

GER ENSKILD DRIFT EFFEKTIVARE PRIMÄRVÅRD?

Det förefaller som om vissa viktiga mål för en effektiv primärvård lättare kan nås med enskild drift än med offentlig. Erfarenheter från Kvartersakuten Matteus i Stockholm talar för att bl a kontinuitet och tillgänglighet förbättrades när verksamheten lades ut på entreprenad.

Den utbyggda primärvården i Sverige har inte minskat svenskarnas utnyttjande av sekundär- och tertiärvård i den utsträckning som många hade hoppats på. Skälen till detta är många, kanske framför allt att patientströmmarna inte effektivt kommit att flyta via primärvården.

Ökad privat etablering av specialistmedicinen, en för liten och för smalt arbetande allmänläkarkår, avsaknad av remisstväng och en ohämmad investering i kostsam modern teknologi, är skäl

dicinska etiken av läkare och sjukvårdspersonal diskuterades också.

Svenska åtgärder?

I anslutning till de önskemål som framfördes från de ex-jugoslaviska läkarförbunden kan följande agerande från svensk sida diskuteras:

1. Kan vi från svensk sida stödja normaliseringen i de olika republikerna genom att försöka åstadkomma ett utbyte av erfarenhet och kunskaper? Kanske kunde detta ske genom kontakter med någon eller några av specialitetsförningarna inom Läkarförbundet/Läkarsällskapet – att genomföra kongresser och seminarier och utbyte av personer. Det borde vara möjligt att kunna få medel från biståndsmyndigheterna för detta.

2. Hur skall vi förhålla oss till de läkare som flytt och som nu finns i Sverige? På vilket sätt skulle vi kunna underlätta för dessa läkare att återvända, och hur gör vi med dem som stannar – hjälper vi dem att komma in i vårt sjukvårdssystem och i så fall hur?

3. Hur kan vi bidra till någon mekanism för att skydda läkare ute i världen

som politiker, fackförbund och administratörer anført i den pågående debatten.

Oavsett vilken förklaring som är riktig kvarstår faktum att tillkomsten av nya allmänläkartjänster, t ex en fördubbling av allmänläkarkåren i Stockholm, inte inneburit någon större minskning av besöken hos offentliga och privata specialistläkare 1995.

Utländska förebilder

En möjlig anledning till utebliven avlastning av sekundärvården är betydelsen av den inre organisationen och det praktiska genomförandet av allmänmedicinen i svensk primärvård. Den effektiva danska/engelska »general practice», som är förebilden för en senkommen primärvårdssatsning i Sverige, är annorlunda organiserad.

Den bygger på enskilda entreprenader, breda uppdrag, patientansvar via registrering/lista, lagstadgat öppethållande och remissansvar m m. Detta ar-

som riskerar att råka illa ut därför att man försöker att följa den internationella läkaretikens regler och därigenom kommer i konflikt med det egna landets lagar? Insatser av detta slag pågår sedan länge i World Medical Association (WMA), men åtgärder behövs också av nationella läkarförbund.

Öppnare stämning

Man frågar sig vad ett sådant här projekt kan ha för betydelse för utvecklingen i området – kan det vara ett bidrag i fredsprocessen? Det har ju varit oerhört intressant att delta och glädjande att se hur relationerna denna gång var helt annorlunda än tidigare.

Även om konflikten mellan de olika etniska grupperna ibland kom fram var ändå stämningen betydligt öppnare och kamratligare än vid tidigare tillfällen. Det är uppenbart att den bräckliga freden spelar en stor roll för den fortsatta utvecklingen.

