

Personlig kontinuitet; - Det handler om kunnskap, tillit og koordinering!

En beskrivelse, med støtte i forskningslitteraturen av betydningen av kontinuitet og relasjonen mellom pasient og fastlege. Effekter på trygghet, tillit, brukertilfredshet, effektivitet/kostnader og resultat er diskutert. Motsetningsforholdet mellom kontinuitet og tilgjengelighet beskrives, og diskusjonen rundt fremveksten og bruk av grupper i relasjon til kontinuitet i primærhelsetjenesten belyses.

Erfaringer med anbudsordninger og store internasjonale helseleverandører er tatt med i den utstrekning det er berørt i kontinuitets-litteraturen.

Oppdraget avrundes med en grundig, oppdatert litteraturoversikt over den forskningsrelevante kontinuitetslitteraturen.

Oslo 1. September 2015

Per Hjortdahl, dr.med
Professor i allmennmedisin
Institutt for helse og samfunn
UiO

Lege-pasientrelasjonen er et gammelt, viktig, sammensatt og komplekst konsept. Mye har vært skrevet om betydningen av denne relasjonen, det meste anekdotisk og kasuistisk, men har også i noen grad vært utsatt for mer rigorøs forskning, både nasjonalt og internasjonalt. Lege-pasientforholdet inngår i en større kontekstuell ramme, og utforming og resultat er avhengig av nasjonal forhold og helsetjenestens struktur. Det kan derfor være vanskelig å overføre forskningsresultater fra en kultur til en annen. Eksempelvis er helsetjenesten i USA i stor grad styrt av markedsliberalisme, dette kommer til uttrykk til deres generelle motstand mot allmennlegens portvaktfunksjon og forholdet mellom første- og andrelinje tjenesten. Slike kulturelle forskjellene er viktig å ta hensyn til når forskningsdata analyseres.

I. Bakgrunn

Kontinuitet er en viktig del av det terapeutiske lege-pasientforholdet. Internasjonalt var norsk forskning tidlig ute med å vise betydningen av kontinuitet i primærhelsetjenesten (1). Mye på denne bakgrunn ble Fastlegeordningen etablert.

Legeforeningen gjennomførte i 1980-årene en større studie av pasienters erfaringer med leger, som resulterte i boken "Medisinen som pedagogikk" (2). Her pekes det på en samfunnsutvikling også i vårt land som vil frembringe nye pasientgrupper med krav om økt markedsliberalisme, brukerfokus og økt tilgjengelighet. Dette er i ferd med å materialisere seg, hvilket nå kommer til uttrykk blant annet i Stortingsmelding 26 2014-2015 (3).

I England har det i noen tid vært en politisk styrt utvikling av primærhelsetjenesten fra å ha et fokus på kontinuitet til å satse mer på tilgjengelighet, episodisk ansvar, og forebyggende arbeid. (Direct Access, Quality and Outcome Framework scheme) (4). I 2004 ble for eksempel pasienter ikke lenger registrert hos en fastlege, men hos en gruppepraksis, det ble et kollektivt ansvar. Praksisen fikk bare ansvar for pasienten på vanlig dagtid. Legevaktansvar ble overlatt til større enheter (Primary care trusts). Når slike føringer som økt tilgjengelighet og økt fokus på forebyggende arbeid blir tilført primærhelsetjenesten uten at den samtidig får tilstrekkelige nye resurser, går det som regel ut over andre svakere pasientgrupper og forhold som kontinuitet. Dette er nå i ferd med å endre den grunnleggende strukturen av engelsk allmennpraksis (4).

Mange deler av USAs helsevesen tviholder på markedsliberalisme, innsatsstyrt finansiering med stykkpris. Dette resulterer i mange små aktører og et meget fragmentert helsevesen (5). Fragmentert helsetjeneste og mangel på koordinering kan fort bli dyrt og dårlig. Fragmentert helsetjeneste vurderes nå som en av de største trusler i det amerikanske helsevesen. "Fee-for-service payment creates incentives to provide high volume rather than high value – more, not better care" (5). Det eksperimenteres derfor med ulike "lokale" helsetjenestemodeller og private aktører, slik som HMOs og Medical Homes, uten at disse nødvendigvis har fått generell aksept (6).

Samtidig skjer det demografiske endringer i samfunnet. Folk lever lengre, flere blir eldre. Vi dør ikke så ofte av våre sykdommer, vi lever videre med dem; kroniske sykdommer og samsykdommer (multimorbiditet) blir vanligere. Nye medisinske utfordringer oppstår i kjølvannet av dette, med økt behov for kontinuitet og koordinering av helse- og sosialhjelp.

Også forhold knyttet til yrkesutøveren endrer seg med krav om sosialt akseptable arbeidsrammer og oppretthold av et meningsfylt arbeid.

Samfunnets, pasienters og legers til dels motstridene ønsker og krav utgjør samlet en gordisk knute som har vist seg vanskelig å løse i praksis. Kontinuitet versus tilgjengelighet, helhetlig omsorg mot fragmentert helsetjeneste, personlig kontinuitet versus tverrfaglige grupper. Dette kan lett oppfattes som nær uløselige motsetninger. I mange land oppleves det nå en alvorlig svikt i rekruttering til faget allmenmedisin mye på grunn av disse uløste spørsmålene. Seriøse helsetjenesteforskere og utøvere spør stadig oftere ”Primary care – will it survive?” og ”Will anyone miss GPs when we go?” (7,8)

II. Definisjon

Sentralt i denne problemstillingen står begrepet kontinuitet. Hva er det? Er kontinuitet så viktig som allmennleger vil ha det til? De siste år har det vært forsket en god del på dette, men med ulike og ofte motstridene resultater. En av årsakene er mangel av en internasjonal entydig, akseptert definisjon. Nå har man etter hvert blitt enige om at kontinuitet er et sammensatt begrep med minst tre ulike komponenter, de overlapper og henger nært sammen (9)

