

# Kan för stort glapp i styrsystemet justeras till lagom spel?

**Arbetsfördelningen mellan primärvård och akutsjukvård kännetecknas i hög grad av informationsbrist och »glapp» i vårdkedjan, enligt en studie av 325 specialistremisser från en vårdcentral i Stockholmsområdet som redovisas i denna artikel. En väg till ökad samsyn och samordning kan vara att låta par av allmänläkare och specialister tillsammans vara »programansvariga» för gemensamma rutiner för arbetsfördelning och information när det gäller utvalda patientgrupper.**

Det finns olika meningar om i vilken utsträckning patienter behandlas på adekvat vårdnivå. I vissa sammanhang hävdas att primärvården remitterar för mycket, i andra att det skrivs för få remisser. Det finns en rad studier som visar att flertalet remisser är adekvata, men också att det finns problem med onödiga remisser [1, 2].

Detta bör sättas i samband med att den svenska primärvården har ett förhållandevis snävt ansvarsområde, jämfört med länder som Storbritannien, Danmark och Holland, där sjukhus- och annan specialistvård är mindre väl utbyggd. Vid en internationell jämförelse är dock den svenska bilden splittrad.

Det finns knappast någon »naturlig» arbetsfördelning mellan primär- och sekundärvård. Den befintliga vårdstrukturen och de lokala traditionerna torde ha stor betydelse för vilka patienter som söker eller hänvisas till olika typer av vård. Arbetsfördelningen mellan generalist- och specialistvård är i sista hand en fråga om sjukvårdspolitisk styrning.

## Författare

INGVAR KRAKAU  
distriktsläkare, universitetslektor

EJDA HASSLER  
distriktsläkare, med dr; båda vid allmänmedicinska enheten, institutionen för medicin, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Tidigare studier av kontakterna mellan primärvården och andra vårdformer har främst inriktats på kartläggning av remisser från, mer sällan till primärvård [3, 4]. Ändå är det i den senare riktningen patientströmmarna måste öka när vårdstrukturen förändras.

Det faktum att en patient remitteras från en vårdgivare till en annan innebär dock inte nödvändigtvis att patienten kommer att söka eller bli mottagen där. Många specialistkontakter initieras utan remiss och avslutas utan remissvar.

Remisstudier behöver därför kompletteras med uppgifter från andra källor som journaler, epikriser och olika register över vårdutnyttjande. För att erhålla en mer nyanserad bild av det ofta komplicerade samspelet mellan primärvård och akutsjukvård (och även andra vårdinstanser) bör man också väga in individuella skillnader i läkares inställning till vilka patienter som bör behandlas på vilken vårdnivå.

Vi har i denna studie velat belysa förutsättningarna för samverkan mellan primärvård och akutsjukvård. Undersökningen har gjorts inom ramen för Socialstyrelsens primärvårdsuppföljning.

## Frågeställningar

I vilken utsträckning:

- remitteras patienter från primärvård till specialistvård och i vad mån föranleder remisserna åtgärder inom specialistvården?
- styrs befolkningens utnyttjande av specialistvård av remisser och andra hänvisningar från allmänläkare?
- känner allmänläkaren till vilka åtgärder som vidtas inom specialistvården beträffande det egna upptagningsområdets patienter?

## MATERIAL OCH METOD

Samtliga 325 specialistremisser under andra halvåret 1994 från en vårdcentral i Stockholmsområdet granskades. Vårdcentralen, som betjänar omkring 7 000 invånare i en blandad villa- och hyreshusbebyggelse, har fyra ordinarie och en vikarierande distriktsläkare. Ett region- och ett länsdelsjukhus samt ett antal privata specialister var förstahandsalternativ för remisser

från primärvården. Remissvar och aktuella journalanteckningar vid vårdcentralen och hos berörda specialistläkare granskades.

Sjukhus- och vårdcentraljournaler studerades för de 112 patienter (18 år eller äldre) från vårdcentralens upptagningsområde som, enligt landstingets öppenvårdsregister, under januari 1995 besökte regionsjukhusets kliniker för medicin, kirurgi, ortopedi, neurologi, gynekologi respektive öron-, näs och hals. Dessa kliniker var vårdcentralens sex vanligaste remissinstanser.

