

Sämre läkar- kontinuitet efter vårdvalet för patienter med diabetes

En jämförelse före och efter införande av hälsoval Skåne i Malmö

CARIN TILLMAN, MD, ST-läkare, vetenskaper, Lunds universitet; Vårdcentralen Eden, båda Malmö
ANDERS BECKMAN, docent, lek- anders.beckman@med.lu.se
tor, institutionen för kliniska

Kontinuitet är ett centralt allmänmedicinskt begrepp [1], och den i stort sett samstämmiga bilden i den vetenskapliga litteraturen är att hög kontinuitet inom primärvården ger lägre total sjukvårdskostnad [2-4], nöjdare patienter [5] samt mindre besök på akutenhet och sjukhusinläggningar [6, 7].

Definitionen av kontinuitet varierar; i litteraturen hänvisas till både managementkontinuitet, informativ kontinuitet, relationell kontinuitet och longitudinell kontinuitet [8]. Beräkning av kontinuitet kan göras på flera olika sätt, men resultaten förefaller korrelera väl till varandra [9]. Hänsyn måste dock tas till antal besök och observationstidens längd. I jämförelse med andra västländer gör invånare i Sverige få läkarbesök per år.

Betydelsen av en hög kontinuitet varierar mellan olika patientgrupper, och har visats vara större för kvinnor samt för dem med mycket låg eller hög ålder, omfattande läkemedelsbehandling, små ekonomiska resurser, låg utbildning, låg självsattad hälsa eller kroniska sjukdomar [10].

Kontroller och sena komplikationer hos diabetespatienter innebär stora kostnader för individen och vården, men har även ekonomiska konsekvenser för samhället i stort med produktionsbortfall och behov av ekonomiska insatser [11]. Hög kontinuitet för patienter med diabetes mellitus typ 2 har i studier visats associerad med bättre HbA_{1c}-kontroll och minskat antal besök på akutmottagning [7].

Det finns flera faktorer som förknippats med hög kontinuitet; listning hos läkare i stället för enhet [12], frånvaro av dagssystem och vikarier [13], fler mottagningstimmar per vecka och längre anställningsperiod för läkaren på enheten [14]. Kvällsöppna kliniker har en högre kontinuitet, medan förekomst av helgöppet inte verkar inverka [15]. Drop in-mot-

tagning och många besök är associerade med lägre kontinuitet [15], likaså många listade patienter per läkare, särskilt i kombination med få dagar i klinik [14].

Läkarkontinuitet viktig vid val av vårdcentral

Från och med år 2010 blev alla landsting skyldiga att införa vårdval inom primärvården enligt lagen om valfrihetssystem (LOV, 2008:962) [16]. Det har inneburit etablerande av nya enheter och ändrade ekonomiska förutsättningar. Enligt lagen ska informationen patienten söker inför sitt val vara saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig. I en rapport från Myndigheten för vårdanalys [17] uppger 80 procent av respondenterna i en nationell enkätundersökning att möjligheten att träffa samma läkare var viktig i valet av vårdcentral.

I ackrediteringsunderlaget för Hälsoval Skåne är kontinuitet en del av värdegrunden och en del av den prestationsrelaterade ersättningen i uppdraget att ge invånarna en säker vård. Kontinuitet är i underlaget definierat som i hur stor utsträckning patienter som har besökt vårdcentralens läkare tre gånger eller fler fått träffa samma läkare mer än hälften av gångerna [18]. Då kontinuitet är ett centralt allmänmedicinskt begrepp med ekonomisk betydelse i Region Skåne är det viktigt att undersöka om och hur det förändrats av det ändrade regelverk och ersättningssystem som införandet av vårdval inneburit.

SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva hur läkarkontinuiteten i Skånes primärvård såg ut för patienter med diabetes mellitus skrivna i Malmö innan vårdvalet infördes, samt om och hur kontinuiteten hade förändrats efter vårdvalets införande. Med kontinuitet avses longitudinell kontinuitet, det vill säga hur stor andel av besöken som sker hos samma läkare under en tidsperiod.

