

Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturoversikt

Rapport till utredningen En nationell samordnare för
effektivare resursutnyttjande inom hälso- och
sjukvården (S 2013:4).

2015-08-26

Anders Anell

Ekonomihögskolan, Lunds universitet

Innehåll

Sammanfattning och slutsats

1. Introduktion

2. Svensk primärvård i internationell belysning

2.1 Primärvårdens funktion samt betydelsen av övergripande politiska beslut

2.2 Skillnader i resurser och organisation

2.3 Krav på framtidens primärvård

2.4 Alternativa modeller för primärvård

3. Vad betyder investeringar i primärvården för hälso- och sjukvårdens samlade kvalitet och effektivitet?

3.1 Effekter på hälsa, jämlikhet och kostnader

3.2 Primärvård och undvikbar sjukhusvård

3.3 Vilken betydelse har primärvårdens ”grindvaktsfunktion”?

4. Primärvårdens organisation

4.1 Betydelsen av kontinuitet

4.2 Är stora eller små vårdcentraler bäst?

4.3 Utökat ansvar för sjuksköterskor

4.4 Olika sätt att organisera primärvårdens jour

5. Ersättningsprinciper och kostnadsansvar

4.1. Effekter av kapitering

4.2 Möjligheter och begränsningar med fundholding

4.3 Hur effektiva är finansiella incitament för att åstadkomma förändringar

Referenser

Sammanfattning och slutsats

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och sjukhus. Även om intresset för primärvården har ökat kvarstår många frågor om hur man bäst organiserar verksamheten och vilken betydelse primärvården har för hälso- och sjukvårdens samlade kvalitet och effektivitet. Flera internationella bedömningar pekar mot att det behövs mera grundläggande förändringar i primärvården. Framtidens primärvård bedöms i högre grad kännetecknas av att allmänläkaren arbetar som ”team-leader” inom ramen för större mottagningar. Det finns också utrymme för mer samverkan mellan mottagningar och att man erbjuder integrerade lösningar för patienten tillsammans med annan specialiserad vård och kommunala insatser. Faktorer som påverkar förutsättningar handlar både om en förändrad efterfrågan på primärvårdens tjänster, men också om ett förändrat utbud. Utvecklingen mot större mottagningar och en ökad betydelse av samverkan och koordinering är dock inte oproblematisk. Kritiker menar att kontinuiteten mellan läkare och patient kan gå förlorad, samt att patientnöjdheten och produktiviteten kan påverkas negativt.

Mot bakgrund av osäkerheten kring primärvårdens betydelse och hur verksamheten ska organiseras finns anledning att beakta resultat från olika studier. I den här rapporten sammanfattas flertalet internationella studier om betydelsen av investeringar i primärvård för hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, samt effekter av att verksamheten organiseras på olika sätt. Det gäller både organisationen på makronivå, t.ex. effekter av remisskrav för besök hos specialistläkare, och mikronivå, t.ex. för- och nackdelar med stora mottagningar och utökad roll för sjuksköterskor. Vidare diskuteras studier som belyst effekter av olika ersättningsprinciper i primärvården.

Sammantaget visar studier att investeringar i primärvård kan ha en positiv betydelse för hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet och effektivitet. Det gäller inte minst förutsättningarna för att uppnå en jämlikhet fördelning av vårdens resurser. Effekterna är dock inte givna utan beror på hur verksamheten organiseras på en övergripande nivå. Det finns också exempel på länder som uppnått jämförelsevis goda resultat i hälso- och sjukvården totalt sett utan en stark primärvård, däribland Frankrike och Sverige. Primärvården är mer än andra verksamheter beroende av övergripande politiska beslut om vilken roll verksamheten ska ha samt hur relationer med befolkningen och övrig specialistvård ska utformas. Sådana övergripande beslut avgör primärvårdens närmare uppdrag.

Även om synen på primärvårdens funktioner är huvudsakligen densamma så kan konstateras att det finns stora olikheter i primärvårdens organisation och tillgången på resurser mellan länder. Den modell för primärvård med större mottagningar och flera yrkeskategorier som utvecklats i Sverige har flera fördelar och ses ofta som en framtidsmodell av tongivande bedömare internationellt. Det finns dock nackdelar med en sådan modell utifrån målsättningar om relationell kontinuitet mellan läkare och patienter och patientnöjdheten. I dessa avseenden visar små mottagningar enligt flera studier bättre resultat än stora mottagningar. Större

mottagningar med fler yrkeskategorier förutsätter dessutom att ett arbete i team kan etableras och att allmänläkare vill utvecklas som ledare.

Möjligheterna att utveckla ett högt förtroende för primärvården samt att kombinera små- och stordriftsfördelar kan betraktas som viktiga utmaningar för framtidens primärvård. Ett högt förtroende bidrar till att patienter väljer primärvården som deras förstahandskontrakt med vården, även utan formella remisskrav. Utmaningarna kräver innovationer på alla nivåer men kanske framför allt på en övergripande nivå. Primärvårdens uppdrag, resurser, ersättningsprinciper och kostnadsansvar kan behöva omprövas utifrån vad som är mest positivt för befolkningens och patienternas förtroende för verksamheten. Ekonomiska incitament och professionella normer, både i primärvård- och annan specialiserad vård, måste ge bättre stöd för koordinering och samverkan. Nya organisationsmodeller kan behöva prövas där positiva incitament av småskalighet kombineras med en kollektiv samverkan när det gäller bl.a. samlad information om patienten, kliniska riktlinjer och vårdprogram som är gemensamma med specialistvården, gemensamma lösningar och samverkan med sjukhus för verksamhet under jourtid, samt IT stöd för klinisk dokumentation, administration och nya former av kontakter med patienterna.

1. Introduktion

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och sjukhus. Under de senaste 50 åren, sedan Socialstyrelsens principprogram om en utbyggd primärvård presenterades år 1968, har det åtminstone tidvis funnits en nationell politisk ambition att öka primärvårdens andel av de samlade resurserna. I landstingen är det dock först under senare tid som primärvården fått ökad uppmärksamhet. En viktig förklaring är de effektiviseringar och förändringar som påbörjades bland sjukhusen kring mitten av 1990-talet. Dessa förändringar har mer eller mindre tvingat fram en förändrad syn på den öppna vården utanför sjukhusen. Mer vård görs i primärvården och andra öppna vårdformer, vårdtiderna har förkortats, vård av äldre har flyttats över till kommunerna och det finns färre sjukhus med akutmottagningar. Parallellt med denna utveckling finns också ett ökat behov av vård och omsorg för personer med långvarig och kronisk sjukdom (Vårdanalys 2014). I växande grad finns också en insikt om att primärvården kan ge lika bra vård av vanliga sjukdomar och inte enbart ska betraktas som ett billigare alternativ till annan specialistvård. En väl fungerande primärvård lyfts också fram som ett sätt att främja en jämlik fördelning av vårdresurserna.

Även internationellt har betydelsen av en väl fungerande primärvård uppmärksamats under senare tid. WHO:s världshälsorapport år 2008 fokuserade investeringar i primärvård. Samma år diskuterades framtidens primärvård i USA i flertalet artiklar i ett nummer av tidskriften *New England Journal of Medicine* (Lee 2008). Även i Europa har flertalet policydokument publicerats om vikten av en väl fungerande primärvård (se t.ex. Saltman m.fl. 2005; Kringos m.fl. 2015). Men även om intresset för primärvården ökat kvarstår många frågor om hur man bäst organiserar verksamheten och vilken betydelse primärvården har för hälso- och sjukvårdens samlade kvalitet och effektivitet. Flera reformer internationellt, t.ex. när det gäller införande av finansiella incitament, har inte fått de effekter man hoppades på (Nuffield Trust 2015). De svenska vårdvalsreformer som introducerades åren 2007 – 2010 har inte heller haft någon påtaglig effekt på hälso- och sjukvårdens eller primärvården övergripande struktur. Primärvården bedrivs ungefär på samma sätt som före reformen när det gäller organisation och arbetsformer. Förekomsten av innovationer utöver förändrade öppettider är hittills begränsade. Även om vårdvalsreformerna lett till förbättrad tillgänglighet för flertalet individer finns också frågetecken kring fördelningseffekterna. De studier som hittills genomförts indikerar att de som tjänat mest på vårdval i primärvården är befolkningen i allmänhet, snarare än vårdtunga patienter (Vårdanalys 2013; Glenngård 2015). Frågan om hur primärvårdens roll i hälso- och sjukvården kan förstärkas och förtydligas kvarstår.

I den här rapporten redovisas en litteraturöversikt om primärvårdens betydelse för hälso- och sjukvårdens samlade kvalitet och effektivitet samt effekter av olika sätt att organisera verksamheten. Litteraturöversikten har genomförts på uppdrag av utredningen *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (S 2013:4). Översikten täcker många olika frågor som har betydelse för svensk primärvård och svensk hälso- och sjukvårdspolitik. Det innebär att belysningen av enskilda delfrågor inte har

ambitionen att vara systematisk och heltäckande. Flera frågor behandlas knapphändigt eller inte alls. Exempelvis behandlas inte effekter av privatiseringar, vårdval och möjligheter för individer att välja läkare i primärvården eftersom detta finns redovisat i annan litteratur (se t.ex. Winblad m. fl. 2012; Vårdanalys 2013; Glenngård 2015).

Litteratursökningen har koncentrerats till publicerade översikter kompletterat med enskilda studier som ansetts relevanta för svenskt vidkommande. Flertalet studier har genomförts i andra länder, främst USA, Storbritannien och Nederländerna, eller utifrån tvärsnitt av data från främst OECD länder. Det är ibland svårt att direkt översätta resultaten till svenska förhållanden, eftersom traditioner och villkor i både primärvården och övrig specialiserad vård kan variera. Den samlade bedömningen är ändå att resultaten av presenterade studier har relevans som underlag för beslut om den fortsatta utvecklingen i svensk primärvård.

Rapporten har strukturerats i fyra olika avsnitt utöver denna inledning. I avsnitt två redovisas vad som kännetecknar och definierar primärvårdens funktioner och vad som skiljer svensk primärvård från primärvård i andra jämförbara länder när det gäller resurser och organisation. I samma avsnitt diskuteras också krav på den framtida primärvården enligt de bedömningar som görs i olika internationella rapporter. Dessa framtidsbedömningar ger en inramning till de frågor som fokuseras i resterande avsnitt.

I avsnitt tre diskuteras studier som analyserat primärvårdens betydelse för hälso- och sjukvårdens samlade kvalitet och effektivitet. Utgångspunkten är väl kända översikter av epidemiologen Barbara Starfield och kolleger, som kompletteras med relevanta senare och/eller mera avgränsade studier. I avsnittet redovisas studier om vilken betydelse investeringar i primärvård har för individers tillgänglighet till vård, för den medicinska kvaliteten samt för patientens bedömningar och upplevelser. Vidare redovisas studier om primärvårdens betydelse för hälso- och sjukvårdens samlade kostnadseffektivitet respektive möjligheter att uppnå en jämlik fördelning av vårdresurserna.

I avsnitt fyra redovisas studier som fokuserar effekter av att organisera primärvården på olika sätt. Det gäller betydelsen av kontinuitet och koordinering, förekomst av skalfördelar och effekter av att allmänläkare arbetar i små eller stora praktiker respektive olika sätt att organisera jourverksamheten. Ett femte avsnitt diskuterar effekter av olika ersättningsprinciper samt möjligheter och begränsningar med ett utvidgat kostnadsansvar för vårdgivare i primärvården.

2. Svensk primärvård i internationell belysning

2.1 Primärvårdens funktion och betydelsen av övergripande politiska beslut

Primärvård som begrepp användes ursprungligen i Storbritannien i samband med ett förslag på 1920-talet om utbyggnad av regionala ”primary health care centers” (Starfield m.fl. 2005). Vid den tiden var general practitioners (GPs) inte någon egen specialitet. Generalister var läkare som saknade vidareutbildning efter läkarutbildningen och som gjort kortare praktik på sjukhus. Så var förhållandena även i Sverige. För svenskt vidkommande utvecklade en statlig utredning under ledning av Axel Höjer, generaldirektör för dåvarande Medicinalstyrelsen, ett förslag på utbyggnad av offentliga hälsocentraler under 1940-talet (SOU 1948:14). Förslaget mötte dock kraftfullt motstånd från Läkarförbundet, främst att verksamheten skulle bedrivas i offentlig regi och ”förvandlingen av hela läkarkåren till totaltidsanställda tjänstemän” (Knuttsen 1946). Heidenheimer (1980) menade senare att Höjers förslag kan ha motverkat sitt syfte och bidragit till att sjukhusens dominans stärktes ytterligare, eftersom det uppfattades som så radikalt av den sjukhustunga läkarkåren.

Utvecklingen mot egen specialistutbildning för allmänläkare i syfte att stärka verksamheten tog fart under 1960-talet, både i Sverige och i andra länder. Dåvarande statliga provinsialläkarväsendet var dock svagt utbyggt. Tillväxten i sjukvården fanns i landstingen, som enbart hade ansvar för sjukhusens slutna vård. I slutet av 1960-talet överfördes ansvaret för primärvården från staten till landstingen. Andra viktiga beslut var sju-kronors reformen, som drastiskt förändrade villkoren för den öppna vården (Carder & Klingberg 1980). Läkares anställning vid landstingens sjukhus skulle nu omfatta även öppen vård, en verksamhet som sjukhusläkare tidigare fått betalt för privat genom ersättning per besök. De privatekonomiska incitamenten för läkare att ta emot patienter på sjukhusens öppna mottagningar upphörde därmed. Samtidigt tog det tid att utveckla den nya primärvården i offentlig regi, och befolkningen hade vant sig vid möjligheten att söka direkt hos specialistläkare.

I början av 1970-talet presenterades flera rapporter och förslag om primärvårdens struktur och innehåll av Socialstyrelsen och Spri (Anell & Claesson 1995). I allt väsentligt överensstämde rapporternas tankegångar med Höjers tidigare förslag under 1940-talet. Vårdcentraler skulle ha ett geografiskt upptagningsområde likt sjukhusen. Särskilt större vårdcentraler skulle omfatta flera läkarspecialiteter utöver allmänläkare. I en Spri rapport (1972:14) spekuleras att större vårdcentraler skulle kunna rymma både barnläkare, gynekologer, psykiater, internister, allmänkirurger, öronläkare, ögonläkare och hudläkare. Ambitionen för primärvården, med geografiskt ansvar och ett mångsidigt utbud av kompetenser vid förhållandevis stora mottagningar, skiljde sig påtagligt från den primärvård som vid tiden vuxit fram i andra länder. I de flesta andra jämförbara länder utfördes primärvården av privata allmänläkare (GPs) som i huvudsak arbetade ensamma och utifrån villkor som bestämdes i avtal mellan staten och läkarnas intresseorganisation. Allmänläkarna hade ansvar för de patienter som själva tog kontakt eller för de individer som valt att registrera sig på mottagningen.

I takt med utvecklingen av primärvården, och en egen specialistutbildning för allmänläkare, etablerades en internationell standard för vad som kännetecknar och definierar verksamheten. Dessa kännetecken uttrycks på lite olika sätt men kan sammanfattas i fyra funktioner (Starfield m.fl. 2005). Primärvårdens ska således:

- vara befolkningens förstahandskontakt med vården för de allra flesta vårdbehov,
- ansvara för prevention, behandling och diagnostik för de allra flesta vårdbehov,
- fokusera individers samlade förutsättningar och behov, snarare än enskilda medicinska diagnoser,
- remittera till annan relevant specialistvård vid behov, samt koordinera och integrera den vård som ges av andra vårdgivare.

Med utgångspunkt i dessa funktioner kan noteras att primärvård och allmänmedicin till stor del definieras utifrån sin organisatoriska roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Det är också utifrån denna roll och hur väl de olika funktionerna uppfylls som man i olika studier kunnat mäta primärvårdens styrka och betydelse samt skillnader mellan länder. Det är en väsentlig skillnad jämfört med andra läkarspecialiteter, där verksamheten definieras utifrån en medicinsk kunskapsmassa och mäts utifrån hur bra det går för de egna patienterna. Denna skillnad mellan primärvård och övrig specialistvård får en rad konsekvenser. För det första är det inte förvånande att en rad olika beslutsfattare, utöver allmänläkarna själva, har synpunkter på och uppfattningar om primärvårdens uppgifter och innehåll. Så har det varit sedan begreppet primärvård ”uppfanns” för knappt 100 år sedan, en tid då allmänmedicin som egen specialitet ännu inte existerade. Det är inte heller förvånande att det numera finns en tendens till att allmänläkarnas organisationer helst vill bestämma över primärvårdens uppdrag och innehåll själva. Varje profession med ambition att utvecklas gör klokast i att själv definiera sitt uppdrag gentemot andra (Abbott 1988): ”Det här är vi bäst på, resten får andra sköta.” Samtidigt är en sådan avgränsning mycket svårare för primärvården som ska vara befolkningens förstahandskontakt med vården och svara för de flesta vårdbehov. Det är också lättare för organ- och diagnosspecialister att ha synpunkter på vad primärvården ska göra, med sitt kunskapsmässiga övertag när det gäller den egna specialiteten, än det omvända.

Utifrån primärvårdens funktioner kan noteras att verksamheten i hög grad blir beroende av övergripande politiska beslut om vilken roll verksamheten ska ha samt hur relationer med befolkningen och övrig specialistvård ska utformas. Sådana övergripande beslut avgör primärvårdens uppdrag och måste i sin tur kopplas samman med beslut om resurser. Även om synen på primärvårdens funktioner är densamma så kan också konstateras att det finns stora olikheter i primärvårdens organisation och tillgången på resurser mellan länder.

2.2 Skillnader i resurser och organisation

Primärvården i Sverige beskrivs ofta som underförsörjd vad gäller allmänläkare och andra resurser. Det är också korrekt om man ser till antalet allmänläkare per invånare och andelen

allmänläkare av totala antalet läkare i jämförelse med t.ex. andra nordiska länder respektive Storbritannien och Nederländerna (se tabell 2.1). Då ska man ha i minnet att Sverige har ett bättre utgångsläge än dessa länder när det gäller det totala antalet läkare. Sett till statistik från OECD tillhör Sverige de länder som har den högsta läkartätheten i form av kliniskt verksamma läkare per tusen invånare.

Tabell 2.1. Antal allmänläkare per 1 000 invånare och som andel av totala antalet yrkesverksamma läkare i urval OECD länder år 2009 (senaste jämförbara år).

	Allmänläkare per 1 000 invånare	Andel allmänläkare av totala antalet yrkesverksamma läkare
Danmark	0,73	21 %
Finland	1,02	33 %
Nederländerna	1,26	43 %
Norge	0,81	20 %
Sverige	0,63	17 %
UK	0,80	30 %

Källa: OECD Health Statistics.