- **informasjons kontinuitet**; muliggjøre bruk av kunnskap innhentet i en situasjon i en annen. Ofte muntlig fra en person til en annen eller skriftlig i form av journal, IKT. Kan være person-uavhengig, benyttes ofte i teamarbeid

- **behandlings kontinuitet**; et konsistent og sammenhengende behandlingsforløp over tid og ulike behandlere. Kan være knyttet til handlingsprogram, behandlingslinjer, pakkeforløp. Kontinuitet over faggrenser. Koordinasjon av behandling. Gatekeeper-rolle. ”Case manager”. Kan være person-uavhengig. Primærhelseteam kan ivareta dette

- **personlig kontinuitet**; En vedvarende terapeutisk relasjon mellom pasient og helsearbeider, og som strekker seg over ulike sykdomsperioder. Er et en-til-en personlig, relasjonelt forhold. ”Min faste lege”, ”Fastlegen” brukes ofte synonymt med dette i Norge, ”longitudinal continuity” eller ”relationship continuity” på engelsk.

I norsk og engelsk sammenheng er det særlig den personlige, relasjonelle komponenten det siktes til når begrepet Kontinuitet brukes. Men vi er klar over at kontinuitet, det at lege og pasient møter hverandre flere ganger over tid, betyr relativt lite i seg selv. Det er hva disse møtene kan føre til, nemlig kunnskap og kjennskap til hverandre og opplevelsen av tillit, tilhørighet og trygghet for pasienten og en opplevelse av personlig ansvar for legen, som er de primære elementene i kontinuitet.

I en forskningssammenheng er kontinuitet i en eller annen form, utregnet ved en Kontinuitetsindeks, som regel årsaks-variabelen. Mange ulike måter å utregne slike indekser har vært foreslått i litteraturen (10). Ulempene er at de som kan gi et rimelig godt objektive mål ofte er kompliserte og det er vanskelig å innhente grunnlagsdataene, eller de er enkle og data kan innhentes fra datajournaler eller store, generelle datakilder, men er da ofte så grove og mangelfulle at de er til liten hjelp i en forskningssammenheng. I spørreskjemaer brukes ofte de subjektive begrepene ”Din faste lege” eller ”Den legen du vanligvis bruker” som årsaks-variabel. De ulike måtene å beregne indeksene kan gjøre det vanskelig å sammenlikne forskningsfunn (11).

Resultat-variablene er mange og til dels kulturelt betinget, sammensatte, komplekse, overlappende og avhengig av hverandre. Dette gjør også sammenlikninger vanskelige. Endringer i mortalitet, morbiditet, pasient-tilfredshet og helse-økonomi er resultatmål det særlig har vært forsket på i denne

sammenhengen. Mer spesifikt er det sett på tilfredshet, kommunikasjon, tillit, trygghet, tilgjengelighet, innvirkning på mortalitet, forbruk av helsetjenester, helsemodeller, samarbeid og teamarbeid. Denne forskningen viser ofte en samvariasjon mellom årsak og virkning, men kan sjelden påberope seg kausale sammenhenger.

Denne litteraturoversikten over kontinuitetsforskningen er ikke alt-dekkende, til det er feltet for omfattende, fragmentert og består ofte av mindre, lokale undersøkelser. Jeg har konsentrert meg om norgesrelevante temaer, og om mulig nyere og større studier. Jeg har forsøkt å være balansert i rapportering av negative og positive funn relatert til kontinuitet.

III. Tillit, trygghet “Mandate of trust”

Tillit er grunnleggende i lege-pasientforholdet, det er nær knyttet til personlig kontinuitet. Det er noe usikkert hvordan denne koplingen er, men personlig kontinuitet, kunnskap om hverandre som lege og pasient, opplevelse at den andre tar meg på alvor, tar ansvar, opplevelse av sterke hendelser sammen, kontinuitet over tid, er alle forhold som er med på å styrke tilliten. Dette krever nærhet, det fordrer kontinuitet. Moderne forskning om kontinuitet og tillit bygger på moderne spill-teori; en anerkjent forskningsmetode i samfunnsfagene (12). Det er ulike former for tillit; Begynner ofte med “Institusjonell” tillit til helsevesenet. Institusjonell trygghet bygger på generelle holdninger i lokalsamfunnet, i familien, tidligere egne generelle helseopplevelser. Difi undersøkelsen 2015 viser at 90% av den norske befolkningen har stor eller svært stor tillit til fastlegeordningen og til sin fastlege (13). 4% har liten eller ingen slik tillit. Det har vært lite endring i dette generelle tillitsforholdet de siste 5 årene.

Denne institusjonelle tilliten er som regel tilstrekkelig for de enkle, klart definerte besøksårsaker, men ofte ikke nok for tillit til å åpne opp for de mer personlige eller private problemstillinger. Gjentatte besøk hos den samme legen gir mulighet for en mer spesifikk tillit til denne legen (14). En grunnleggende, personlig tillit (secure trust) utvikles over tid basert på hvordan tidligere hendelser har blitt møtt og hvilke forventninger pasienten har til de neste møtene. Pasienten vurderer hendelser både bakover og fremover når personlig tillit bygges (15). (Mandate of trust). Alt dette krever i større eller mindre grad kontinuitet både i person og tid. Dette er viktige når vi avveier kontinuitet mot tilgjengelighet. Nå dreies helsetjenesten, særlig i England (Quality and Outcome Framework scheme) fra å fokusere på kontinuitet over mot tilgjengelighet, samarbeid og episodisk ansvar. Da er det et åpent spørsmål om ”The mandate of trust” lar seg overføre fra en fastlege til en ”utskiftbar” fastlege eller en gruppe. ”Can you trust your soul to a team?” Foreløpig forskning tyder på at dette er vanskelig. I utvikling av trygg tillit virker det ikke som om pasientene ser på allmennlegen som “utskiftbar” over tid (16). “Min faste lege” er et personlig, verdiladet tillitsbegrep som ikke lett lar seg overføre til nye aktører. Dette krever også en positiv innstilling fra legens side, og villighet til å ta på seg dette ansvaret, det er en gjensidighet i begrepet (17).