MATERIAL OCH METOD

Urvalspopulationen är samtliga invånare i Malmö kommun som var mantalsskrivna både 2008 och 2010. Av dessa har de individer som under 2006 eller 2007 fått diagnosen diabetes mellitus (oavsett typ) registrerad och var födda före 1992 valts ut för analys. Diagnoserna har hämtats från Region Skånes vårddatabaser för privata och offentliga vårdgivare där även uppgifter om läkarbesök har hämtats. Socioekonomiska uppgifter härrör från Statistiska centralbyrån från 2010. Med ålder avses ålder 2011. Medianinkomsten räknades ut för respektive åldersgrupp.

Då vårdvalet i primärvården i Skåne infördes maj 2009 undantogs hela detta år från analysen. Besök på kvälls- och helgmottagningen exkluderades. Patienter med färre än två läkarbesök i primärvård (inklusive hembesök), oavsett kontaktorsak, 2007-2008 eller 2010-2011 exkluderades. De patienter som hade något besök registrerat där uppgift om specifik läkare saknades undantogs.

SAMMANFATTAT

Kontinuitet är enligt litteraturen kostnadseffektivt och önskvärt för patient, läkare och sjukvårdsorganisation.

Med kontinuitet avses i studien longitudinell kontinuitet, det vill säga hur stor andel av patientens besök som görs hos samma primärvårdsläkare under en definierad tidsperiod.

En mätning utfördes före och efter införandet av fritt vårdval i

Skånes primärvård, som innebär en omfattande förändring i regelverk och ersättningssystem.

Resultaten visar en kraftig nedgång i kontinuitet för Malmö invånare med diabetes mellitus, oberoende av ålder, kön och enhetens driftsform.

Antalet läkarbesök för personer med diabetes minskade efter vårdvalet.

»Det totala antalet besök för patienter med diabetes mellitus i Malmö minskade med 3,7 procent efter vårdvalet jämfört med perioden före.«

TABELL I. Kohort av diabetespatienter i Malmö med minst två läkarbesök i primärvården före samt efter hälsoval. Fördelning i antal och andel med och utan läkarkontinuitet före och efter vårdvalet samt offentlig respektive privat primärvård. Med kontinuitet avses >50 procent av besöken till samma läkare.

	Före vårdvalet				Efter vårdvalet			
	Totalt		Varav män		Totalt		Varav män	
	n	procent	n	procent	n	procent	n	procent
Patienter med >2 läkarbesök	3 884		1 908	49	3 792		1 867	49
<i>Med kontinuitet</i>	2 672	69	1 363	51	1 927	51	997	51
Offentlig primärvård	1 828	63	907	50	1 387	50	713	51
Privat primärvård	844	85	456	54	540	52	284	53
<i>Utan kontinuitet</i>	1 212	31	545	45	1 865	49	870	47
Offentlig primärvård	1 063	37	462	43	1 363	50	609	45
Privat primärvård	149	15	83	56	502	48	261	52

För varje år 2007–2011 (undantaget 2009) har samtliga individuella läkarbesök som patienterna i kohorten gjort på primärvårdsnivå tagits fram ur Region Skånes vårddatabas och kategoriserats utifrån vårdgivarorganisation (offentlig–privat) samt kodad identitet på läkare. Läkarbesöken avser endast sjukvård, ej hälsovård.

Analys

Kontinuitet har beräknats för de patienter som gjort minst tre läkarbesök under perioden 2007–2008 eller 2010–2011. För dessa räknades andelen besök per identifierbar läkare fram. Om patienten hade mer än hälften av besöken registrerade hos samma läkare ansågs patienten ha en kontinuitet i patient–läkarrelationen, och driftsformen som denne läkare arbetade inom noterades (offentlig respektive privat). Övriga klassificerades som icke-kontinuitet. Förekomst av kontinuitet och eventuell förändring efter vårdvalet jämfördes utifrån stratifiering avseende kön, åldersgrupper och medelinkomst. Fördelning på gruppnivå testades med χ^2 .