Det är svårare att jämföra de totala resurser som finns tillgängliga i primärvården i olika länder, eftersom verksamheten kan organiseras på olika sätt. En del av de resurser som finns inom primärvården i Sverige organiseras på andra sätt i andra länder. De försök som gjorts att jämföra primärvårdens andel av de totala hälso- och sjukvårdskostaderna mellan olika länder uppvisar också stora variationer. Det tyder på att man jämför delvis olika saker. Kringos m.fl. (2015) redovisar t.ex. i en jämförelse av primärvård i 27 EU länder att drygt 25 procent av kostnaderna i Schweiz går till primärvård medan motsvarande andel i Norge är knappt 6 procent. För bl.a. Sverige och Danmark saknas uppgifter i denna jämförelse.

En närmare granskning av hur primärvården organiseras i Sverige och Danmark illustrerar svårigheterna att jämföra primärvårdens andel av de totala vårdkostnaderna. Medan 90 procent av alla öppenvårdsbesök sker utanför sjukhusen i Danmark svarar sjukhusen i Sverige för knappt hälften av alla öppenvårdsbesök. Den öppna vården i Danmark är organiserad i en rad olika sektorer av privata yrkesutövare. Jämte almen praksis, dvs. allmänläkarna som befolkningen listar sig hos, finns specialistläkare i öppen vård, sjukgymnaster, kiropraktorer, psykologer och foterapeuter som organiseras var för sig med separata statliga avtal avseende villkor och ersättningar. En del av dessa resurser organiseras inom vårdcentralerna i svensk primärvård, som dessutom anställer betydligt fler sjuksköterskor med särskilda uppgifter i jämförelse med almen praksis i Danmark. Flera mottagningar inom almen praksis är s.k.

”enkeltmand” även om det finns samverkan mellan läkare när det gäller jour, lokaler m.m. Mottagningar med flera allmänläkare som arbetar i samverkan med sjuksköterskor är dock fortfarande få, även om dess betydelse ökat över tiden. I Danmark registreras också alla besök som läkarbesök eftersom avtal och ersättningar knyts till enskilda allmänläkare. Motsvarande ersättningsprinciper återfinns i andra europeiska länder. Ett undantag är primärvården i Storbritannien som fr.o.m. 2004 ersätter mottagningar, och inte enskilda GPs, precis som i svensk primärvård. De uppgifter om skillnader i antalet besök eller kontakter med primärvården som förekommer mellan länder är därför i viss mån osäkra. I statistiken kan även telefonkonsultationer ingå i länder där detta ersätts, medan enbart fysiska kontakter omfattas i andra länder.

I tabellerna 2.2 och 2.3 redovisas en mera detaljerad jämförelse av resurser, organisation och vårdkontakter per invånare mellan primärvården i Region Skåne och almen praksis i Region Sjaelland, Danmark (Anell 2014).¹ Som framgår har danska allmänläkare färre listade invånare än kollegor i Region Skåne, men å andra sidan finns fler resurser på skånska vårdcentraler i form av sjuksköterskor och andra yrkeskategorier. Motsvarande skillnader i personalsammansättningen finns även om jämförelsen görs med exempelvis Norge men även USA, Kanada, Nederländerna, Australien och Storbritannien (Freund m.fl. 2015). Sett till totala antalet besök per invånare finns inte så stora skillnader mellan Skåne och Sjaelland. I den skånska primärvården sker dock dessa besök till stor del hos andra än allmänläkare, t.ex. sjuksköterskor men även sjukgymnaster, arbetsterapeuter m.fl. Som framgår av tabell 2.3 sker en majoritet av besöken och telefonkonsultationerna hos andra än allmänläkare. Besök hos sjukgymnaster och arbetsterapeuter organiseras och redovisas separat i Danmark, eftersom dessa verksamheter har egna avtal med staten.

Den samlade statistiken nyanserar till en del bilden av att svensk primärvård har lite resurser jämfört med andra länder. Antalet svenska allmänläkare är få till antalet och som andel av den totala läkarkåren. Men den svenska kåren av allmänläkare får mer hjälp av sjuksköterskor och andra yrkeskategorier på vårdcentralerna, än vad som är fallet i många andra länder. Länder som i det avseendet påminner om svensk primärvård är i första hand Finland men även t.ex. Storbritannien och Nederländerna. Danmark, Norge och flertalet andra länder har större fokus på allmänläkaren som primärvårdens resurs. Även i Storbritannien och Nederländerna finns dock färre sjuksköterskor på mottagningarna i jämförelse med svensk primärvård (Freund m.fl. 2015).

¹ Region Sjaelland omfattar ca 800 000 invånare. Köpenhamnsområdet organiseras i en egen Region Hovedstaden.

Tabell 2.2. Resurser, organisation och registrerade vårdkontakter år 2012.

	Region Sjaelland	Region Skåne
Antal invånare per läkare i almen praksis respektive primärvård	1 687 inv.	2 051 inv.
Antal läkare per mottagning (genomsnitt)	1,7	4,0
Antal listade per mottagning (genomsnitt)	2 921 inv.	8 542 inv.
Övrig personal per mottagning (genomsnitt)	1,3 sjuksköterskor 1,1 sekreterare Övrigt: enskilda mottagningar har dietist, socialassistent/kurator	Ca 8 sjuksköterskor med olika inriktning Övriga: sjukgymnaster, dietist, psykolog, kurator, arbetsterapeut, undersköterskor, kiropraktor, naprapat, sekreterare
Antal <u>registrerade fysiska vårdkontakter</u> per invånare.	4,88 besök per inv. hos almen praksis (läkare och sjuksköterska)	4,19 besök per inv. i primärvården (varav 1,43 avser läkarbesök)
Andel av öppenvården, exklusive tandvård	90% av alla besök i sjukvården sker i praksissektorn, dvs utanför sjukhusen. 57% av alla besök i praksissektorn sker hos almen praksis.	61% av öppenvårdsbesöken sker på primärvårdsnivå (exklusive besök på barnavårds- och mödravårdscentraler, KBT, MMS och ungdomsmottagning)

Källa: Anell A. (2014) Jämförelse mellan almen praksis i Region Sjaelland och primärvård i Region Skåne. KEFU Skriftserie 2014:3, sidan 12.

Tabell 2.3. Antal vårdkontakter i almen praksis (Sjælland) respektive primärvård (Skåne) per 1000 invånare år 2012.

	Region Sjælland	Region Skåne
Mottagningsbesök	3 862	4 154 (1 398 hos läkare)
Hembesök	126	50 (36 av läkare)
Telefonkonsultationer	2 798	1 403 (413 hos läkare)
E-mailkonsultationer	546	i.u.

Källa: Källa: Anell A. (2014) Jämförelse mellan almen praksis i Region Sjælland och primärvård i Region Skåne. KEFU Skriftserie 2014:3, sidan 16.

En annan utgångspunkt för att diskutera primärvårdens resurser är utvecklingen över tiden. Som tidigare noterats har varken primärvårdens andel av de totala resurserna eller allmänläkarnas andel av de totala yrkesverksamma läkarna ökat över tiden, sett till genomsnittet av alla landsting. Både primärvårdens resurser och antalet allmänläkare har ökat, men motsvarande ökning har också skett inom övrig specialiserad vård. Det finns dock förhållandevis stora variationer mellan olika landsting. Sett till utvecklingen mellan år 2002 och 2012, dvs. efter införandet av vårdval 2007-2010, visar kartläggningar av Sveriges läkarförbund att primärvårdens andel av landstingets nettokostnader för hälso- och sjukvård (exklusive läkemedelsförmån och hemsjukvård) ökat i t.ex. Västra Götaland, Skåne, Kronoberg, Blekinge, Uppsala och Västmanland, se tabell 2.3. Samtidigt är kostnadsandelen mera oförändrad i t.ex. Stockholm och den har minskat i flera norrlandslän. Motsvarande variationer finns när det gäller utvecklingen av antalet allmänläkare.

Tabell 2.3 Förändring av primärvårdens andel av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård 2002-2012, exklusive läkemedel i öppen vård och primärvårdsansluten hemsjukvård.

Landsting	Andel 2012	Andel 2002	Diff. i antal procentenheter	Diff. som procent
Västra Götaland	20,4	16,9	3,5	21
Skåne	20	16,8	3,3	19
Blekinge	15,9	13,3	2,2	17
Kronoberg	16,5	14,2	2,3	16
Uppsala	17	15	2	13
Västmanland	17,9	16	1,9	12
Örebro	16,8	15,3	1,5	10
Gotland	14,8	13,6	1,2	9
Stockholm	18,1	17,1	1,1	6
Genomsnitt	19	17,9	1,1	6
Värmland	19,8	18,6	1,2	6
Halland	21	20,1	0,9	5
Dalarna	20,2	19,6	0,6	3
Sörmland	18	17,6	0,4	2
Norrbottn	21,6	21,5	0,1	0
Kalmar	19,1	19,2	-0,1	-1
Jönköping	18,2	19,3	-0,1	-1
Gävleborg	21,4	21,8	-0,5	-2
Östergötland	18,8	19,6	-0,8	-4
Jämtland	19,9	22,7	-2,8	-12
Västerbotten	15,3	17,5	-2,2	-13
Västernorrland	18,7	24,3	-5,6	-23

Källa: Sveriges läkarförbund (2014) Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval. Sveriges läkarförbund, rapport April 2014, bilaga 1.

Trots att andelen resurser i primärvården inte ökat finns en obruten trend sedan en längre tid tillbaka att en allt högre andel av de totala besöken i hälso- och sjukvården sker i primärvården.² Denna trend tycks inte ha påverkats av införandet av vårdval i så stor utsträckning. Sett till nationell statistik har antalet besök hos allmänläkare ökat med ungefär 10 procent mellan år 2006 och 2011, medan antalet besök varit relativt oförändrat hos andra personalkategorier i primärvården (+2%) och minskat hos läkare i specialiserad somatisk vård (-2%) under samma tidsperiod (Vårdanalys 2013:1). Införandet av vårdval, särskilt i landsting med högre andel ersättning per besök som i Stockholm, tycks ha förskjutit vårdproduktionen inom primärvården mot fler besök för allmänläkarna.

² Den procentuella utvecklingen av läkarbesök och besök hos andra yrkesgrupper är högst inom specialiserad psykiatrisk vård; en ökning på 12 procent under perioden 2002-2011. Denna verksamhet är dock liten i förhållande till primärvård och annan specialiserad vård.

2.3 Krav på framtidens primärvård

Diskussioner om hur framtidens primärvård bör utformas finns i flertalet länder. Även i länder med en traditionellt sett stark och väl utbyggd primärvård, som i Storbritannien, Nederländerna och Danmark, finns argument att den nuvarande primärvården inte är väl rustad för att möta framtidens behov och krav på verksamheten. Dessutom finns ett växande missnöje bland allmänläkare själva med allt högre krav och en upplevd försämrad arbetsmiljö. Bedömningarna av såväl WHO, Nuffield Trust och European Observatory on Health Systems and Policy liksom flertalet enskilda forskare är till stor del samstämmiga när det gäller behovet att vidareutveckla primärvården (se t.ex. WHO 2008; Nuffield Trust 2013; Kringos m.fl. 2015; Saltman 2003; Bodenheimer 2006 och 2008; Roland & Nolte 2014; Marshall 2015). Framtidens primärvård kännetecknas i högre grad av att allmänläkaren arbetar som ”team-leader” inom ramen för större mottagningar. Faktorer som påverkar förutsättningar handlar både om en förändrad efterfrågan på primärvårdens tjänster, men också om ett förändrat utbud.

Bland *efterfrågefaktorer* märks en ökad andel äldre med flera kroniska sjukdomar, kortare vårdtider på sjukhus, utflyttning av öppen verksamhet från sjukhusen till primärvården, en mera komplex och avancerad vård i patienters hem och i kommunernas regi, fler aktiva och välinformerade patienter parallellt med en växande grupp socioekonomiskt utsatta individer samt en tendens att vården får ta hand om problem och ohälsa som orsakas av sociala förhållanden snarare än sjukdom. För svenskt vidkommande har en studie av Vårdanalys (2014:2) visat att nästan hälften av befolkningen har en kronisk diagnos och att hela 25 procent har minst två diagnoser. Den senare gruppen av patienter svarar också för ungefär 50 procent av de totala vårdkostnaderna. Kombinationer av kroniska sjukdomar är så vanliga att de i sig kan betraktas som folksjukdomar. Samtidigt menar flera bedömare att primärvården, liksom vården i stort, fortfarande är organiserad för att i första hand hantera akuta episoder.

En särskilt stor utmaning för inte minst primärvården är att koordinera och integrera den vård som ges till individer. Den utmaningen diskuteras i alla länder men framstår som särskilt stor i svensk vård (Osborn m.fl. 2014). Både svenska patienter och svenska allmänläkare anser i högre grad än i andra jämförbara länder att det finns brister i koordineringen mellan primärvård och övrig specialistvård. I detta avseende kan diskuteras om det finns en förskjutning i behovet av de fyra funktioner som definierats för primärvård. Medan primärvården tidigare kunde fokusera en god tillgänglighet för befolkningen och kontinuitet mellan läkare och patienter ställs idag mycket högre krav på verksamheten. Primärvårdens ska svara för ett allt bredare innehåll av vård samt dessutom koordinera och integrera den vård som ges av andra.

Sett till *utbudsfaktorer* som påverkar framtidens primärvård ger framsteg när det gäller medicinsk och annan teknologi kontinuerligt nya förutsättningar. Den specialiserade vården blir alltmer fragmenterad i kölvattnet av positiva förändringar i form av bättre kunskaper, ny diagnostik och nya behandlingar. Det finns därför ett större behov av arbete i team och ett därpå följande behov av koordinering. Primärvården får även ökad betydelse för att vägleda patienterna till den mest relevanta specialisten så att behandlingsmöjligheter tas tillvara. En

generell utmaning är digitaliseringen och de nya möjligheter och förväntningar som den utvecklingen skapar när det gäller kommunikationen med patienterna respektive andra vårdgivare.

Även det interna arbetet på vårdcentraler har förändrats med större utrymme för multidisciplinära team och nya uppgifter för sjuksköterskor och andra yrkesgrupper. Det finns dock i detta avseende stora variationer mellan länder. I flertalet länder arbetar allmänläkare fortfarande ensamma eller i små grupper. Man utför de allra flesta patientbesöken själv. I andra länder, däribland Sverige, är större mottagningar med flera allmänläkare, sjuksköterskor och även andra yrkesgrupper norm. Det finns dock en generell utveckling i många länder mot att allmänläkare går samman i grupper. I många länder finns också en utveckling mot att sjuksköterskor själva tar hand om besök när det gäller vanliga kroniska sjukdomar som diabetes. Tydligast har utvecklingen varit i Storbritannien och Nederländerna, medan den är mera försiktig i länder som Danmark, Norge och Tyskland. I Norge är det fortfarande ovanligt att någon annan än allmänläkaren tar emot besök från diabetespatienter.

En tidig anledning för allmänläkare att gå samman i större grupper har varit att man kan ansvara solidariskt för jourverkssamheten. Historiskt sett har annars allmänläkarna själva fått ansvara för vården till listade patienter under jourtid. Under senare tid har det tillkommit en rad andra krav på verksamheten som ger fördelar för läkare som arbetar i grupp. Många yngre respektive kvinnliga allmänläkare tycks även föredra att arbeta i grupp (Devlin m.fl. 2013; van den Hombergh 2005). Arbete i grupp ger också större möjligheter att anställa och samverka med t.ex. sjuksköterskor. En åldrande kår av allmänläkare som väljer att pensionera sig allt tidigare, och fler yngre allmänläkare som arbetar deltid, är också i sig faktorer som påverkar utbudet i flertalet länder.

Faktorer på efterfråge- och utbudssidan glider delvis samman men leder sammantaget till nya krav på primärvården. Flera bedömare menar att primärvården bör organiseras i grupper av allmänläkare, som dessutom arbetar multidisciplinärt med sjuksköterskor och andra relevanta yrkeskategorier. Den historiska arbetsmodellen, att allmänläkare arbetar enskilt eller i små grupper och tar hand om all vård själva, anses av flertalet som förlegad. Kraven på varje enskild allmänläkare blir helt enkelt för stora. Bodenheimer (2006) har gjort bedömningen att det skulle behövas en arbetsdag på 18 timmar per dag för en allmänläkare att arbeta evidensbaserat för en genomsnittlig lista med 2 500 individer, vilket skulle ge ca 11 timmar per dag för en lista på 1 500 individer som beskrivits som en målsättning för svensk primärvård. I den mån inte antalet allmänläkare kan ökas påtagligt (till ca 1 100 listade per allmänläkare) behövs alltså insatser av andra yrkesgrupper och att möten med patienter kan organiseras på andra sätt jämfört med idag.

Sett i ett svenskt perspektiv argumenterar flertalet internationella bedömare snarast för den form av primärvård som etablerats i Sverige sedan 1970-talet. Då avses verksamhetens organisation, med större mottagningar som anställer fler sjuksköterskor och andra yrkeskategorier än allmänläkare, snarare än de institutionella ramar med offentligt ägande och geografiskt ansvar som tidigare kännetecknade svensk primärvård. Men utgångspunkt i verksamhetens organisation skulle således svensk primärvård ligga i framkant av

utvecklingen. Andelen besök hos andra än allmänläkare är hög jämfört med andra länder (Freund m.fl. 2015). Problemet blir i så fall brist på resurser och en otydlig roll för primärvården gentemot befolkning, patienter och andra vårdgivare. Uttryckt med andra ord skulle svensk primärvård ha bra förutsättningar sett till mottagningarnas storlek och multidisciplinära sammansättning av personal, men vara ofullgånget sett till antalet allmänläkare och primärvårdens funktion och roll i hälso- och sjukvården vården som helhet.

Samtidigt ska sägas att utvecklingen mot större mottagningar och arbete i team inte alls är oproblematiske eller allmänt accepterad, inte heller i svensk primärvård. Den personliga kontinuiteten mellan läkare och patient kan gå förlorad. Det kan finnas större utrymme för ”free-riders”, dvs. att enskilda medarbetare åker snålskjuts på andra medarbetares arbetsinsatser, jämfört med om varje läkare själv ansvarar för sin verksamhet. Det finns också flertalet studier om hur mottagningens storlek påverkar olika kvaliteter, vilka kommer att diskuteras senare i rapporten. Dessa studier har identifierat ett dilemma genom att stora och små mottagningar har olika fördelar, vilket också innebär att det inte går att definiera en i alla avseenden optimal organisation för primärvård.