Ny forskning publiser i anerkjent amerikansk tidsskrift viser en robust sammenheng mellom personlig kontinuitet og utvikling av tillit i lege-pasient forholdet (14). Økt tillit hos pasienten fører til signifikant økt selvrapportert behandlingsetterlevelse (compliance) og pasientmedvirkning (18).

IV. Tilfredshet

Kontinuitet og pasienttilfredshet er det området hvor det har vært forsket lengst og funnet mest entydige resultat. En norsk undersøkelse fra 1992, publisert i BMJ, viser en klar sammenheng mellom kontinuitet og pasienttilfredshet (19). Dette er senere bekreftet internasjonalt i en rekke andre undersøkelser (20,21). Kontinuitet er særlig verdsatt av kvinner, eldre og av dem med kroniske sykdommer (21). Denne tilfredsheten vedvarer og gjenspeiler seg i befolkningens og pasienters vurdering av norsk allmenntilmedisin. Helt nye undersøkelser fra Difi (Direktorat for forvaltning og IKT) viser at befolkningen og pasienter er svært godt fornøyd med fastleger og med Fastlegeordningen (13). Vurderingen var i 2015 84 av 100 mulige poeng, og har vist en jevn, liten fremgang de siste årene (2010-14; 82 – 84) . Dette gjelder tilfredshet med selve ordningen (”global” tilfredshet), og med ”min” fastlege (spesifikk tilfredshet). Brukerne er likevel misnøyd med tilgjengelighet, 23% er misnøyd med ventetiden på telefon (ned fra 26% i 2010), 18% misnøyd med ventetid på time (ned fra 23% i 2010).

Allmennlegenenes tilfredshet med kontinuitet er det forsket mindre på, men en tidlig norsk undersøkelse peker på en klar sammenheng mellom kontinuitet og legetilfredshet (22). I Commonwealth Fund-rapportene 2009 og 2012 sammenliknes norske allmennlegers oppfatning av egne tjenester og opplevelsen av hvordan landets helsevesen fungerer (23). Dette blir sammenliknet med utsagn fra allmennleger i 10 andre land hvorav også Storbritannia og USA. De norske legene har et klart mer positivt syn på sitt lands helsetjenestesystem enn gjennomsnittet av legene fra de andre landene. Opplevelsen av at det norske systemet fungerer bra eller meget bra steg fra 56% i 2009 til 61% i 2012. I UK var tallene henholdsvis 47% og 46% og i USA sank det fra 17% til 15%. 87% av de norske legene, 84% av de engelske og 54% av de amerikanske legene var fornøyd med sin jobb som allmennpraktiker. Disse tallene er ikke direkte knyttet til kontinuitet, men bør kunne betraktes som en god indikator siden de fleste norske allmennlegene som har besvart undersøkelsen er fastleger med listeansvar.

V. Effekt

Kommunikasjon

Det har vært postulert at kontinuitet påvirker kvaliteten av kommunikasjonen mellom pasient og lege. En amerikansk studie har sett nærmere på dette, hvor 4393 pasienter i VA-helsesystemet ble fulgt over en to-årsperiode (24). Variablene var Usual Provider of Continuity index (UPC) og den godt validerte Quality of communication scale. Undersøkelsen viser at i dette helsesystemet fører redusert kontinuitet til en markert og signifikant nedgang i kvaliteten av pasient-lege kommunikasjonen.

Sykelighet (Morbiditet, mortalitet)

Et annet, viktig spørsmål er om kontinuitet innvirker på pasienters sykkelighet. Blir de raskere friske, er de syke lenger? Det underlige er at dette har det vært forsket lite på, i alle fall i form av større, robuste studier. En litteraturstudie fra 2004 identifiserte 5070 artikler, men fant at bare 18 av disse var relevant forskning (25). 5 av studiene handlet om pasienter med kroniske sykdommer; astma og

diabetes, men ingen av disse studiene er spesielt robuste. Artikkelen konkluderte med at kontinuitet har en signifikant positiv assosiasjon med bedre helse hos pasienter med kronisk sykdom, men at tolkning for øvrig er vanskelig grunnet mangfoldet av metode.

Tilsvarende konklusjon ble gjort året etter i en annen stor og grundig oversiktsartikkel (26). Det foreligger en klar og tydelig assosiasjon mellom personlig kontinuitet og forebyggende arbeid og med sykehusinnleggelser.

I de senere år er det dukket opp spørsmål om kontinuitet også kan ha negative effekter. Et slikt område er om kontinuitet kan skape så kraftige bindinger i lege-pasientforholdet at den faglige, objektive dømmekraften svekkes. Dette kan være en medvirkende årsak til at kreftdiagnoser iatrogen forsinkes (27). Dette er et alvorlig punkt som bør utredes videre.

Helseøkonomi

De fleste effektstudiene handler om kontinuitet relatert til over- og underbruk av helseressurser. Dette gjelder spesielt bruk av legevakt og unødvendige innleggelser, men er også relatert til prosedyrer og medisiner. Dette er igjen ofte knyttet til helseøkonomi.

En norsk undersøkelse vurderte hvordan allmennlegens kunnskap om pasienten innvirket på legens bruk av ressurser, som tid, prosedyrer, innleggelser og sykemeldinger (28). Det ble funnet en klar sammenheng med kontinuitet og bruk av ressurser.

