

Primärvårdens bidrag till hälso- och sjuk- vårdens systemeffektivitet

Socialstyrelsen klassificerar från och med år 2001 sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett **Underlag från experter**. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet som tas fram av huvudsakligen externa experter på uppdrag av Socialstyrelsen. Experternas material ger underlag till myndighetens ställningstaganden. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser.

ISBN: 91-7201-604-3
Artikelnr: 2001-123-80

Förord

Det finns sedan länge en stark förväntan på primärvården att inte bara erbjuda en nära och tillgänglig vård med god kontinuitet utan också att göra detta på sådant sätt att sjukhusen avlastas och effektiviteten ökar i systemet som helhet. Att initiera studier för att bedöma primärvårdens betydelse för systemeffektiviteten i hälso- och sjukvården ingår också i Socialstyrelsens uppdrag att följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvård.

Ett sätt att belysa primärvårdens bidrag till systemeffektivitet inom hälso- och sjukvården är att, för en given population knuten till t.ex. en vårdcentral, fånga det sammantagna utnyttjandet av vård, dvs. såväl primärvård och sjukhusbaserad vård som kommunal primärvård. Ett annat sätt är att studera olika enskilda mekanismer som, när de är verksamma, påverkar helheten och på olika sätt bidrar till systemeffektivitet.

För att undersöka förutsättningarna för och lämna förslag till delstudier för att belysa primärvårdens bidrag till systemeffektivitet utifrån dessa två ansatser har Socialstyrelsen anlitat Per-Axel Svalander för en förstudie. Han har i denna studie dels beskrivit hur en systemstudie skulle kunna läggas upp och genomföras, dels lämnat förslag till olika delstudier för att bredda och fördjupa kunskapen om primärvårdens verkningsmekanismer.

Författaren står själv för innehållet i förstudien. Men den kommer att ligga till grund för Socialstyrelsen överväganden om hur vi kan gå vidare i arbetet med att belysa primärvårdens bidrag till systemeffektivitet inom hälso- och sjukvården.

Stockholm den 29 november 2001

Christina Kärvinge

Innehåll

1. Inledning, sammanfattning och referensram.....	8
Formuleringen av uppdraget och hur detta har tolkats.....	9
Begreppet systemeffektivitet och dess implikationer.....	10
Nationella handlingsplanens ”diagnos” – ofullgången strukturomvandling.....	10
Begreppet effektivitet.....	12
2. Vårdssystem ur baspopulationens och primärvårdsenhetens perspektiv.....	13
Inledning.....	13
Vårdssystem för bassjukvårdens populationer.....	14
Vad är ”primärvården”?.....	15
Systemens avgränsning.....	15
Beskrivning av fyra aspekter.....	16
Principiell uppläggning av ett projekt.....	18
Förväntade resultat.....	18
Projektorganisation.....	19
Tidplan.....	19
Appendix 1: Kartläggning av vårdutnyttjande per population – specifikation av data som bör registreras. En första önskelista.....	20
Appendix 2: Anteckningar kring tre metoder som kan användas för värdering av sjukdomsbörda i en begränsad population.....	22
3. Primärvårdens verkningmekanismer - utkast till forskningsprogram kring systemeffektivitet.....	30
Inledning.....	30
Primärvårdens verkningmekanismer.....	30
Not om ord och begrepp.....	31
Ord som används för att beskriva primärvården.....	31
Begreppet verkningmekanism.....	31
En preliminär analys av ord och begrepp.....	32
Metodologisk anmärkning.....	36
Uppslag till delstudier.....	36
A. Kontinuitet – replik av en belgisk studie om sambandet mellan läkarkontinuitet och total sjukvårdskostnad.....	36
B. Tillgänglighet – Kan dålig tillgänglighet i PV avläsas i form av ”onödiga” besök och inläggningar vid sjukhus?.....	37
C. Betydelsen av första kontakt -Tusen nybesök.....	38
D. Brett vårderbjudande/generalistkompetens i första linjen.....	38
E. Primärvårdens patienter och vårdinnehåll – beskrivning ur prioriteringsperspektivet.....	38
F. Helhetssynen och det allmänmedicinska perspektivets innebörd och betydelse i praktiken.....	39
G. Helhetssyn – relationsmodell.....	40
H. Samordning – beskrivning av effektiva primärvårdsstrategier.....	42
I. Beskrivande översikt av det vetenskapliga kunskapsläget vad gäller primärvårdens bidrag till systemeffektivitet.....	43
Fortsatt process.....	43
Appendix 3: Barbara Starfields grundmodell för att beskriva och analysera primärvård.....	45
Attribut, egenskaper.....	45
Strukturvariabler.....	45
Processer.....	46
Samband.....	46
Utfallsvariabler.....	46

Sammanfattning

I Socialstyrelsens uppdrag att följa upp och utvärdera den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvård ingår att initiera studier för att bedöma primärvårdens betydelse för systemeffektiviteten i hälso- och sjukvården. I denna förstudie redovisas två skilda angreppssätt för studier av detta slag.

Det ena – systemstudier - innebär att man beskriver och analyserar vårdssystem ur bassjukvårdens och den lokala populationens perspektiv. Detta innebär bl.a. att det måste finnas tillgång till metoder för att registrera allt vårdutnyttjande, kostnader för all sjukvård, sjukdomsbörda/vårdtyngd och, om så är möjligt, effekter av vården. Inom ramen för en systemstudie, bör sådana metoder utvecklas och tillämpas under medverkan av intresserade vårdcentraler i några landsting.

Det andra angreppssättet innebär studier av s.k. enskilda mekanismer. Den bärande tanken här är att primärvården består av en mängd olika mekanismer som, när de är verksamma, påverkar helheten och på olika sätt bidrar till systemeffektivitet. Angelägna mål i den nationella handlingsplanen är bl.a. att primärvården skall kunna erbjuda kontinuitet och god tillgänglighet. Dessa begrepp är exempel på sådana mekanismer som antas ha betydelse för systemeffektivitet.

I förstudien lämnas förslag till dels hur en systemstudie skulle kunna läggas upp och genomföras, dels olika delstudier för att bredda och fördjupa kunskapen om primärvårdens verkningsmekanismer. Förstudien kommer att ligga till grund för Socialstyrelsen fortsatta överväganden om hur primärvårdens bidrag till systemeffektivitet inom hälso- och sjukvården kan belysas.

Inledning, sammanfattning och referensram

Formuleringen av uppdraget och hur detta har tolkats

Under den Nationella handlingsplanens¹ underrubrik *Uppföljning*, finner man överst på sidan 58 följande:

”Satsningen på primärvården i landsting och kommuner görs för att åstadkomma en bättre balans mellan resurser och arbetsuppgifter och därmed främja den samlade effektiviteten i hälso- och sjukvården. I Socialstyrelsens uppdrag bör därför ingå att initiera studier för att bedöma primärvårdens betydelse för systemeffektiviteten i hälso- och sjukvården.