2.4 Alternativa modeller för primärvård

Utvecklingen av primärvårdens organisation i Sverige kan beskrivas med utgångspunkt i en tidigare referensram utvecklad i Kanada (Lamarche m.fl. 2003). I referensramen beskrivs fyra olika modeller för primärvård som kunde identifieras bland OECD-länder vid tidpunkten för studien. Dessa modeller kategoriseras i två olika visioner, se tabell 2.4. Primärvården i Sverige (före införandet av vårdval) och Finland definieras som ”community models”. Primärvården hade ett geografiskt befolkningsansvar, höga ambitioner när det gäller integrering med andra vårdgivare, en fast ersättning baserat på befolkningens karakteristika samt en övergripande vision som handlar om att bidra till befolkningens hälsa. Mot den visionen ställs två s.k. ”professional models”. Dessa modeller motsvarar primärvårdens organisation i de flesta andra OECD länder och utgår från att primärvården tillhandahåller vård till de som uppsöker mottagningen eller är listade vid densamma. I första hand fokuseras allmänläkarens insatser. Ersättningen är baserad på de insatser och kontakter som tillhandahålls till patienter i kombination med ett fast belopp per listad individ. I ett svenskt perspektiv kan allmänläkare som finansieras genom den nationella taxan definieras som en ”professional contact model” medan en mottagning med listade individer inom ramen för ett vårdvalssystem är exempel på en ”professional co-ordination model”.

Tabell 2.4. Fyra modeller för primärvård enligt Lamarche m.fl. (2003).

	Professional models		Community models	
Vision	"designed to deliver medical services to patients who seek these services or to people who choose to register to obtain these services (subscribers)"		"designed to improve the health of populations living in a given geographic area and to promote development of the communities served; mission to meet healthcare needs of a population"	
	'Professional contact model'	'Professional co-ordination model'	"Integrated community model'	'Non-integrated community model'
Egenskap	<ul style="list-style-type: none"> - Läkare ensamma eller i grupp; begränsat samarbete med andra professioner. - Besöksersättning till läkare baserad på taxa. - Begränsat informationsutbyte med annan verksamhet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Läkare ensamma eller i grupp; samarbete med främst sjuksköterskor. - Ersättning genom fast belopp per listad individ i kombination med ersättning per besök. - Utbyte av klinisk information med andra vårdgivare. - Kontakter med andra vårdgivare för att upprätthålla integration av service; uppföljning av patienter via sjuksköterska eller läkare. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bredd grupp av professionella som svarar mot diagnostik, behandling, palliativ vård, rehabilitering, hemsjukvård etc. - Fast ersättning baserat på befolkningskarakteristika. - Brett utbyte av klinisk och annan information med andra vårdgivare som tjänar samma befolkning. - Vårdteam ansvarar för kontinuitet gentemot patienter. - Tillgänglig 24 timmar om dygnet, alla dagar. 	<p>Som för "integrated community model" men:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen särskild informationsteknologi för integrering av service. - Inte tillgänglig 24 timmar om dygnet, alla dagar. - Inga formella mekanismer som garanterar kontinuitet gentemot enskilda individer.
Exempel	USA, Kanada, Belgien, Tyskland	England, Danmark, Holland, Norge	Sverige, Finland	

Den kanadensiska studien värderar också för- och nackdelar med olika modeller baserat på befintliga studier och bedömning av en expertpanel. Denna värdering kommer fram till att det inte finns någon helt optimal lösning. En "professional co-ordination model" bedöms som lika bra eller bättre än en "professional contact model" i olika kvalitetsdimensioner. En "integrated community model" bedöms på samma sätt som väsentligt bättre än en "non-integrated model" i alla dimensioner. Valet mellan en "professional co-ordination model" samt en "integrated community model" är dock inte lika självklart enligt experternas bedömning. En "professional co-ordination" model ges högre betyg när det gäller kontinuitet i patient – läkarrelationen och när det gäller patientnöjdhet. En "integrated community model" får högre betyg i andra kvalitetsdimensioner, inte minst när det gäller vård av patienter med kroniska sjukdomar (medicinsk processkvalitet) samt tillgången på utrustning (se Anell 2005 för mera detaljerad sammanfattning).

Det är intressant att notera att den svenska primärvården efter införandet av vårdval snarast bygger på ett försök att kombinera de två "bästa" modellerna (Anell 2011). Införandet av vårdval och listning av patienter har inneburit ett närmande till en "professional co-ordination model" när det gäller institutionella ramar. Svensk primärvård har på så sätt blivit mera likt hur primärvården organiseras i andra OECD länder, inklusive en högre andel verksamhet i privat regi. Men den svenska primärvården har i huvudsak behållt inriktningen på större mottagningar som anställer flera olika yrkeskategorier. I detta avseende är det snarast andra länder som under senare tid närmast sig den modell som vuxit fram i svensk primärvård.

Om kombinationen av modeller leder till att övergripande mål kan nås på ett bättre sätt än tidigare återstår att se och kommer inte att utvärderas i denna rapport. Utmaningar omfattar bl.a. att nå ambitioner när det gäller tillgänglighet, kontinuitet och integrerad information med andra vårdgivare. Man ska också komma ihåg att den kanadensiska studien baserades på *befintliga* primärvårdsmodeller vid tidpunkten för genomförandet. Det är möjligt att framtidens primärvårdsmodeller bör se helt annolunda ut mot bakgrund av de krav som formulerats. Även om de framtida kraven på primärvården är kända så finns en osäkerhet om hur de ska mötas. Marshall (2015) menar att det tills vidare kan vara lämpligt att acceptera den tilltagande pluralismen med olika lösningar i primärvården och att olika modeller får existera samtidigt, förutsatt att de också utvärderas. Möjligen kan en ökad pluralism också vara en bestående lösning. Olika lösningar i primärvården kan utvecklas parallellt, för att möta skilda behov och krav hos olika patientgrupper, snarare än att en enda lösning fokuseras. En sådan utveckling har i praktiken redan påbörjats även i svensk primärvård, med t.ex. särskilda mottagningar för äldre och mobila team för hembesök. En fördel med en ökad pluralism i utbudet av primärvård är att det också kan finnas bättre möjligheter för allmänläkare och andra medarbetare att jobba på delvis olika sätt, utifrån skillnader i preferenser och förutsättningar.

3. Vad betyder investeringar i primärvården för hälso- och sjukvårdens samlade kvalitet och effektivitet?

Sett i patienters perspektiv är god tillgänglighet till hälso- och sjukvård en väsentlig kvalitet. En god tillgänglighet är dock tämligen meningslös om inte den diagnostik och behandling som ges är av god kvalitet. En vård av hög kvalitet baseras på bästa tillgängliga kunskap och medicinsk teknologi. En hög kvalitet förutsätter även att vårdgivarna lyssnar, informerar och samtalar med patienten så att den vård som ges beaktar patientens individuella förutsättningar, preferenser och önskemål. Om alla dessa kvaliteter är uppfyllda skapas goda förutsättningar för att vården ska bidra till individers hälsa. Förutom kvaliteter på individnivå finns även kvaliteter på populationsnivå att ta hänsyn till (Campbell m.fl. 2000). Kvaliteter på populationsnivå avser i första hand kostnadseffektivitet och jämlikhet. Den vård som ges inom ramen för ett offentligt finansierat system måste beakta att resurserna inte är oändliga. Tillgängliga resurser ska fördelas utifrån skillnader i behov, som måste bedömas av vårdgivare. På detta sätt finns också en konflikt mellan kvalitet i ett individuellt perspektiv och kvalitet utifrån ett populationsperspektiv. Individuella önskemål när det gäller tillgänglighet och vårdens innehåll kan inte alltid tillgodoses fullt ut inom ramen för ett offentligt finansierat hälso- och sjukvårdssystem.

Investeringar i primärvård kan logiskt sett ha betydelse för hälso- och sjukvårdens samlade kvalitet och effektivitet på flera olika sätt. Den kanske viktigaste betydelsen är att en väl utbyggd primärvård kan bidra till kvaliteter på populationsnivå i form av en kostnadseffektiv och jämlik hälso- och sjukvård. Primärvård i form av vårdcentraler och mottagningar kan organiseras i mindre samhällen och förorter och på så sätt bidra till en bättre tillgänglighet för *hela* befolkningen. Primärvården kan möta vårdbehov tidigare genom egna insatser och slussa patienter vidare till annan relevant specialistvård om det behövs. Allmänläkaren kan genom den relation som utvecklas med patienter också ha bättre förutsättningar att arbeta preventivt och undvika onödig medikalisering. De samlade kostnaderna kan bli lägre om patienter i första hand får träffa allmänläkare snarare än att man har möjligheter att gå direkt till andra specialistläkare. Förutom vinster på populationsnivå kan det också finnas fördelar med primärvård i ett individuellt perspektiv. Allmänläkarnas ambitioner att se till hela individen och dess förutsättningar, snarare än till enskilda diagnoser, kan ge en mera patientcentrerad vård. Den primärvård som ges för vanliga sjukdomar och åkommor kan vara lika bra eller bättre än om motsvarande vård skulle tillhandahållits i övrig specialistvård.

Logiskt sett finns även argument mot investeringar i primärvård. Patienter kan tycka att de själva vet vilken specialist som är mest lämplig att besöka. Varför då ta omvägen via primärvården och ett extra onödigt läkarbesök? Primärvården kan också ha en negativ effekt på vårdens kvalitet om man fördröjer beslut om utredning, behandling eller att skicka remisser till andra specialister. Sådana effekter kan uppstå om man i alltför hög grad förlitar sig på

principen ”watchful waiting”³ eller att man saknar relevanta kunskaper om mindre vanliga sjukdomar och symtom. Det är svårt för allmänläkare att vara helt uppdaterade när det gäller den ständiga utvecklingen av nya kunskaper och sätt att diagnosticera och behandla olika sjukdomar. Andra specialister har bättre möjligheter att vara ständigt uppdaterade när det gäller möjligheter till behandling och andra insatser inom sina respektive områden.

Sammanfattningsvis är primärvårdens betydelse för hälso- och sjukvårdens samlade kvalitet och effektivitet inte given. Frågan måste besvaras utifrån empiriska studier. I det här avsnittet redovisas resultat från empiriska studier om vilken betydelse en ”stark” primärvård har på tillgänglighet, vårdkvalitet, jämlikhet och kostnader. En ”stark” primärvård definieras i första hand utifrån en relativ jämförelse mellan hälso- och sjukvårdssystem avseende tillgången på allmänläkare (per invånare och som andel av totala läkarkåren) men även i vilken grad befolkningen anser att de har kontakt med en egen allmänläkare eller motsvarande samt om primärvården har en grindvaktsfunktion (”gate-keeping”) i förhållande till annan specialistvård. En sådan grindvaktsfunktion anses tydliggöra primärvårdens uppdrag att ta ansvar för första linjens vård.

3.1 Effekter på hälsa, jämlikhet och kostnader

Det finns ett stort antal empiriska studier som visat en samvariation mellan en ”stark” primärvård och hälsoutfall i form av exempelvis lägre undvikbar mortalitet, mer jämlik hälsa och lägre sjukvårdskostnader. Undvikbar mortalitet kan då avse för tidig död generellt eller spädbarnsdödlighet eller mortalitet inom sjukdomar som astma, lunginflammation, hjärt-/kärlsjukdom och cancer. En bra översikt av olika studier redovisas av Barbara Starfield och kollegor (Starfield m.fl. 2005). Översikten baseras på tre tidigare systematiska genomgångar av litteraturen (bl.a. en svensk översikt av Engström m.fl. 2001) kompletterat med ytterligare artiklar publicerade i medicinska tidskrifter. Flertalet studier som refereras till är från jämförelser mellan eller inom stater i USA, men det finns även jämförelser från England, Latinamerika eller mellan OECD länder i underlaget.

Sammanfattningsvis menar Starfield m.fl. att studier ”consistently shows a relationship between more or better primary care and most of the health outcomes studied” (sid. 463). Sambanden minskar i styrka men kvarstår som signifikanta även i de fall jämförelser kontrolleras för faktorer såsom BNP per invånare, inkomst per invånare och inkomstskillnader, antal läkare totalt per invånare, andel äldre, alkohol- och tobakskonsumtion, vårdkonsumtion per invånare m.m. Författarna menar att en av de viktigaste funktionerna för primärvården är att förbättra tillgängligheten till vård för hela befolkningen. På det sättet kan man också arbeta förebyggande och upptäcka symtom på allvarlig sjukdom tidigare än annars. Genom en god mödravård kan man få positiva hälsoeffekter i form av minskad spädbarnsdödlighet. Men även primärvårdens särskiljande

³ Med ”watchful waiting” avses att läkare avvaktar beslut om behandling eller andra insatser. Ett exempel är att antibiotika vid öroninflammation inte förskrivs direkt vid första symtom i avvaktan på att infektionen ska självläka.

egenskaper i form av individfokusering, kontinuiteten gentemot patienter och grindvaktsfunktionen som reducerar onödiga besök hos andra specialister kan enligt författarna bidra till samvariationen med positiva hälsoeffekter. Flertalet studier visar förvisso enligt genomgången att andra specialister ger en bättre vård för enskilda diagnoser. Dessa studier har dock som regel genomförts av dessa andra specialister själva, menar författarna, och kriterier för kvalitet avser oftast följsamhet till riktlinjer för insatser och behandling (processkvalitet). Slutsatser från studier som genomförts av allmänläkare eller där kvalitet utgår från resultat för patienterna är inte lika tydliga. Författarna refererar även till studier av t.ex. diabetesvård i England som visar att kvaliteten kan vara lika bra eller bättre om den organiseras i primärvården.

Sett till underlaget för slutsatserna i översikten används studier med olika metoder från olika delar av världen. I underlaget återfinns fallstudier från t.ex. Costa Rica och Kuba där hälsan utvecklats väsentligt bättre än i jämförbara länder genom satsningar på inte minst primärvård. De flesta studier jämför dock utvecklingen mellan olika stater i USA, där samvariation mellan förekomsten av allmänläkare och utfall analyseras. En studie av Baicker & Chandra (2004) fann t.ex. utifrån analyser av Medicare data⁴ att stater med högre sjukvårdskostnader också hade sämre vårdkvalitet mätt utifrån processindikatorer för sex sjukdomar (diabetes, lunginflammation, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke och bröstcancer) och justerat för skillnader i prisnivå mellan stater, ålder, kön och etnicitet. Stater med fler allmänläkare hade både lägre kostnader och bättre kvalitet, i jämförelse med stater med fler specialistläkare. Andra studier i översikten av Starfield m.fl. utgår från jämförelser mellan länder. Sett till OECD länder analyserade Macinko m.fl. (2003) t.ex. samvariation mellan starka primärvårdssystem och hälsoutfall i form av lägre undvikbar mortalitet med data från 18 länder åren 1970-1998. Samvariationen minskade men var fortfarande signifikant när analyserna kontrollerades för andra faktorer som kan påverka utfallen.

Även en senare Europeisk studie (PHAMEU), baserad på 27 länder med data från 2009/10, fann samvariation mellan starka primärvårdssystem och bättre folkhälsa, lägre grad av onödiga sjukhusvistelser och mindre skillnader i självskattad hälsa mellan patientgrupper med olika utbildningsbakgrund (Kringos m. fl. 2013a). Enligt denna studie samvarierade dock starka Europeiska primärvårdssystem med *högre* totala hälso- och sjukvårdskostnader, vilket står i kontrast till studier refererade i översikten av Starfield m.fl. Starka primärvårdssystem i den Europeiska studien mättes utifrån flera faktorer i två olika dimensioner baserat på tidigare litteratur (Kringos m.fl. 2010a; 2010b). Strukturmått avsåg en nationell plan för primärvården, ekonomiska resurser samt utveckling av arbetsstyrkan. Processmått avsåg bredden på primärvårdens åtagande, kontinuitet gentemot patienter samt koordinering. Länder som Danmark, Storbritannien, Nederländerna samt Portugal och Spanien bedömdes ha relativt sett starka primärvårdssystem. Sverige hamnade ungefär i mitten av de 27 länderna och skiljde inte ut sig från övriga länder i något avseende.

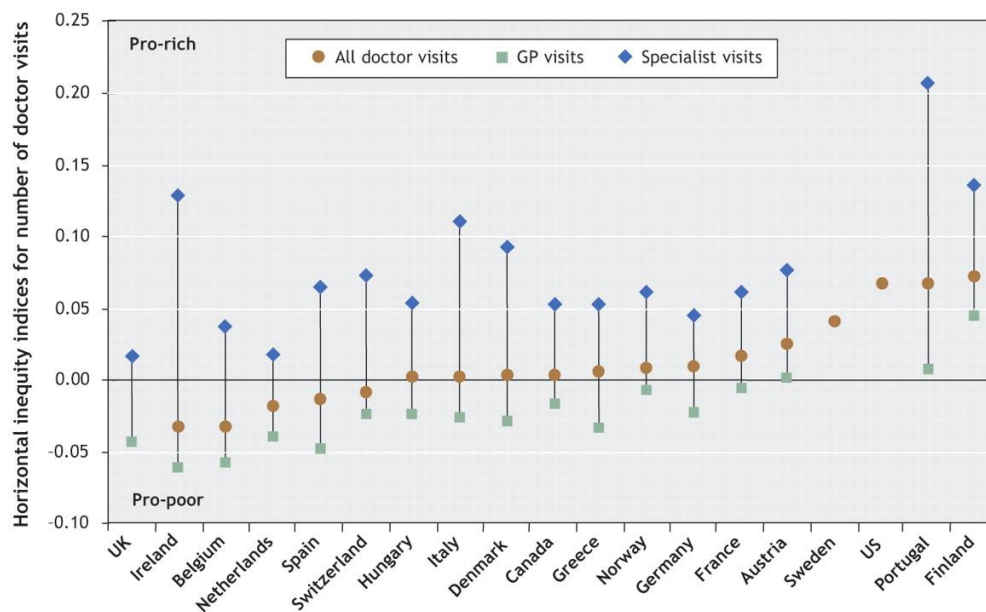
En svensk jämförelse mellan landsting visade att antalet besök i specialistvården hade störst påverkan på de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna och att investeringar i primärvård

⁴ Medicare är ett federalt försäkringssystem i USA för vård till äldre över 65 år.

(mätt både som antalet allmänläkare och andel av de totala resurserna) liksom andel av primärvården i privat regi tenderade att öka hälso- och sjukvårdens totala produktivitet (Janlöv m. fl. 2013).

Sett till studier som analyserat fördelningen av antal besök i befolkningen inom primärvård- respektive specialistvård finns ett entydigt mönster. Efter justering för skillnader i individers behov har primärvård i allmänhet en mer jämlik fördelning medan specialistvården i högre grad har en ”pro-rich” fördelning. Med detta avses att specialistvården utnyttjas i högre grad av individer med högre inkomster än vad behoven motiverar. Mönstret framgår tydligt i figur 3.1 där fördelningen av besök hos allmänläkare (”GP visits”) respektive övriga specialistläkare (”specialist visits”) justerat för skillnader i behov redovisas för ett urval OECD länder med data från år 2000. Som framgår är det övergripande mönstret förhållandevis entydigt, oavsett hur vården finansieras och organiseras i de studerade länderna.

Figur 3.1. Indikatorer på ojämna fördelning av läkarbesök i 19 OECD-länder år 2000.