Det är väl också uppenbart att det har blivit en dialog mellan grupperna. Detta gör att det känns meningsfullt att ha varit med, och man vill gärna tro att mötena haft någon betydelse. •

DEBATT

”I Sverige finns en stark och bred majoritet mot remisstväng. Denna allmänläkarens lotsfunktion, på engelska benämnd »gate-keeping», är dock inte alls illa sedd i de länder som tillämpar den. Sannolikt kommer svensk sjukvård att tvingas ta till denna metod om pengarna fortsätter att tryta.”

bettsätt har sannolikt en stor betydelse för invånarnas utnyttjande av sjukhusen i dessa länder. Idag anser många forskare att ett lågt utnyttjande av sekundärvård är beroende av att det i den lokala primärvården föreligger en hög kontinuitet, ett brett åtagande, remissansvar (gatekeeping) och hög tillgänglighet.

Kostnadseffektiv sjukvård

Kontinuitet skapar såväl trygghet som kvalitet för den enskilde i primärvården och ett effektivt utnyttjande av övrig vård [1-4]. Brittiska, danska och kanadensiska erfarenheter visar att hög kontinuitet leder till ett lågt sekundärvårdsutnyttjande, och att patienterna är mycket nöjda med att få träffa samma läkare vid olika konsultationer i vardagssjukvården [3-5].

Brett åtagande är en viktig förutsättning för att skapa en hög kontinuitet i primärvården. Ju fler områden läkaren har ansvaret för, desto större är chansen att patienten träffar samma läkare vid olika konsultationer. Bredden i arbetet är dessutom nödvändig för att vidmakt-

Författare

GÖRAN SJÖNELL
med dr, husläkare, Kvartersakuten
Matteus, Stockholm.

hålla ett generalistperspektiv i vardagsarbetet [4-9]. Holländska studier, där tio europeiska länders sjukvård jämförs, visar tydligt hur viktigt det breda åtagandet är för en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård [7].

Lotsfunktionen (gatekeeping), dvs primärvårdens ansvar för vidareremittering av icke akuta fall, har hittills inte betonats i svensk sjukvård. Många forskare, framför allt amerikanska, hävdar med bestämdhet att just detta är pudelns kärna i en kostnadseffektiv sjukvård. I de länder där detta system är använt sedan decennier föreligger den mest kostnadseffektiva sjukvården [4, 7, 10-14].

Tillgänglighet är en självklarhet för en välfungerande primärvård. Om inte patienterna kan ringa till eller träffa sin läkare i anslutning till att sjukdom, symptom eller oro uppstår, uppnås givetvis ingen större effektivitet. Det finns inte något överflöd av vetenskapliga studier avseende tillgängligheten i primärvården och dess betydelse för minskat utnyttjande. Det beror antagligen på att de flesta anser den vara ett faktum [3, 15, 16].

Offentligt driven primärvård

Den svenska primärvården är, alltsedan landstingen tog över ansvaret 1963, nästan utslutande offentligt organiserad. Genom husläkarsystemets korta irrbloss på sjukvårdshimlen 1993-94, tillkom en mindre grupp enskilda entreprenörer i svensk primärvård.

Tillkomsten av dessa hade framför allt politiska och enskilda motiv. Någon forskning eller försök till analys av enskild drifts eventuella för- eller nackdelar för patienter och samhälle hade knappast skett.

Med internationella utblickar och på basis av personliga erfarenheter av offentlig och enskild organiserad primärvård, skall jag göra ett försök att besvara frågan: »Betyder den svenska primärvårdens driftsform något för patienter och samhälle?»

Dubbla erfarenheter

Erfarenheterna från Kvartersakuten i Stockholm 1987-1995 ger möjligheter att belysa de praktiska konsekvenserna av både offentlig och enskild drift av svensk primärvård, med närmast identiska förutsättningar under hela perioden.

Sex av allmänläkarna (inklusive artikelförfattaren) lämnade tidigare offentliga anställningar i området och övergick 1993 till Praktikertjänst tillsammans med sju distriktssköterskor, tre undersköterskor, tre sekreterare och tre sjukgymnaster.

Vi fortsatte driften av primärvården, för i stort sett samma befolkning, i de

gamla lokalerna, på entreprenad med husläkarkontrakt. De yttre förutsättningar var sålunda ytterst lika 1990-1993 och 1994-1996, medan de inre skilde sig genom offentlig respektive enskild drift.

