

Nog pratat om primärvården – tid för handling

Argumentation byggd på bristande litteraturstudier och selekterad erfarenhetsbaserad kunskap är vansklig. Det finns nästan alltid studier och erfarenheter som visar motsatsen när man rör sig i en komplex omgivning. Primärvårdens organisation är svår att studera i enskilda forskningsprojekt. Mångåriga erfarenheter från andra länder är nog de bästa data vi kan inhämta för vår analys. Det skriver Göran Sjönell i polemik mot Sven Engström m fl om Protosförslaget om hur framtidens primärvård ska organiseras.

GÖRAN SJÖNELL

familjeläkare, direktör, Familjemedicinska institutet (Fammi), Stockholm
goran.sjonell@fammi.se

■ Sven Engström m fl skriver i *Läkartidningen* 6/2003 (sidorna 438-40) angående, det enligt min uppfattning förträffliga, Protosförslaget att de vill ha samma organisation i svensk primärvård som förr, dvs en sammanhållen primärvård med områdesansvar, teamarbete och listning.

Innehåll och källor

Artikeln, som vittnar om ett stort och seriöst engagemang, ställer många viktiga frågor. Jag menar dock att det finns anledning att granska sakinnehållet och de källor som ligger till grund för påståendena.

Författarna argumenterar med ett antal internationella och några enstaka svenska referenser som stöd för sina uppfattningar, och menar att de referenserna visar att deras analys är riktig. Dock är det kanske mest intressanta i artikeln att gruppen skriver: »Tidsbrist har gjort vår litteratursökning ofullständig, och vi hänvisar även till erfarenhetsbaserad kunskap«. Det finns sålunda utrymme för att fylla på litteraturlistan med fler referenser och ännu mer erfarenhetsbaserad kunskap.

Granskning av påståenden

Nedan följer några kommentarer som avser visa hur omfattande litteraturen är på detta område, och hur man kan använda delar av den för att stärka sin egen övertygelse.

1. *Listning på läkare och arbetsvillkor.* Här anges endast en referens, från Östergötland, för att belägga att samarbete och arbetsmiljö försämrades efter listning. Mycken erfarenhetsbaserad kun-

skap talar ett helt annat språk. Listning har förbättrat samarbetet och arbetsmiljön i Västmanland efter införande av listning 1993. Vittnesmålen om detta kan knappast ha gått Engström m fl förbi. Glöm inte heller att ringa ett samtal till någon listad dansk kollega; i Danmark deltar >90 procent av familjeläkarna idag i kvalitetsarbete i s k FQ-grupper (pers medd Paul Brix, Köpenhamn, 2002) eller till Norge, där alla numera deltar i fortbildning och där det fattas patienter till läkarnas listor (pers medd Gisle Schmidt, Oslo, 2002).

2. *Prestationsersatt vård medför fler besök och fler remisser.* Referensen till detta påstående är en nostalgisk betraktelse av en norsk kollega och inte en vetenskaplig, publicerad studie. Det finns dock vetenskapliga arbeten om dessa företeelser bland annat från Danmark, när Köpenhamn 1987 övergick från 100 procent kapitering till 35 procent. Där fann man att att läkarna *inte ökade sina inkomster* via prestationsersättningen och att *remisserna minskade signifikant* (med 30 procent) med det nya systemet. [1].

I Norge finner man nu, när vetenskapliga kriterier använts för att utvärdera resultaten det nya systemet med fastlegeordningen (70 procent prestationsersättning) som infördes 2001, att besöksfrekvensen är oförändrad efter introduktionen Dessa data presenterades av Jostein Grytten, Irene Skau och Rune J Sørensen vid Universitet i Oslo och Handelshøyskolen BI i ett föredrag för Norges forskningsråd på Lysebu den 21 november 2002 (preliminära data).

3. *Arbetsmiljön i Jönköpings län.* Enligt erfarenhetsbaserad kunskap menar författarna att arbetsmiljön förbättrats avsevärt för landstingsanställda distriktsläkare i Jönköpings läns landsting. Detta

är givetvis glädjande men knappast generaliserbart. Erfarenhet som talar emot denna hyllning av landsting som arbetsgivare är t ex den framgångsrika rekryteringen av familjeläkare i södra Stockholm efter privatiseringen 1999 och trivseln bland de privata familjeläkarna i Västmanland och i nordöstra Stockholm. Vidare kan noteras att det finns fler vakanser i primärvård som huvudsakligen bedrivs med offentlig huvudman än i primärvård med större inslag av enskild drift.