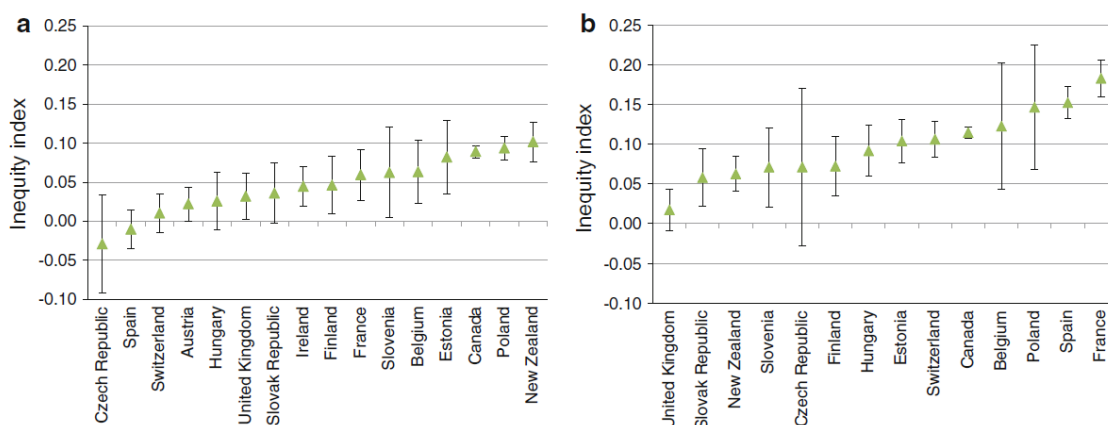
Källa: van Doorslaer, E. m.fl. (2006), sid. 182.

En senare uppdaterad studie med data från 18 OECD-länder (dock inte Sverige) åren 2006-2009 bekräftade skillnaden i fördelningsmönster mellan primärvård och specialistvård (Devaux 2015). Nio av 16 länder⁵ hade signifikanta ojämlikheter i fördelningen av primärvård, se figur 3.2a. I resterande sju länder hade individer med lägre inkomst samma sannolikhet för att besöka en allmänläkare som de med högre inkomster och samma behov.

⁵ Två av länderna kunde inte separera mellan besök hos allmänläkare (GP) respektive specialistläkare.

Gemensamt för dessa sju länder var låga patientavgifter i samband med besöken. Fjorton av 16 länder hade på samma sätt signifikanta ojämlikheter i specialistvården (besök hos specialistläkare) som samtidigt var mera uttalade, se figur 3.2b. Det innebär att individer med högre inkomster besöker specialistvården oftare än individer med lägre inkomster trots samma behov. De länder som inte hade några eller begränsade ojämlikheter, bl.a. Storbritannien, Nya Zeeland, Slovenien och Slovakien, kännetecknas av att primärvården agerar som grindvakt ("gatekeeper") med krav på remiss för besök hos specialistläkare. För Nya Zeelands del redovisas samtidigt en relativt hög grad av ojämlikhet i fördelningen av primärvårdsbesök. En möjlig förklaring är förhållandevis höga patientavgifter i samband med besök i primärvården, som i genomsnitt uppgår till 30 procent av besökets kostnad (Devaux 2015).

Figur 3.2 Ojämlikhetsindex för den behovsjusterade sannolikheten för besök hos allmänläkare (a) respektive specialist (b) med 95% konfidensintervall.



Källa: Devaux (2015), sid. 29.

Sammantaget visar analyser av läkarbesökens fördelning i befolkningen att primärvård kan bidra till en mera jämlik fördelning av vårdresurserna. Fördelningen påverkas dock av hur verksamheten organiseras. Höga patientavgifter i primärvården kan påverka fördelningen negativt och förekomst av grindvaktssystem för primärvården kan påverka fördelningen av specialistvård positivt. Den tidigare refererade genomgången av Starfield m. fl. (2005) liksom Starfield (2006) redovisar flera studier som visat att primärvården har särskild betydelse för att öka jämlikheten i tillgången på vård och hälsa. Exempelvis visade Shi m.fl. (2002), med data från USA år 1996/97, att en "bra" primärvård, särskilt avseende tillgänglighet och kontinuitet, samvarierade med bättre självskattad hälsa, men också med mindre variationer i hälsa mellan områden med olika socioekonomisk profil. Det finns samtidigt kvarstående utmaningar när det gäller hur primärvården kan bidra till ökad jämlikhet. Starfield m.fl. (2005) pekar på att primärvården i USA har särskilt svårt att nå socioekonomiskt utsatta i landets större städer. Även om tillgången till primärvård är god tenderar utsatta grupper att få vård vid sjukhus och akutmottagningar. Skillnader kan även uppstå när det gäller vårdens

innehåll. En studie från Norge med data från år 2008-2012 visade att diabetespatienter med lägre inkomster förvisso besökte primärvården (allmänläkare) oftare än andra men att besöken samtidigt var kortare och att patienterna erbjöds färre tester (Brekke m.fl. 2015). Studien fann också en samvariation mellan hög utbildningsnivå hos patienten och längre konsultationstider. Detta resultat påverkades inte av allmänläkarens ålder, kön, specialiststatus eller antal listade individer

Även om flera studier visat på en positiv samvariation mellan ”starka” primärvårdssystem och bättre hälsa, mera jämlik vård och lägre kostnader är det osäkert i vilken grad sambanden är kausala. I en del fall baseras analyserna på små dataunderlag och det finns generellt sett begränsade möjligheter att kontrollera för alla de faktorer som kan påverka både styrkan i primärvården och utfall i form av hälsoeffekter och kostnader. Den senare Europeiska PHAMEU studien fann t.ex. att länder med högre inkomster hade en svagare primärvård och att länder med socialförsäkringar ofta saknade en grindvaktsfunktion för primärvården (Kringos m. fl. 2013b). Utan en sådan grindvaktsfunktion fanns en tendens att patientavgifter användes för att styra patientflöden, vilken kan påverka tillgängligheten till vård negativt för socioekonomisk utsatta grupper. Starka primärvårdssystem samvarierade i sin tur med ”left wing politics” vilket skulle kunna bidra till att sådana primärvårdssystem i sin tur samvarierade med minskade ojämlikheter i självskattad hälsa. Det fanns dock inget samband mellan typen av politik och bredden i primärvårdens innehåll (”comprehensiveness”). En annan analys utifrån data från 22 länder i PHAMEU projektet (Pelone m. fl. 2013) visade också att länder med ”starka” primärvårdssystem inte var de mest effektiva när det gäller förhållandet mellan resurser och kvalitetsindikationer. Andra länder, däribland Sverige, var mer effektiva när det gäller förhållandet mellan primärvårdens resurser och kvalitetsindikatorer. De kvalitetsindikatorer som studerades i denna studie var dock få (antibiotikaanvändning, behandlingsmål för diabetespatienter, sjukhusinläggning för astma samt barnvaccination).

Det finns också studier som kommit till andra resultat när det gäller primärvårdens effekter på mortalitet. En studie av Ricketts och James (2007) med data från olika kommuner (”counties”) i USA åren 1996-2000 kunde inte bekräfta någon entydig samvariation mellan antalet allmänläkare och specialister och mortalitet. Ett större utbud av primärvårdsläkare samvarierade med lägre mortalitet på östkusten och för norra mellanvästen, medan samvariationen upphörde eller blev den motsatta på västkusten och i sydstaterna. I en kommentar till studien menar Starfield och Shi (2007) att olikheter med deras egna resultat kan förklaras av skillnader i metod, men spekulerar även i att en mycket stark dominans av specialistvård kan reducera den positiva effekten av primärvård. Författarna efterlyser också fler kontrollerade studier inom området. Aakvik & Holmås (2006) fann ingen samvariation mellan antalet allmänläkare och mortalitet i Norges 400 kommuner. Mortalitet användes som proxy för befolkningens hälsa och delades in i fyra huvudsakliga dödsorsaker. I en första statistisk modell, genomförd som flertalet tidigare studier, fann man en signifikant samvariation mellan antalet allmänläkare och mortalitet, liksom mellan förekomsten av vakanser och en högre mortalitet. Denna statistiska metod bekräftades således fynden i flera tidigare studier. I en dynamisk modell, där problem med endogenitet mellan studerade variabler beaktades, fanns

dock inga sådana signifikanta samband. Däremot fanns en tendens (signifikant samvariation på 10% nivån) att kommuner som hade fler kontrakterade privata allmänläkare hade en lägre mortalitet. Författarna spekulerar själva i att detta skulle kunna förklaras av kvalitetsskillnader mellan allmänläkare. Samtidigt sägs att Norge är speciellt eftersom det finns ett lagstadgat krav på allmänläkare i alla kommuner och en mycket god tillgång på läkare generellt sett. Förutsättningarna för att studera primärvårdens effekter på mortalitet är således inte särskilt bra i Norge, i jämförelse med t.ex. USA eller andra länder där det kan finnas mycket större skillnader i tillgången på allmänläkare över tiden eller mellan olika geografiska områden. Studien från Norge visar dock att den samvariation mellan en stark primärvård och utfallsmått som redovisats i flera tidigare studier inte nödvändigtvis representerar kausala samband.

Det finns också studier som kommit fram till andra resultat när det gäller primärvårdens betydelse för de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna. En ytterligare norsk studie, med data från 2008-2009, kunde inte ge stöd åt hypotesen att fler allmänläkare minskade behovet av specialistvård (Godager m.fl. 2015). Det fanns snarast en positiv (ökande) men försumbar effekt på antalet remisser. Teoretiskt sett kan också fler allmänläkare ge ökad konkurrens i primärvården, som innebär att patienterna remitteras oftare till specialistvården genom att läkarna får större anledning att tillgodose individuella önskemål. Effekterna av fler allmänläkare blir därmed också beroende av tillgången på allmänläkare i utgångsläget, vilket knappast är förvånande. Effekten av fler allmänläkare i sydamerikanska länder, med dålig tillgång initialt, blir inte densamma som i Norge, med jämförelsevis mycket god tillgång initialt. Rimligen är det heller inte enbart nivån på investeringar i primärvård som avgör vilka totala kostnader som uppstår. Uppdraget för primärvården, och vilka incitament som finns att remittera till annan specialistsjukvård, kan vara av större betydelse. En senare studie från USA, med data från en mindre privat hälso- och sjukvårdsförsäkring, visade att högre utgifter i öppenvården samvarierade med fler sjukhusvistelser och högre totala utgifter (Kaestner & Lo Sasso 2015). Det kan tyda på att primärvården såg som sin uppgift att identifiera behov som kunde tas om hand av den övriga specialistvården.

3.2 Primärvård och undvikbar sjukhusvård

Bland sköra äldre och patienter med flera kroniska sjukdomar kan brist på insatser i öppen vård leda till undvikbara besök på akutmottagningar och onödiga inläggningar på sjukhus. Sköra äldres akutbesök på sjukhus utgår i sig en riskfaktor som kan leda till försämrad hälsa och funktionsnedsättning (Creditor 1993; Graf 2008). Om undvikbar sjukhusvård förhindras frigörs dessutom resurser på sjukhusen som kan användas till andra vårdbehov. Inte minst på senare tid har behovet av förebyggande arbete och en väl samordnad vård utanför sjukhusen poängterats för att nå dessa mål om förbättrad hälsa för äldre och minskade sjukhuskostnader. Det gäller t.ex. inom den statliga svenska satsningen på mest sjuka äldre. I det sammanhanget är det intressant att studera om en stark primärvård kan bidra till att förekomsten av undvikbar sjukhusvård minskar.

Det finns flera studier som påvisat en samvariation mellan primärvårdens tillgänglighet och inläggningar på sjukhus för s.k. ambulatory care sensitive conditions (ACSC) (Ansari 2007a). ACSC kan då definieras på olika sätt där antalet diagnoser som bedöms som känsliga för den vård som ges i öppna former varierar. Caminal m.fl. (2004) beskriver att en uppföljning kan omfatta fler diagnoser, medan en ansvarsutkrävning som syftar till att utvärdera skillnader i kvalitet hos enskilda vårdgivare i primärvården bör omfatta färre diagnoser så att träffsäkerheten ökar. En studie av patientjournaler på medicinkliniker vid ett Italienskt sjukhus visade att ca 30 procent av antalet inläggningar bedömdes som undvikbara. Hela 40 procent av dessa patienter avsåg hjärtsvikt och 23 procent kronisk obstruktiv lungsjukdom (Rizza m.fl. (2007). Motsvarande betydelse av samma diagnoser har rapporterats från svensk vård (Socialstyrelsen 2012). Den italienska studien kunde också påvisa en samvariation mellan undvikbara inläggningar och tillgängligheten till primärvård.

En faktor som visat sig ha mycket stor betydelse för att förklara variationer i slutenvårdtillfällen inom ACSC är socioekonomiska faktorer (Ansari 2007b). En svensk studie av sjukhusvården bland mest sjuka äldre listade vid olika vårdcentraler i Skåne fann också att socioekonomi (mätt med CNI, care-need-index) var den viktigaste förklaringsfaktorn bakom variationer, snarare än de insatser som gjordes på vårdcentralerna (Anell, Glenngård 2014). Även om primärvårdens insatser och patienternas egenskaper och socioekonomiska faktorer skulle vara helt lika kan det också uppstå variationer mellan sjukhus beroende på tillgänglig kapacitet och effektivitet. På så sätt kan det vara enklare att påvisa samvariation mellan primärvårdens insatser och antalet besök på sjukhusens akutmottagningar. Besök på sjukhusens akutmottagningar är i högre grad oberoende av vilka beslut som fattas på sjukhusen och dessutom mera vanliga än akuta inläggningar.

Även om det är logiskt att en väl fungerande primärvård kan reducera undvikbar sjukhusvård har det varit svårt att påvisa samband i kontrollerade studier. Även svenska erfarenheter, genom den statliga satsningen på mest sjuka äldre, visar att det är svårt att utveckla kunskap om sambanden som kan omsättas i effektiva interventioner (Statskontoret 2014). Man måste också skilja mellan kunskap om samvariation mellan undvikbar sjukhusvård och faktorer hos mest sjuka äldre å ena sidan, och möjligheten att påverka förloppen å den andra sidan. Studier har t.ex. visat tydlig samvariation mellan polyfarmaci (användning av många läkemedel) och utnyttjande av sjukhusvård. Däremot finns hittills svag vetenskaplig evidens för att exempelvis läkemedelsgenomgångar kan påverka detta förhållande (Philp m.fl. 2013).

I en systematisk översikt och meta-analys av randomiserade och kontrollerade studier som syftade till att minska risken för oplanerad sjukhusvård bland äldre (Huntley m.fl. 2013) inkluderades sammanlagt 11 studier. Sex av dessa avsåg interventioner initierade på sjukhus för att minska risken för återinläggningar. Fem var interventioner med utgångspunkt i vården utanför sjukhusen. Två av de sjukhusinitierade interventionerna hade en signifikant effekt på oplanerade inläggningar, som dock blev icke-signifikant när studier lades samman i en meta-analys. Tre studier hade en effekt i form av reducerade vårdtider. Ingen av interventionerna utanför sjukhusen hade någon signifikant effekt på förekomsten av sjukhusinläggningar. En studie visade dock effekt på antalet besök på akutmottagning. Huntley m.fl. sammanfattar att översikten snarast ger evidens för att de former för case-management av äldre som hittills

utvärderats i randomiserade kontrollerade studier *inte* har någon signifikant effekt. Det kan enligt författarna bero på flera faktorer. De former för case-management som prövats kan vara ineffektiva och/eller att den vård som äldre fick i kontrollgrupperna trots allt var ganska bra, eller i alla fall inte sämre än i interventionsgrupperna. En annan förklaring är att målgruppen för interventionerna inte har tillräckligt hög risk för insjuknande som kräver sjukhusvård. I så fall är det möjligt att det finns ett tydligare samband mellan interventioner och effekter i subgrupper av äldre. Av de 11 studier som inkluderades i översikten fanns också en tendens till effekt bland studier som avsåg interventioner initierade av sjukhus, i första hand för att förhindra onödiga återinläggningar hos äldre. Denna tendens skulle kunna vara ett uttryck för högre risk i denna grupp, snarare än att interventionen utgick från sjukhusen. Det ska också noteras att interventionsstudier i regel omfattar små patientmaterial där uppföljningen sker under en kort tidsperiod. Med tanke på alla de faktorer som kan påverka förekomsten av sjukhusvård, och att förekomsten trots allt är mindre vanlig, är det inte förvånande att kontrollerade studier har svårt att påvisa de samband som indikeras i observationsstudier med större datamaterial och längre uppföljningstider. Även om det kan vara svårt att påvisa effekter på behovet av sjukhusvård visar också studier att case-management förbättrar upplevelsen av vården bland både patienter och vårdgivare (Huntley m.fl. 2013).

3.3 Vilken betydelse har primärvårdens grindvaktsfunktion?

Den tidigare refererade Europeiska PHAMEU studien kunde inte påvisas någon samvariation mellan olika typer av struktur- och processmått för att mäta primärvårdens styrka. En stark primärvård skulle därmed kunna uppnås på olika sätt. Studien fann dock ett samband mellan förekomsten av planer för primärvården på nationell nivå och graden av koordinering. Detta är inte så förvånande eftersom koordinering till stor del av avser primärvårdens roll i hälso- och sjukvården. I synnerhet avser koordinering, såsom den definieras i PHAMEU studien, i vilken utsträckning primärvården har en grindvaktsfunktion ("gate-keeping") gentemot övrig specialistvård och hur väl samverkan med övrig vård fungerar.

Bland de 27 länder som studerades i PHAMEU återfanns olika principer för primärvårdens grindvaktsfunktion:

- Inga krav på remisser, förutom få undantag. Exempel är flera länder med socialförsäkringssystem som Tyskland, Österrike, Belgien men även Turkiet.
- Inga formella krav på remiss, men finansiella incitament i form av patientavgifter för att styra patienter till primärvården. Exempel är Frankrike och Island.
- Krav på remiss för vissa specialister. Exempelvis Polen.
- Generellt krav på remiss. Exempelvis i Nederländerna, Norge, Storbritannien, Portugal och Spanien.

I ungefär en fjärdedel av de 27 länderna fanns ett generellt krav på remiss. Bland övriga länder varierade villkoren med vissa remisskrav och/eller finansiella incitament i form av differentierade patientavgifter för att styra patientflöden. Studien placerade Sverige bland de länder som har krav på remiss för besök hos vissa specialister. I praktiken varierar de svenska

villkoren. Många landsting har generösa villkor för s.k. egenremisser (dvs. att patienten själv tar kontakt med specialistmottagning) men det finns även landsting som har generella remisskrav (med undantag av några specialiteter). I Sverige tillämpar också alla landsting finansiella incitament för att styra patienter till primärvården i form av högre patientavgifter till specialistvård utan remiss. Det är dock oklart vilken betydelsen dessa differentierade avgifter har och hur de påverkar vårdsökande bland patienter med olika socioekonomisk bakgrund. I Danmark finns i princip inget tvång att ha remiss från allmänläkare för att uppsöka specialist. Villkoren med högre avgifter uppfattas dock som så ofördelaktiga att nästan hela befolkningen väljer att lista sig hos allmänläkare, med generellt krav på remiss som konsekvens. I Frankrike har en stor del av befolkningen en privat försäkring som täcker patientavgifterna, vilket motverkar avgifternas påverkan på sökbeteendet. I vissa länder, som Schweiz, är därför denna typ av privata försäkringar inte tillåtna.