Genom att Kvartersakuten varit föremål för flera vetenskapliga utvärderingar finns ett gediget material avseende den offentliga organisationen och prestationerna före 1993 [8, 17]. I verksamhetsrapporter från Kvartersakuten Matteus (Praktikertjänst) 1994 och 1995 finns motsvarande information efter det enskilda övertagandet [18].

Kontinuitet och driftsform

Sannolikt gynnas och förstärks kontinuiteten i primärvården av enskild drift. Eftersom intäkterna är direkt beroende av patienterna och deras besök, strävar en enskild entreprenör efter så hög kontinuitet som möjligt.

Bortsett från att allmänmedicinen i grunden bygger på ett förtroendefullt förhållande mellan patienten och läkaren och därmed alltid utgör ett mål i primärvården, är besök av kända patienter oftast enklare för allmänläkaren. De är mindre resurskrävande än nybesök. Kontinuiteten i patientarbetet är kostnadseffektiv för den enskilde entreprenören.

Den som arbetar offentligt är inte på samma sätt tydligt beroende av antalet listade och konsulterande patienter per dag för sin utkomst. Detta kan leda till att kontinuiteten inte prioriteras lika hårt av landstingsanställda som av enskilt anställda allmänläkare.

För en hög kontinuitet är också viktigt att doktorn stannar kvar på orten. Det är uppenbart i t ex England och Danmark, där alla allmänläkare är enskilda entreprenörer, att dessa mycket sällan flyttar. De investeringar de gjort i lokaler, medarbetare och i upparbetande av listan lämnar de inte utan mycket starka skäl.

Brett åtagande och enskild drift

Det breda åtagandet gynnar även den enskilt anställde doktorn. Ett brett åtagande innebär ekonomisk »riskspridning». Den enskilt arbetande allmänläkaren är då inte utlämnad enbart till basåtagande utan har även tilläggsåtaganden.

Det breda åtagandet effektiviserar dessutom mottagningen genom att fler sköterskor och annan personal kan anställas om t ex barn- och mödrahälsovård ingår i uppdraget. Mottagningen blir mindre sårbar för sjukdom och annan frånvaro om personalstyrkan ökas.

Breda åtaganden underlättar också ofta etablerandet av gruppläkarmottag-

ningar och rekryteringen av de mest kompetenta allmänläkarna. Detta påstående verifieras bl a av att amerikanska HMO (Health maintenance organisations), som erbjuder breda åtaganden, genomgående har lättare att anställa eftertraktade specialister i familjemedicin än de som endast erbjuder läkarna kärnverksamheten, dvs basåtaganden enligt svensk nomenklatur [pers medd, Dr Fitzhugh Mullen, Dept Surgeon General, USA, 1995].

Offentligt organiserad primärvård kan och bör givetvis sträva efter breda åtaganden. Dock kan det noteras att subspecialisering av allmänläkarna förekommer på många svenska vårdcentraler, samt att barn- och gynspecialister återfinns i stor omfattning i den landstingsdrivna primärvården, främst i tätorter och storstäder.

Remissansvar och anställningsform

I Sverige finns en stark och bred majoritet mot remisstväng. Denna allmänläkarens lotsfunktion, på engelska benämnd »gatekeeping», är dock inte alls illa sedd i de länder som tillämpar den. Sannolikt kommer svensk sjukvård att tvingas ta till denna metod om pengarna fortsätter att tryta. Flera landsting inför systemet delvis redan i år.

En allmänläkare som arbetar som enskild entreprenör ser sannolikt, liksom de flesta svenska läkare, remisstväng som en stark inskränkning av den enskilda patientens valfrihet. Dock är ett sådant system inte helt ointressant för enskilt anställda allmänläkare. Remissansvar för alla listade patienter ökar inflödet av patienter till mottagningen och förstärker kontinuiteten.