Etiska överväganden

Studien är en del i en studie om vårdkonsumtion [19] godkänd av den regionala etikprövningsnämnden i Lund, dnr 2009/547.

RESULTAT

I det ursprungliga urvalet (n = 7121) var åldersspannet 20–103 år; medelålder 66 år. Av dessa var 53,8 procent män, 46,2 procent kvinnor; 25,9 procent hade diagnos diabetes typ 1, 61,8 procent diabetes typ 2 och 12,2 procent övrig diabetes.

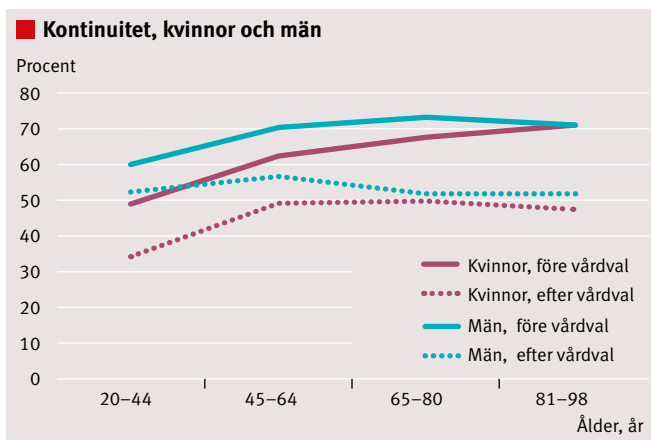
Besöksmönster

Det totala antalet besök för patienter med diabetes mellitus i Malmö minskade med 3,7 procent efter vårdvalet jämfört med perioden före. Mer än en femtedel hade inte något årligt läkarbesök i primärvården, och antalet som hade haft läkarbesök minskade något för varje år under mätperioden. En tiondel hade inget läkarbesök i primärvården under en tvåårsperiod (2007–2008 eller 2010–2011). En majoritet av dessa var män (64,6 respektive 64,7 procent).

Totalt var det 4 845 patienter (68,0 procent) som hade gjort mer än ett läkarbesök i primärvården både under åren 2007–2008 och 2010–2011. En knapp majoritet av dessa var kvinnor, och de gjorde i snitt 7,1 besök under tvåårsperioden före vårdvalet och 6,8 under tvåårsperioden efter. För männen var motsvarande antal 6,6 besök före och 6,4 efter vårdvalet.

Kontinuitet

Av de patienter som hade tre eller fler besök var andelen med kontinuitet signifikant lägre efter vårdvalet jämfört med före (P < 0,001). Andelen med kontinuitet före vårdvalet var för



Figur 1. Andel (i procent) i respektive åldersgrupp med diabetes mellitus från Malmö med kontinuitet före och efter vårdvalet.

bägge könen högre för patienter med sin huvudsakliga läkarkontakt i privat primärvård (P < 0,001), se Tabell I. Efter vårdvalet hade både offentligt och privat drivna vårdcentraler en lägre andel patienter med kontinuitet, oavsett kön (P < 0,001). I offentlig primärvård var kontinuiteten lägre för kvinnor än för män, både före (P < 0,001) och efter (P < 0,001) vårdvalet.

Minskningen i kontinuitet efter vårdvalet fanns i samtliga åldersgrupper och var störst för de äldre patienterna, se Figur 1. Männen hade genomgående högre kontinuitet än kvinnorna, detta gällde både före (P < 0,001) och efter vårdvalet (P < 0,002). Den relativa minskningen i kontinuitet var av liknande storleksordning för patienter med diabetes typ 1 och typ 2 (31 respektive 28 procent), men något mindre för patienter med övrig diabetes (24 procent).