I detta dokument beskrivs hur jag tolkat detta uppdrag samt presenteras förslag till två huvudvägar för att genomföra det².

Uppmaningen i den andra meningen i det ovan citerade stycket, ”att bedöma primärvårdens betydelse” skulle möjligen kunna tolkas som kritisk mot deklarationen i den första meningen, och att de studier som Socialstyrelsen skall initiera är ämnade att undersöka om mer resurser till primärvården faktiskt bidrar till högre systemeffektivitet eller ej. En annan tolkning är att studierna skall syfta till att *avläsa* primärvårdens bidrag till högre systemeffektivitet och *belysa under vilka villkor primärvården kan ge ett sådant bidrag*. Det finns åtminstone tre skäl till att utgå från den senare tolkningen:

- Om regeringen tvekat om primärvårdens potential skulle man ha avvaktat med att genomföra satsningen till dess att Socialstyrelsens bedömning givit tydligt besked.
- ”Primärvården” är ett brett begrepp som innefattar många slag av verksamheter och mekanismer. Bidraget till högre systemeffektivitet är inte ett centralt syfte för *alla* dessa. Till stor del syftar primärvården till att tillgodose aspekter av vårdbehov hos individer och befolkning som ingen annan kan tillgodose lika bra.
- Dessutom beror det på *hur* man leder och bedriver verksamheten, om löftet att förbättra helhetens effektivitet verkligen kommer att infrias.

¹ Regeringens proposition 1999/2000:149 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.

² Inför detta arbete inbjöd Socialstyrelsen landstingen till diskussion om medverkan i ett projekt. Följande landsting anmälde intresse och har vid två möten haft möjlighet att ta del av och ge synpunkter på planläggningen av systemstudien: Blekinge, Dalarna, Halland, Kronoberg, Stockholm, Uppsala, Värmland, Västra Götaland, Örebro, Östergötland. Jag har också fått värdefulla synpunkter från Socialstyrelsens projektledning och styrgrupp för utvärderingen av den nationella handlingsplanen, samt vad gäller kapitel 3 även från Lars Borgqvist, Lars Mathiessen och Fredrik Westander

Dvs. uppdraget syftar till att *stödja* att primärvården förverkligar sin roll att vara sjukvårdens bas, bl. a. genom att *belysa* primärvårdens olika funktioner och särpräglade mekanismer ur systemperspektivet. Ett sådant stöd kan ha flera kunskapsorienterade dimensioner, som att:

- ta fram tydligt empiriskt stöd för hypotesen att mer resurser till primärvård kan effektivisera systemet som helhet
- fördjupa kunskapen om genom vilka mekanismer och under vilka villkor primärvården ger sådan effekt
- bredda kretsen av aktörer i primärvården och bland planeringsansvariga i landstingen som är förtrogna med denna materia
- demonstrera för politiker och andra berörda vad som talar för att mer pengar till primärvård kan ge bättre resursanvändning totalt sett.

Jag har föreslagit att man för detta syfte följer två huvudvägar. De två vägarna kan rubrikmässigt beskrivas så här:

- a. *Systemstudie* - Utveckla metod för att beskriva och analysera vårdssystemet ur bassjukvårdens och den lokala populationens perspektiv. – Här föreslås genomförande av ett pilotprojekt med medverkan från ett begränsat antal landsting och kommuner. Beskrivs närmare i kapitel 2.
- b. *Studie av enskilda mekanismer* - Analysera och belysa hur enskilda verkningsmekanismer i primärvården fungerar. – Ett antal uppslag till delprojekt för att belysa primärvårdens verkningsmekanismer presenteras. Se kapitel 3.

De två vägarna har olika karaktär och kan anträdas och följas oberoende av varandra. *Systemstudien*, syftar just till att *avläsa* hur hela vårdssystem och samspelet mellan vårdgivare inom ett sådant fungerar. Samtidigt som det är mycket angeläget att få fram instrument för att avläsa detta samspel så kan det bli svårt att med hjälp härav säkert peka ut primärvårdens bidrag, bland annat p.g.a. det förhållande som nämnts ovan, att många delar i primärvården inte är främst ämnade att bidra till systemeffektivitet utan existerar i sin egen rätt.

Studier av enskilda mekanismer är en direktare väg. Den bygger på synsättet att primärvården består av en mängd olika mekanismer som, när de är i funktion, antas påverka helheten och bidra till systemeffektivitet på olika sätt.

I fortsättningen av detta inledande kapitel presenteras några delar av referensramen som är gemensam för båda vägarna.

Begreppet systemeffektivitet och dess implikationer

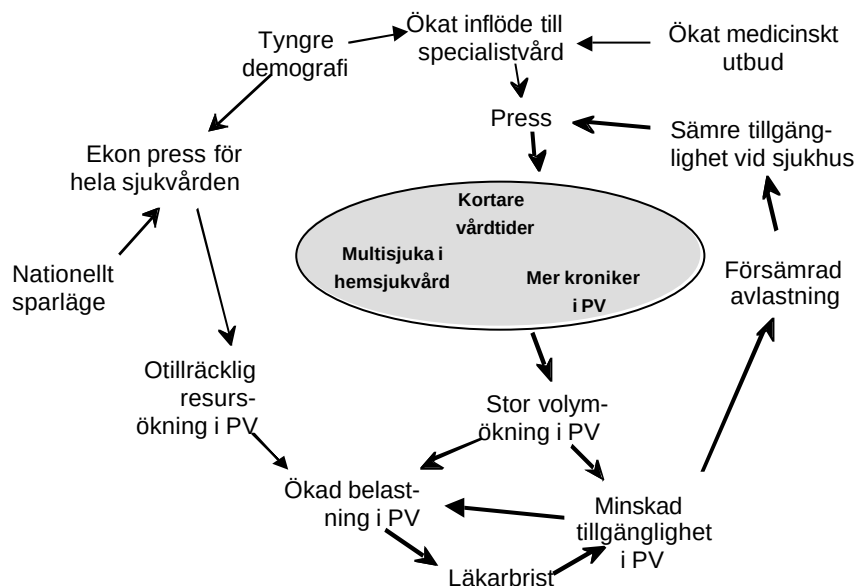
Nationella handlingsplanens ”diagnos” – ofullgången strukturomvandling

Den nationella handlingsplanen utgår från att vårdens resurser kommer att bli bättre tillvaratagna om en större andel fördelas till primärvården. Samma övertygelse har legat till grund för de olika satsningar på primärvården som

initierats, men inte alltid fullföljts, genom åren. Att satsningarna inte helt fullföljts kan bero på att tron på primärvårdens kapacitet att fungera som sjukvårdens bas delvis är omstridd och att tvivlen kan komma att bromsa den önskade utvecklingen. Det är därför önskvärt att primärvårdens bidrag till helheten belyses på olika sätt för att vi efterhand med allt större precision skall kunna driva utvecklingen i den önskade riktningen.