4. *Specialism ger bättre kvalitet än generalism.* Detta något förvånade påstående från Engström m fl motiveras med undersökningar avseende sjuksköterskors arbete med astma och diabetespatienter. Erfarenheter om läkarnas arbetssätt, generalism kontra specialism, och resultatet för patienterna i primärvården visar motsatta resultat. Organ- och åldersspecialister i första linjens sjukvård, dvs de som arbetar med sjukdomar som fokus, ökar patienternas sjuklighet och dödlighet. Det medför även ökade kostnader och lägre kvalitet än om primärvården bemannas med generalister [2, 3].

Skilnaden mellan läkares och sjuksköterskors arbete i primärvården bör uppmärksammas för att minska risken för generaliseringar.

5. *Befolkningsansvar och hälsa.* För att hävda att befolkningsansvar är förenat med bättre förebyggande arbete hänvisar Engström m fl till några utländska studier. Där beskrivs screening av blod i

Engström och medarbetare vädjar om en bred diskussion utan tidspress. Men bästa kolleger – är det inte just detta vi sysslat med de senaste 25 åren? När är det dags för handling?

avföringen respektive av bröstcancer i USA (befolkningsansvar), och barnvaccinationer och cervixcancerscreening i England (listning), och författarna tycks då finna en fördel för befolkningsansvar med större anslutning till programmen. Mycket långsökta referenser kan tyckas, framför allt funderar jag på om populationerna är jämförbara.

Näväl, duger amerikanska studier kan jag hänvisa till den av Lambrew och medarbetare avseende förebyggande insatser, vaccinationer och bröstcancerscreening. Denna studie visade bättre anslutning till programmen av listade patienter än av patienter hos läkare med områdesansvar; dvs ett resultat som är tvärt emot det som Engström m fl hävdar [4].

Vill man inkludera resultaten av given vård för patienten i diskussionen om primärvårdsorganisationen finner vi att de är sämre för patienter där områdesansvar tillämpas (listad på mottagning) jämfört med listning (listad på personlig doktor). I ett flertal utländska arbeten har dessa primärvårdsorganisationer värderats avseende god diagnos, tidig problemdetektering, andel inläggningar på sjukhus, kostnader och vårdkvalitet. Dessa arbeten finns sammanfattade av Barbara Starfield i boken *Primary care* [2].

Vidare kan studier av kontinuitet, som tydligt förstärks av listsystem, göras för att belysa betydelsen av listnings-system. Kontinuitet har väldokumenterade goda effekter på hög kvalitet, låga kostnader, lågt sjukhusutnyttjande, mindre läkemedelsförskrivning, god diagnostik av psykosomatisk sjukdom och effektivt förebyggande arbete [5-16]. Sammantaget finns åtskilliga studier publicerade som inte stödjer Engströms m fl påståenden.

Erfarenheter från andra länder

Denna korta granskning visar att argumentation byggd på bristande litteraturstudier och selekterad erfarenhetsbaserad kunskap är vanskelig. Det finns nästan alltid studier och erfarenheter som visar motsatsen när man rör sig i en komplex omgivning. Primärvårdens organisation är svår att studera i enskilda forskningsprojekt. Mångåriga erfarenheter från andra länder är nog de bästa data vi kan inhämta för vår analys.

Hur länge ska vi diskutera?

Slutligen vädjar Engström och medarbetare om en bred diskussion utan tidspress. Men bästa kolleger – är det inte just detta vi sysslat med de senaste 25 åren? När är det dags för handling?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Groenewegen PP, Van Der Zee J, Van Haften R. Remunerating general practitioners in Western Europe. Utrecht: NIVEL; 1987.
2. Starfield B. Primary care. Balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press; 1998.
3. Shi L. Primary care, speciality care, and life chances. *Int J Health Serv* 1994;24:431-58.
4. Lambrew J, DeFries G, Carey T, Ricketts T, Biddler A. The effect of having a regular doctor to access in primary care. *Med Care* 1996;34:138-51.
5. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients psychosocial problems: Multi-practice questionnaire survey. *BMJ* 1997; 314:1014-8.
6. Kelleher KJ, Childs GE, Wasserman RC, McNerny TK, Nutting PA, Gardner WP. Insurance status and recognition of psychosocial problems. A report from the Pediatric Research in Office Settings and the Ambulatory Sentinel Practice Networks. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:1109-15.
7. Nazareth I, King M. Decision making by general practitioners in diagnosis and management of lower urinary tract symptoms in women. *BMJ* 1993;306:1103-6.
8. Flint S. The impact of continuity of care on utilization and cost of pediatric care in a Medicaid population [dissertation]. Chicago: University of Chicago; 1987.
9. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: Effects on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304:1287-90.
10. Manning WG, Leibowitz A, Goldberg GA, Rogers WH, Newhouse JP. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *N Engl J Med* 1984;310: 1505-10.
11. Arnould RJ, Debrock LW, Pollard JW. Do HMOs produce specific services more efficiently? *Inquiry* 1984;21:243-53.
13. Hillman AL, Pauly MV, Kerstein JJ. How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations? *N Engl J Med* 1989;321:86-92.
14. Donabedian A. The quality of care in a health maintenance organization. *Inquiry* 1983;20:218.
15. Udvarhelyi IS, Jennison K, Phillips RS, Epstein AM. Comparison of the quality of ambulatory care for fee-for-service and prepaid patients. *Ann Intern Med* 1991; 115: 394-400.
16. Yelin EH, Shearn MA, Epstein WV. Health outcomes for a chronic disease in prepaid group practice and fee for service settings. The case of rheumatoid arthritis. *Med Care* 1986;24:236-47.