I USA var det lenge tvetydige funn knyttet til kontinuitet og kostnad ved kroniske sykdommer (29). En litteratur-analyse fra 2005 fant mange "små-prosjekt"; 41 publikasjoner med 81 ulike resultater (26). 51 av disse var signifikante positivt relatert til kontinuitet, mens bare 2 var negativt assosiert. 20 studier omhandlet kontinuitet og kostnader, hvor 35 av 41 variable var assosiert med signifikant lavere kostnader. Konklusjonen var at store variasjoner i metode vanskeliggjorde sammenlikninger, men at det ble funnet en konsekvente positive assosiasjon mellom kontinuitet og forebyggende arbeid i primærhelsetjenesten og mellom kontinuitet og sykehus-innleggelser. Senere er det publisert store, robuste undersøkelser som underbygger forholdet mellom kontinuitet og økonomi. De kjennetegnes av store datasett og bruk av administrative data både når det gjelder kontinuitet og effekt.

Forskere fra Harvard School of Public Health og fra The RAND Corporation publiserte i 2014 en større studie som vurderer sammenhengen mellom kontinuitet og kostnader, legevaktsbesøk, sykehusinnleggelser og komplikasjoner blant Medicare pasienter (30). De hadde valgt seg ut tre kroniske sykdommer som indeks-diagnoser; Hjertesvikt $n=53\ 000$, COPD $n=76\ 500$ og DM2 $n=166\ 600$. Brukte Boxermans kontinuitetsindeks. Denne er relatert til konsultasjoner som kan settes i sammenheng med de aktuelle indeks-diagnosene. Etter multivariate analyser viser økt kontinuitet en klar og signifikant samvariasjon med lavere kostnad, legevakt, sykehusinnleggelser og komplikasjoner. For hver 0.1-enhet øking i kontinuitetsindeksen gikk kostnadene ned med 4,7% for CHF, 6,3% for COPD og 5,1% for DM2. Grunnet den relativt store kostnadene av komplikasjonene og hvor vanlige de er i den eldre befolkningen, konkluderer forfatterne "Modest differences in care continuity for Medicare beneficiaries are associated with sizable differences in cost, use and complications".

En annen studie publisert i år omfatter 1.2 millioner Medicare pasienter over 65 år (31). Boxerman kontinuitets-index brukes. Den gjennomsnittlige Medicare pasient i US ser 2 allmennpraktikere og 5 spesialister i 4 ulike praksiser hvert år. Resultatvariabelen er en predefinert nasjonalt akseptert

liste over 19 prosedyrer (screening, diagnostiske, terapeutiske, monitorering) som har en tendens til å bli overforbrukt i helsesystemet. Fant at høy kontinuitet var signifikant assosiert med en lavere sannsynlighet for å utføre 9 av de 19 prosedyrene. Forfatterne konkluderer med at økt kontinuitet (og nedsatt fragmentering) har en klar signifikant assosiasjon til nedgang i overforbruk av prosedyrer.

Ny, større undersøkelse publisert i JAMA i år som ser på sammenhengen mellom kontinuitet og unødvendige innleggelser (kunne vært forebygget eller unngått) hos 3.2 millioner Medicare pasienter (32). Hver pasient hadde 4 eller flere polikliniske visitter i 2008, og ble fulgt over en 2-års periode. En nasjonalt akseptert, predefinert liste over 13 ulike kategorier sykehusinnleggelser som kunne vært unngått med adekvat ambulatorisk helsetjeneste var resultat-variabelen. 13% av de 3.2 millioner pasientene hadde "preventable" innleggelser i observasjonsperioden (25% hjertesvikt, 23% bakteriell pneumoni, 15% urinvegsinfeksjoner, 13% COPD). En 0.1 økning i kontinuitet var assosiert med en 2% lavere rate med unødvendige sykehusinnleggelser. Klar konklusjon; kontinuitet gir signifikant færre unødvendige innleggelser og tilsvarende økonomiske besparelser.

De siste undersøkelsene var fra USA og dreiet seg om eldre mennesker. En undersøkelse fra Taiwan blant alle aldersgrupper publisert i 2010 viser at høy kontinuitet der var assosiert med en 60% risiko-reduksjon for unødvendig innleggelse (33).

En relevant norsk studie går på sammenhengen mellom kontinuitet, pasienttilfredshet og sykehusinnleggelser (34). Den benytter Nasjonalt pasientregister når det gjelder bruk av helsetjenester og TNS Gallups nasjonale undersøkelser 1995-98 og konstruerer en tilfredshetsindikator (subjektiv) vedrørende «sin» fastlege («den legen du vanligvis bruker»). 63.798 besvarelser. Bedre tilfredshet med fastlegen viser en klar, signifikant sammenheng med færre innleggelser på somatiske sykehus. Forfatterens konklusjon: «A reasonable interpretation is that a well-developed primary physician service, where patients feel very secure with the doctor they use, contributes to reduced use of hospital services, in the form of fewer admissions».

En ny og godt gjennomført Cochrane-studie fra 2014 ser på primærhelsetjenestens bruk av andrelinjens akuttfunksjoner (legevakt n=24 studier, akutte sykehus-innleggelser n=22 studier) (35). Konklusjon; "... Being able to see the same health care professional reduced unscheduled secondary care. ... there is evidence that continuity of care is associated with reduced emergency department attendance and emergency hospital admissions".

En interessant observasjon er gjort i en studie av allmennlegens innvirkning på akuttinnleggelser i England, og hvilken praktiske og økonomisk konsekvens dette kan ha; "... highlighted how small shifts in the proportion of patients with urgent conditions who use primary rather than secondary care could have a large impact on secondary care ("gearing")" (36).

Et annet og høyst aktuelt område omhandler kontinuitet, eldre og multimorbiditet. En nylig analyseartikkel i BMJ etterspør "Better management of patients with multimorbidity" (37). Forfatterne hevder at prinsippene bak behandlings-kontinuitet, med ofte rigide behandlingsprogram og samarbeid med flere mennesker involvert er mindre egnet for denne voksende pasientgruppen. Det som særlig trengs er tid, personlig kontakt og klinisk skjønn og ansvar. Dette er alle egenskaper som knyttes til personlig kontinuitet, og som bør knyttes til en primærlegen, være seg allmennpraktiker, sykehjemslege eller geriater (37).