Propositionen definierar inte begreppet systemeffektivitet mer än genom dels ovanstående formulering, dels genom resonemanget om att dagens problem med låg tillgänglighet är resultatet av "ofullgången strukturomvandling". Dvs. obalans har uppstått mellan primärvården (basnivån) och de andra s.k. vårdnivåerna. Basnivån förmår inte fullgöra sina bassjukvårdsuppgifter vilket medför att de "högre"³ nivåerna får dras med en del sådana, vilka man utför sämre än basnivån. Samtidigt blockeras man i det medicinskt specialiserade arbete man är mer ägnade åt. Den ofullgånga strukturomvandlingen kan sammanfattas i följande diagram.

Den ofullgånga strukturomvandlingens dynamik



De aktuella tillgänglighetsproblemen (köer till behandling, väntetider till vårdkontakt) uppstår genom ett antal onda cirklar (fetare pilar) som har sitt upphov i att primärvården inte fått tillräckligt mycket resurser för att klara den utvidgning av vårduppdraget som successivt utvecklats. Resonemanget indikerar att problemen beror på en obalans i systemet som helhet, ett systemfel. Rättar man till det så kommer det att vara gynnsamt för hela systemet. I den meningen skall mer resurser till primärvården vara självfinansierande. Dvs. satsningen bör resultera i lättnader i resten av systemet som gör

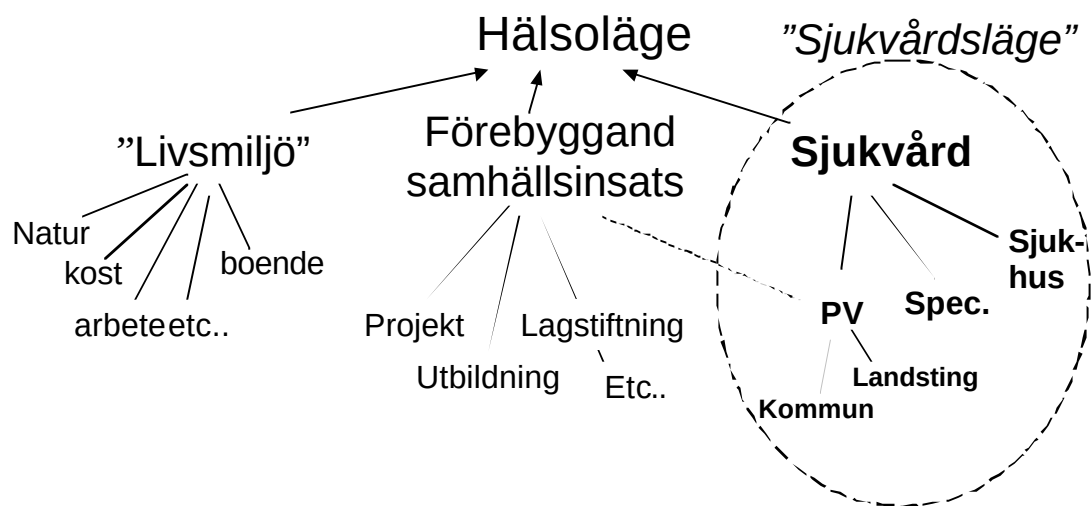
³ Vårdnivåbegreppet är inte någon huvudsak i propositionstexten. Här vill vi med citattecken reservera oss mot detta språkbruk då det har sin utgångspunkt i ett i huvudsak biomedicinskt perspektiv. Hög nivå står för en medicinsk komplexitetsnivå, medan primärvården och allmänmedicinen till stor del bygger på andra aspekter, socialmedicinska, psykologiska, organisatoriska etc. Där vi kan försöker vi hitta andra ord.

att än mer resurser än de som satsas frigörs för att täcka andra vårdbehov. Detta är själva innebörden i begreppet systemeffektivitet. Att sedan räkna hem denna effekt är naturligtvis svårt med tanke på att alla eventuellt frigjorda resurser omedelbart suggs upp av tusen olika "behov", mer eller mindre legitima, som girigt sträcker sig efter dem. Dvs. det kan mycket väl vara så att primärvården redan, genom att fungera väl och som det varit tänkt, har frigjort resurser men att vi saknar instrument för att säkert kunna konstatera detta. – Det är ett problem.

Av ovanstående framgår också tydligt att även om den nationella handlingsplanen främst diskuterar primärvårdens roll så är det utveckling av hälso- och sjukvården som helhet man vill uppnå.

Begreppet effektivitet

Helst skulle man vilja kunna mäta vilken effekt vårdssystemet har på hälsoläget i en befolkning. Detta är svårt av flera skäl. Att finna bra operativa mått på hälsoläget är en svårighet men svårare ändå är att isolera sjukvårdens effekt på hälsan. Så många andra faktorer spelar in, såväl hälsopåverkande insatser i andra samhällssektorer som miljö och sociala förhållanden.



Det är svårt att isolera sjukvårdssystemets inverkan på hälsoläget.

I detta projekt bör fokus i första hand ligga på att beskriva och analysera hur sjukvårdssystemet fungerar i förhållande till avgränsade populationer.

Vårdsystem ur baspopulationens och primärvårdsenhetens perspektiv

Utveckling av metod för kartläggning, beskrivning och analys av det populationsnära vårdsystemets effektivitet – utkast till projektplan.

Inledning

Denna rapport innehåller som inledningsvis sagts förslag till projekt med två huvudinriktningar:

- a. *Systemstudie* - Utveckla metod samt beskriva och analysera vårdssystemet ur bassjukvårdens och den lokala populationens perspektiv.
- b. *Studie av enskilda mekanismer* - Analysera och belysa hur enskilda primärvårdsmekanismer fungerar.

I detta kapitel beskrivs alltså punkt a, systemstudien enligt ovan. Syftet med systemstudien är att utveckla en referensram och analysera systemeffektivitet. Samtidigt utvecklas och prövas instrument för att beskriva och analysera vårdinnehållet och samspelet inom ett vårdssystem.

Systemstudien har följande huvudingredienser:

- Pilotprojekt under medverkan av fyra till åtta landsting
- Piloterna är primärvårdsenheter (bassjukvårdsenheter⁴) som har ett utvidgat populationsansvar, dvs. ej endast att ge primärvård utan även överblicka och/eller samordna övrig vård till population och patienter.
- I projektet utvecklas och/eller testas metoder för praktisk registrering av allt vårdutnyttjande, kostnader för all sjukvård, sjukdomsbörda/vårdtyngd samt, om möjligt, effekter av vården.
- En arbetsgrupp bildas med representanter från medverkande piloter/landsting. Berörda kommuner inbjuds att delta i arbetsgruppen. Gruppens medlemmar ansvarar för datainsamling hos respektive pilot.
- En grupp medicinskt ansvariga med möjlighet till representation från varje pilot fungerar som sakkunniga vad gäller värdering av metoder för att mäta sjukdomsbörda etc.