Replik:

Teamarbete är grunden i svensk primärvård!

Att rätt värdera och hantera teamarbete, ersättningsystem, arbetsmiljö och läkarens roll är viktigt för framtidens primärvård. Därför behövs ytterligare analys och diskussion istället för förhastade experiment à la Husläkarreformen! svarar Sven Engström och kolleger.

SVEN ENGSTRÖM
allmänläkare, Linköping
KJELL LINDSTRÖM
allmänläkare, Habo
kjell.lindstrom@ltjkgp.se
PER ALSÉN
allmänläkare, Linköping
MALIN ANDRÉ
allmänläkare, Falun
STAFFAN EKEDAHL
allmänläkare, Jönköping
BENGT HULTBERG
allmänläkare, Jönköping
ELISABETH PERSDOTTER
allmänläkare, Linköping
LEIF PERSSON
allmänläkare, Sollefteå
CHRISTINA SANDELL
allmänläkare, Linköping

■ Vi håller med om att det är tid för handling! Men vi tror även efter att ha läst inläggen från SPLF (*Läkartidningen* 8/2003, sidorna 633-4), Sjönell, Skobe (båda i detta nummer) m fl att man inte behöver ändra på allt, och framför allt att förändring bör ske med eftertanke och efter analys av alternativen.

Privatisering

Vi framhåller klart i vårt tidigare inlägg att vi tycker att förutsättningar bör skapas för verksamhet i olika driftsformer. Det vi önskade ta upp till diskussion var emellertid inte driftsformen utan innehållet i primärvårdens verksamhet samt allmänläkarnas roll i denna.

Listning

Områdesansvaret skall gälla vårdcentralen men inte den enskilda läkaren. I vårt inlägg förordar vi listning på läkare, men

på ett sätt som inte försämrar arbetsmiljön.

De påtagliga ekonomiska incitamenten (ca 200 000 norska kronor/år för heltidsarbetande läkare) är nog, snarare än listning och privat verksamhet, den viktigaste orsaken till det höga deltagandet i fortbildning i Norge som Sjönell nämner i sitt inlägg.

Sociala faktorer

Kapitationsersättningen bör avspegla behoven i den listade populationen. Skobe anser att sociala faktorer är för komplexa för att beaktas. Det är väl belagt att sociala faktorer har en mycket stor inverkan på vårdbehov och vårdkonsumtion [1-4]. Det är ett faktum att det är svårare att rekrytera allmänläkare till socialt missgynnade områden, vilket troligen kan bero på att arbetet där är tyngre. Om vi väljer att inte ge de sämre lottade individerna primärvårdsresurser efter behov har vi bestämt att de skall vara inte bara socialt utan även medicinskt missgynnade.

Ersättningssystem

Sjönell hävdar att prestationsersättning inte ger fler besök! SPLFs företrädare menar att just roten med prestationsersättning är en av orsakerna till att privatläkarna presterar betydligt fler besök.

Vi är övertygade om att ersättning per besök leder till fler besök, vilket inte behöver vara negativt. Troligen leder det till bättre tillgänglighet. Men prestationsersättning medför inte att man prioriterar enligt Prioriteringsutredningen (de sjukaste går före). Istället överförs sköterskebesök och andra enklare åtgärder till läkarbesök. Erfarenheterna från bl a Norge talar för detta.