För att få ett bredare perspektiv på aktuella vård samband gjordes vidare en kartläggning av all offentlig vård för ett 10-procentigt urval av de 646 patienter (18 år eller äldre) i vårdcentralens upptagningsområde som, enligt landstingets öppenvårdsregister, under januari till juni 1995 besökt någon av de sex klinikerna. För var och en av de 64 patienterna framtoogs ur öppenvårdsregistren uppgifter om besök och inläggningar vid landstingets alla kliniker och mottagningar ett år före och ett år efter respektive indexbesök. Dessutom granskades innehållet i vårdcentralens journaler. Ett omfattande arbete lades ner på sökning i olika journalarkiv.

## RESULTAT

De 325 remisser som fanns registrerade i vårdcentralens journaldatorsystem (12,5 remisser per 100 besök), hade sänts till läkare inom 30 olika specialiteter. Störst andelar gällde kirurgi (21 procent), medicin och öron-, näs och hals (vardera 15 procent). Det framgick att remitterande läkare var osäker på diagnosen i omkring hälften av fallen, att var sjätte patient (eller anhörig) själv önskat remiss samt att var fjärde remiss var brådskande.

Inom ett halvår hade 82 procent av remisserna besvarats (61 procent inom en månad). Privata vårdgivare svarade snabbare än offentliga (73 respektive 58 procent inom en månad). Endast var sjätte remiss (57) ledde till att remitterande läkare fick direkta råd och anvisningar om fortsatt handläggning i primärvården. Fyrtio procent av patienterna (130) blev kvar inom specialistvården. För 38 av de 112 patienterna från

vårdcentralens upptagningsområde som i januari 1995 enligt öppenvårdsregistret besökt läkare vid de aktuella klinikerna saknades motsvarande journalanteckningar.

Fyrtiotre av de 74 i journal dokumenterade indexbesöken hade initierats från respektive klinik. Tjugo besök, varav 18 på akutmottagningen, skedde på patientens initiativ. Fem patienter kom från privatläkare. Remiss från distriktsläkare förekom endast i tre fall. En patient kom efter kontakt med distriktsköterska.

I 32 fall planerades återbesök vid den egna kliniken. Tolv patienter lades in i anslutning till indexbesöket. Nio patienter hänvisades till husläkare, fyra till annan klinik och tre till privatläkare. Fjorton bedömdes ej vara i behov av ytterligare besök. För endast åtta av de 74 sjukhusbesöken fanns information vid vårdcentralen i form av remiss (två), remissvar (fyra), epikris (en), eller journalkopia (en).

De 64 patienter vilkas totala utnyttjande av offentlig vård studerades året före och året efter indexbesök vid någon av de sex klinikerna hade avlagt sammanlagt 801 läkarbesök, varav drygt hälften (59 procent) hos specialistläkare på sjukhus. Varannan patient hade även varit inlagd på sjukhus vid minst ett tillfälle. Endast för fyra av dessa sammanlagt 59 vårdtillfällen fanns epikris på vårdcentralen.

Trettiosju patienter hade besökt vårdcentralen och där gjort tillsammans 192 läkarbesök. Dessa patienter hade även vid 285 tillfällen besökt specialistläkare och 19 hade varit inlagda på sjukhus (totalt 33 inläggningar). Deras läkarbesök hade omväxlande gjorts hos distriktsläkare och hos sjukhusspecialister.

Sammanlagt förelåg 172 besöks- eller inläggningstillfällen då det bedömdes att information från annan vårdnivå skulle ha varit av värde. Dock överfördes information endast i 22 fall från och i 18 fall till primärvården, vanligtvis i form av remisser till och remissvar från sjukhus.

## DISKUSSION

Denna studie av vad som händer med remisser från primärvård till specialistvård och av sambanden mellan primärvård, vanliga remissinstanser och vården i övrigt ger exempel på olika typer av »glapp» i vårdkedjan.

Många remissmottagare var långsamma med att ge besked och en del svarade inte alls. Endast i få fall ledde remissen till att man i primärvården fick konkret vägledning för fortsatt handläggning. Obesvarade remisser är ett problem som uppmärksammats även i andra studier, t ex vid en vårdcentral i

Uppsala där 25 procent av remisserna ej besvarades inom en sexmånadersperiod [5]. En sådan situation skapar merarbete för bägge parter.

Flertalet sjukhusbesök hade initierats från kliniken eller av patienten själv, endast i få fall genom remiss från allmänläkare. Patienternas kontakter med specialistvården började och fortsatte i ett till synes slutet system utan närmare kommunikation med primärvården, som sällan nåddes av information om den behandling som gavs.

Möjligheterna att påverka inflödet till sjukhuset genom remiss från primärvården var därmed starkt begränsade, liksom möjligheterna till praktisk samverkan kring gemensamma patienter.