Ingen signifikant skillnad fanns mellan inkomstgrupper.

DISKUSSION

Utifrån studiens sätt att definiera kontinuitet har läkarkontinuiteten minskat efter vårdvalets införande för diabetespatienter boende i Malmö; detta oavsett diabetestyp, kön, ålder eller inkomst. Där det före vårdvalet för kvinnorna, och till viss del även för männen, fanns en association mellan ökande ålder och ökad andel med kontinuitet, blev förhållandet efter vårdvalet närmast det omvända. Bland patienter som haft sin huvudsakliga läkarkontakt i privat primärvård fanns före vårdvalet en betydligt större andel med kontinuitet än bland de med sin huvudsakliga läkarkontakt i offentlig primärvård. Den här skillnaden försvann efter vårdvalet. För hela studiepopulationen minskade även antalet läkarbesök efter vårdvalet. Huruvida det finns ett kausalitetssamband mellan

KLINIK & VETENSKAP ORIGINALSTUDIE

minskad kontinuitet för den undersökta gruppen och vårdval går dock inte att uttala sig om.

Kvinnor hade sämre kontinuitet än män inom framför allt offentlig primärvård. Resultaten i studien tyder på att en del av dem (kvinnor, äldre) som i tidigare studier visats uppskatta en fast läkarkontakt mest [10], får det i mindre utsträckning än övriga patienter med diabetes.

Att antalet läkarbesök i primärvården minskar för Malmös invånare med diabetes är något som skiljer sig mot tidigare redovisning för hela Skåne, där antalet viktade primärvårdsbesök för patienter med diabetes ökade efter vårdvalets införande [20]. Vid den analysen räknades emellertid besök till personal inom samtliga kategorier in, vilket påverkar jämförelsen. Antalet läkarbesök har generellt sett ökat i Skåne efter vårdvalets införande [19], och ökningen gäller även för invånarna i Malmö. Resultaten i den här studien skulle således kunna tyda på en potentiell undanträngningseffekt i primärvården för patienter med diabetes boende i Malmö.

Fortsatta studier behövs

Antalet besök minskade efter vårdvalet för invånare i Malmö med diabetes. Detta kan ge utslag i sämre kontinuitet då färre patienter enligt definitionen blir aktuella för analys. Kontinuitet i patient-läkarrelationen kan existera efter vårdvalet men då i andra former än i ett visst antal läkarbesök (telefon, brev). Minskad läkarkontinuitet och minskat antal läkarbesök efter vårdvalet skulle även kunna bero på att diabetessköterskorna delvis tagit över läkarens roll gällande kontroller av patienter med diabetes.

Studien är en registerstudie, där kvaliteten på registren delvis avgör hur resultaten kan tolkas. I Sverige finns lång erfarenhet av att registrera data för primärt administrativa ändamål, men som också utnyttjas för forskning. Såväl Statistiska centralbyrån som Region Skåne har system för validering av registerdata.

Andelen patienter med diabetes typ 1 är förhållandevis stor i vårt material jämfört med prevalensen hos befolkningen i

»Resultaten i den här studien skulle således kunna tyda på en potentiell undanträngningseffekt i primärvården för patienter med diabetes boende i Malmö.«

Sverige. Urvalet av patienter har gjorts på diagnoser registrerade i både organspecialistvård och primärvård under 2006 och 2007. Vid diagnosregistrering kan förskjutning mellan olika diabetestyper ske, vilket skulle kunna påverka fördelningen av patienter i de olika grupperna. Vi vet också att diagnosättande i primärvården har ökat kraftigt i samband med införande av vårdval, vilket till viss del skulle kunna förklara en lägre registrering av patienter med diabetes typ 2 i primärvården före vårdvalet. Det här stöds även av att den totala prevalensen av diabetes mellitus är något lägre än förväntat i totalmaterialet från Malmö. Det eventuella bortfall som då kan finnas förklarar dock inte att de undersökta invånarnas kontinuitet blivit sämre.

