

# Läkares personkännedom sparade liv och resurser

## PERSONLIG KONTINUITET VIKTIG I ETT NYTT SVENSKT VÅRDSYSTEM

**Sjukvårdssystem som baseras** på läkares personliga kännedom om sina patienter har i Europa oftast förknippats med GP-systemet (allmänläkarsystemet) i England och liknade primärvårdsorganisationer som i exempelvis Nederländerna, Danmark och Norge. Ett utmärkande drag för dessa har varit hög läkarkontinuitet i vårdkontakter med patienter. I en vakansfylld svensk primärvård har kontinuitet inte främjats, utan fokus har legat på hög tillgänglighet [1].

Vi vill diskutera läkares personliga kännedom om patienter och betydelsen av läkarkontinuitet i en svensk vårdmiljö med utgångspunkt från en nyligen publicerad amerikansk studie [2]. En fråga som väcks är hur ett svenskt vårdssystem med liknade effekter skulle kunna utformas.

### Sparade resurser och minskad mortalitet

I december 2017 publicerades en artikel i JAMA Internal Medicine [2] som visade att primärvårdsläkare, som behandlade sina egna patienter då dessa vårdades på sjukhus, skrev färre konsultationsremisser och i högre grad skrev ut patienterna till det egna hemmet (68,5 procent) jämfört med sjukhusläkare (64 procent) och annan generalist (62 procent). Primärvårdsläkarnas patienter uppvisade dessutom lägre 30-dagarsmortalitet (8,6 procent) jämfört med sjukhusläkarnas (10,8 procent) och



**Lars Borgquist**, professor emeritus, specialist i allmänmedicin, Linköpings universitet; vårdcentralen Tåbelund, Eslöv  
● lars.borgquist@liu.se



**Sven Engström**, med dr, specialist i allmänmedicin, Jönköpings universitet; Primärvårdens FoU-enhet, Futurum, Jönköping

patienter som vårdats av annan generalist (11,0 procent).

Med hjälp av databaser från Medicare i USA studerades handläggning, kostnader och resultat (mortalitet) vid 560 651 vårdtillfällen för äldre (medelålder 80 år) under helåret 2013. Studien begränsades till patienter med de 20 vanligaste DRG (diagnosrelaterade grupper). I studien justerades för DRG-komplexitet samt annan samsjuklighet genom att använda öppenvårdsdata från året före vårdtillfället.

I 60 procent av vårdtillfällena utgjordes de ansvariga läkarna av sjukhusbaserade invärtes-

medicinare, i 14 procent var det patientens egen primärvårdsläkare och i 26 procent annan ej sjukhusbaserad generalist.

Studien är omfattande och imponerande, men har begränsningar, exempelvis att yngre patienter inte studerades, att administrativa data användes och att det fanns risk för felklassificering av patienterna, vilket dock inte, enligt författarna, skulle ha påverkat resultaten.

### Jämförelser med internationella vårdssystem

Vid en jämförelse av befintlig statistik verkar Sverige ha satsat mindre på primärvård än andra OECD-länder, vilket påverkat bland annat tillgänglighet, samordning och kontinuitet. Såväl patienter som professionen har uttryckt missnöje i dessa avseenden [3]. Andelen primärvårdsläkare av totala antalet specialister är i Sverige lägre (17 procent) än genomsnittet i andra OECD-länder (medel 30 procent) [4].

I länder som England, Holland, Danmark och Norge är allmänspecialisterna egna företagare som äger sin patientlista och oftast samverkar med kollegor inom en praktik. I Sverige är andelen offentligt anställda primärvårdsläkare hög, drygt 50 procent. Remisstväng till sjukhusspecialist gäller i de flesta nordvästeuropeiska länder, vilket inte formellt finns i Sverige. De ekonomiska ersättningsystemen (prestationsersättning, kapitation och blandningar av dessa) varierar mellan länder.

Enligt en vedertagen klassificering tillhör Finland och Sverige samma organisationsform för primärvård, det vill säga en »integrated community model« som är förknippad med att ge god vårdkvalitet för patienter med multisjuklighet [5], medan Danmark, Norge och England använder en organisationsmodell benämnd »professional co-ordination« som givits goda vitsord för att befrämja läkarkontinuitet.

Kontinuitet brukar klassificeras i tre kategorier [5, 6]:

- Information om patienten, som samlas i journaler som är tillgänglig även för andra vårdgivare.
- Riktlinjer och vårdprogram, som ger kontinuitet avseende de insatser som vanligen sätts in vid olika diagnoser/behov.
- Personlig relationell kontinuitet, som utvecklas över tiden och ger vårdgivaren information om patienten och dess preferenser samt bidrar till ökat förtroende.