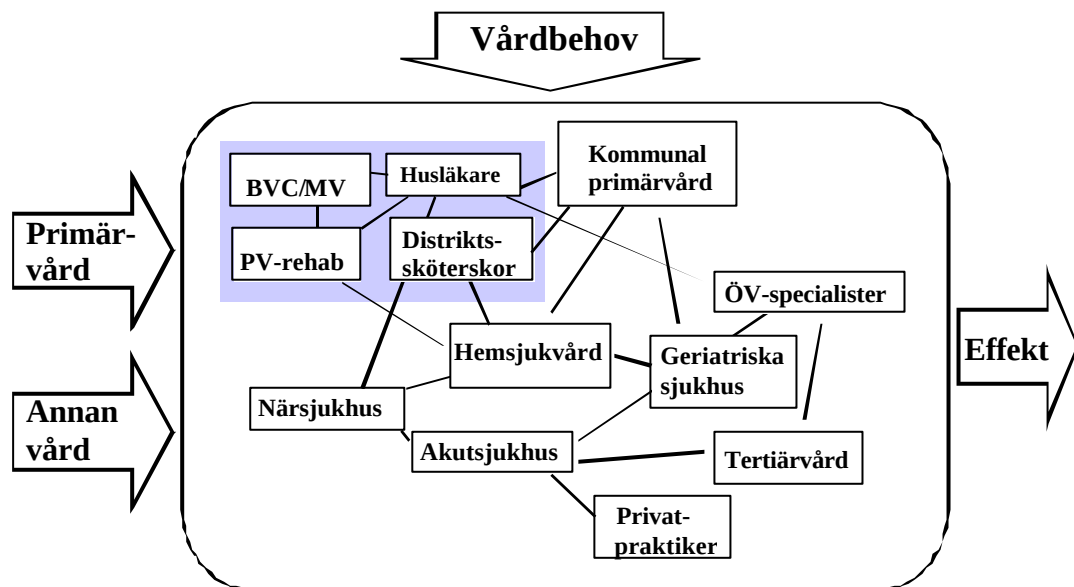
⁴ Ordet "bassjukvårdsenheter" saknar möjligen en etablerad betydelse i vårdens språkliga praxis. Jag anknyter här till formuleringen att primärvården skall vara "sjukvårdens bas" men vill samtidigt inte utesluta att det för vissa populationer kan finnas andra vårdenheter än traditionella vårdcentraler som har ansvaret för den basala sjukvården, inklusive primärvården.

- En projektgrupp bildas med representation från medverkande landsting och kommuner samt Socialstyrelsen.
- Projektet leds och samordnas från Socialstyrelsen.
- Arbetet påbörjas i januari 2002 eller tidigare och löper i en första fas t.o.m. mars 2003.

Vårdssystem för bassjukvårdens populationer

Komplexiteten i sjukvårdssystemet kan illustreras med följande figur. Ser man det från utsidan så handlar det om dels resurser i form av primärvård och annan vård, dels populationens samlade vårdbehov som skall tillgodoses genom dessa resurser. Det är resurserna och de olika vårdgivarna tillsammans som vi här avser med ordet "vårdssystem". Så länge vi menar att de olika vårdgivarna med sina insatser påverkar varandras förutsättningar finns det anledning att tala om dem som ett system, även om de ledningsmässiga ansträngningarna att effektivisera samspelet är små eller obefintliga.

Den som vill mäta systemeffektivitet behöver till en början hitta metoder för att beskriva det som går in respektive kommer ut ur systemet. Vad gäller vårdresurserna är detta jämförelsevis enkelt, åtminstone i princip, medan det kan stöta på avsevärda praktiska svårigheter, exempelvis att för en delpopulation i en kommun beskriva hur stor den primärkommunala vården är och vari den består. Vårdbehoven är svårare att beskriva och effekterna av vården möjligen än mer så.



Till detta kommer sedan svårigheten att urskilja *hur* de enskilda delkomponenterna i systemet påverkar helheten. Vem bidrar med vad?

- Det räcker för det första inte att mäta på utsidan, vad som går in i boxen i form av resurser och behov respektive vad som kommer ut i form av värdeffekter. Man måste kunna se hur de olika aktörerna inne i den svarta boxen interagerar också, hur man samspelar respektive inte samspelar.

- Det räcker för det andra inte att i kvantitativa termer beskriva vårdströmmar och flöden, man måste också för att *förstå* det man kan se, veta hur aktörerna tänkt, vilka strategier för att ge en bra och effektiv vård man försöker tillämpa, osv. Ett vårdssystem består ju inte enbart av resurser och behov. Det består av idéer, drivkrafter och strategier också.

Möjligen är det så att det teoretiskt kan visas att det inte går att konstruera en statistisk eller annan kvantitativ modell som entydigt visar vem som bidrar med vad till helheten. Ett bra skäl att ändå försöka detta är att vi trots allt, när vi dimensionerar och utformar sjukvårdens resurser, ändå utgår från att vi kan skapa mer eller mindre effektiva system. Då måste vi försöka mäta även om det är svårt. Något av värde kommer vi att få fram:

- Vi får fram data som vi hittills inte haft tillgång till, vi ser tydligare hur pusselbitarna ser ut.
- Vi kommer att kunna utveckla förståelsen för samspelet mellan vårdens aktörer, ett språk bättre anpassat för att tänka och samtala kring samspel i vården.

Ambitionen bör vara hög och förväntningarna realistiska. Studien är explorativ. Även om frågetecknen är lika många eller fler sedan projektet genomförts så kommer det att vara bättre frågor än de vi har framför oss.

Vad är ”primärvården”?

Vi vet alla vad primärvården är. Det är de verksamheter som ingår i det vi kallar ”primärvården”. Uppfattningarna liksom praxis kring vad som lagts inom primärvården kan skifta något men i stort sett råder enighet. Så småningom har man från landstingshåll också vant sig vid att en väsentlig del av ”primärvården” numera finns inom kommunerna. Men om man vill analysera ”primärvårdens bidrag till systemeffektivitet” behöver man bli mer exakt med vad man menar.

- Alla delar av det vi inrymmer i ordet primärvård bidrar inte lika mycket och inte på samma sätt,
- vissa delar av det primärvården gör syftar inte alls till systemeffektivitet utan innebär en prioritering av vissa vårdbehov som bara kan tillvaratas i primärvård,
- sättet att utföra primärvård varierar, såväl metoder som strategier. Det varierar mellan platser och mellan de individer som har ansvaret för primärvården.
- Osv.

En konsekvens av denna stora, såväl komplexitet som oklarhet, är att man vid projektets utformning strävar efter hög upplösning i data som insamlas, så att man efterhand kan aggregera dem till helheter som förefaller meningsfulla.