Kontakterna mellan akutsjukvård och primärvård stod inte heller i proportion till mängden gemensamma patienter. De tillfällen som ändå gavs till dialog mellan primärvård och specialister utnyttjades dåligt. Med glapp även i dessa vårdkedjans styrleder finns risk att viktig medicinsk information ej beaktas och att redan gjorda undersökningar görs om i onödan.

## Samordna informationen

Det faktum att det i denna studie saknades journaluppgifter för många av de besök som fanns registrerade i landstingets öppenvårdsregister pekar också på behovet av en närmare samordning mellan olika medicinska och administrativa system för patientinformation. Den ökande datoriseringen av vården öppnar nya möjligheter till informationsutbyte över vårdgrensgränserna.

För att sådant informationsutbyte skall kunna ha någon inverkan på arbetsfördelningen mellan primärvård och specialistvård behövs såväl förankrade vårdprogram för olika sjukdomstillstånd som system för kontinuerlig uppföljning av patienter inom sådana program.

Situationen kompliceras ytterligare genom bristande samsyn om vilka patienter som bör remitteras och genom icke-optimala rutiner för remisshantering och remissbevakning, något som vi också studerat inom ramen för Socialstyrelsens primärvårdsuppföljning i en riksomfattande enkätstudie [6]. Som framgår av den studien är bristande samordning mellan akutsjukvård och primärvård knappast ett isolerat stadsproblem.

Förhållandet att flertalet patienter på sjukhus ej (samtidigt) är kända i primärvården, och att remisser från primärvården således utgör en liten rännil i förhållande till det totala tillflödet av patienter till specialistläkare, gör det nödvändigt att finna nya former för samverkan.

För vissa väldefinierade sjukdoms-

tillstånd och större sjukdomsgrupper finns särskilda vårdprogram och vårdöverenskommelser. Men man skall nog inte ha någon övertro på sådana skrivna dokument som lösningar på bristande samverkan. Det viktigaste instrumentet för ökad samsyn och därmed effektivare resursanvändning är sannolikt en bättre och mer medveten kommunikation i vardagsarbetet [7].

## Lokalt programansvariga bättre än skriftliga regler

Hur skall då informationsbrist och därmed glapp i vårdkedjan kunna rättas till? Stora förväntningar har knutits till införandet av s k allmänläkarkonsulter på sjukhus. Systemet som ursprungligen kommer från Danmark har fått en närmast explosionsartad spridning också i Sverige [8]. Några systematiska studier av effekterna på kommunikation och samverkan i vården har dock ännu ej presenterats.

Det kan nog finnas skäl att också pröva andra vägar för att öka samordning och samsyn vårdnivåerna emellan, t ex genom att låta par av allmänläkare och specialister tillsammans vara »programansvariga» för utformning av gemensamma rutiner för arbetsfördelning och information när det gäller utvalda sjukdomsgrupper.

Man bör slutligen betänka att slutmålet inte rimligen kan vara en så tät kommunikation mellan vårdnivåerna att patientens behov av integritet i vården äventyras. Ett lagom spel i vårdens styrinrättning utan för stort glapp behövs justeras in.

## Referenser

1. Jones Elwyn G, Stott NCH. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. *BMJ* 1994; 309: 576-8.
2. Lindström K, Hagman A, Berg L, Bengtsson C. Referral notes used as a tool for evaluating the co-operation between general practitioners and hospital physicians. *Scand J Prim Health Care* 1994; 12: 214-8.
3. Gran B. Remisser till Örnäsets vårdcentral: Utnyttjas primärvårdens kompetens optimalt? *Läkartidningen* 1987; 54: 2839-40.
4. Eliasson G, Johansson E. Remisser från sjukhus till primärvård: Kunskaperna finns men informationen kan bli bättre. *Allmänmedicin* 1997; 18: 143-5.
5. Åberg H. Remisser till en medicinklinik: en jämförelse mellan 1980, 1982 och 1984 med särskild hänsyn till andelen från en primärvård i utbyggnad. *AllmänMedicin* 1985; 6: 280-2.
6. Krakau I, Hassler E. Informationsutbyte och arbetsfördelning mellan primärvård och specialistvård. Primärvårdsuppföljningen. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.
7. Bourguet C, Gilchrist V, McCord G, the NEON Research Group. The consultation and referral process. A report from NEON. *J Fam Pract* 1998; 46: 47-53.
8. Spri. Allmänläkare verksamma vid sjukhuskliniker. Erfarenheter från fyra sjukvårdsområden i Sverige. Stockholm: Spri, 1997. Spri rapport 456.