Primärvårdens grindvaktsfunktion bedöms ofta som en central dimension i en stark primärvård, exempelvis enligt den definition som användes inom PHAMEU studien. I flera länder uppfattas dock en grindvaktsfunktion för primärvården som omöjlig sett till befolkningens förväntningar. Även bland allmänläkare själva varierar inställningen. Bodenheimer m.fl. (1999) menade exempelvis i en tidigare kommentar till utvecklingen av managed care i USA att ”gatekeeping”, definierat som en målsättning för primärvården att minska antalet remisser och därmed kostnaderna, inte är en adekvat modell för framtidens primärvård. Under rubriken ”Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers” utvecklar författarna att primärvårdens funktion är att vägleda patienterna till rätt specialist och koordinera den vård som ges av andra. Samma kritik mot primärvårdens grindvaktsfunktion förekommer i Europeiska länder och även i Sverige, inte minst bland patientföreningar. Med tanke på de olika synpunkterna, även bland allmänläkarna själva, är det vara intressant att ta del av studier som analyserat betydelsen av primärvårdens grindvaktsfunktion, t.ex. för utvecklingen av mortalitet och kostnader. De flesta studier har dock inte studerat effekter av primärvårdens grindvaktsfunktion separat utan som en del av en ”stark” primärvård. Det blir då osäkert vilka delar i en ”stark” primärvård som har störst betydelse.

Andra studier, där primärvårdens grindvaktsfunktion används som en av flera variabler, visar att betydelsen för hälsans utveckling är osäker. Or m.fl. (2005) fann i en studie av data från 21 OECD länder under tre decennier att det fanns en samvariation mellan utvecklingen av antalet läkare över tiden och minskningen i mortalitet (definierat på olika sätt). Utvecklingen avseende mortalitet samvarierade även med tillgången på medicinsk teknologi. Det fanns dock ingen signifikant samvariation med olika institutionella faktorer som beskrev hur vården organiserades, t.ex. andelen privata och offentliga inslag i vården. Förekomsten av en grindvaktsfunktion för primärvården samvarierade inte heller med förändringar i mortaliteten. Andra och senare studier har visat att primärvårdens grindvaktsfunktion kan ha en negativ effekt på hälsan. I en studie utifrån skillnader i överlevnad vid cancer, med data från 23 europeiska länder från studien EUROCARE-4, kunde Vedsted & Olesen (2011) påvisa en samvariation mellan sämre överlevnad och en grindvaktsfunktion för primärvården. Författarna efterlyser själva fler studier som kan belysa om det även finns ett samband.

Även om grindvaktens betydelse för utvecklingen av mortalitet är osäker kan krav på remiss ha andra viktiga funktioner. Tidigare refererade studier av ojämlikhet indikerar t.ex. att remisskrav kan ha positiva effekter på en jämlik tillgång till specialistvård. Krav på remiss kan också främja kontinuitet mellan vårdgivare och patient, i synnerhet om patienten listar sig hos viss vårdgivare som får ett helhetsansvar för första linjens vård. Grindvaktens funktion skulle på så sätt vara ett medel för att uppnå kontinuitet, snarare än ett mål i sig. Om det är kontinuitet som är målet är grindvaktens funktion dock inget krav. Kontinuitet kan uppnås på andra sätt, t.ex. att primärvården uppfattas som så bra att befolkningen frivilligt söker sig dit eller att alternativen i form av de patientavgifter som man annars möts av är tillräckligt avskräckande.

Grindvaktens funktion kan också ha betydelse för de kostnader som uppstår. Bhat (2005) undersökte med data från 24 OECD-länder relationen mellan vårdresurser (antalet läkare, sjuksköterskor och vårdplatser samt läkemedelskostnader) och befolkningens åldersstruktur. Sverige var tillsammans med sju andra länder, däribland Danmark, Nederländerna, Portugal och Storbritannien, de mest effektiva enligt analysen. Faktorer som hade en positiv påverkan på effektiviteten var bl.a. en ersättning till vårdgivare baserat på kapitering eller lön samt en grindvaktens funktion för primärvården som innebar krav på remiss från allmänläkare vid besök i specialistvård. En studie av Raddish (1999) med data från amerikanska HMOs⁶ visade att patientavgifter respektive en grindvaktens funktion för allmänläkare samvarierade med lägre kostnader. Grindvaktens funktion hade den största effekten.

En viktig fråga i sammanhanget, oavsett grindvaktens betydelse för hälsa, jämlikhet och kostnader, är vad befolkningen och patienterna anser om krav på remiss för besök till andra specialistläkare. En tidigare studie baserad på data från 18 europeiska länder visade en tendens till samvariation såtillvida att patienter var mer nöjda med primärvården om den *inte* hade en grindvaktens funktion (Kroneman m. fl. 2006). En förklaring skulle kunna vara att patienter som söker specialistvård i så fall ser primärvården mer som ett hinder än som en möjlighet. En helt annan förklaring är att allmänläkare utan grindvaktens funktion måste anstränga sig mer för att skapa nöjda patienter. Man konkurrerar ju om besöken med andra specialister, som är fallet i många länder med socialförsäkringssystem. Senare jämförelser mellan länder har dock inte kunnat identifiera någon systematisk samvariation mellan primärvårdens organisation och variationer i patientnöjdhet (Kringos m.fl. 2013a).

Oavsett skillnader mellan länder varierar sannolikt uppfattningar om primärvårdens grindvaktens funktion inom befolkningen beroende på var man bor och socioekonomiska faktorer. En tidigare svensk studie visade att det finns grupper i befolkningen, flest i storstäder, som i högre grad än andra värdesätter möjligheten att gå direkt till specialistläkare utan remiss och som inte alls ser någon fördel med att först besöka primärvården (Glenngård m.fl. 2011). Motsvarande fynd redovisas från studier i andra länder. En studie från Nederländerna, med en traditionellt sett stark primärvård, visade att en stor majoritet individer med privat försäkring menade att de borde få besöka specialist direkt utan krav på remiss

⁶ HMOs, health maintenance organizations, kännetecknas av att finansiering och organisation av vård integrerats. Bland kända HMO företag återfinns bl.a. Kaiser i Kalifornien.

(Kulu-Glasgow m. fl. 1989). Sett till faktiskt vårdsökande i Nederländerna är det också en högre andel med längre utbildning och boende i storstäder som söker vård direkt hos specialist om de har möjlighet, snarare än att de först uppsöker allmänläkare för att få remiss. Man uppfattar också själva att detta val är rationellt med tanke på de behov man har och egna bedömningar av olika vårdgivares utrustning och kompetens. Mot en sådan bakgrund blir också generella trender mot en alltmer välutbildad befolkning och en snabb urbanisering en stor utmaning för primärvården. En senare studie från Nederländerna visade att patienter söker sig till sjukhusens akutmottagningar under jourtid (snarare än till primärvården) för att dessa uppfattades ha mest relevant utrustning och kompetens för att ta hand om deras vårdbehov (Moll van Charante m. fl. 2008). Andra faktorer som samvarierade med "self-referrals" till sjukhusen var ålder mellan 15-64 år, avstånd till jourhavande primärvårdsmottagning samt typ av vårdbehov.

Sammanfattningsvis beskrivs grindvaktfunktionen ofta som en central dimension i en stark primärvård. Det finns dock välgjorda studier som inte kunnat visa någon samvariation mellan denna funktion och utvecklingen av mortalitet över tiden. Andra studier visar på en negativ samvariation. Sambanden mellan en grindvaktfunktion och lägre kostnader förefaller mera entydiga. De resultat som redovisas av PHAMEU studien motsäger dock tesen om sambandet mellan en stark primärvård och låga kostnader. Stora variationer i kostnader mellan länder pekar mot att andra faktorer kan ha större betydelse för kostnadsnivån. Nederländerna har t.ex. remisskrav och en stark primärvård men samtidigt höga vårdkostnader jämfört med de flesta andra länder i Europa.

Oavsett grindvaktfunktionens betydelse för kvalitet och kostnader finns utmaningar i form av fler välutbildade patienter och en fortgående urbanisering. För många individer uppfattas det som rationellt att söka specialistvård direkt istället för att först gå till allmänläkare. För dessa individer är argumentet att en grindvaktfunktion för primärvård leder till lägre vårdkostnader förmodligen inte övertygande. Som visats av den tidigare debatten om "managed care" i USA kan sådana argument tvärtom verka avskräckande om låga kostnader antas ha samband med sämre tillgång till medicinsk teknologi. Utifrån utvecklingen med allt fler välutbildade och en fortgående urbanisering kan det bli allt svårare att försvara en grindvaktfunktion för primärvården, oavsett dess effekter. Samtidigt indikerar studier att specialistvård är jämförelsevis mer ojämnt fördelad med avseende på individers inkomst. På samma gång som en grindvaktfunktion blir allt svårare att försvara kan den därför betraktas som allt mer angelägen utifrån ett jämlikhetsperspektiv.

4. Primärvårdens organisation

I föregående avsnitt diskuterades primärvårdens övergripande betydelse för hälso- och sjukvårdens kvalitet och kostnader. I det här avsnittet fokuserar istället primärvårdens ”inre” organisation. Primärvårdens betydelse för hälso- och sjukvårdens samlade kvalitet beror inte enbart på tillgången på resurser och institutionella förutsättningar utan även på hur verksamheten organiseras. Det kan delvis också förklara de olika resultat från studier som redovisades i föregående avsnitt. I ett första delavsnitt behandlas studier om betydelsen av kontinuitet i olika former. Kontinuitet mellan läkare och patienter är ett honnörssord inom primärvård och beskrivs ofta som en av de viktigaste kvaliteterna i verksamheten. Därefter behandlas frågor om skalfördelar och om det finns någon motsättning mellan målsättningen att uppnå kontinuitet och att allmänläkare och andra arbetar gemensamt på större mottagningar. Slutligen redovisas studier om effekter av olika sätt att organisera primärvård under jourtid.

4.1 Betydelsen av kontinuitet

Kontinuitet mellan läkare och patienter har beskrivits som en mycket viktig kvalitet i primärvården. Det är genom en långsiktig relation med sina patienter som allmänläkaren kan arbeta personcentrerat, istället för att enbart se till evidensbaserad processkvalitet för enskilda diagnoser och vad som är bäst för patienter i allmänhet. Allmänläkare är ”physicians who focus on the people who have diseases, not just the diseases that they have” (Lee 2008, sid. 2085). Flera studier om betydelsen av kontinuitet har också publicerats. Betydelsen av kontinuitet har också uppmärksammats mot bakgrund av att förändringar i primärvårdens organisation upplevs ha en negativ påverkan på möjligheten att uppnå kontinuitet mellan läkare och patient (Guthrie & Wyke 2000; Stokes m.fl. 2005). Det gäller utvecklingen mot större mottagningar och delade listor mellan allmänläkare som dessutom i ökad grad arbetar deltid, nya roller för sjuksköterskor som svarar för triagering och vård till kronisk sjuka, separat organisering av telefonrådgivning och jourverksamhet, nya alternativa möjligheter för patienter att söka vård via drop-in mottagningar etc. I flera länder, inte minst Sverige, finns också en brist på allmänläkare. Hyrläkare är ofta den enda möjligheten att skapa kapacitet i svensk primärvård. Möjligheterna att skapa en långsiktig personlig relation med patienterna är då per definition små.

Flera observationsstudier visar en samvariation mellan kontinuitet och utfallsmått som patientnöjdhet, bättre prevention, följsamhet till behandling, färre inläggningar och akutbesök på sjukhus, bättre hälsa, lägre kostnader och ökad effektivitet (se översikter av Cabana & Jee, 2004; van Servellen m. fl. 2006; Worrall & Knight 2006; Sans-Corrales m.fl. 2006). Samvariationen är dock mer övertygande visad för patientnöjdhet än för andra utfallsmått. De kausala sambanden är inte givna. Mer missnöjda patienter kan t.ex. byta läkare mera frekvent, vilket resulterar i sämre kontinuitet. Samvariation mellan kontinuitet och lägre kostnader kan

vara resultat av att patientunderlagen skiljer sig. De få kontrollerade interventionsstudier som genomförts ger inte heller lika entydigt positiva resultat (Worall & Knight 2006). Som van Servellen m. fl. (2006) påtalar varierar dessutom sannolikt preferenser och effekter av kontinuitet bland patienter med olika behov. Insatser bland patienter med kronisk sjukdom som besöker vårdgivare ofta är både mer efterfrågade av patienterna och mer effektiva sett till effekterna. Guthrie & Wyke (2006) visar utifrån intervjuer med patienter i brittisk primärvård att de flesta värdesätter en balanserad ”access to appropriate care”. Få patienter prioriterar enbart snabb tillgänglighet och kontinuitet värdesätts främst bland patienter med kroniska och komplexa problem. Även andra intervjustudier visar att patienter värdesätter kontinuitet, men i olika grad beroende på typ av vårdbehov (Rhodes m. fl. 2014). En stor brist som påtalas i flera översikter är att kontinuitet definieras och mäts på olika sätt, vanligen baserat på patienters registrerade besöksmönster men även utifrån patienters uppfattningar. Det blir då svårt att jämföra resultat och det är inte möjligt att lägga samman data från olika studier i meta-analyser (van Servellen m.fl. 2006).

Sett till enskilda studier studerade Raddish (1999) samvariation mellan kontinuitet och vårdutnyttjande utifrån data från 13 000 patienter med kronisk sjukdom registrerade vid olika HMOs i USA. Kontinuitet avsåg hur många vårdgivare patienter träffade under ett år, oavsett om det var i primär- eller specialistvården. Det fanns en signifikant samvariation mellan kontinuitet mätt på detta sätt och flera av utfallsmåtten. En ökning av antalet olika vårdgivare som patienten träffade samvarierade med lägre patientnöjdhet, ökat vårdutnyttjande och högre vårdkostnader, kontrollerat för typ av HMO och patientegenskaper som ålder och sjuklighet. Genomgående samvarierade kontinuitet även med utskrivning av färre recept och på några områden även med färre inläggningar på sjukhus. Även senare studie baserat på data från Medicare visar att kontinuitet samvarierar med färre sjukhusinläggningar och besök på akutmottagningar samt lägre kostnader (Romaine m.fl. 2014). Dessa effekter av kontinuitet uppstod oavsett om patienten hade en primärvårdsläkare eller specialistläkare som sin förstahandskontakt. Retrospektiva kohortstudier i Kanada visar en samvariation mellan högre kontinuitet mellan familjeläkare och diabetespatienter respektive minskad risk för inläggning på sjukhus och död (Worrall, Knight 2011; Knight m.fl. 2009). En annan observationsstudie av vuxna patienter över 45 år från Belgien (Maeseneer m. fl. 2003) fann motsvarande samvariation mellan kontinuitet och lägre vårdkostnader. I studien observerades 4 134 individer i två år. I gruppen som konsulterade olika familjeläkare, vilket man har möjlighet till i Belgien, fanns en överrepresentation av kvinnor, individer med finansiella problem, boende i tätorter, kroniskt sjuka och individer med sämre funktionell status. Men även när analysen kontrollerades för dessa faktorer fanns en signifikant samvariation mellan kontinuitet och lägre vårdkostnader. Studien kunde dock inte kontrollera för skillnader mellan de två regionerna och de försäkringsbolag som studerades, t.ex. om det fanns systematiska skillnader i kvalitet mellan läkare i de två grupperna.

Det finns även randomiserade kontrollerade studier som visar samvariation mellan kontinuitet och lägre kostnader. Wasson m.fl. (1984) fann att män över 55 år (registrerade inom det federala Veterans administration) som randomiserades till vård med kontinuitet hade färre sjukhusvistelser med kortare vårdtider i jämförelse med en kontrollgrupp (som medvetet fick

sämre kontinuitet) vid uppföljning efter 18 månader. Patienter i interventionsgruppen var också mer nöjda och kunde oftare än kontrollgruppen identifiera sin vårdgivare. Som påpekas av Worrall & Knight (2006) var det dock bara för 4 av 17 utfallsmått som studien kunde identifiera signifikanta förbättringar i gruppen med bättre kontinuitet. En annan randomiserad kontrollerad studie i USA med patienter från Kaiser Permanente av Coleman m.fl. (2001) undersökte effekter av månatliga besök hos ett primärvårdsteam (bestående av allmänläkare, sjuksköterska och farmaceut) för äldre patienter över 60 år med kronisk sjukdom med frekventa besök hos vårdgivare. Vid dessa besök diskuterades bl.a. betydelsen av egenvård, vilket innebär att utvärderingen egentligen omfattar mer än enbart kontinuitet. Över en period på två år hade interventionsgruppen signifikant färre besök på akutmottagningar. Däremot förändrades inte antalet besök i primärvården eller antalet sjukhusvistelser.

Flera studier definierar kontinuitet som en personlig, longitudinell relation mellan patienter och läkare. Denna typ av kontinuitet kan exempelvis mätas utifrån patienters besöksmönster (vanligtvis registrerade besök hos olika läkare) eller om patienterna själva uppfattar att de har en fast kontakt med läkare i första linjens vård. Men det finns också andra former av kontinuitet som kan uppnås på andra sätt genom personliga relationer. Flera studier skiljer mellan tre typer av kontinuitet (Saultz 2003; Stokes m.fl. 2005; Jee & Cabana 2006):

- *Information* om patienten, tidigare insatser och resultaten av dessa. Informationen 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 behov och klargör olika vårdgivares roller och ansvar. Med sådan kontinuitet behöver inte varje patients behov mötas med en helt unik planering.
- *Personlig relationell kontinuitet*, som utvecklas över tiden och ger vårdgivaren information om patienten och dess preferenser samt bidrar till ökat förtroende.

Betydelsen av kontinuitet i form av samlad information om patienten samt riktlinjer för vård och vårdprogram har ökat över tiden. Bidragande orsaker är en ökad förekomst av multisjuklighet, men även att vården blivit allt mer specialiserad och fragmenterad. Många patienter har behov av att träffa flera olika vårdgivare, och vårdgivare måste i allt större grad arbeta tillsammans för att tillhandahålla vård av god kvalitet. Det blir också allt svårare för enskilda läkare att vara uppdaterade när det gäller kunskaper om diagnostik och behandling. Ytterligare faktorer som är specifika för primärvården är utvecklingen mot större mottagningar, en utvidgad roll för sjuksköterskor som bedömer patienters behov (triagering) och genomför egna mottagningsbesök för patienter med vanliga kroniska sjukdomar. Allmänläkare arbetar också i högre grad deltid och vill ha en mera rimlig arbetsbörda. Traditionellt har allmänläkarna i många länder haft ett personligt ansvar för vården till listade patienter, även under jourtid. Jour organiseras numera kollektivt och allmänläkare går samman och delar på listor för att få en mera acceptabel arbetsmiljö. Detta får konsekvenser för möjligheten att upprätta en personlig relationell kontinuitet gentemot patienter.