Studien fokuserar på läkarbesök i primärvården. För att få en mer heltäckande bild av besöksmönster behöver även besök hos organspecialister och diabetessjuksköterskor analyseras. Vidare täcker analysen en relativt kort tidsperiod i förhållande till införandet av vårdvalet och därmed begränsas antalet läkarbesök som kan analyseras.

Att vårdvalets utformning sett olika ut i olika landsting är resultatet från den här studien inte säkert generaliserbara i hela Sverige. Hur situationen avseende kontinuitet ser ut i respektive region borde vara en viktig parameter att följa givet att kontinuitet även fortsättningsvis ska betraktas som ett centralt begrepp i svensk primärvård och dessutom ha ekonomiska implikationer.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Schuwirth L, Colliver J, Gruppen L, et al. Research in assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach*. 2011;33:224-33.
- De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, et al. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med*. 2003;1:144-8.
- Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care*. 1999;5:727-34.
- Shin DW, Cho J, Yang HK, et al. Impact of continuity of care on mortality and health care costs: a nationwide cohort study in Korea. *Ann Fam Med*. 2014;12:534-41.
- Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. 2004;2:445-51.
- Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 2005;3:159-66.
- Health Quality Ontario. Continuity of care to optimize chronic disease management in the community setting: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013;13:1-41.
- Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1:134-43.
- Smedby Ö, Eklund G, Eriksson EA, et al. Measures of continuity of care. A register-based correlation study. *Med Care*. 1986;24:511-8.
- Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, et al. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med*. 2003;1:149-55.
- Bolin K, Gip C, Mörk AC, et al. Diabetes, healthcare cost and loss of productivity in Sweden 1987 and 2005 – a register-based approach. *Diabet Med*. 2009;928-34.
- Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, et al. Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25:27-32.
- Troon J. Om läkarkontinuitet; en litteraturstudie och en studie av läkarkontinuitet på vårdcentralerna i Jönköpings län 2008. Rapport 2009:5. Jönköping: Kultorum/Primärvårdens FoU-enhet; 2009.
- Mittelstaedt TS, Motomi M, Lambert WE, et al. Provider practice characteristics that promote interpersonal continuity. *J Am Board Fam Med* 2013;26:356-65.
- Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*. 2008;6:116-23.
- Införandet av vårdval i primärvården. Slutredovisning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Artikelnr 2010-02-10.
- Andersson C, Montell C. Vad vill patienten veta för att välja? Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2013. Rapport 2013:4.
- Region Skåne. Förutsättningar för ackreditering och avtal för vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2014. Förslag till beslut i Hälsoval och sjukvårdsnämnden 2014-01-31. http://skane.se/Upload/Webbplatser/vardwebb/Dokument/Halsoval/Vardenhet/VC_HSN140131.pdf
- Beckman A, Anell A. Hälsoval Skåne: Fler besöker allmänläkare, färre besöker specialist. *Läkartidningen*. 2013;110:622-3.
- Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2013. Rapport 2013:1.

■ SUMMARY

Continuity of care is one of the core values of family medicine and both patients and doctors consider it a vital aspect of the care of patients with chronic diseases. In 2009 a national health care reform was implemented in primary care in Sweden. This study compared the longitudinal continuity of care in primary care before and after this reform in 7121 adult diabetes patients living in Malmö. Our findings reveal that continuity of care decreased substantially after the reform. The decrease was independent of sex, type of diabetes, age and income. Both before and after the reform men had a significantly higher rate of continuity of care than women. The number of visits to GPs by diabetes patients decreased slightly each investigated year. This possibly illustrates the crowding out of diabetes patients, as earlier research showed an increased overall number of GP visits for the whole population in Skåne (the county where Malmö is situated) after the reform.