Personlig relationell kontinuitet behandlas i denna text. De flesta internationella studier analyserar i huvudsak denna form av kontinuitet. Detta ansluter väl till Barbara Starfields »personfokuserad vård« i förhållande till det mera diagnosrelaterade »patientcentrerad vård« [7].

### Vad kan Sverige lära?

Resultaten från studier av läkarkontinuitet väcker frågor som har betydelse för den svenska hälso- och sjukvården. Allmänläkarna i den aktuella studien från JAMA [2] var ansvariga för sjukhusvården, vilket dock inte är aktuellt i Sverige. I Kanada har man gjort försök med att allmänläkare besöker vårdavdelningen när deras patienter är inlagda, men de praktiska svårigheterna som tidsbrist, resor m m har gjort att det inte kunnat införas [8].

Studier av läkare i primärvård har visat att personlig kontinuitet medfört att både patientens och läkarens nöjdhet med besöken ökat [9-11], liksom följsamhet till ordinationer och råd [12]. Kostnader för analyser och medicinsk service var lägre [13], liksom antal besök på akutmottagningar och antal inläggningar [14-16]. Patienter

### HUVUDBUDSKAP

- Studier har visat på högre vårdkvalitet och minskad total resursförbrukning vid hög kontinuitet i vården.
- Personlig kännedom mellan läkare och patient bidrar till ökat ansvarstagande från läkaren och ökad tillit hos patienten.
- En ny svensk primärvårdsorganisation kan kombinera organisatoriska faktorer så att både kontinuitet och tillgänglighet till vård ökar.

**TABELL 1.** Vårdsystemegenskaper som har effekt på kontinuitet och tillgänglighet.

Förväntad effekt: ++ starkt positiv, + positiv, 0 ingen, - negativ

Vårdsystemegenskaper	Läkarkontinuitet - Personlig kännedom	Systemkontinuitet	Vårdtillgänglighet
● A Patienter listade på personlig läkare i stället för på vårdcentral	++	+	+
● B Ensammottagning eller få läkare i motsats till större mottagning	++	+	-
● C Vårdcentral ägd av läkare/vårdpersonal jämfört med region/koncern	+	0	0
● D Remisskrav till organspecialist/sjukhus	+	0	-
● E Ersättning per listad person (kapitering)	+	+	-
● F Ersättning per besök/prestation	-	-	+
● G Vårdteam/specialistsjuksköterskor för diabetes, astma-KOL, hjärtsvikt m m	-	+	+
● H Flera hembesök i relation till antalet mottagningsbesök	+	+	+
● I Jourtider på egen vårdcentral i stället för hänvisning till jourcentral	+	+	0

Norge och Danmark A, B, C, D, F, H, I

Sverige E, G

Framtida svensk primärvård A, (D), E, G, H (I)

som det senaste året bytt läkare förbrukade klart mera sjukvårdsresurser [17].

Allmänläkare i tre länder, USA, Nederländerna och Storbritannien, var i en stor enkätundersökning eniga om att relationell kontinuitet inte kan ersättas med samlad journalinformation om patienten i kombination med riktlinjer och vårdprogram [18].

I en aktuell översiktsartikel av 22 studier [19] bekräftas erfarenheterna av minskad resursförbrukning och lägre mortalitet vid en högre läkarkontinuitet.

Trots olikheter mellan vårdsystem menar vi att erfarenheter från ovannämnda studier kan användas vid utformning av ett vårdssystem i Sverige.

## Hur kan ett svenskt vårdssystem utformas?

Det finns samband mellan hur primärvård organiseras och effekter på kontinuitet, vårdkvalitet samt resursåtgång i hälso- och sjukvårdssystemet.

I Tabell 1 illustrerar vi några faktorer (systemegenskaper) och deras inverkan på kontinuitet/tillgänglighet. Sambanden i tabellen har stöd i litteraturen [4, 5] samt i offentlig statistik och våra egna erfarenheter. Som framgår finns i de engelska, norska och danska primärvårdssystemen kombinationer av faktorerna enligt följande: patienter listade på personlig läkare, mindre mottagningar, ägda av läkare eller vårdpersonal och ersättning huvudsakligen per besök/åtgärd. Vidare utförs relativt ofta hembesök, och det finns under dagtid

»Listning på läkare skapar personlig kännedom mellan läkare och patienter och bidrar till ökat ansvarstagande från läkaren samt ökad tillit hos patienten.«

jourtider till personlig primärvårdsläkare. Bokstäver inom parentes i tabellen markerar osäkerhet om vad som kan ingå i en framtida svensk vårdorganisation.