Systemens avgränsning

Systemen vi studerar begränsas genom en population och genom en bas-sjukvårdsaktör, i allmänhet en vårdcentral. I linje med grundsatsen om pri-

märvården som bas för hälso- och sjukvården utgår vi från att det är primärvårdens chefer på basnivån som axlar uppdraget att samordna de vårdresurser som betjänar populationen.

Här kan man fråga sig om primärvårdens enda viktiga mission är att verka för att vårdsystemet som helhet blir mer kostnadseffektivt. Det är det naturligtvis inte. Primärvården inrymmer också ett specialiserat kunnande att tillgodose vissa vårdbehov som ingen annan kan tillgodose ens till högre kostnad. Vari dessa består skall ej diskuteras här, bara att det är på det viset. Till dessa delar bör man inte utgå från att primärvårdens berättigande ligger i att de bidrar till högre systemeffektivitet.

Det är vidare tveksamt om primärvården kan bidra till högre systemeffektivitet om dess ledning inte är inställd på att forma verksamheten med detta i åtanke. Det är i första hand där det finns en strategi, eller flera, för hur man från primärvårdens håll kan medverka till en bättre helhet som det är meningsfullt att tala om primärvårdens bidrag till systemeffektivitet. Dvs., primärvårdens uppdrag sträcker sig utöver att endast ge vård inom den egna organisationen, exempelvis att utveckla och hålla ihop vårdkedjor där även andra vårdgivare än vårdcentralen är engagerade. Populationen bör därför vara den som finns inom primärvårdens räckvidd, antingen definierad som vårdcentralens listade patienter eller som en geografiskt avgränsad befolkning, eller en kombination av dessa.

Det som vi ovan kallat "bassjukvårdsaktör" är ofta en vårdcentral men det kan ju också vara exempelvis ett primärvårdsdistrikt som inrymmer flera vårdcentraler eller mottagningar under en gemensam ledning. På sina håll tycks ordet "närsjukvård" användas för att beteckna en lokal organisation som innefattar mer än vårdcentraler, och en avgränsad population för vilken man har ett ansvar både vårdmässigt och ekonomiskt. Då är närsjukvården bassjukvårdsaktör.

Beskrivning av fyra aspekter

Vårdutnyttjande

Populationens totala vårdutnyttjande kartläggs så långt praktiskt möjligt. Vi utgår från specifikationen i appendix 1. Denna bearbetas och preciseras i en projektarbetsgrupp.

Ambitionen är att fånga allt vårdutnyttjande fördelat per vårdgivarkategori och diagnos eller besöksorsak. – Även kostnader beräknas utifrån denna kartläggning.

Vårdbehov/sjukdomsbörda

Om man vill jämföra olika lokala vårdssystem med varandra är det nödvändigt att känna till skillnader i sjukdomsbörda/vårdtyngd. Här finns flera möjligheter.

- Många landsting som fördelar resurser efter behov använder mer eller mindre avancerade fördelningsindex, baserade på ålder, socioekonomiska data, sjuklighet, etc.
- ACG (Adjusted Clinical Groups) är ett system som värderar sjukdomsbörda utifrån diagnos, ålder och kön. Ursprungsland USA. Har testats i

- bl. a. Stockholm för att använda som underlag för kapitationsersättning till husläkarmottagningar. Individbaserat.
- CNI (Care Ned Index) är ett behovsindex baserat på främst socioekonomiska variabler. Har den fördelen att index finns uträknade för geografiska områden med omkring 2000 invånare. Ej individbaserat men torde vara användbart inom områden där man vet att stor samstämmighet råder mellan geografiskt område och faktisk bassjukvårdspopulation.
 - SF 36, ett enkätinstrument genom vilket man kartlägger hälsoläget enligt individernas egna bedömningar. Kan eventuellt användas för att skatta vårdtyngd men även för att mäta effekter. Se nästa punkt.
 - Eurocall, ett instrument som liknar SF 36 men med bl. a. den skillnaden att det ger ett samlat indexvärde för hälsorelaterad livskvalitet.

ACG, CNI och SF 36 beskrivs något utförligare i appendix 2.

Vårdens och vårdorganisationens effekter

Vårdens effekter har många dimensioner, exempelvis:

- a. totalkostnaden för all vård för populationen. Allt annat lika är det bättre med låg kostnad än med hög.
- b. kostnaden för avgränsade behovsgrupper eller per vårdepisod i definierade sjukdomsgrupper
- c. patienters och befolknings uppfattning om bemötande, beredskap/tillgänglighet och vårdens kvalitet
- d. medicinsk kvalitet i professionell mening
- e. hälsoläge enligt befolkningens egna uppgifter
- f. hälsoläge enligt hårdare indikatorer såsom mortalitet och morbiditet fördelat på sociala skikt, åldersgrupper, sjukdomar, etc.

Allt detta kan i princip studeras, men det kan vara svårt att hänföra effekter enligt e) och f) till aktörer inom vårdsystemet med tanke på att så många andra faktorer påverkar hälsan. Observation av förändringar i hälsoläge kräver dessutom en lång tidshorisont.

En möjlighet är att man i detta projekt nöjer sig med indirekta mått. Exempelvis att man undersöker om vårdsystemet tillämpar beprövade och dokumenterade vårdstrategier. Gör man det så utgår man från att de också är effektiva.

Med tanke på hur lite data som i allmänhet sammanställs för att belysa systemeffektivitet torde också begränsade framsteg i ovanstående avseenden vara meningsfulla. Redan om man lyckas fånga nedanstående aspekter är mycket vunnet ur dens perspektiv som vill följa hur en vårdcentral (eller annan typ av bassjukvårdsenhet) fungerar.

Kvalitet	Ekonomi
a. Är patienterna nöjda – subjektiv patient-upplevd kvalitet	c. Håller man sin interna budget – intern produktivitet och effektivitet
b. Är professionen nöjd – medicinsk kvalitet som ej självklart kan bedömas av patienterna	d. Hur mycket resurser använder populationen utanför PV - externa kostnader

Primärvårdsstrategier

Det räcker inte att veta hur mycket resurser man använder av olika slag för att förklara skillnader i utfall. Som diskuterats redan under avsnittet om systemets avgränsning behöver man också veta hur aktörerna tänker och vad de faktiskt försöker åstadkomma. Dvs., man kan inte utgå från att primärvården automatiskt bidrar till högre systemeffektivitet om de som leder den inte har ambitionen att åstadkomma detta. Det är därför viktigt att man kartlägger vad man försöker göra, eller med ett ord som tidigare använts, vilka *strategier* man försöker tillämpa. – Det kan exempelvis vara att medvetet eftersträva hög kontinuitet i patient-läkarrelationen för att tillvarata de fördelar ur kvalitets- och effektivitetssynpunkt detta förmodas ge, eller att man systematiskt söker upp högriskpatienter av ett specificerat slag för att förebygga att sjukdom uppstår eller förvärras.