Bägge dessa konsekvenser av ett remisstväng gynnar sålunda den enskilde entreprenören genom att intäkterna ökar, samtidigt som allmänläkaren blir än mer inarbetad på orten och bland sina patienter. Eftersom remisstväng ökar kraven på distriktsläkarens dagliga närvaro i patientarbetet är det inte alltid prioriterat i den offentliga primärvården.

Systemet fungerar i många länder i Europa. I exempelvis Danmark, England, Holland, Spanien, Portugal och Italien är remisstväng till offentligt finansierad sekundärvård etablerat sedan decennier.

Allmänläkarna i dessa länder, de flesta i enskild praktik, är nöjda med systemet, och deras patienter ser systemet som naturligt och tryggt – de får ju träffa sin egen läkare [19].

Enskild drift av primärvården i Sverige kommer sannolikt inte att utgöra ett hinder, om allmänläkaren skall göras till *lots* i systemet, förutsatt att uppdraget har rimlig omfattning. Remissansvar förutsätter att antalet patienter per en

FAKTARUTA

Husläkarverksamhet vid Kvartersakuten Matteus i offentlig (1992–1993) respektive privat (1994–1995) drift.

	1992–1993	1994–1995
Kontinuitet (UPI*)	75 procent	82 procent
Åtagande	Husläkare, distriktssköterska, BVC, hemsjukvård, sjukgymnastik, jour	Husläkare, distriktssköterska, BVC, hemsjukvård, sjukgymnastik, jour, sjukhem
Tillgänglighet	Öppen mottagning: 1,0 tim/husläkare och dag	Öppen mottagning: 1,5 tim/husläkare och dag
Tillgänglighet, telefon	30 min/husläkare och dag	45 min/husläkare och dag
Antal läkarbesök/heltid husläkare/år	2 250 st	2 600 st

* UPI = Usual provider index, dvs procentuellt antal besök per år som patienten gjort hos sin ordinarie läkare vid mottagningen.

heltidsarbetande allmänläkare inte överstiger 1 500 individer.

Tillgänglighet i olika driftsformer

Att vara tillgänglig för de egna patienterna är en fundamental förutsättning för allmänläkaryrket, eftersom patienterna vid behov vill träffa sin egen läkare.

Att vara tillgänglig för sina patienter kan ofta innebära uppföringar och konflikter för allmänläkaren. Lika tydligt som konsultationen kräver tid, avskildhet och koncentration kräver tillgängligheten flexibilitet, närhet och service till många patienter samtidigt.

Dessa motstridiga intressen i primärvården måste balanseras och en rimlig avvägning görs. Om allmänläkarens närvaro och tillgänglighet uppmuntras och belönas, ökar troligtvis patienternas möjligheter att nå läkaren i anslutning till att sjukdom, symtom eller oro tillstött.

Den allmänläkare som har en avtalad månadslön utan några tydliga överenskomelser om prestationer eller service, är rimligen mindre intresserad av tillgängligheten till primärvården än de som arbetar efter ett enskilt kapitations- och/eller prestationsavtal.

Ekonomiska styrmedel

Frågan infinner sig givetvis om ovanstående spekulationer om framför allt ekonomiska styrmedel har relevans i svensk primärvård. Att läkare erhåller lön genom att patienter utnyttjar deras tjänster är ett faktum som helst förtigs i debatten.

Köp- och säljmodeller i Sverige de senaste åren har dock tydligt visat hur starka de ekonomiska incitamenten är även i den svenska sjukvården. Det är uppenbart att sättet att ersätta sjukvården för dess insatser har stor betydelse

för dess resultat. Samtidigt är det väsentligt att påpeka att även decentralisering och lokalt ansvar har stor betydelse för professionella organisationers resultat.

En enkel sammanställning av tillgängliga data för Kvartersakuten Matteus bekräftar delvis ovan förda resonemang, dvs att enskild drift av primärvården bättre uppfyller målen om kontinuitet, brett åtagande, remissansvar och tillgänglighet än motsvarande offentliga drift.

