

# Husläkare kontra "Hospitalist"

Debatt i USA om patient-läkarkontinuitet

**F**ru Andersson blir dålig med feber och frossbrytningar. Efter två dagar ringer hon till sin husläkare och får tala med mottagningsköterskan som ser till att ett recept på penicillin rings in till apoteket. Fru A blir dock inte bättre, och efter ytterligare två dagar kontaktar hon nattetid husläkaren och blir hänvisad till sjukhusets akutmottagning. Där blir hon inlagd, infektionsläkare tar över och ordinerar antibiotikadropp. Behandlingen har effekt, och fru A betraktas så småningom som klinikfärdig av ansvarig läkare på den internmedicinska avdelning dit hon överförs. Men hon är fortfarande svag och flyttas först till en rehabiliteringsenhet och sedan till ett sjukhem. Till sist är fru A kry nog att åka hem och kan återknyta kontakten med sin husläkare.

**Vad finns det** för anledning att relatera denna alldagliga vårdepisod? Fru A blev ju väl omhändertagen. Inte minst är det anmärkningsvärt att det fanns plats för eftervård på både rehabiliteringsenhet och sjukhem, så att den klena fru A inte behövde skrivas ut direkt till hemmet. Vårdkedjan fungerade bra – eller hur?

Sett med svenska ögon, ja – men inte med amerikanska.

Fru Andersson heter i originalversionen Mrs Smith, och episoden återges som ett varnande exempel i en debattartikel i New England Journal of Medicine (1999; 340: 1362).

Hur menar artikelförfattaren (som är infektionsläkare i St Louis) att det i stället skulle ha gått till? Jo, Mrs Smith skulle för-

stås ha haft sin egen husläkare som ansvarig behandlande läkare under hela sjukhusepisoden. Husläkaren skulle ha följt sin patient till sjukhuset, han skulle själv ha konsulterat erforderliga specialister och ordinerat lämplig behandling. Framför allt skulle han inte ha lämnat sin patient i händerna på en sk »hospitalist», dvs en specialist i internmedicin eller allmänmedicin anställd på sjukhuset med uppgift att ta hand om patienter som »tillhör» andra läkare.

Hur går det med kontinuitet och vårdkvalitet, hur går det med förtroendet mellan patient och läkare, hur går det med husläkarnas kompetens för sjukhusvård, om denna utveckling får fortsätta, undrar artikelförfattaren.

**Han är inte ensam** om sina åsikter. Debatten om husläkarens roll i den slutna vården är livlig i USA. Tidskriften *Annals of Internal Medicine* (1999; 130) ägnar exempelvis ett helt nummer åt vad man kallar »the hospitalist movement». Diskussionen speglar en grundläggande kulturskillnad mellan europeisk och amerikansk sjukvård, där den amerikanske husläkaren (ofta en »bred» internmedicinare) traditionellt har fungerat som en sorts generalentreprenör för sin patient. Det är husläkaren som vid behov har lagt in patienten på det sjukhus som han har överenskommit med, och som anlitat sjukhusets

subspecialister för definierade behandlingar. Att ospecifict överlämna patienten till en kollega och därmed avhända sig ansvaret var tidigare otänkbart för husläkaren.

Under de senaste 20 åren har principen emellertid gradvis luckrats upp. Om husläkaren skall hinna med både öppenvårdsmottagning och sjukhusbesök, måste antalet patienter vara måttligt och de geografiska avstånden överkomliga. Det är en småstadsmodell som är svår att leva upp till i storstäder, särskilt med dagens kostnadspress från sjukförsäkringsbolagen.

Olika varianter av »hospitalists» har därför utvecklats. Läkare som har gruppraktik har t ex funnit det rationellt att i tur och ordning tjänstgöra på sjukhuset för att (på dag- och jourtid) ta hand om alla inlagda patienter från praktiken, oavsett vem av kollegerna som egentligen är patientens husläkare. Så långt kan nog alla utom de mest ortodoxa acceptera förfarandet. Nästa steg är att patienten på sjukhuset blir omhändertagen av en permanent sjukhusbaserad läkare som husläkaren har valt. Tveksamt, tycker många. Det sista steget – som de flesta husläkare fruktar – är att patienten obligatoriskt måste lämnas över till den läkare som sjukhuset bestämmer.

Som antytts inledningsvis kan vi i Sverige kanske tycka, att de amerikans-





## MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994–95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkring. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11–50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag,  
Missbruk

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden»  
Telefax 08-20 76 19

ka läkarna hetsar upp sig onödan. Men det beror kanske på att den traditionella amerikanska modellen aldrig i modern tid har varit ett realistiskt alternativ för oss. Sverige är ju sjukhusdominerat och saknar en stark husläkartradition, till skillnad från inte bara USA utan också mer närliggande länder som England och Danmark. Vi har vant oss vid att det blir hack i kontinuiteten, både mellan primärvård och sjukhusvård och mellan sjukhusens alltmer specialiserade enheter.

**Försöken att inom ramen** för det svenska systemet förbättra kontinuiteten handlar dock om samma grundproblem som i USA, nämligen de svårigheter att överföra korrekt och fyllig information som uppstår när patienten rör sig mellan olika läkare och vårdenheter, och patientens förlust av trygghet och sammanhang i en fragmenterad vård. Bland föreslagna botemedel har vi under senare år sett primärvårdsstyrd vård, husläkar-systemet och PAL-reformen. Diskussionen om vårdkedjor handlar förstås om samma sak.

Tanken på en primärvårdsstyrd vård (delvis realiserad i Dalamodellen), där distriktsläkaren disponerar en stor del av sjukvårdsbudgeten och köper sjukhusvård i samråd med sin patient, påminner inte så litet om den amerikanska modellen, även om förespråkarna nog

inte tänkt sig att distriktsläkaren också skulle gå rond på sjukhuset. Husläkaren är ju också tänkt att vara patientens vägvisare genom sjukvårdens labyrinter.

Den patientansvariga läkaren på sjukhus är en variant av den koordinerande »hospitalist» som amerikanska läkare nu är så kritiska mot.

Kanske skulle PAL-reformen ha varit mer framgångsrik, om PAL:arna hade fått ordentligt med tid avsatt för den samordnande uppgiften och inte haft den som ett tillägg ovanpå ordinarie arbete.

Drivande i den amerikanska utvecklingen är de sjukförsäkringsbolag som erbjuder s k managed care, dvs ett specificerat »paket» vårdtjänster hos de vårdproducenter som bolaget har kontrakt med. Studier har visat att sjukhusvistelsen blir kortare, antalet internkonsultationer på sjukhuset färre, och kostnaderna följaktligen lägre, när en »hospitalist» har ansvaret än när husläkaren »följer med» till sjukhuset.

**Sådana ekonomiska argument** talar för att fenomenet »hospitalist» har kommit till den amerikanska sjukvården för att stanna. Vilken variant som blir vanligast återstår att se. Hur USAs läkare hanterar den nya situationen kan ge värdefulla lärdomar också för den svenska sjukvården i den ständiga konflikten mellan vårdkvalitet och ekonomi. •

ILLUSTRATION: MAY STRANDBERG