Principiell uppläggning av ett projekt

Explorativ studie

Så länge vi är intresserade av att se sjukvårdens samlade resurser som ett system där olika delar griper in i varandra är det också ofrånkomligt att försöka kontinuerligt mäta vad som pågår i detta system. Projektet är explorativt och syftar till att utveckla såväl praktiska metoder som ett språk eller en referensram för att beskriva villkoren för systemeffektivitet.

Vårdsystem på låg nivå

Projektet arbetar med vårdcentraler eller andra bassjukvårdsenheter och de populationer som dessa har räckvid över. Vi analyserar samspelet i hela det vårdssystem som betjänar populationen.

Pilotstudie

Projektet arbetar med ett antal bassjukvårdsenheter och dess populationer hämtade från fyra till åtta landsting. Huvudkriterierna på en lämplig pilot är att ledningen är intresserad av initiativet och att man har goda möjligheter att fånga de data vi behöver.

Deluppgifter i ett projekt

I projektet utvecklas och prövas praktiskt metoder för att:

- mäta och beskriva totalt vårdutnyttjande och resursåtgång
- mäta sjukdomsburda/vårdtyngd och vårdbehov
- beskriva vårdstrategier för effektiv och samordnad bassjukvård
- mäta effekter av vårdsystemet.

Förväntade resultat

- a. Utveckla praktiska standards för registrering och mätning av vad som händer i bassjukvården och omgivande vårdssystem

- b. kartläggningar och analyser av hur samspelet i vårdssystemet fungerar
- c. utveckla referensramar för att bättre förstå hur systemeffektivitet kan utvecklas på sjukvårdens basnivå
- d. referenspunkter för fortsatt utvecklingsarbete och fortsatta jämförelser, mellan olika vårdssystem och över tiden.

Projektorganisation

- *Projektledning* - projektet leds och samordnas från Socialstyrelsen. I projektgruppen ingår projektledare och ytterligare någon eller några personer.
- En *arbetsgrupp* bildas med representanter från medverkande piloter (landsting och kommuner) och projektledningen. Dessa ansvarar för datainsamling hos respektive pilot. Arbetsgruppen kan behöva träffas under en arbetsdag ungefär var femte vecka. Medlemmarna kommer dessutom att behöva lägga ned tid på hemmaplan. Arbetsmodellen är att vi börjar med att tillsammans utarbeta en modell för datainsamling och att medlemmarna sedan på hemmaplan prövar denna. Resultaten bearbetas av projektgrupp och arbetsgrupp. Modellen revideras och förbättras successivt i ett antal varv.
- En grupp läkare med möjlighet till representation från varje pilot fungerar som *sakkunniga* vad gäller värdering av metoder för att mäta sjukdomsburda, etc. – Uppgiften är inte att utveckla metoder men att bedöma och ta ställning till de metoder (ACG, CNI, etc.) som presenteras. Experter på dessa metoder kan komma att engageras.
- En *projektgrupp* bildas med representation från medverkande landsting och kommuner samt Socialstyrelsen.

Tidplan

- Projektet konsolideras (intresserade landsting bestämmer sig, utser piloter och medarbetare i arbetsgrupp, engagerar berörda kommuner, m.m.) under oktober - november.
- Arbetsgruppen liksom gruppen av sakkunniga håller sitt första möte under slutet av 2001 eller i början av 2002.
- Arbetet löper i en första etapp till mars 2003. Under hand tar Socialstyrelsen ställning till hur arbetet skall drivas därefter.

Appendix 1: Kartläggning av vårdutnyttjande per population – specifikation av data som bör registreras. En första önskelista.

Observera att denna lista endast avser data om vårdutnyttjande. Data för att bedöma sjukdomsbörda tillkommer.

Jag tänker mig att denna specifikation får utvecklas i ett antal steg, exempelvis följande:

- a. Utarbeta ett första utkast. – Detta!
- b. Komplettera detta till en mer fullständig önskelista.
- c. Gör en första bedömning av realismen och fruktbarhet i listan. Vissa uppgifter kan vara i praktiken omöjliga att fånga, andra kan vara i praktiken meningslösa, några både omöjliga och meningslösa. – Så här långt kan vi gå under förstudien.
- d. Utarbeta definitioner av de variabler vi vill ha med.
- e. Gör en känslighetsanalys på de punkter där vi ser att vi får räkna med bortfall i data eller andra fel. – Ex. att man inte kan fånga utnyttjandet av kommunal primärvård på individnivå.

En första specifikation

1. Ambitionen är att man för specificerade populationer skall få en *praktiskt hållbar* bild av allt vårdutnyttjande. Med ”praktiskt hållbar” menas att vi accepterar att det kan vara omöjligt att fånga vårdutnyttjandet exakt men att vi kan bedöma hur stora bristerna är och vad de betyder i en analys
2. Data samlas in per ansvarsområde för en primärvårdsenhet eller liknande – definierad som den population man har till uppgift att betjäna. Lista eller geografiskt distrikt eller kombination av båda. Detta innebär populationsstorlekar på mellan cirka 8000 till cirka 20000 personer antar jag.
3. Utgångspunkten är att man skall kunna ta det mesta ur befintliga datakällor (registerdata), dvs. man skall inte behöva göra nya och specialdesignade datainsamlingar. – Här kan man eventuellt finna att man måste göra vissa kompletteringar.
4. Bäst är förmodligen om man kan knyta alla observationer om vårdutnyttjande till individer. Vissa landsting klarar detta i hög utsträckning. Vi bör dock inrikta oss på att detta i många fall inte går. Även aggregerade data om besök och andra s. k. prestationer bör kunna användas. Att analysera och bedöma problemen härmed blir en av projektets uppgifter.

Uppgifter om vårdutnyttjande

Vad gäller delförksamheter och typer av prestationer i primärvården bör vi utgå från de indelningar och definitioner som görs i Landstingsförbundets verktyg PIP (Produktivitet i Primärvård). (Se ”Att mäta produktivitet i primärvård”, Landstingsförbundet 1999, beställningsnummer 1872, huvudrapport, och 1875, handbok.) De kategorier som där finns kan sedan läggas samman på det sätt man önskar. Det följande följer inte strikt denna uppdelning men torde inte heller stå i strid med den.

