstyr. Disse forholdene er ofte mer avgjørende enn overordnede målsettinger.

Sentrale sykehus må få hjelp fra perifere sykehus til rekruttering og oppfølging av pasienter. Bjerklund Johansen ønsker at dette samspillet skal oppfattes som samarbeid mellom likeverdige kolleger. Det idealet kan imidlertid vise seg uoppnåelig hvis man ikke får til en toveis utveksling. Det gir liten meritt for klinikere ved perifere sykehus å bare være «vannbærere» for sentrale eksperter. Det er heller ikke grunn til å heve denne merittverdien ut over det innsatsen virkelig gir faglig sett. Deltaking i multisenterstudier med ferdigtygde problemstillinger gir vel egentlig mindre faglig utbytte enn vi liker å innrømme.

For å få et fruktbart samarbeid, må derfor de perifere sykehusene også kunne bruke de sentrale sykehusene som hjelpere i sine prosjekter, men da må de ha en selvstendig forskningsaktivitet. Det er eksempler på at idealistiske enkeltpersoner har klart dette, men forholdene ligger ikke til rette for det. Forskning har ikke hatt en naturlig plass ved perifere sykehus. Dels har de ikke sett det som sin oppgave, og dels har de ikke hatt råd eller kapasitet til det.

Det er flere grunner til å aktivisere de perifere sykehusene forskningsmessig. Både pasienter, leger og samfunn kan tjene på at en del av forskningen blir mer generell og mer problemorientert, slik den må være ved disse sykehusene. Evaluering av parallelle behandlingstilbud for vanlig forekommende tilstander er eksempel på forskning som kunne være aktuell. For perifere sykehus vil også helsetjenesteforskning være et velegnet felt. I dette arbeidet er «kvalitetskontroll» av sykehusets virksomhet sentralt.

Både legene og sykehusene har en moralsk plikt til stadig å kontrollere og forbedre sin virksomhet. Pasientrettloven som er under utarbeidelse, kommer trolig også til å gi dem en juridisk forpliktelse. Hittil har denne typen forskning vært lite meritterende for legene og lavt prioritert av sykehusene. Det må vi trolig endre på i fremtiden. Om noen år må antakelig både sentrale og perifere sykehus engasjere seg i dette forskningsfeltet.

Øket satsing på forskning ved perifere sykehus vil imidlertid møte et finansieringsproblem. Til nå har mye av forskningsinnsatsen bestått av legers gratisarbeid i fritiden. Det må den antakelig gjøre også i fremtiden, men ulempen ved denne typen forskningsinnsats er at den ofte mangler kontinuitet, at den blir kortsiktig og at den dør ut når ildsjelene forsvinner.

Sykehusene vil ha størst nytte av en mer målrettet og langsiktig forskning. Hvis de skal få til det, må de legge forholdene bedre til rette for forskerne. Legene må kunne bruke noe av sin arbeidstid (i tillegg til fritiden) på forskning, og de må kunne disponere visse driftsmidler. Det blir neppe store summer, men det er viktig at fylkene/sykehuseierne innser at «produktkontroll», kvalitetssikring, forskning og utvikling er like viktig i helsevesenet som i næringslivet.

På samme måten bør forskningsrådene gi støtte til utvalgte prosjekter.

Sykehusene kan få økonomisk støtte fra legemiddelfirmaene, men denne kilden bør ikke bli for dominerende. De mange til forveksling like studiene som viser at nordmenn har omtrent samme fysiologi som amerikanere og europeere, er ikke bare begrunnet i sunn skepsis. Den farmasøytiske industrien har klare egeninteresser og bruker forskning også som ledd i markedsføring.

Dette forholdet gjenspeiles også i forskningsresultatene. Dokumentasjonen for preparater med høy avanse kan ofte være overveldende selv for minieffekter, mens den er

nærmest ikke-eksisterende for midler med lav avanse. Det er også en fare for at forskningen i høy grad kan komme til å påvirke den kliniske praksisen ved avdelingen.

Dermed er det ikke sagt at sykehusene ikke bør benytte seg av denne støtten. Det er liten tvil om at legemiddelfirmaer har vært redningen for mange unge forskere, og at mye av støtten har vært nyttig både for pasienter og leger. Næringslivet må bare ikke få enerett.