Greenfield fann att prestationsersatta vårdgivares patienter hade 50 procent mer slutenvårdsutnyttjande än kapitationsersatta [5]. Prestationsersatta läkare i Kanada skrev ut mer antibiotika per patient och år än löneersatta [6].

Det finns få randomiserade studier av ersättningssystem, konstaterar Gosden och medarbetare i en Cochraneöversikt [7] där endast fyra studier till slut kunde inkluderas. Slutsatser: Prestationsersättning gav fler primärvårdsläkarbesök, mer utnyttjande av medicinsk service, fler specialistbesök, mer utnyttjande av behandlingar men färre remisser till sjukhus. Prestationsersättning jämfört med listning och kapitation gav bättre kontinuitet men sämre upplevd tillgänglighet än löneersättning!

Vad med Norge?

Norge då? Redan före Fastlegereformen var den absoluta majoriteten av norska allmänpraktiker prestationsersatta enligt

För närvarande finns arbetsmiljöproblemet i hela Europa där man ju har det system med privata läkare som Sjönell förordar! Och i vårt land finns goda exempel från landsting där arbetsmiljön förbättrats betydligt under senare år.

taxa. Fastlegereformen med listning innebär framförallt att man slagit ett slag mot »doctor-shopping« och för kontinuitet. Detta borde snarast ha inneburit en minskning av besöksfrekvensen. De totala kostnaderna för allmänpraktiserande läkare har efter Fastlegereformen ökat betydligt mer än man beräknat att reformen skulle kosta.

Arbetsmiljön

Sjönell hävdar att arbetsmiljön är bättre i privat vård och sämre i landstingen. Vi menar att sambanden är betydligt mer komplexa än så.

Lär av historien! Ensamarbetande provinsialläkare utan kringpersonal ledde till den arbetsmiljökras som födde fram de svenska vårdcentralerna för 40 år sedan.

För närvarande finns arbetsmiljöproblemet i hela Europa där man ju har det system med privata läkare som Sjönell förordar! Och i vårt land finns goda exempel från landsting där arbetsmiljön förbättrats betydligt under senare år.

I en stor engelsk undersökning omfattande mer än hälften av generalpractitioners i England fann man inga skillnader i arbetstillfredsställelse mellan löneersatta och kapitations- och prestationsersatta läkare [8].

Teamarbete

Sjönell hävdar att teamarbete leder till specialism istället för generalism!

Vi hävdar inte att specialister i primärvård ger bättre kvalitet, men teamarbete har på ett flertal områden, bl a de som vi nämnde i vårt förra inlägg, visat sig ge bättre kvalitet i vården.

Vi allmänläkare kan själva vara väl-

digt duktiga, men vi blir dokumenterat ännu duktigare i nära samarbete med teamet på vårdcentralen.

Vi uppfattar just teamarbetet som styrkan i den svenska modellen där olika kompetenser (sjukgymnast, barnmorska, kurator, diabetessköterska, distriktsköterska m fl) hjälps åt för att ge invånarna en bra och lättillgänglig vård med bibehållen helhetssyn. Också i andra länder inser man fördelarna med teamarbete [9].

Nej till förhastade experiment

Vi är väl medvetna om att våra referenser inte är heltäckande och att det är svårt att hitta entydig evidens för vad som är bäst! Det är just bristen på kunskap som är problemet! Och det finns tyvärr inga lysande goda exempel i andra länder.

Att rätt värdera och hantera teamarbete, ersättningssystem, arbetsmiljö och läkarens roll är viktigt för framtidens primärvård. Därför behövs ytterligare analys och diskussion istället för förhastade experiment à la Husläkarreformen!

Referenser

1. Kelman HR, Thomas C. Hospital and ambulatory service use by the urban elderly under different health care delivery systems. *Med Care* 1988;26:739-49.
2. Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999;319:94-8.
3. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff (Millwood)* 1996;15:239-49.
4. Carr-Hill RA, Rice N, Roland M. Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. *BMJ* 1996;312:1008-12.
5. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz RL, et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from the medical outcomes study. *JAMA* 1992;267:1624-30.
6. Hutchinson JM, Foley RN. Method of physician remuneration and rates of antibiotic prescription. *CMAJ* 1999;160:1013-7.
7. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(3).
8. Gosden T, Williams J, Petchey R, Leese B, Sibbald B. Salaried contracts in UK general practice: a study of job satisfaction and stress. *J Health Serv Res Policy* 2002;7:26-33.
9. Starfield B, Simpson I. Primary care as a part of US health service reform. *JAMA* 1993;269:3136-9.