Checklista över möjlighet att registrera vårdutnyttjande för en delpopulation

Primärvård	Ja	Nej	Kanske/ vet ej
Läkarkontakter i primärvård			
Läkarbesök			
Telefonkonsultationer			
Antal individer som berörts			
Diagnos och/eller annan kod för besöksorsak			
Remisser till specialister			
Ålder och kön (gäller generellt så långt möjligt)			
Kontakter med andra vårdgivare i PV(Dsk-mottagning, BVC, MVC, sjukgymnastik, arbetsterapi, mm)			
Besök			
Telefonkonsultationer			
Antal individer som berörts			
Dito kontakter (som 1-9) vid andra vårdcentraler än den egna			
Vård vid Sjukhus – sekundärvård och tertiärvård			
Vårdtillfällen			
Vård dagar			
Pol op			
Dagkirurgi/dagvård			
Läkarbesök			
Akutmottagning			
Planerad mottagning			
Andra besök			
Akutmottagning			
Planerad mottagning			
Antal individer/patienter			
Diagnos vid respektive vårdkontakt			
DRG där det är tillämpligt och möjligt – SV och dagkirurgi			
Fördelning per klinik/specialitet			
Lab/röntgen			
Öppen specialistvård utanför sjukhus			
Läkarbesök hos privatläkare – "F-kassan"			
Andra besök vid privatmottagningar			
Läkarbesök hos offentliga läkare eller privata med landstingsavtal			
Dito andra vårdgivare (ex. sjukgymnaster)			
Primärvård i primärkommunal regi			
Individer i särskilt boende			
Vård dagar i särskilt boende			
Hemsjukvård – besök, dagar?			
Individer med kommunal hemtjänst			
(Detta kräver en egen definitions- och avgränsingsrunda.)			
Läkemedelskonsumtion (Viss statistik lär kunna hämtas från Apoteket AB)			
"Sjukta"			
Sjukskrivningar			
Sjukta			
Långtidssjukskrivna			
Antal friskskrivna långtidssjukskrivna (?)			

Appendix 2: Anteckningar kring tre metoder som kan användas för värdering av sjukdomsbörda i en begränsad population

Underlag för bearbetning och fortsatt diskussion i projektet "Bedömning av primärvårdens bidrag hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet". SoS 2001. Per-Axel Svalander

Innehåll

<i>Läsanvisning</i>	22
<i>Kort beskrivning av ACG (Adjusted Care Groups) - ett system för att mäta sjukdomsbördan i en given population</i>	22
Sammanhang och bakgrund.	22
ACGs principiella uppbyggnad.	23
<i>Care need index – CNI</i>	25
SF 36 – ett instrument för att mäta hälsoeffekter.....	36

Läsanvisning

Dessa tre texter, i synnerhet de två senare, skall ses som minnesanteckningar efter en första titt på de metoder som beskrivs. De är bara ytliga beskrivningar, det finns också stor risk för att de innehåller grava fel. Håll detta i minne vid läsningen. I samband med att projektet påbörjas gör vi djupdykningar i systemen

Kort beskrivning av ACG (Adjusted Clinical Groups) - ett system för att mäta sjukdomsbördan i en given population.

(Den text urvilket detta avsnitt hämtats skrevs för omkring fyra år sedan. Sedan dess har ACG kommit en bit på väg även i Sverige. Bland annat har "LK Vårdersättningar" som förvaltar ersättningsformerna inom i SLL gjort en stor utvärdering och även avgivit en rapport om detta.)

Sammanhang och bakgrund.

1. ACG har sitt upphov i USA, närmare bestämt vid Johns Hopkins University (School of Hygiene and Public Health) i Baltimore, inte långt från Washington DC och de stora federala sjukvårdsmyndigheterna.
2. Systemet används av HMO:n och andra beställare av sjukvård för att räkna ut rätt storlek på kapitationsersättning till vårdgivare som gör ett helhetsåtagande för en given befolkning. Genom ACG kan ersättningsnivån bestämmas så att man tar hänsyn till de skillnader i sjukdomsbörda som kan konstateras med hjälp av systemet. Det innebär att man slipper överbetala de läkargrupper eller sjukhus som råkar ha en mindre sjuklig befolkning och vårdgivarna riskerar å sin sida inte att bli ekonomiskt straffade för att de betjänar en befolkning som är mer sjuk än genomsnittet.

3. Utvecklingen av ACG har pågått i drygt 15 år, och metoden började praktiskt tillämpas i början på 90-talet. Idag används den av mer än 100 sjukvårdsbeställare. Att metodutvecklingsarbete av detta slag kommit igång hänger ihop med den utveckling som den amerikanska sjukvården genomgått under de senaste årtiondena.
4. Tidigare dominerade en metod för finansiering där patient eller försäkringsbolag betalade vårdgivaren för den faktiska kostnaden per prestation - åtgärd, besök, vård dag, etc. Det var inte ovanligt att en sjukhusräkning för ett vårdtillfälle bestod av 10-20 sidor med specifikationer, vars relevans naturligtvis var omöjligt att kontrollera annat än i undantagsfall. Med tanke på att merparten av sjukvården var försäkringsfinansierad anses detta system ha bidragit till en häftig kostnadstegring, då vårdgivarna med tanke på både patienternas och sitt eget bästa, inte drog sig för att utöka vårdinsatserna utan hänsyn till kostnader.
5. Så småningom har finansiärerna reagerat och börjat skärpa kraven på kostnadseffektivitet i vården. Två huvudtrender i denna utveckling är att man dels försöker upphandla helhetsskydd för större grupper snarare än att man betalar per vårdinsats för enskilda individer, och dels att vårdgivarna organiserar sig i större system både för att lättare kunna absorbera den ekonomiska risken och för att bli mer kostnadseffektiva.
6. Stora skillnader i sjuklighet mellan populationer blir en naturlig följd när populationernas sammansättning snarare bestäms av var man arbetar än av var man bor (som i Sverige). Dessa skillnader förstärks om populationer var för sig dessutom är relativt små. (Populationer på 250.000 personer som kommer från samma landsända, som i svenska landsting, tenderar att bli ganska likartade i sin sammansättning, medan populationer på 2.000-25.000 som kommer från vissa företag eller branscher tenderar att kunna skilja sig åt ganska mycket med avseende på sjuklighet.) - Det har varit angeläget att kunna mäta dessa skillnader, dels för att kunna ge rättvis ersättning och dels för att eliminera incitamentet hos vårdgivarnas och/eller sjukvårdsupphandlarnas sida (HMO'n och andra sk Managed Care Organisations, eller Health Plans) att försöka undvika de medborgargrupper som anses utgöra stor försäkringsrisker genom att de kan förväntas behöva mycket sjukvård. Det senare av dessa två problem torde knappast ha någon aktualitet i Sverige, däremot det första, i takt med att vi försöker decentralisera en allt större del av ansvaret för ekonomin till lägre nivåer med ansvar för små delar av befolkningen. - ACG är hur som helst ett instrument för att hantera båda problemen.

ACGs principiella uppbyggnad.