Norske kliniske studier har internasjonal prestisje. De er velegnet som «eksportprodukt», og de er med på å opprettholde et høyt faglig nivå ved sykehusene. Helsetjenesteforskning er et nytt fagfelt som bør ha like gode forutsetninger

for å bli et vellykket satsningsområde. Norske sykehus bør derfor satse mer på disse forskningsfeltene, og denne forskningsaktiviteten kan foregå ved både sentrale og perifere sykehus.

Geir Stene-Larsen

Peter F. Hjort

Avdeling for samfunnsmedisin
Seksjon for helsetjenesteforskning
Statens institutt for folkehelse
Geitmyrsveien 74
0456 Oslo 4

Litteratur

Johansen TE Bjerkland. Klinisk forskning – relasjon mellom sentrale og perifere sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 2797–800.

○

Akutt lungesviktsyndrom hos voksne

For 23 år siden lanserte Ashbaugh og medarbeidere i Denver, Colorado begrepet Adult respiratory distress syndrome – ARDS (1). Betegnelsen var inspirert av den tilstand som ofte ble sett hos for tidlig fødte barn. Mangel på et alveolstabiliserende stoff (surfactant) fører til kollaps av lungevev. Denver-gruppen antok at alvorlige tilstander som septisk sjokk, pneumoni, akutt pankreatitt og større traumer kunne skade det alveolstabiliserende stoff også hos voksne, og det ble da også ved akutt lungesviktsyndrom funnet at surfaktant var påvirket både kvantitativt og kvalitativt. Sykdomsbildet hos voksne er karakterisert ved:

- Betydelig hypoksemi selv med bruk av assistert ventilasjon og oksygenkonsentrasjon i innåndingsluften på mer enn 50 %
- Normalt trykk i lungearterioler (innkilingsstrykk)
- Røntgenologiske funn som ved lungeødem
- Øket stivhet av lungevevet (øket «compliance»).

Definisjonen forutsetter at pasientene på forhånd har vært hjerte- og

lungefriske. Det kliniske bildet ved akutt lungesviktsyndrom hadde lenge vært kjent, blant annet fra Korea- og Vietnam-krigen. Men det var først da klinisk anvendelige metoder for bestemmelse av blodgasser og vaskulære trykkforhold kom i rutinemessig bruk at man bedre forsto tilstanden. Det kliniske og røntgenologiske bilde av lungeødem hadde vært tolket som en eller annen form for hjertesvikt. Påvisning av normalt innkilingsstrykk i lungearteriolene viste at det dreide seg om et ikke-kardialt lungeødem. Dette har senere vært brukt som et vesentlig moment i definisjonen. Man kan forstå at det var av betydning for å avklare tilstanden vis-à-vis kardialt betinget lungeødem, men det er ingen grunn til å forutsette at pasienter med akutt lungesviktsyndrom skal ha vært tidligere hjerte- og lungefriske.

I dette nummer av Tidsskriftet omtaler Svennevig og medarbeidere (2) et materiale fra Ullevål sykehus som inngår i en europeisk multisenterstudie, og Fluge & Reikvam (3) omtaler et tilfelle av sjokklunge i tilslutning til hjerteinfarkt. Den

europiske multisenterstudien har til hensikt å kartlegge forekomst og behandlingmessige forhold og konsekvenser. Det har vært atskillig usikkerhet omkring forekomsten av dette syndrom. Tidlig på 1970-tallet beregnet det amerikanske National Heart and Lung Institute en årlig forekomst på 150 000 tilfeller i USA. Det tilsvarer en insidens på ca. 75 pr. 100 000 innbyggere. Selv om mange har stilt seg tvilende til dette høye tallet, har det vært en gjenganger i litteraturen helt til i dag. Flere vel gjennomførte undersøkelser tyder på langt lavere insidens (4–6).

Undersøkelser fra Kanariøyene, Colorado og Storbritannia har vist en årlig insidens fra 1,5 til 5,2 pr. 100 000 innbyggere. Det synes å være på tide å se bort fra de amerikanske anslag fra 1972.

Svennevig og medarbeidere diskuterer utførlig patogenetiske forhold og terapi-effekt. I den opprinnelige rapport fra Denver døde syv av de 12 omtalte pasientene (1). Gjennom de følgende vel 20 år har denne letaliteten holdt seg påfallende konstant på tross av en betydelig forskningsinnsats og stadig