En bra og tankevekkende amerikansk studie er nylig publisert (38). De vurderte 12.000 eldre, hver med 3 eller flere kroniske sykdommer. Alle var med i Kaiser Permanente Colorado, et stort privat helseforetak med integrerte helsetjenester, teamarbeid og god felles informasjons-kontinuitet (IKT). Årsaksvariablen var tatt fra administrative data og Continuity of Care index ble brukt. Resultatvariablen var ø.hjelp henvisninger eller innleggelser. Konklusjonen er ganske entydig i at også i et helsesystem med høy informasjons- og behandlingskontinuitet er personlig kontinuitet signifikant og uavhengig assosiert med lavere bruk av legevakt og sykehus for pasienter med multimorbiditet.

Kvalitet

En viktig del av diskusjonen omkring kontinuitet er om den medfører en “monopolisering” av pasientene og vanskeliggjør tilgang til spesialisthelsetjenesten. Er det faglige arbeidet til primærlegene godt nok sammenliknet med spesialister? Spesialister og silo-tenking versus generalister er aktuelle problemstillinger. Viktig og internasjonalt kontroversielt er også portvakt-funksjonen. Alt dette er direkte eller indirekte knyttet til kontinuitetsbegrepet og helhetlig omsorg.

En mye sitert litteratur-studie fra 2007 vurderte dette (39). Det ble gjort nøye sammenlikning av resultatvariablene i 49 studier som så på behandling gitt av allmennpraktiker og spesialist. Spesielt var det studier som omhandlet hjerte-kar og diabetes. De fant at funnene i undersøkelsen samlet favoriserte behandling hos spesialist. Studien har metodologiske svakheter med validitet og generaliserbarhet, særlig siden den bare så på studier relatert til pasienter med enkelt-lidelser. Dette “favoriserer” spesialistene i de respektive fagene (silo-tenking), og gjenspeilte ikke den reelle kliniske hverdagen med multimorbiditet, særlig hos eldre pasienter.

En nyere oversiktsartikkel fra Nederland vurderer 22 forskningsartikler som omhandler behandlingskvaliteten hos allmennpraktiker vs spesialist ved indeks-diagnosene RA, DM og Cystisk fibrose (40). De konkluderte med at funnene ikke tydet på noen bedre behandling hos spesialistene. Samtidig sier forfatterne at det er vanskelig å trekke noen konklusjoner om forskjeller eller likeverdighet, da alle studiene som de fant i verdenslitteraturen er ganske uensartet både i forskningsspørsmål og design.

Det er viktig å bemerke at ingen av disse to, store metaanalysene ser på mentale helseproblemer. Det er få slike studier publisert, men en kanadisk undersøkelse publisert i 2007 fant ingen forskjell i effekten av mental helsehjelp gitt av allmennlege eller av psykiatrisk helsetjeneste (41).

VI. utfordringer

Tilgjengelighet

De aller fleste brukere ønsker kontinuitet, isolert sett. utfordringene kommer når kontinuitet kontrasteres mot andre hensyn som omkostninger, tilgjengelighet og direkte tilgang til spesialist. Undersøkelser viser da at kontinuitet fremdeles verdsettes høyt, men ikke like mye av alle, eller hele tiden. Noen foretrekker rask tilgang til helsehjelp i noen situasjoner, og vektlegger personlig kontinuitet i andre. Dette innebærer at allmennhelsetjenesten bør ha fleksible ordninger som både ivaretar kontinuitet og en rimelig rask, god tilgjengelighet. Dette er en vanskelig balanse, som

de fleste helsesystemer strever med å løse, også i vårt land (3). En ny, større engelsk undersøkelse er aktuell også for oss; ” Do English patients want continuity of care, and do they receive it?” (21) Dette er en stor, oppdatert, representativ, postal undersøkelse. Sent til 5,5 millioner individer over hele England. 2,2 millioner respondenter. 8.362 allmennpraksiser er representert. Del av English General Practitioner Patient Survey (GPPS). Responsraten; 39% er relativt lav, men grunnet store antall respondenter lar den seg analysere på relativt mange variabler. Ordlyden av spørsmålene og meningsinnholdet kan med rimelighet tolkes også under norske forhold, siden helsesystemene våre er ganske like.

Målsetting var å få vite hvor stor andel av pasienter som oppsøker engelsk allmennpraksis uttrykker ønske om å se en bestemt allmennlege (setter kontinuitet øverst på prioriteringslisten) og å få vite hvor stor andel av de som ønsker konsultasjon hos en fast lege oppnår dette i dagens system. Resultat: 62% av alle respondentene uttrykket ønske om konsultasjoner med en bestemt allmennlege (kvinner 68%, menn 56%), (alder 52% for aldersgruppe 18-24 år, 81% aldersgruppe 75-84) (kroniske sykdommer 77%) (pasienter som bare har bestilt ikke-ø-hjelp timer siste halve året 68%, de som bare hadde bestilt ø-hjelp timer siste halve året 58%). Av disse 62% oppnådde 72% å få time med den ønskede allmennlegen hver gang, eller nesten alltid. (Høyest hos menn 74%, kvinner 70%) (eldre (75-84) 87% vs 60% (18-24)). (kroniske sykdommer 77%) (pasienter fra fattige områder 67% vs fra mer velstående områder 74%)(sannsynligheten for å se sin faste lege gikk ned med økende gruppes-størrelse av den praksisen de tilhørte, 77% for to-lege-praksis til 69% i praksiser med 10 eller flere leger).