Faktarutan här intill visar de prestationer läkare vid nuvarande Kvartersakuten Matteus (Praktikertjänst) utfört som landstingsanställda distriktsläkare 1992–1993 och som privatanställda husläkare 1994–1995.

Siffrorna utgör en retrospektiv sammanställning och inte en planerad och genomförd studie. Avsikten är att belysa några av de erfarenheter vi gjort sedan vi började i Praktikertjänst.

Sammanfattning

Utländsk forskning och praktiska erfarenheter visar att en primärvård byggd på kontinuitet, breda åtaganden, remissansvar (gatekeeping) och en hög tillgänglighet ger en kostnadseffektiv totalsjukvård. Det är möjligt att dessa viktiga mål för en effektiv primärvård i Sverige lättare kan uppnås med enskild drift än med offentlig drift.

Enstaka inhemska erfarenheter, som givetvis skall tolkas med försiktighet, bekräftar dessa utländska erfarenheter. Måhända är en i vissa delar av landet förhärskande storskalig landstingsorganisation utan tydliga mål, ansvar och incitament i primärvården en bidragande orsak till den uteblivna avlastningen av svensk slutenvård. Det förefaller mycket angeläget att det genomförs prospektiva kontrollerade forskningsprojekt inom detta viktiga område.

Referenser

1. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, Frey GF, Sox CH, Caudette C. Continuity of medical care in elderly men. *JAMA* 1984; 252: 2413-7.
2. Shear C, Gipe BT, Mattheis JK, Levy MR. Provider continuity and quality of medical care. *Med Care* 1983; 21: 1204-10.
3. Bass M, Stewart M. The physicians actions and the outcome of illness in family practice. *J Fam Pract* 1986; 23: 43-7.
4. Håkansson A. Epidemiology of pregnancy and infancy. Populationbased studies in primary health care. Dalby, Lunds Universitet, 1989. Thesis.
5. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M et al. Variation in resource utilisation among medical specialties and systems of care: results from the medical outcomes study. *Jama* 1992; 267: 1624-30.
6. Dale J, Green J, Glucksman E, Higgs R. Providing for primary care: Progress in A & E. Dept of general practice and primary care. London: King's College Hospital, 1991.
7. Gronenwegen P, Flierman HA. Remunerating general practitioners in Western Europe. Utrecht: NIVEL, 1987.
8. Smedby B, Haglund B, Johansson M, Lundh L, Nightingale R. Kvartersakuten i Stockholm. Lund: Studentlitteratur, 1992.
9. Mölstad S. Antibiotics usage and betalactamas production in respiratory tract bacteria. Lund: Studentlitteratur, 1990. Thesis.
10. Manning WG, Leibowitz A, Golberg GA, Rogers WH, Newhouse JP. A controlled trial of the effects of a prepaid group practice on use of services. *N Engl J Med* 1984; 310: 1505-10.
11. Clancy CM, Hillner BE. Physicians as gatekeepers: the impact of financial incentives. *Arch Intern Med* 1989; 149: 917-20.
12. Franks P, Clancy C, Nutting P. Gatekeeping revisited. Protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med* 1992; 327: 424-7.
13. Fishbone M, Starfield B. Child health care in the US. A comparison of paediatricians and general practitioners. *N Engl J Med* 1981; 305: 552-6.
14. Paxton HT. Generalist vs specialists: The battle for patients heats up. *Med Econom* 1983; May 2: 200-9.
15. Larsson S. Öppen mottagning i Stockholms innerstad – erfarenheter från två vårdcentraler. *Läkartidningen* 1988; 85: 1023-5.
16. Sjönell G. Relationship between use of increased primary health care and other outpatient care in a Swedish urban area. Sundbyberg: Karolinska Institutet, 1984. Thesis.
17. Öhrming J. Kvartersakuten. Ny organisation & ändrat arbetssätt inom primärvården. Stockholm: Arbetslivscentrum, 1990.
18. Verksamhetsredovisningar. Stockholms läns landsting: Centrala Stockholms sjukvårdsområde, 1994-95.
19. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.