En intressant fråga är om det är möjligt att ersätta den personliga relationella kontinuiteten med kontinuitet i form av samlad information om patienten respektive riktlinjer och

vårdprogram. Guthrie & Wyke (2000) menar att relationell kontinuitet ibland framställs som omodern och irrelevant i debatten om framtidens primärvård, eller i alla fall något som är svårare att etablera. Samtidigt finns många studier som pekar på de positiva utfallen av en god relationell kontinuitet, inte minst för patientnöjdheten. De olika formerna av kontinuitet kan möjligen kompensera för varandra menar författarna, men de kan inte helt ersättas av varandra. Det är också den bedömningen som allmänläkare själva gör. Enligt en enkät bland allmänläkare i Storbritannien, USA och Nederländerna av Stokes m.fl. (2005) finns stor överensstämmelse att relationell kontinuitet är viktigt och uppskattat bland patienterna. De flesta instämmer också i att relationell kontinuitet inte kan ersättas med samlad information om patienten respektive riktlinjer och vårdprogram. Det fanns dock en stor variation i allmänläkarnas bedömningar. Högre positiva omdömen om betydelsen av relationell kontinuitet återfanns bland kvinnliga läkare respektive bland vårdgivare med personliga listningssystem.

Utifrån patientens perspektiv ger kontinuitet möjligheter att bygga upp ett högre förtroende för vårdgivaren och därigenom en ökad patientnöjdhet (Kao m.fl.1998). Ett ökat förtroende kan också ge effekter på vården och dess resultat, t.ex. genom ökad följsamhet till den behandling man kommit överens om. Studier om betydelsen av kontinuitet angränsar därför till andra studier om hur läkare-patient relationen kan påverka utfallet av en behandling. En genomgång av Di Blasi m.fl. (2001) visade att en kombination av ”warm, friendly and reassuring manner” hade en positiv effekt på hälsoutfallen i tre av fyra randomiserade och kontrollerade studier. En annan randomiserad och kontrollerad studie av Stewart m.fl. (2000) visade på ett positivt samband mellan en patientcentrerad kommunikation och patientens uppfattning om sin hälsa samt lägre förekomst av utredningar och remisser. Att denna samvariation inte enbart var en effekt av att patientcentrerade besök kan ta längre tid indikerar en annan översikt av Wilson & Childs (2002). Utifrån resultaten av tio studier fann man ingen samvariation mellan besökens längd respektive antalet remisser eller undersökningar. Däremot fanns en samvariation mellan längre besök och högre patientnöjdhet, färre förskrivna läkemedel samt mer fokus på preventiva insatser. I studien av Stewart m.fl. var det dock enbart patientens *uppfattningar* om kommunikationen som samvarierade med de positiva resultaten. Det fanns ingen samvariation mellan utfallen och en objektiv granskning av patientcentrering utifrån audioinspelningar av besöken. Samvariationen mellan patientens uppfattningar och de objektiva bedömningarna var också liten. Det väsentliga för att uppnå faktiska resultat av en patientcentrering är alltså hur patienten *uppfattar* relationen.⁷ I detta sammanhang menar t.ex. Starfield (1998, sid 151) att en ”freely chosen primary care practitioner provides better assurance of a good relationship than does assigning a provider”.

⁷ En anekdotisk parallell kan dras till Axel Munthes egen bedömning av sina berömda läkarinsatser. Enligt egen utsago var han inte någon bra läkare. Utbildningen hade gått för snabbt och hans tid vid sjukhus var alltför kort. Men det var ingen tvekan om att han var en framgångsrik läkare. Vad var hemligheten? Att ingjuta tillförsikt.

Sammanfattningsvis har studier visat positiva effekter av relationell kontinuitet, tydligast för patientnöjdheten. Allmänläkarna själva tycker att det behövs och de uppfattar att kontinuitet värdesätts av patienter. Men man ska då komma ihåg att typiska patienter vid en vårdcentral inte nödvändigtvis är representativa för befolkningen i sin helhet. Utifrån ett befolkningsperspektiv är värdet av relationell kontinuitet inte lika självklart. De flesta i befolkningen går till vårdcentralen någon gång eller ett par gånger under året. Det är då svårt att bygga upp en relation. Beroende på vårdbehovet är det inte heller säkert att det behövs någon relationell kontinuitet. Som tidigare noterats är både efterfrågan och effekterna av kontinuitet större för patienter med kronisk sjukdom som besöker vården ofta.

Ett sätt att mäta hur befolkningen värdesätter kontinuitet är att studera betalningsviljan. I USA kan då konstateras att betalningsviljan bedöms som svag, förutom bland patienter med kroniska sjukdomar (Stokes m. fl. 2005). En svensk experimentell studie redovisade stora skillnader i hur befolkningen värdesätter kontinuitet jämfört med andra egenskaper i primärvården som snabb tillgänglighet och låga avgifter (Hjelmgren & Anell 2005). För äldre patienter med dålig självrapporterad hälsa och kronisk sjukdom hade kontinuitet med allmänläkare i primärvården ett högt värde, medan det relativa värdet var lägre bland yngre individer med god hälsa. Samma skillnader i preferenser för kontinuitet har noterats i studier internationellt (Worrall & Knight 2006). Utifrån dessa resultat kan sägas att relationell kontinuitet i primärvården behövs, men inte för alla patienter eller åtminstone inte alltid.

Eftersom vården blir allt mer komplex, med fler vårdgivare inblandade och med ständigt nya kunskaper, behövs en samlad information om patienter respektive kunskapsstöd i form av kliniska riktlinjer och överenskommelser om roller och ansvar i vårdkedjan. Det är dock sällan som olika former av kontinuitet beskrivs som komplement till varandra. Betydligt vanligare är att exempelvis riktlinjer och vårdprogram beskrivs som ett hot mot den personliga, relationella kontinuiteten. En mera relevant fråga är hur framtidens kombinationer av olika former av kontinuitet ska utformas.

4.2 Är stora eller små vårdcentraler bäst?

Eftersom utvecklingen i många länder går mot ökad (frivillig) samverkan mellan allmänläkare finns flertalet studier som studerat hur verksamheten och dess kvalitet då förändras. Tidigare studerades skillnader mellan ensam- och gruppraktiker. På senare tid är det snarare skillnader mellan små och större grupp-mottagningar som fokuserats. Andra frågeställningar är hur verksamheten påverkas av nya roller för sjuksköterskor, som tar över arbetsuppgifter från allmänläkare.

En brittisk studie av Ashworth & Armstrong (2006) utnyttjar data från the Quality and Outcomes Framework (QOF) som baseras på uppföljningar av 147 kvalitetsindikatorer i primärvården. Tre faktorer hade var för sig ett positivt samband med höga poäng i QOF, både totalt och när kliniska och icke-kliniska indikatorer studerades separat:

- att mottagningar är s.k. ”training practices”, som innebär att man får ge utbildning,
- att mottagningen är en gruppraktik,
- att mottagningar inte verkar i socialt utsatta områden.

Studien visade också att ”training practices” och gruppraktiker var mindre vanliga i socialt utsatta områden. Befolkningen i sådana områden fick alltså i genomsnitt sämre primärvård både direkt och indirekt genom lägre andel mottagningar som klassificerades som ”training practice” respektive gruppraktiker. Studien visade också att en rad intressanta faktorer *inte* hade något samband med kvalitetspoängen enligt QOF. Till att börja med hade mottagningar med högre poäng enligt QOF högre förekomst av kroniska sjukdomar bland listade.

Mottagningar med många patienter med kroniska sjukdomar hade alltså *inte* sämre kvalitet på grund av högre arbetsbörda. Högre antal listade per allmänläkare, omsättningen bland listade, individer födda i annat land eller förekomst av kronisk sjukdom bland äldre påverkade inte heller den uppmätta kvaliteten.

Sett till verksamhetens storlek hade gruppraktiker i genomsnitt 40,3 högre poäng än ensampraktiker (median 999,7 poäng). Det går i motsatt riktning jämfört med en tidigare studie av Hippisley-Cox (2001) som inte kunde påvisa någon skillnad i kvalitet mellan ”single-handed” och ”group” mottagningar. Den studien baserades dock bara på två preventiva indikatorer (gynekologisk undersökning och vaccinationer). En annan tidigare studie från Storbritannien visade att små mottagningar hade bättre tillgänglighet och kontinuitet enligt patienternas bedömningar (Campbell m.fl. 2001). Studien av Ashworth & Armstrong, med mer heltäckande data, kunde dock inte påvisa någon bättre tillgänglighet bland ensampraktiker. En samtida studie i Nederländerna analyserade data från 766 mottagningar och visades att grupp-mottagningar var bättre i nästan alla kvalitetsdimensioner, utom sådana som avsåg patientens bedömningar (van den Hombergh m.fl. 2005).

Förekomsten av stress var högre bland allmänläkare i solo praktiker, som också hade längre arbetstider. Effekterna på övrig vård av att allmänläkare arbetar ensamma eller i grupp är mindre studerade. Rent principiellt skulle man kunna tänka sig att grupp-mottagningar har större möjligheter att arbeta med ett större åtagande, som skulle kunna minska antalet remisser till övrig specialistvård. En studie från Nederländerna visade dock att det inte fanns något samband mellan antalet olika tjänster som tillhandahålls inom primärvården och förekomsten av remisser (van Dijk m. fl. 2014).

Sammanfattningsvis kan sägas att studier i Storbritannien och Nederländerna visar att gruppraktiker har bättre teknisk kvalitet, samtidigt som det finns indikationer på att tillgängligheten och den relationella kontinuiteten enligt patienternas bedömningar är bättre för ensampraktiker. Dessa fynd bekräftas till stor del i en senare kanadensisk studie av Devlin m.fl. (2013). Utgångspunkten för den kanadensiska studien var dock inte skillnader i kvalitet mellan ensam- och gruppraktiker, utan skillnader i kvalitet mellan gruppraktiker av olika storlek. Det gör studien mera relevant för framtida förhållanden i flertalet länder. Även i svensk primärvård är den relevanta frågan snarare skillnader i kvalitet mellan stora och små vårdcentraler. Mottagningar med färre än två allmänläkare är ovanliga. Den kanadensiska

studien granskade ett tvärsnitt av slumpvis utvalda mottagningar med olika storlek utifrån journal- och registerdata respektive patientbedömningar enligt enkäter. Kontrollerat för andra skillnader i patienters respektive mottagningars egenskaper fann författarna en signifikant positiv samvariation mellan en ökning från två till fyra allmänläkare och bättre tillgänglighet, större bredd i verksamheten ("comprehensiveness") och fler sjukdomspreventiva insatser. Den senare effekten kan enligt författarna bero på att större mottagningar också anställer fler sjuksköterskor, som tar mer ansvar för sådana preventiva insatser. Allmänläkare som delade på sina intäkter kunde enligt studien fungera som en proxy för högre kvalitet. Det fanns dock ingen kvalitetskillnad i vården för kroniskt sjuka patienter (mätt utifrån processkvalitet) eller vad gäller allmänt hälsofrämjande insatser beroende på storlek. Samtidigt fanns en signifikant försämring av kontinuiteten vid en ökning av antalet allmänläkare från två till fyra allmänläkare. En ytterligare ökning från fyra till sex allmänläkare förbättrade respektive försämrade kvaliteten i samma avseenden ytterligare, dock med avtagande marginaleffekt.

Den kanadensiska studien bekräftar att det inte finns någon optimal storlek för mottagningar i primärvården. Olika kvalitetsdimensioner tenderar att påverkas på olika sätt beroende på mottagningens storlek. Även om studier visar en positiv effekt på den medicinska kvaliteten och läkarnas arbetstillfredsställelse, finns studier som visar en negativ effekt på kontinuiteten gentemot patienterna och patientnöjdheten. Den kanadensiska studien visar också på en snabbt avtagande marginalnytta när allmänläkare går samman i grupper. En annan studie med data från USA visar att större läkargrupper har fördelar när det gäller bredden i åtagandet men nackdelar när det gäller verksamhetens produktivitet (Rosenman & Friesner 2004). En möjlig förklaring till den försämrade produktiviteten är att större läkargrupp, med flera verksamma allmänläkare, skapar större utrymme för en s.k. "free-rider" problematik. Med detta avses att enskilda individer "åker snålskjuts" på andra individers bekostnad. Utifrån detta resonemang kan ytterligare negativa effekter uppstå på verksamhetens produktivitet med stora mottagningar.

En relevant policyfråga mot bakgrund av refererade studier är på vilket sätt primärvården kan organiseras så att fördelar med små- och stordriftsfördelar kan kombineras. I brittisk sjukvård har framväxande modeller med ökat samarbete mellan praktiker fått ökad uppmärksamhet utifrån en sådan förhoppning (Nuffield Trust 2013). Sådana modeller kan avse formellt samgående mellan praktiker men även olika former av samarbete.

4.3 Utökat ansvar för sjuksköterskor

Utvecklingen mot fler allmänläkare som arbetar i grupp sker parallellt med att sjuksköterskor får ett utökat ansvar. Det gäller triagering av patienter vid första kontakt per telefon, enkla mottagningsbesök och ett ökat ansvar för vården till kroniskt sjuka. Sjuksköterskor har även fått en ökad betydelse när det gäller koordinering av vård (Stille 2005; Kjellberg 2007). I svensk primärvård träffar allmänläkare vanligen diabetespatienter en gång om året och i samband med akuta eller avvikande händelser. Däremellan svarar ofta diabetessjuksköterskor för vårdinsatserna. I länder som Storbritannien och Nederländerna finns motsvarande

arbetsätt som i svensk primärvård, men i många länder svarar allmänläkaren fortfarande för i stort sett samtliga kontakter med diabetespatienterna.

Utvecklingen mot ett ökat ansvar för sjuksköterskor i primärvården har initierat flera studier om effekterna. Studier visar att patientsäkerhet och medicinsk kvalitet kan bli minst lika bra (Chapman m.fl. 2004; Freund m.fl. 2015). I en tidigare litteraturöversikt av Branson m.fl. (2003) konstateras att patienter uppfattar sjuksköterskor som bättre än allmänläkare när det gäller kommunikation. Det gäller i synnerhet patienter med bakgrund i arbetarklassen, vilket enligt studien kan bero på reducerade språkliga och kommunikativa barriärer. Bland etniska minoriteter finns dock förväntningar om att allmänläkaren ska stå för samtliga besök och insatser. En annan förklaring till det bättre betyget är att sjuksköterskor i genomsnitt har längre konsultationer än allmänläkare. Samtidigt uppfattar många patienter sjuksköterskor som en assistent till allmänläkaren. I de studier som ställt frågan vill patienter ofta träffa en allmänläkare nästa gång, trots att de är nöjda med besöket hos sjuksköterska. Studier från England visar att allmänläkare upplever att diabetesvården förändrats positivt med en utveckling mot särskilda diabetesmottagningar som drivs av sjuksköterskor, men de menar samtidigt att den egna kontinuiteten gentemot patienterna försämrats (Campbell m.fl. 2008).

Även studier utifrån svenska data baserat på nationell patientenkät visar att patienter är mer nöjda med besök hos sjuksköterskor i primärvården än med allmänläkare (Glenngård & Anell 2012). Resultaten måste dock tolkas utifrån arbetsfördelningen mellan allmänläkare och sjuksköterskor. En annan faktor som påverkar patientnöjdheten positivt är nämligen andelen besök på en mottagning som görs hos allmänläkare. Vårdcentraler där en högre andel av besöken sker hos allmänläkare har i genomsnitt bättre patientnöjdhet än vårdcentraler med en lägre andel besök hos allmänläkare. Resultatet är kontrollerat för en mängd andra faktorer, såsom vårdcentralens storlek, ägande, geografisk placering och vem man listar (socioekonomisk tyngd, vårdbehov). Resultaten har också bekräftats i en senare studie (Glenngård & Anell, kommande). Nöjdheten med besök hos sjuksköterskor samvarierar också med andelen läkarbesök. Ju högre andel läkarbesök på en vårdcentral, desto mer nöjda är patienter med besöken hos sjuksköterskor. En möjlig förklaring är att rollen för sjuksköterskor blir mera avgränsad med en högre andel läkarbesök. Med en mera avgränsad roll, som kanske helt fokuserar på positiv och stödjande information till patienten, kan det vara enklare att uppnå hög patientnöjdhet.

I flertalet länder har en brist på allmänläkare lett till en utveckling mot högre utnyttjande av avancerade specialistsjuksköterskor ("nurse practitioners") även i första linjens vård. Dessa avancerade sjuksköterskor har möjligheter att ställa diagnos och initiera utredningar och behandlingar, inklusive förskrivning av vissa recept. Dessa sjuksköterskor utgör således ett alternativ till allmänläkare i första linjens vård, snarare än ett komplement. I en studie av Hollinghurst m.fl. (2006) konstateras att flera randomiserade kontrollerade studier visat att besök hos sådana "nurse practitioners" i primärvården leder till högre patientnöjdhet och oförändrad medicinsk kvalitet jämfört med besök hos allmänläkare. Konsultationstiden är dock längre och allmänläkare måste ibland tillfrågas vid receptförskrivning och i komplicerade fall. Studier visar också att "nurse practitioners" initierar fler utredningar även om antalet remisser till övriga specialistläkare inte påverkas. I en kostnadsberäkning, baserat

på två välgjorda randomiserade och kontrollerade studier, konstaterar Hollinghurst m.fl. att en utveckling mot fler ”nurse practitioners” i brittisk primärvård inte kan motiveras utifrån argument om kostnadseffektivitet. Lönen för dessa avancerade specialistsjuksköterskor är förvisso lägre än för allmänläkare, men kostnadsreduceringen vägs upp av längre konsultationstid, fler initierade utredningar och att allmänläkare ibland måste konsulteras.

Grumbach och Bodenheimer (2004) menar att utvecklingen mot teamarbete i primärvården förutsätter svar på två frågor: vem ska vara med i teamet och hur ska man samverka? Den andra frågan kan delvis besvaras utifrån erfarenheter och vad som kännetecknar starka team. Författarna pekar på fem faktorer: tydliga och mätbara mål, gemensamma kliniska och administrativa system, tydlig arbetsfördelning, vidareutbildning av samtliga team medlemmar samt en bra kommunikation. Betydelsen av tydliga mål för teamet poängteras även i en litteraturöversikt avseende möjligheter och hinder för interprofessionell samverkan i primärvården (Xyrichis & Lowton 2008).

4.4 Olika sätt att organisera primärvårdens jour

En viktig fråga mot bakgrund av studier av små och stora mottagningar är hur god kontinuitet kan förenas med en fortsatt utveckling mot storskalighet i primärvården. En möjlig väg framåt är att separera mellan primärvårdens olika funktioner och organisera dem på olika sätt. Exempel på en sådan princip återfinns för primärvårdens jourverksamhet, som vanligen organiseras genom samverkan mellan fristående mottagningar.