Konklusjon: Om lag to-tredeler av engelske pasienter har et ønske om å ha en fast lege (klar majoritet) og om lag tre-firedeler av disse får sin preferanse oppfylt hele eller det meste av tiden. Dette er positivt og regnes fremdeles som en kvalitetsfaktor i engelsk helsevesen. Samtidig sees det som et klart faresignal at en-firedel av de pasientene som ønsket det har vansker med å oppnå kontinuitet det meste av tiden. Dette er altså ikke de pasientene som ønsker tilgjengelighet fremfor kontinuitet som nå er utfordringen, men de som ønsker kontinuitet og ikke oppnår det, da spesielt eldre, kvinner, kronikere, og pasienter med multimorbiditet. Dette oppleves av mange som et systemsvikt hvor det settes for mye fokus på tilgjengelig, tilknytning til praksiser og samarbeid på bekostning av kontinuitet (4). Organisatorisk tilrettelegging etterspørres.

Team

Fragmentering av helsetjenester fører ofte til frustrasjon både blant pasienter, pårørende og helsearbeidere (42). Hva ligger i denne utfordringen? Er ikke grupperettet primærhelsetjeneste løsningen på det meste? Ansvar flyttes fra fastlegen til en tverrfaglig gruppe, presset på den enkelte lege lettes og tilgjengelighet, tverrfaglighet og brukermedvirkning øker. Informasjons- og behandlingskontinuitet kan ivaretas av teamet.

I USA utprøves to modeller; Medical Home og Chronic care model; begge basert på helhetlig omsorg og større bruk av teams, med økt informasjons- og behandlings-kontinuitet, men mindre personlig kontinuitet (5). I England er modellen at pasienten ikke lenger knyttes til en fastlege, men til en gruppepraksis. I Norge viser Primærhelsemeldinga (StM 26 2015-2015) klare intensjoner om utstrakt bruk av primærhelseteams og hvor leger ikke nødvendigvis vil ha den sentrale plassen. Disse modellene kan virke besnærende, men samtidig reises spørsmålene; Hvor blir det av den Personlige komponenten med tillit og trygghet som så mange av pasientene ønsker? Svekker et team med flere medarbeidere pasientens opplevelse, tilfredshet med sin primærhelsekontakt?

Hvordan kan fordelene ved personlig kontinuitet eventuelt trekkes inn i, utnyttes, beholdes i tverrfaglige teams? Hvordan best organisere en slik struktur uten samtidig å ødelegge det positive ved den personlige kontinuiteten? Spørsmålene er mange, vanskeligheten er at vi *vet* for lite om hvordan grupper og teamarbeide fungerer i medisinen generelt og i primærhelsetjenesten spesielt. Det finnes spredt forskning på emnet, men foreløpig er dette relativt små undersøkelser, lokalt forankret og med sprikende funn.

Et unntak er en stor og viktig undersøkelse publisert i *Medical Care* i 2007 (43). Den tar for seg virkningen av flerfaglige primærhelseteams på pasienters vurdering av tjenestens tilgjengelighet, samarbeid og koordinering og opplevd kvalitet av lege-pasientforholdet. Undersøkelsen er gjort i et større helsesystem i USA i 2004-05, og med 145 allmennleger involvert. Resultatvariablene er basert på månedlige tilbakemeldinger via et vel validert, nasjonalt brukt skjema (ACES) som ser på opplevd pasient-kvalitet i 9 forskjellige domener (områder) i lege-pasientforholdet. Årsaksvariablene er tatt fra administrative data og 4 ulike kontinuitets-indeks er beregnet. Det var om lag 15.000 respondenter med 2 eller flere primærlegevisitter i studieperioden. Hver konsultasjon ble registrert som med "fastlegen", med "teamet til fastlegen" eller med "helsearbeider utenfor teamet". Funnene forsterker på en robust måte tidligere forskning med at pasientene verdsetter å se den samme legen (kontinuitet), dette gjenspeiles i de fleste av de 9 domene og er med på å forklare hvorfor kontinuitet er assosiert med bedre helse, helseøkonomi og pasienttilfredshet. Dette ble av forfatterne forklart med at pasientene opplevde bedre kommunikasjon med primærlegen, hadde bedre felles kunnskapsbase om hverandre og at det var bedre koordinasjon av nødvendige helsetjenester over tid.

Et spesielt funn i undersøkelsen er at konsultasjoner med andre enn fastlegen, selv teammedlemmer i primærhelseteamet, har en tendens til å ha en negativ innvirkning på pasientens opplevelse av konsultasjonen. Dette kan tolkes som om alt teamarbeidet er ødeleggende for pasient-legeforholdet. Men kanskje er det heller slik at det er *hvordan* pasienten opplevde dette teamarbeidet som er det utslagsgivende og ikke teamarbeidet i seg selv (44).

Store grupper eller teams oppleves lett som anonyme, upersonlige eller ukoordinerte, også av pasienter. Det blir fort fragmentert omsorg i flerfaglige teams (43). Dysfunksjonelle teams er raskt ødeleggende. Hierarkisk oppbygging av teamet kan være ødeleggende, men trenger ledelse og ansvar. Legens medisinskfaglige ansvar og ledelse må være klar. Hvis roller blir overlappende og det er uklare linjer, er det duket for problemer.

Internasjonalt diskuterer derfor nå toneangivende allmennpraktikere og helsepolitikere opprettelsen av mindre grupper sentrert rundt fastlegen i tillegg til eller istedenfor større primærhelseteams (4,6,45,46). En slik modell er hvor allmennlegen arbeider fast med en annen helsearbeider i et partnerskap eller "dyade" (4). En dyade holder sammen som partnere selv der hvor det er flere leger i samme praksis. Vedkommende har mye av "ansvaret" for pasienten før og etter konsultasjonene, og er med i konsultasjonen, der det er relevant. Legen har hele tiden det overordnede ansvar. En annen artikkel innfører begrepet "Teamlets" eller "Mikroteams" som er mindre, primærhelseteams hvor den personlige kontinuiteten prøves ivaretatt (45). Andre argumenterer for mer fundamentale endringer i primærhelsetjenesten med innføring av større "highly functioning health care teams" (HFHCT) som sees mer på som en interprofesjonell og pasientsentrert samarbeidsmodell (46) – ikke ulikt primærhelseteamet foreslått i Stortingsmeldinga. Et av hovedelementene er en praksis bestående av "lege-ledet team" som har felles pasienter. En hovedutfordring er å gå fra "mine

pasienter” til “våre pasienter”. Griper dypt inn i vår identitet som leger, - paradigmeskifte - som vil krever mye ny tenking, planlegging, og omlegging helt ned til grunnutdanningen av leger.