Hur skulle en svensk vårdorganisation kombinera olika faktorer så att kontinuiteten och tillgängligheten till vård ökar? Enligt vår tabell kan detta ske genom listning på personlig läkare, eventuellt kombinerat med remisskrav till sjukhuspecialist. Mottagningar för specialistsjuksköterskor är angelägna och ska finnas, medan antalet hembesök ökas och sker i samverkan med kommunerna och med akutsjukhusens specialister.

Ovannämnda kombinationer är aspekter som bör beaktas när primärvården och den nära vården nu utformas efter de utredningar som föreslår en kraftig ökning av antalet allmänläkare [20, 21].

Personlig listning utgör ett betydelse-

fullt bidrag i ett primärvårdssystem som är utformat för både de sköra äldre och de friska yngre i befolkningen.

Det är ett faktum att såväl friska yngre som medelålders och äldre personer strävar efter personlig kontinuitet inom andra samhällsområden, exempelvis hos frisörer, bilmekaniker, tandläkare och träningsinstruktörer. En personlig läkarkontinuitet bör vara minst lika angelägen i en tid av ökande psykisk sjuklighet och social utsatthet.

Listning på läkare skapar personlig kännedom mellan läkare och patienter och bidrar till ökat ansvarstagande från läkaren samt ökad tillit hos patienten. Detta ger även goda möjligheter till att via telefon, webbsamtal eller appar klara av en stor del av både uppföljningar och nytillkomna problem, och därigenom också förbättra tillgängligheten.

Att ersätta svenska vårdcentraler med enskilda läkare som är egna företagare är förmodligen inte aktuellt, men personlig listning på primärvårdsläkare, vilka har möjlighet att själva bestämma hur stor lista de orkar med, skulle bidra till ökad kontinuitet samt lösa arbetsmiljöproblem. Möjligheten till kontroll över sin egen arbetssituation skulle dessutom göra arbetet som specialist i allmänmedicin betydligt mera attraktivt än det är i dag. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FDZA

## REFERENSER

1. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Stockholm: Riksrevisionen; 2014. RiR 2014:22.
2. Stevens JP, Nyweide DJ, Maresh S, et al. Comparison of hospital resource use and outcomes among hospitalists, primary care physicians, and other generalists. *JAMA Intern Med.* 2017;177(12):1781-7.
3. Primärvården i Europa. En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017. PM 2017:4.
4. Health at a Glance 2017. OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2017.
5. Anell A. Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturoversikt. Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4). 26 aug 2015. [http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/01/Primärvård-litteraturoversikt-2015-S-2013\\_14.pdf](http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/01/Primärvård-litteraturoversikt-2015-S-2013_14.pdf)
6. Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2006;63(2):158-88.
7. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J.* 2011;15(2):63-9.
8. Beresford L. Continuity visits by primary care physicians could benefit inpatients. *Hospitalist.* 2015;(4).
9. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, et al. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med.* 2003;1(3):149-55.
10. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med.* 2004;2(5):445-51.
11. Fairhurst K, May C. What general practitioners find satisfying in their work: implications for health care system reform. *Ann Fam Med.* 2006;4(6):500-5.
12. Brookhart MA, Patrick AR, Schneeweiss S, et al. Physician follow-up and provider continuity are associated with long-term medication adherence: a study of the dynamics of statin use. *Arch Intern Med.* 2007;167(8):847-52.
13. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ.* 1991;303(6811):1181-4.
14. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract.* 2004;53(12):974-80.
15. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ.* 2017;356:j84.
16. Mainous AG 3rd, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *Am J Public Health.* 1998;88(10):1539-41.
17. Jabaaij L, de Bakker DH, Schers HJ, et al. Recently en-listed patients in general practice use more health care resources. *BMC Fam Pract.* 2007;8:64.
18. Stokes T, Tarrant C, Mainous AG, 3rd, et al. Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and The Netherlands. *Ann Fam Med.* 2005;3(4):353-9.
19. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open.* 8(6):e021161.
20. SOU 2016:2. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet; 2016.
21. SOU 2018:39. God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2018.

## SUMMARY

**The doctor's personal knowledge of patients saved resources and reduced mortality in an American study.**

**How should a care system in Sweden be designed to get similar effects?**

In a recent study of more than 500 000 hospitalisations, doctors with personal knowledge of their patients used less resources, more often discharged them to their own home and their patients had lower mortality. Furthermore, other studies have shown that personal continuity increases patient satisfaction as well as compliance and reduces costs for medical services and visits to emergency services. In a Swedish context we discuss how a combination of organizational factors and personal listing on physicians and continuity of care favour personal knowledge between physician and patient and contribute to a primary care that works well for both the frail elderly and the healthy young.