Fram till 1960-talet hade allmänläkare i länder som England, Danmark och Nederländerna en ständig beredskap att besöka patienter akut under jourtid, vanligen i deras hem. Även om allmänläkarnas ansvar för jourverksamhet kvällar och helger kvarstår, har verksamheten under senare årtionden organiserats om. Van Uden m. fl. (2006a) identifierade utifrån en litteraturöversikt sex olika lösningar på primärvårdens jour (”after-hours”) som kan användas enskilt eller i kombination:

- Allmänläkare som tar hand om sina egna listade patienter.
- Rotationssystem med samverkan mellan 5-10 allmänläkare, alternativt större läkarkooperativ.
- Kontrakt med kommersiella företag som tar ansvar för jour (”deputizing services”).
- Jourverksamhet vid akutsjukhus.
- Jour vid särskilda vårdcentraler, ofta med öppna mottagningar.
- Rådgivning och triagering per telefon.

Fram till 1990-talet infördes successivt rotationssystem där 5-10 allmänläkare samverkade kring jourverksamheten med ett delat ansvar för listade patienter. Därefter har ytterligare förändringar genomförts, med olika inriktning beroende på land. I Storbritannien har det blivit

vanligt med ”deputizing services” som innebär att allmänläkargrupper skriver kontrakt med kommersiella företag som tar hand om verksamheten under jourtid. En annan utveckling är uppbyggnaden av drop-in mottagningar (s.k. ”walk-in clinics”) som är öppna även under jourtid. I Nederländerna är det vanligare med större läkarkooperativ, från 40 till drygt 100 allmänläkare, som delar på jouransvaret i ett större geografiskt område. I Sverige har vi sedan lång tid haft särskilda vårdcentraler med ansvar under jourtid, vilket också förekommer i andra länder. Det har också blivit vanligt att primärvård under jourtid lokaliseras på eller i närheten av akutsjukhusens mottagningar. Allmänläkarna kan i så fall vara verksamma på sjukhusens akutmottagningar. Ofta kombineras möjligheter att besöka allmänläkare under jourtid med rådgivning och triagering per telefon.

Enligt en litteraturoversikt av Leibowitz m.fl. (2003) fanns få studier om olika joursystems effekter, särskilt jämförande studier med hög vetenskaplig kvalitet. Den säkraste slutsatsen från befintliga studier var att telerådgivning och triagering reducerade antalet besök. Samtidigt påverkades patientnöjdheten negativt av sådana åtgärder enligt flera studier. Med ”deputizing services” ökade antalet besök, på grund av mindre utnyttjande av triage och många hembesök. Ordinarie allmänläkare hade också en mera ändamålsenlig förskrivning av läkemedel jämfört med ”deputizing doctors”. I övrigt fanns enligt redovisade studier lite belegg för skillnader i kvalitet mellan de olika formerna av jour. Senare översikter visar motsvarande resultat när det gäller telefonrådgivning och triagering. Van Uden m.fl. (2006a) visade att utvecklingen mot större kooperativ för att hantera primärvårdens jour i Nederländerna lett till högre arbetstillfredsställelse för allmänläkare. Antalet jourtimmar och hembesök har minskat och andelen telefonkontakter med triagering har ökat. Patienter tycks acceptera förändringarna men är mindre nöjda om man enbart får rådgivning per telefon. Jämförelser från Nederländerna mellan primärvårdskooperativ med eller utan krav på telefonsamtal med triagering inför besök visade åtta procent fler kontakter, med högre andel fysiska besök och mindre andel telefonsamtal, utan krav på triagering (van Uden m.fl. 2006b). Dessutom hade kooperativet utan krav på triage högre andel muskel-skelett relaterade orsaker till besöken. En annan jämförelse från Nederländerna visade att en kooperativ lösning på jourverksamheten med mottagningen fysiskt placerad nära sjukhuset, resulterade i fler kontakter på primärvårdsnivå och motsvarande färre på sjukhusets akutmottagning. Allt i jämförelse med ett rotationssystem där juren delades på 24 mindre mottagningar (van Uden & Crebolder 2004). Utvärderingar av ”walk-in clinics” i England visar att dessa ger vård av god kvalitet och med hög patientnöjdhet (Chapman m. fl. 2004). Samtidigt visar studier att sådana kliniker bidragit till ökade ojämlikheter eftersom de främst utnyttjas av medelklassen och för smärre och ofta självläkande vårdbehov. Studier i Kanada visar att motsvarande ”walk-in clinics” ger vård av bättre kvalitet (avseende kliniska processmått) än familjeläkare, men att patienterna är mer nöjda med besök hos familjeläkare (Hutchison m.fl. 2003).

Även Grol m.fl. (2006) diskuterar effekter av utvecklingen mot större kooperativa modeller för jourverksamheten. Författarna refererar till randomiserade kontrollerade studier som visat att triagering ger lägre kostnader för jour, men däremot ingen signifikant påverkan på inläggning till sjukhus eller mortalitet. Samtidigt är det svårt att studera hur triagering påverkar patientsäkerheten inom ramen för kontrollerade studier eftersom antalet patienter

blir alltför begränsat. Även Grol m.fl. hänvisar till att flera studier i olika länder pekar mot att patientnöjdheten minskar om patienter förväntat sig att få träffa en läkare men enbart erbjuds telefonrådgivning. Författarna spekulerar att kollektiva lösningar på jourverksamheter, i kombination med telefonrådgivning och triagering som beaktar negativa effekter för patientnöjdheten och osäkerhet kring patientsäkerheten, är framtidsmodellen.

5. Ersättningsprinciper och kostnadsansvar

Många hälsoekonomiska forskare och studier argumenterar för olika former av kostnadsansvar på utbudssidan (dvs. för vårdgivarna) för att ge incitament till prioriteringar, snarare än att patienterna belastas med avgifter i olika former (Ellis & McGuire 1990; Jelovac 2001). Sådan ”supply-side cost sharing” anses mera effektivt än patientavgifter för att kontrollera de totala vårdutgifterna. Patienterna fattar i många fall enbart beslut om att vända sig till vårdgivare när man anser att det finns ett behov. Utredningar, remisser och beslut om behandling fattar läkarna beslut om. Patientavgifter kan därför i först hand kontrollera efterfrågan på de initiala vårdkontaktarna. Det som händer i vården därefter, vilket svarar för de verkligt stora kostnaderna, beslutar i huvudsak läkarna om. Studier visar dessutom att patienter inte är särskilt bra på att avgöra när det finns behov att professionell vård. Höjda patientavgifter tenderar att prioritera bort all vård, även sådan som läkarna själva anser är motiverad och effektiv (Gruber 2006). Höjda patientavgifter påverkar också efterfrågan på vård olika beroende på individers inkomst, och har därför en negativ effekt på möjligheterna att uppnå jämlik fördelning av vårdresurserna.

Behovet av ”supply-side cost sharing” sätter fokus på hur vårdgivare ersätts och vilket kostnadsansvar de har. I det här avsnittet behandlas effekter av kapitering som ersättningsprincip, erfarenheter av s.k. fundholding samt finansiella incitament för att förbättra vårdgivares kvalitet och effektivitet. Kapitering innebär att vårdgivare i form av enskilda allmänläkare eller mottagningar ersätts med ett fast belopp per registrerad individ. Det motsvarar svensk praxis där den fasta ersättningen per listad individ i de flesta landsting (undantaget Stockholm) svarar för minst 80 procent av intäkterna. Fundholding innebär att vårdgivare har ett bredare finansieringsansvar för listade individers konsumtion av vård, även sådan vård som inte vårdgivarna själva tillhandahåller. Sett till svensk praxis är det vanligt att vårdgivare i primärvården har kostnadsansvar för individers konsumtion av basläkemedel, även när dessa läkemedel förskrivs av andra. Om listade individer vänder sig till andra resurser i primärvården, t.ex. sjukgymnaster, blir i många landsting den vårdgivare där individen är listad skyldig att ersätta nämnda vårdgivare. I flera landsting reduceras också vårdgivares kapitering om andelen besök i övrig specialiserad vård bland listade individer ökar. Denna princip kan beskrivas som en indirekt form av fundholding. Finansiella incitament för att förbättra kvalitet och effektivitet i form av s.k. målrelaterad ersättning förekommer i så gott som alla landsting men svarar för en blygsam andel av primärvårdens ersättning, omkring 3 procent.⁸

⁸ För översikt av praxis när det gäller ersättningsprinciper i svensk primärvård, se Anell m.fl. (2012).

4.1 Effekter av kapitering

Det finns ett flertal både teoretiska och empiriska studier om för- och nackdelar med olika former av ersättningsprinciper i primärvården. Sammantaget visar studier att det inte finns några optimala lösningar, varför litteraturen ofta rekommenderar en kombination av principer samt att aktiviteter bland vårdgivare följs upp (Barnum m.fl. 1995; Simons & Giuffrida 2004; Anell 2010). Motsvarande slutsatser redovisas i översikter som specifikt studerat ersättningsprinciper till allmänläkare och inom primärvården (Gosden m. fl. 2004; Robinson 2001). I korthet kan sägas att kapitering ger incitament till undervård, medan ersättning för enskilda aktiviteter (s.k. ”fee-for-service”, FFS) ger incitament till övervård.

Beroende på ersättningsform påverkas även incitamenten att skicka remiss till andra specialister, vilket är av stor betydelse för primärvården. Med kapitering ges ekonomiska incitament till fler remisser genom att kostnaderna på så sätt kan förskjutas till andra vårdgivare. Med FFS ökar tvärtom de ekonomiska incitamenten att göra så mycket som möjligt själv. Allard m.fl. (2011) har i en teoretisk modellanalys visat att både FFS och fundholding minskar antalet remisser och därför är likartade när det gäller ekonomiska incitament. Tidigare empiriska studier i både Danmark och Norge visar också att en ökad andel kapitering leder till fler remisser (Krasnik m. fl. 1990; Iversen & Lurås 2000).

En ersättning som fokuserar enskilda aktiviteter och besök hos olika yrkeskategorier kan hindra införande av ny teknologi och innovativa sätt att möta patienterna. Det har också använts som argument för användning av kapitering som ger vårdgivare större frihetsgrader. Ett sådant resonemang förutsätter dock att vårdgivare är perfekta agenter som kan bedöma vilka insatser som är bäst för patienterna givet de resurser som ställs till förfogande. Om detta antagande inte håller kan riktade specifika ersättningar tvärtom främja införandet av ny teknologi och innovationer. Särskilda ersättningar för läkemedelsgenomgångar kan t.ex. vara framgångsrikt för att öka volymen av just denna aktivitet.

Eftersom det är svårt att studera effekter av ersättningsprinciper genom randomiserade och kontrollerade studier, där allmänläkare slumpvis blir tilldelade viss ersättningsprincip, är det intressant att studera resultaten av olika laboratorieexperiment. I dessa experiment används beskrivningar av patienter och läkare (eller läkarstudenter) ombuds redogöra för vilka insatser man skulle gjort givet viss form av ersättning till den mottagning där man antas arbeta. Shen m.fl. (2004) studerade på detta sätt skillnader i behandling mellan läkare som ersattes genom kapitering eller fee-for-service (FFS). I experimentet fick läkare ange olika kvantiteter vård givet den hälsostatus som beskrivits för patienter. Läkare som ersattes med kapitering gav färre insatser generellt sett, men det fanns ingen skillnad i behandling när insatserna var livsavgörande. Oavsett scenario rapporterade läkarna en större grad av obehag (mera ”bothered”) vid kapitering. I ett senare experiment av Hennig-Schmidt m. fl. (2011) fick läkare som ersattes fiktivt med kapitering eller FFS ange olika kvantiteter av vård givet olika hälsotillstånd hos patienter. I överensstämmelse med teoretiska modellstudier och erfarenhet från praxis blev patienterna överbehandlade vid FFS och underbehandlade vid kapitering. Men även patienters hälsotillstånd hade betydelse. Patienter med större behov fick mer insatser vid FFS, medan patienter med mindre behov fick mer insatser vid kapitering. Dessa

resultat tyder på att ersättningsformen förmodligen har mindre betydelse när det handlar om livsavgörande insatser för patienterna. För andra insatser kan ersättningsprinciperna påverka på olika sätt beroende på behoven. Man kan dock inte utgå ifrån att vårdgivarna är perfekta agenter som lyckas prioritera rätt mellan patienters olika behov. Enligt resultaten från experiment av Hennig-Schmidt m.fl. är det inte givet att kapitering gynnar patienter med stora behov. På samma sätt är det inte givet att en kapiteringsmodell gynnar utsatta grupper. En studie i Ontario Kanada, som tillämpar kapitering baserad på ålder och kön, visade att patienter med låg socio-ekonomisk status missgynnades när det gäller antal besök och besökens längd i jämförelse med patienter med hög socio-ekonomisk status (Dahrouge m.fl. 2013).

Ett implicit antagande vid utformning av ersättningsprinciper är att alla vårdgivare motiveras på samma sätt. Studier visar att detta antagande knappast överensstämmer med praxis. Även anekdotiskt finns exempel på vårdgivare som i större eller mindre grad utnyttjar de möjligheter som finns att generera intäkter genom olika former av manipulation av data och registrering av uppgifter. Godager & Wiese (2013) visade utifrån data insamlade i det tidigare redovisade experimentet av Hennig-Schmidt m.fl. att graden av altruism bland läkare som deltog i experimentet varierade. Altruism definierades som vilken vikt som läkaren fäste vid patientnyttan jämfört med mottagningens vinst. Knappt hälften (44%) av läkarna i studien uppvisade egenskaper som indikerade att man fäste större vikt vid patientnyttan än mottagningens ekonomiska vinst. Resterande läkare satte antingen den ekonomiska vinsten högre än patientnyttan (26%), eller att man gav patientnyttan och den egna ekonomiska vinsten ungefär samma vikt (29%). Det står i viss kontrast till empiriska studier som visar att de flesta patienter tror att läkare i allmänhet sätter patientnyttan framför andra hänsyn (Kao m.fl. 1998). Samma studie visade även att en majoritet av patienterna inte tror att ersättningsprinciperna till läkare har någon effekt på den vård man får.

Det är högst troligt att det även i praktiken förekommer olika grad av altruism och fokusering på egen ekonomisk vinning bland läkare. Även om egen ekonomisk vinst inte är det relevanta alternativet för läkare som arbetar i offentlig regi kan patientnyttan ställas mot ansträngningar och prioriteringar under arbetstid eller undanträngning av sådana aktiviteter som man finner mindre intressanta. Om så är fallet blir det teoretiskt sett också omöjligt att konstruera en ersättningsprincip som passar alla. I princip borde man först utreda vad läkare och mottagningar motiveras av och därefter utveckla ett ersättningsystem som passar med denna motivation. För läkare som förmår prioritera mellan individuella behov och tillgängliga resurser utifrån tillgängligt kunskapsstöd (dvs. är perfekta agenter) är det bäst att använda ersättningsprinciper som minimerar de administrativa kostnaderna och som skapar mesta möjliga flexibilitet i resursanvändningen. Det skulle peka mot en enkel form av kapitering. För alla andra vårdgivare finns förmodligen anledning att följa rekommendationer i litteraturen, dvs. utveckla blandade ersättningsprinciper som kompletteras med uppföljning av aktiviteter och prioriteringar. Denna rekommendation har tidigare inte varit särskilt väl underbyggd empiriskt sett, utan baserats på dokumenterade negativa effekter av ensidiga lösningar i form av antingen FFS eller kapitering. Ett nytt experiment av Brosig-Koch m.fl.

(2015) visar dock att en blandning mellan FFS och kapitering reducerar tendenser till både över- respektive undervård och att metoden därför skulle ge mest nytta för patienterna.

4.2 Möjligheter och begränsningar med fundholding

I flertalet länder har primärvård och allmänläkare enbart ansvar för de kostnader som uppstår vid den egna mottagningen. Under senare decennier har det dock blivit vanligare med kostnadsansvar som omfattar t.ex. förskrivna läkemedel eller remisser till övrig specialiserad vård. Detta ansvar kan formuleras på olika sätt. I svensk primärvård har vårdcentraler i de flesta landsting kostnadsansvar för receptläkemedel, som då ersätts utifrån en fast riskjusterad kapitering per listad individ. Det finns också ett brett kostnadsansvar för de utredningar som ska göras på primärvårdsnivå. I flertalet landsting finns också ett indirekt kostnadsansvar för remisser och individers besök i övrig specialiserad vård, genom att kapiteringen till mottagningar justeras utifrån andelen besök som listade individer gör i primärvården (s.k. täckningsgrad).

Bland amerikanska HMOs blev det förhållandevis vanligt under 1980-talet att allmänläkarnas inkomster till viss del betingades av om budgeterade kostnader för remisser stämde med det faktiska utfallet (Hillman m.fl. 1989). Det resulterade i kritik och minskat förtroende från patienternas sida (Saltman 2003). I England påbörjades experiment i början av 1990-talet där allmänläkare i grupper med minst 10 000 listade individer kunde bli s.k. ”GP-fundholders” med kostnadsansvar för receptläkemedel och viss övrig specialistvård. Dessa GP-fundholders avvecklades senare och ersattes med mera storskaliga lösningar i form av ”community fundholding”, ”extended fundholding”, ”total purchasing”, ”primary care trusts” och ”GP commissioning consortia”. Betydelsen av dessa fundholdinglösningar är dock oklar. Wyke m. fl. (2003) menar att de brittiska allmänläkarnas engagemang i fundholding varierar, men är generellt sett mindre i de storskaliga lösningar som utvecklats efter 1997. Erfarenheter från många håll är också att de flesta allmänläkare som engagerar sig ändå inte förmår påverka sjukhusens inriktning och resursfördelning. Detta har annars varit ett viktigt argument för att gå samman i större konsortium. Om man å andra sidan lyckas att påverka sjukhusens verksamhet visar erfarenheter att politiker ofta intervenerar om förändringarna blir för stora. Wyke m. fl. konstaterar att det inte funnits något uttalat stöd från miljön när tanken om fundholding utvecklats till mera storskaliga lösningar. Även en senare översikt av Miller m.fl. (2015) noterar att engagemanget från allmänläkare varit större i de fundholding lösningar där man kunnat agera mera självständigt. Störst engagemang har funnits för förändringar inom primärvården medan engagemanget när det gäller bredare folkhälsofrågor har varit svagt.

I en kommentar till utvecklingen inom brittiska NHS menar Casalino (2011) att fundholding i primärvården är mera likt de sammanhängande nätverk av mottagningar i form av Independent Practice Organizations (IPA) som utvecklats i USA, snarare än de helt integrerade hälso- och sjukvårdsföretag (som Kaiser) som fått mest internationell uppmärksamhet. Lärdomar från utvecklingen av IPA på den amerikanska sjukvårdsmarknaden är att det krävs minst 100 000 listade individer för att hantera den

finansiella risk som fundholding innebär. Även med denna storlek ställs krav på riskjustering av ersättningen, återförsäkring för att hantera dyra patienter och exkludering av kostnadsansvar för sällsynta sjukdomar och extremfall. Därtill krävs betydande investeringar i ledarskap, management och administration. Sjukhus och specialister måste också ha incitament att samverka med primärvården, vilket bl.a. har betydelse för ersättningsprincipernas utformning gentemot sjukhusen. Om sjukhusen ersätts för utförda aktiviteter finns inga ekonomiska incitament att överföra verksamhet till primärvården. Även med goda institutionella förutsättningar bedömer Casalino att det sannolikt tar 5-10 år för en IPA att utvecklas på ett ändamålsenligt sätt.