Andre nye måter å organisere helsetjenesten på er forsøkene med “Medical Homes”. Dette er større praksiser, helsesentra hvor mange funksjoner er samlet. Har mange av de samme funksjonene som de større norske helsesentra eller Helsehus har i dag. Disse prøves nå ut flere steder i verden, men nye utfordringer i form av manglende kontinuitet og økonomi gjør fremtiden usikker (5,46). Foreløpig er det få forskningsresultat knyttet til kontinuitet og de nye måtene å organisere helsetjenesten.

VII. Sammendrag

- Rikholdig litteratur i verden vedrørende kontinuitet, det meste av vekslende kvalitet og relevans (små, mange ulike metoder, lokalt og kulturelt forankret). De senere år noen større, robuste (meta)analyser og oversikter.
- Viktig å holde de ulike typer kontinuitet fra hverandre; *informasjons-* og *behandlings-*kontinuitet, som begge kan ivaretas av teams, og *personlig* kontinuitet – det de fleste forstår med *kontinuitet*, ”Min lege” eller Fastlegen. Denne er et en-til-en personlig forhold som utvikles over kortere eller lengre tid.
- I utgangspunktet er selve kontinuiteten (årsaks-variabelen) er ikke så viktig i seg selv, det er hva disse kontaktene kan føre til, nemlig Tillit, Trygghet og Tilfredshet (mellom-variabler) som er avgjørende og som danner grunnlaget for ”resultat-variablene” som mortalitet, morbiditet, økonomi og pasientmedvirkning.
- Ny amerikansk forskning viser en robust sammenheng mellom kontinuitet og utvikling av tillit.
- Kontinuitet og tilfredshet er det området hvor det har vært forsket lengst og funnet mest entydige positiv assosiasjon. I 2014 var 84% av den norske befolkning enten fornøyd eller svært fornøyd med fastlegeordningen. Det er særlig kvinner, eldre eller personer med kroniske og sammensatte sykdommer som ønsker kontinuitet.
- Kontinuitet er vist å ha en positiv samvariasjon på kvaliteten av samtalen mellom pasient og lege, etterlevelse og til en viss grad sykkelighet.
- Lenge var det forskningsmessig usikkert om kontinuitet hadde noen merkbar innvirkning på bruk av helseressurser som legetjenester, prosedyrer, medikamenter, sykemeldinger, legevakt og innleggelse. I den senere tid er det imidlertid publisert større, vel planlagte, robuste undersøkelser som viser en signifikant assosiasjon mellom kontinuitet, bruk av ressurser og samfunnsøkonomi. Dette gjelder spesielt overfor store og betydningsfulle grupper som eldre, kronikere og multimorbiditet. Dette er et punkt Legeforeningen bør fremheve i sine diskusjoner.
- Kontinuitet har også omkostninger. Samfunn, pasient og sykdomsmønstre og legers arbeidsforhold er i endring. Tilgjengelighet er ett område hvor det lett oppstår motsetninger. I enkelte land (England) svekker krav om tilgjengelighet den personlige kontinuiteten. For meg er dette en utfordring også for Fastlegeordningen, hvordan med organisatoriske grep bedre tilgjengeligheten, men samtidig beholde godene knyttet til den personlige kontinuiteten.
- Av større betydning er utvikling av grupper i primærhelsetjenesten. Med stadig nye sammensatte arbeidsoppgaver, ytelseskrav og egne sosiale forpliktelser er solopraktikerens dager talte. Jeg er overbevist om at allmennlegen må inn i et nært arbeidsfelleskap med en eller flere kolleger eller helsemedarbeidere, for å overleve som yrkesutøver. Det holder ikke å arbeide selvstendig i en gruppepraksis, slik mange nå gjør; teamet må reelt samarbeide om pasienten.
- Gruppene kan være små, ”dyader” hvor en lege og en helsearbeider jobber nært i et team, og deler på arbeidet før, under og etter konsultasjonen. Det kan være et mikro-team med en lege som medisinsk faglig ansvarlig, som arbeider tett rundt pasienten.
- Primærhelseteam kan fort bli store, - for store og dysfunksjonelle. Forskning har vist at slike team kan ivareta informasjons- og behandlings-kontinuiteten, men har vansker med den personlige komponenten.
- Det er gjort relativt lite forskning på pasientrelaterte grupper i medisinen generelt sett og i primærmedisinen spesielt. Vi vet lite om hva som kan fungere, hva som er optimalt.
- Slik jeg oppfatter det bør ett av Legeforeningens nye større satsningsområder være å bygge opp en kompetanse om hvordan grupper i primærhelsetjenesten best kan bygges, organiseres og driftes, til beste for oss og pasientene.