4.3 Hur effektiva är finansiella incitament för att åstadkomma förändringar?

Både internationellt och i svensk primärvård har det blivit vanligt att ersättning i form av FFS eller kapitering kompletterats med målrelaterad ersättning, s.k. pay-for-performance (P4). Numera finns flera utvärderingar publicerade och även översikter av litteraturen (Anell 2010; Eijkenaar, 2013). En övergripande slutsats är att målrelaterade ersättning inte haft den stora positiva inverkan på vårdkvaliteten som det fanns förhoppningar om för 10 år sedan. De flesta studier visar på sin höjd att målrelaterad ersättning haft en blygsam effekt och det finns även rapporter om icke-avsedda negativa effekter. Mot den bakgrunden finns också anledning att rikta ökad uppmärksamhet mot hur uppföljning av kvalitetsindikatorer kan kopplas samman med andra former av styrning och ansvarsutkrävning (Anell 2014).

En aktuell rapport från Nuffield Trust (2015) menar att riktade finansiella incitament, som pay-for-performance är uttryck för, enbart kan stimulera förändringar inom avgränsade områden. För att åstadkomma större varaktiga förändringar krävs andra strategier, däribland ett större utrymme för förändring underifrån och professionellt ansvar i kombination med uppföljning och transparens. Rapporten menar också att utvecklingen i primärvården mot större organisationer kräver investeringar i nya sätt att arbeta och leda arbetet. Nuffield Trust har även sammanställt en kunskapsöversikt när det gäller andra sätt att bedriva förändringsarbete i primärvården (Barai 2015).

Referenser

- Aakvik, A., Holmås, TH. (2006). Access to primary health care and health outcomes: the relationships between GP characteristics and mortality rates. *Journal of Health Economics*; 25: 1139-1153.
- Abbott, A. (1988) *The systems of profession*. University Of Chicago, Chicago.
- Allard, M., m.fl. (2011). Treatment and referral decisions under different physician payment mechanisms. *Journal of Health Economics*; 30(5): 880-893.
- Anell, A., Claesson, R. (1995) *Svenska sjukhus förr och nu - Ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar*, IHE: Lund.
- Anell, A. (2005) *Primärvård i förändring*. Studentlitteratur: Lund
- Anell, A. (2010) *Värden i vården - Målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO)*. Finansdepartementet: Stockholm.
- Anell, A. (2011) Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Economics, Policy and Law*; 6: 549-569.
- Anell, A., Nylinder, P., Glenngård, AH. (2012) *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. SKL: Stockholm.
- Anell, A. (2014) *Jämförelse mellan almen praksis i Region Sjaelland och primärvård i Region Skåne*. KEFU Skriftserie 2014:3.
- Anell, A. (2014) *Styrning i vården genom uppföljning av indikatorer på kvalitet och effektivitet*. KEFU Skriftserie 2014:4.
- Anell, A., Glenngård, A. (2014) The use of outcome and process indicators to incentivize integrated care for frail older people. A case study of primary care services in Sweden. *International Journal of Integrated Care*; Oct-Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-114805.
- Ansari, Z. (2007a) A review of literature on access to primary health care. *Australian Journal of Primary Health*; 13(2): 80-95.
- Ansari, Z. (2007b) The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care. *Australian Journal of Primary Health*; 13(3): 91-110.
- Ashworth, M., Armstrong, D. (2006) The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes framework, 2004-5. *BMC Family Practice*; 7: 68.

- Baicker, K., Chandra, A. (2004) Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries` quality of care. *Health Affairs; Suppl Web Exclusives*: W4-184-197.
- Barai, K. (2015) Brief review of literature on methods for supporting change in general practice and primary care. Nuffield Trust June 2015.
- Barnum H. m.fl. (1995) Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management*; 10: 23-45.
- Bhat, VN. (2005) Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems. *European Journal of Health Economics*; 6(3): 215-222.
- Bodenheimer, T. m.fl. (1999) Primary Care Physicians Should Be Coordinators, Not Gatekeepers. *JAMA*; 21(281): 2045-2049.
- Bodenheimer, T. (2006) Primary care—will it survive? *New England Journal of Medicine*; 355(9): 861-864.
- Bodenheimer, T. (2008) Transforming practice. *New England Journal of Medicine*; 359(20): 2086, 2089.
- Branson, C. m.fl. (2003) Patient satisfaction with skill mix in primary care: a review of the literature. *Primary Health Care Research and Development*; 4: 329-339.
- Brekke, KR. m.fl. (2015) Socioeconomic status and physicians` treatment decisions. Department of Economics, Norwegian School of Economics, Discussion Paper June 2015.
- Brosig-Koch, J. m.fl. (2015) The effects of in introducing mixed payment systems for physicians – experimental evidence. *Ruhr Economic Papers* no. 543.
- Cabana, MD., Jee SH. (2004) Does continuity of care improve patient outcomes? *Journal of Family Practice*; 53(12): 974-980.
- Campbell, J. m.fl. (2001) Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. *British Journal of General Practice*; 51: 644-650.
- Caminal, J. m.fl. (2004) The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*; 14(3): 246-251.
- Campbell, SM. m.fl. (2000) Defining quality of care. *Social Science & Medicine*; 51(11): 1611-1625.
- Campbell, S.M. m.fl. (2008) The experience of pay-for-performance in English family practices: a qualitative study. *Annals of family medicine*; 6(3): 228-234.
- Carder, M., Klingberg, B. (1980) Towards a salaried medical profession: How “Swedish” was the Seven Crowns reform? I Heidenheimer AJ, Elvander N., Eds. *The shaping of the Swedish health system*. Croom Helm; London.

- Casalino, LP. (2011) GP commissioning in the NHS in England: Ten suggestions from the United States. Nuffield Trust Viewpoints.
- Chapman, JL. m.fl. (2004) Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*; 54(502): 374-381.
- Coleman, EA. m.fl. (2001) Reducing emergency visits in older people with chronic illness. *Effective Clinical Practice*; 4: 80-1.
- Creditor, MC. (1993) Hazards of hospitalization of the elderly. *Annals of Internal Medicine*; 118: 219–23.
- Dahrouge, S. m.fl. (2013) Delivery of primary health care to persons who are socio-economically disadvantaged: does the organizational delivery model matter? *BMC Health Services Research*; 13: 517.
- De Maeseneer, JM. m.fl. (2003) Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of Family Medicine*; 1(3): 144-148.
- Devaux, M. (2015) Income-related inequalities and inequities in health care services utilization in 18 selected OECD countries. *European Journal of Health Economics*; 16: 21-33.
- Devlin, RA. m.fl. (2013) Practice size, financial sharing and quality of care. *BMC Health Services Research*; 13: 446.
- Di Blasi, Z. m.fl. (2001) Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*; 357: 757-762.
- Eijkenaar, F. m. fl. (2013) Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*; 110(2-3): 125-138.
- Ellis, RP., McGuire, TG. (1990). Optimal payment systems for health services. *Journal of Health Economics*; 9(4): 375-396.
- Engström, S. m.fl. (2001) Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*; 19: 131-44.
- Freund, T. m.fl. (2015) Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International Journal of Nursing Studies*; 52: 727-743.
- Glenngård, A. m.fl. (2011) Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy*; 103(1): 31-7.
- Glenngård, AH, Anell, A. (2012) Vad påverkar patientnöjdhet i primärvården? *Vårdanalys: Stockholm*.
- Glenngård, AH., Anell, A. (kommande)
- Glenngård, AH. (2015) *Primärvården efter vårdvalsreformen*. SNS: Stockholm.

- Godager, G. m.fl. (2015) Competition, gatekeeping, and health care access. *Journal of Health Economics*; 39: 159-170.
- Godager, G., Wiese, D. (2013) Profit or patients' health benefit? Exploring the heterogeneity in physician altruism. *Journal of Health Economics*; 32(6): 1105-1116.
- Gosden, T. m.fl. (2004) Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behavior of primary care physicians. *Cochrane Database Systematic Review*, Issue 2, The Cochrane Library.
- Graf, C. (2008) Functional decline in hospitalized older patients. *American Journal of Nursing*; 106(1): 58-67.
- Grol, R. m.fl. (2006) After -hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. *Health Affairs*; 25(6): 1733-1737.
- Gruber, J. (2006) *The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond*. Kaiser Family Foundation.
- Grumbach, K., Bodenheimer, T. (2004) Can Health care teams improve primary care practice? *JAMA*; 291(10): 1246-1251.
- Guthrie, B., Wyke, S. (2000) Does continuity in general practice really matter? *BMJ*; 321: 734-736.
- Guthrie, B., Wyke, S. (2006) Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Family Practice*; 7: 11.
- Heidenheimer, AJ. (1980) Conflict and compromises between professionals and bureaucratic health interests 1942-72. In Heidenheimer AJ, Elvander N., Eds. *The shaping of the Swedish health system*. Croom Helm; London.
- Hennig-Schmidt, H. m.fl. (2011) How payment systems affect physicians' provision behavior - an experimental investigation. *Journal of Health Economics*; 30(4): 637-646.
- Hillman, AL. m.fl. (1989) How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations? *The New England Journal of Medicine*; 321: 86-92.
- Hippisley-Cox, J. m.fl. (2004) Do single handed practices offer poorer care? Cross sectional survey of processes and outcomes. *BMJ*; 323: 320-23.
- Hollinghurst, S. m.fl. (2006) Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomized trials. *British Journal of General Practice*; 56(528): 530-535.

Huntley, AL. m.fl. (2013) Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? A systematic review and meta-analysis. *Family Practice*; 30(3): 266-275.

Hutchison, B. m.fl. (2003) Patients satisfaction and quality of care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario Walk-in Clinic Study. *CMAJ*; 168(8): 977-983.

Iversen, T., Lurås, H. (2000) The effect of capitation on GPs referral decisions. *Health Economics*; 9: 199-210.

Janlöv, N. m.fl. (2013) Kan satsningar på primärvård öka produktiviteten i primärvården? *Ekonomisk Debatt*; nr. 8.

Jee, SH., Cabana, MD. (2006) Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*; 63(2): 158-188.

Jelovac, I. (2001) Physicians' payment contracts, treatment decisions and diagnosis accuracy. *Health Economics*; 10(1): 9-25

Kaestner, R. Lo Sasso, A. (2015) Does seeing the doctor more often keep you out of the hospital? *Journal of Health Economics*; 39: 259-272.

Kao, AC. m.fl. (1998) Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity, and payment method. *Journal of General Internal Medicine*; 13(10): 681-686.

Kjellberg, J. m.fl. (2007) Almen praksis som coordinator – en international belysning, Danks Sundhetsinstitut.

Knight, JC. m.fl. (2009) Does higher continuity of family physician care reduce hospitalizations in elderly people with diabetes? *Population Health Management*; 12(2): 81-86.

Knuttsen, D. (1946) Läkaren som fri yrkesutövare eller sjukvårdstjänsteman. *Svenska Läkartidningen*; 43: 2230-39

Krasnik, A. m.fl. (1990) Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice. *BMJ*; 360: 1698-1701.

Kringos, DS. m.fl. (2013a) Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*; 32(4): 686-694.

Kringos, DS. m.fl. (2010a) The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*; 11:81.

Kringos, DS. m.fl. (2010b) The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*; 10: 65

- Kringos, DS. m.fl. (2013b) Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. *Social Science and Medicine*; 99: 9-17
- Kringos, DS. m.fl., Eds. (2015) Building primary care in a changing Europe. *European Observatory on Health Systems and Policy*.
- Kroneman, MW. m.fl. (2006) Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. *Health Policy*; 76(1): 72-79
- Kulu-Glasgow, I. m.fl. (1998) Self-referral in a gatekeeping system: patients' reasons for skipping the general-practitioner. *Health Policy*; 45(3): 221-238.
- Lamarche, PA. m.fl. (2003) Choices for change: The path for restructuring primary healthcare services in Canada. *Canadian Health Services Research Foundation*.
- Lee, TH. (2008) The future of primary care: the need for reinvention. *New England Journal of Medicine*; 359(20): 2085-2086.
- Leibowitz, R. m.fl. (2003) A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Family Practice*; 20(3): 311-317.
- Macinko, J. m.fl. (2003) The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*; 38(3): 831-865.
- Marshall, M. (2015) A precious jewel--the role of general practice in the English NHS. *New England Journal of Medicine*; 372(10): 893-897
- Miller, R. m.fl. (2015) What happens when GPs engage in commissioning? Two decades of experience in the English NHS. *Journal of Health Services Research and Policy*; 8, DOI:10.1177/1355819615594825.
- Moll van Charante, EP. m.fl. (2008) Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motives and characteristics. *Patient Education and Counseling*; 70(2): 256-265.
- Nuffield Trust (2013) Securing the future of general practice: new models of primary care. Research report July 2013, Nuffield Trust.
- Nuffield Trust (2013) New models of primary care: practical lessons from early implementers. Event report December 2013, Nuffield Trust.
- Nuffield Trust (2015) Transforming general practice: what are the levers for change? Nuffield Trust Briefing June 2015.
- Or, Z. m.fl. (2005) International differences in the impact of doctors on health: a multilevel analysis of OECD countries. *Journal of Health Economics*; 24(3): 531-560.

- Osborn, R. m.fl. (2014) International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Affairs*; 33(12): 2247-2255.
- Pelone, F. m.fl. (2013) How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe. *International Journal for Quality in Health Care*; 25(4): 381-393.
- Philp, I. m.fl. (2013) Reducing hospital bed use by frail older people: results from a systematic review of the literature. *International Journal of Integrated Care*; 13: Oct–Dec. URN:NBN:NL:UI:10-1-114756.
- Raddish, M. m.fl. (1999) Continuity of care: is it cost effective? *American Journal of Managed Care*; 5(6): 727-734.
- Rhodes, P. m.fl. (2014) Relationship continuity: when and why do primary care patients think it is safer? *British Journal of General Practice*; 64(629): e758-764.
- Ricketts, TC., Holmes, GM. (2007) Mortality and physician supply: Does region hold the key to the paradox? *Health Services Research*; 42(6): 2233-2251.
- Robinson, JC. (2001). Theory and practice in the design of physician payment incentives. *The Milbank Quarterly*; 79(2): 149-77.
- Roland, M., Nolte, E. (2014) The future shape of primary care. *British Journal of General Practice*; February: 63-64.
- Romaire, MA. m.fl. (2014) Primary care and specialty providers: an assessment of continuity of care, utilization, and expenditures. *Medical Care*; 52(12): 1042-1049.
- Rosenman, R., Friesner, D. (2004) Scope and scale inefficiencies in physician practices. *Health Economics*; 13(11): 1091-1116.
- Saltman, RB. (2003) Primary care in the driver's seat? John Fry Fellowship Lecture 30 October 2003, Nuffield Trust.
- Saltman, RB. m.fl., Eds. (2006) Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Open University Press: Berkshire.
- Sans-Corrales, M. m.fl. (2006) Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice*; 23(3): 308-316.
- Saultz, JW. (2003) Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*; 1(3): 134-143.
- Shen, J. m.fl. (2004) The effects of payment method on clinical decision-making: physician responses to clinical scenarios. *Medical Care*; 42(3): 297-302.
- Shi, L. m.fl. (2002) Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Services Research*; 37(3): 529-550.

- Simoens, S., Giuffrida, A. (2004) The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: an international comparison. *Applied Health Economics and Health Policy*; 3(1): 39-46.
- Socialstyrelsen (2012) Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012. Bedömning om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (1948:14) Den öppna läkarvården i riket. Stockholm.
- Spri (1972:14) Den öppna vårdens organisation. Spri-rapport nr. 14, Stockholm.
- Starfield, B. (1998) *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Oxford university press.
- Starfield, B. m.fl. (2005) Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*; 83(3): 457-502.
- Starfield, B. (2006). State of art in research on equity in health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*; 31(1): 11-32.
- Starfield, B., Shi, L. (2007) Commentary: primary care and health outcomes: a health services research challenge. *Health Services Research*; 42(6): 2252-2256.
- Statskontoret (2014:105) Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Delrapport 5
- Stewart, M. m.fl. (2000) The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*; 49(9): 796-804.
- Stille, CJ. m.fl. (2005) Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Annals of Internal Medicine*; 142(8): 700-708.
- Stokes, T. m.fl. (2005) 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. *Annals of Family Medicine*; 3(4). 353-359.
- Sveriges läkarförbund (2014) Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval. Sveriges läkarförbund, rapport April 2014.
- van Doorslaer, E. m.fl. (2006) Unequal Access to Medical Care in the OECD Countries. *Canadian Medical Association*; 17: 177-183.
- Van den Hombergh, P. m.fl. (2005) Saying goodbye´ to single-handed practices; what do patients and staff loose or gain? *Family Practice*; 22(1): 20-27.
- Van Dijk, C. m.fl. (2014) The primary-secondary care interface: Does provision of more services in primary care reduce referrals to medical specialists? *Health Policy*; 118: 48-55.

- Van Servellen, G. m.fl. (2006) Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing & Health Science*; 8(3): 185-195.
- Van Uden, CJ. m.fl. (2006a) Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. *Family Medicine*; 38(8): 565-569.
- Van Uden, CJ. m.fl. (2006b) Out-of-hours primary care. Implications of organization on costs. *BMC Family Practice*; 7: 29.
- Van Uden, CJ., Crebolder, HF. (2004) Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emergency Medicine Journal*; 21(6): 722-723.
- Vedsted, P., Olesen, F. (2011) Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? *British Journal of General Practice*; DOI: 10.3399/bjgp11X588484.
- Vårdanalys (2013:1) Vem har vårdvalet gynnat? Myndigheten för Vårdanalys, Stockholm.
- Vårdanalys (2014:2) VIP i vården? Myndigheten för Vårdanalys, Stockholm.
- Wasson, JH. m.fl. (1984) Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. *JAMA*; 252(17): 2413-2417.
- WHO (2008) World Health Report 2008. Primary health care, now more than ever. WHO, Geneva.
- Winblad, U. m.fl. (2012) Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvården. En kartläggning av kunskapsläget. Myndigheten för Vårdanalys, rapport 2012:2.
- Wilson, A., Childs, S. (2002) The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*; 52(485): 1012-1020.
- Worrall, G., Knight, J. (2006) Continuity of care for older patients in family practice: how important is it? *Canadian Family Physician*; 52: 754-755.
- Worrall, G., Knight, J. (2011) Continuity of care is good for elderly people with diabetes: retrospective cohort study of mortality and hospitalization. *Canadian Family Physician*; 57(1): e16-20.
- Wyke, S. m.fl. (2003) Should general practitioners purchase health care for their patients? The total purchasing experiment in Britain. *Health Policy*; 65(3): 243-259.
- Xyrichis, A., Lowton, K. (2008) What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*; 45(1): 140-153.