VIII. Litteratur

Litteraturliste

1. Hjortdahl P. Ideology and reality of continuity of care. *Family Medicine* 1990; 22: 22: 361-4.
2. Berg O, Hjortdahl P. *Medisinen som pedagogikk. En studie av pasienters erfaringer med leger.* Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
3. Meld. St. 26 (2014-2015) Primærhelsemeldingen. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet.
4. Freeman G. Progress with relationship continuity 2012, a British perspective. *Int J Integr Care* 2012; 12: 1-6.
5. De Brantes F, Rosenthal M, Painter M. Building a bridge from fragmentation to accountability – The Prometheus payment model. *N Engl J Med* 2009; 36: 1033-6.
6. 53. Saba G, Villela T, Chen E *et al.* The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative. *Ann Fam Med* 2012;10:169-73.
7. Bodenheimer T. Primary care – will it survive? *N Engl J Med* 2006; 355: 861-4.
8. Sara Ritchie. Will anyone miss GPs when we go? *The Guardian* 26. Feb 2015.
<http://www.theguardian.com/healthcare-network/views-from-the-nhs-frontline/2015/jan/26/gps-breaking-point-general-practice-fail-privatisation> (30.10.2015)
9. Freeman G, Hughes J. *Continuity of care and the patient experience.* London: The King's Fund 2010.
10. Jee S, Cabana M. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Medical Care Research Review* 2006; 63: 158-88.
11. Pollack C, Hussey P, Rudin R *et al.* Measuring care continuity. A comparison of claims-based methods. *Medical Care* 2013; 1:1-5.
12. Riva S, Antonietti A, Pravettoni G. How to define trust in medical consultations? A new perspective with the Game theory approach. *Global J Research Analysis* 2014; 3: 76-8.
13. Innbyggerundersøkelsen 2015. Direktorat for forvaltning og IKT. (Difi) 2015.
<https://www.difi.no/rapporter-og-undersokelser/statistikk-og-undersokelser/innbyggerundersokelsen-2015> (30.09.2015)
14. Tarrant C, Dixon-Woods M, Colman A *et al.* Continuity and trust in primary care: a qualitative study informed by game theory. *Ann Fam Med* 2010; 8: 440-6.

15. Skirbekk H, Middelthon A-L, Hjortdahl P *et al.* (2011). Mandates of trust in the doctor-patient relationship. *Qualitative Health Research* 2011; 21: 1182- 90.
16. Croker J, Swancutt D, Roberts M *et al.* Factors affecting patients' trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey. *BMJ Open* 2013; 3-8.
17. Hjortdahl P. Continuity of care: General practitioners' knowledge about and sense of responsibility toward their patients. *Family Practice* 1992; 9: 3-8.
18. Baker R, Mainous A, Gray D *et al.* Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scan J Prim Health Care* 2003; 21: 27-32.
19. Hjortdahl P, Lærum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; 304(6837): 1287-90.
20. Turner D, Tarrant C, Windridge K *et al.* Do patients value continuity of care in general practice? An investigation using stated preference discrete choice experiments. *J Health Serv Res Policy* 2007; 12: 132-7.
21. Aboulghate A, Abel G, Elliot M *et al.* Do English patients want continuity of care, and do they receive it? *B J Gen Pract* 2012; DOI: 10.3399/bjgp12X653624.
22. Hjortdahl P. Ideology and reality of continuity of care. *Family Medicine* 1990; 22: 361-4.
23. Haugum M, Bjertnæs Ø, Iversen H, Lindahl A *et al.* Commonwealth Fund-undersøkelse blant allmennleger i 10 land: norske resultater i 2012 og utvikling siden 2009. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 11 – 2012. Oslo 2012.
24. Katz D, McCoy K, Sarrazin M. Does improved continuity of primary care affect clinician-patient communication in VA? *J Gen Intern Med* 2013; 29: 682-8.
25. Cabana M, Jee S. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004; 53: 974-80.
26. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med* 2005; 3: 159-66.
27. Vedsted P, Olesen F. Are there serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles: an ecological study. *Br J Gen Pract* 2011;61:512-3.
28. Hjortdahl P, Borchgrevink C. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991; 303: 1191-4.

29. Peikes D, Chen A, Shore J *et al*. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials. *JAMA* 2009; 301: 603-18.
30. Hussey P, Schneider E, Rudin R *et al*. Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 742-8.
31. Romano M, Segal J, Pollack C. The association between continuity of care and the overuse of medical procedures. *JAMA Intern Med* 2015;175: 1148-54.
32. Nyweide D, Anthony D, Bynum J, et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA Intern Med* 2015;173: 1879-85.
33. Cheng S-H, Chen C-C, Hou Y-F. A longitudinal examination of continuity of care and avoidable hospitalizations: evidence from a universal coverage health care system. *Arch Internal Med* 2010; 170: 1671-7.
34. Carlsen F, Grytten J, Kjelvik J *et al* Better primary physician services lead to fewer hospital admissions. *Eur J Health Econ.* 2007; 8: 17-24.
35. Huntley A, Lasserson D, Why L *et al*. Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. *BMJ Open* 2014;4:e004746. Doi:10.1136/bmjopen-2013-004746.
36. Bankart M, Baker R, Rashid A *et al*. Characteristics of general practices associated with emergency admission rates to hospitals: a cross-sectional study. *Emerg Med J* 2011; 28: 558-63.
37. Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ* 2013; 346: 1-4.
38. Bayliss E, Ellis J, Shoup J *et al*. Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system. *Annals Fam Med* 2015; 13: 123-9.
39. Smetana G, Landon B, Bindman A *et al*. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives Internal Medicine* 2007; 167: 10-20.
40. Post P, Wittenberg J, Burgers J. Do specialised centers and specialists produce better outcomes for patients with chronic diseases than primary care generalists? A systematic review. *Internat J Qual Health Care* 2009; 21: 387-96.

41. Wang J, Patten S. Perceived effectiveness of mental health care given by primary care physicians and mental health specialists. *Psychosomatics* 2007; 48:123-7.
42. Bodenheimer T. Coordinating care – A perilous journey through the health care system. *N Engl J Med* 2008; 358: 1061-71.
43. Roderiguez H, Rogers W, Marshal R *et al*. Multidisciplinary primary care teams: effect on the quality of clinician-patient interactions and organizational features of care. *Medical Care* 2007; 45: 19-27.
44. Wagner E, Reid R. Are continuity of care and teamwork incompatible? *Medical Care* 2007; 45: 6-7.
45. Willard-Grace R, Hessler D, Rogers E *et al* Team structure and culture are associated with lower burnout in primary care. *J Am Board Fam Med* 2014; 27: 229-38.
46. Saba G, Villela T, Chen E *et al*. The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative. *Ann Fam Med* 2012; 10:169-73.