7. ACG är ett system för att gruppera individer i olika sjuklighetsmönster och bestämma vad det är rimligt att sjukvården vid varje sådant mönster i genomsnitt kostar per år. Det handlar alltså inte om att bestämma kostnaden för enskilda vårdtillfällen eller vårdkedjor. Varje ACG representerar ett sjuklighetsmönster och får en bestämd relativ vikt som avspeglar kostnadsnivån. Totalt finns drygt 50 ACG som kan underindelas

till drygt 100 grupper. Det finns en ACG som stämmer för varje individ, även de friska. Ingen individ kan ha mer än en ACG. De är alltså ömsesidigt uteslutande.

8. Tilldelningen av en ACG till en patient, eller individ i en population, bygger på patientens ålder, kön och diagnoser enligt ICD 9, som patienten fått under, vanligtvis, ett år. Det är alltså relativt lättåtkomliga data.
9. Indelningen och tilldelningen av ACG följer ett antal steg - följande:
 - a. Merparten av alla diagnoser i ICD 9 har sorterats in till en av 32 ADG vilket står för Ambulatory Diagnostic Groups.

AC i ACG stod ursprungligen för Ambulatory Care (vilket står för öppenvård på svenska). Sedan man successivt utvecklat ACG till att användas även för slutenvårdsbehov har man låtit A't stå för Adjusted vilket är en kortform för Riskadjusted, vilket i sin tur kan översättas till riskanpassad. Det är ju försäkringsterminologi. Låg risk för sjukdom - låg premie för den som tar på sig risken, hög risk - hög premie. Céet står numera för Clinical. En ordagrann svensk översättning skulle alltså bli "riskjusterade kliniska grupper".

- b. Fördelningen till de olika ADG har skett med hjälp av åtta kriterier grovt översatt, följande:
 - Klinisk likhet
 - Sannolikhet för varaktig eller återkommande sjukdom
 - Behov av återkommande behandling
 - Sannolikhet för behov av specialistvård
 - Sannolikhet för kortare livslängd
 - Sannolikhet för kort- eller långvarig funktionsnedsättning
 - Förväntat behov respektive kostnad för resurskrävande diagnostik och behandling
 - Förväntat behov av slutenvård.

Observera att varje patient kan få många olika ADG beroende av vilka diagnoser hon fått. Samma ADG kan en patient dock få endast en gång även om hon har två diagnoser som kvalificerar henne för detta . Resultatet är en lista över ADGn som skiljer sig åt med avseende på hur resurskrävande var och en förväntas vara.

- c. De 32 ADGna grupperas sedan till 12 Collapsed ADG (CADG) baserat på klinisk likhet mellan dem och sannolikheten för sjukdomens varaktighet. Denna sammanläggning är nödvändig för att nästa steg skall bli praktisk genomförbart. Ursprungs-ADG plockas dock fram igen när den sista tilldelningen av ACG skall fastställas.
 - d. De 12 CADG, av vilka patienter kan ha fler än en, kombineras nu till 26 sk Major Ambulatory Categories (MAC) av vilka man bara kan ha en per individ (ömsesidigt uteslutande . Huvudprincipen är att man tillsammans grupperar de mest frekventa kombinationerna av CADG hos enskilda patienter. D.v.s., Vissa MAC består av

patienter med en CADG, andra av patienter med kombinationer av två olika CADG och ytterligare några av patienter med kombinationer av flera CADG.

Genom detta steg har varje patient hamnat i en grupp som avspeglar sjuklighetsmönster och resursbehov.

- e. Det sista steget som innebär att man tilldelar ACG, innebär en fingergradering inom respektive MAC. Nu tar man hjälp också av kön och ålder men vid underindelningen inom vissa MAC frågar man också efter det ursprungliga ADG som alltså är helt styrt av diagnosen.
 - f. Resultaten är att patienten tilldelats ett ACG med en relativ vikt som avspeglar sannolik kostnad för just hennes sjuklighetsmönster.
10. Vikterna liksom själva grupperingen i de olika stegen har gjorts dels med stöd av kliniska bedömningar från erfarna läkare och dels med stöd av multivariatanalys av mycket stora datamaterial över vårdutnyttjande i stora populationer. Grupperingarna omprövas kontinuerligt med stöd av nya data. - I princip skulle man inte behöva de senare stegen i denna analys.
11. Med stöd av multivariatanalys utifrån de enskilda ADG för varje patient i en population skulle man kunna ta sig fram till lika bra, eventuellt något bättre, mått på sjukdomsburden. Styrkan i att ge varje enskild patient ett värde är att det hela sedan är så mycket mer lätthanterligt. Kunskap i addition räcker sedan man väl fått ett värde på de enskilda patienterna, för att få ett aggregat mått på populationen som helhet.
12. I praktiken tilldelas varje patient en ACG med hjälp av ett dataprogram som matats med patienterna ålder, kön och diagnoser. Grupperingen kan göras i en PC och går på några minuter för en normal vårdcentralpopulation.

Care need index – CNI. Allmänmedicin Stockholm Sven-Erik Johansson.

Kort beskrivning baserad på intervju med professor Sven-Erik Johansson. CNI finns också beskrivet i en doktorsavhandling av Marianne Malmström.

- 1. Indexet beskriver utifrån sju socioekonomiska variabler vårdbehovet hos befolkningen. Det kan byggas på med fler variabler men just i denna form har allmänmedicin i Stockholm indexerat hela Sveriges befolkning uppdelade i sk. sams-områden (small area market statistics) vilka i snitt innehåller cirka 1000 personer vardera. I Stockholms län kallas de bas-områden.
- 2. Variablerna som används är (ungefär) följande (från telefonintervju med docent Sven-Erik Johansson):
 - Andel ensamstående över 65 år

- Andel barn under 5 år
 - Omflyttning – andel som bytt bostad under en period
 - Andel arbetslösa
 - Andel utlandsfödda från icke-väst länder (utanför OECD)
 - Andel ensamstående föräldrar
 - Andel arbetare
3. Som synes finns inte åldersfördelning med i detta index annat än rätt grovt i de två första variablerna. Tillsammans med NSSO i SLL (Norra Stockholms sjukvårdsområde) och möjligen också SVSO har man för deras basområden lagt till åldersvariabeln i indexeringen. Man vill använda den vid bestämning av kapitationsavtal för primärvården.
 4. De sju variablerna har vid indexeringen givits olika vikter baserade på skattning av ett stort antal distriktsläkare. Dvs. läkarna har för var och en av variablerna fått rangordna hur mycket de anser att den påverkar deras arbetsbelastning.
 5. Med hjälp av indexet rangordnas de olika sams-områdena från mycket välbeställda (dvs. lågt vårdbehov och negativt (-) indexvärde) till mycket behövande som alltså får ett positivt (+) indexvärde. Med noll (0) betecknas genomsnittet för Sverige.
 6. Man har testat hur indexet samvarierar med dels hjärtsjukdom och dels psykisk sjuklighet och funnit en mycket hög korrelation i båda fallen. Såvitt jag förstår borde det vara lätt att testa också mot slutenvårdsstatistiken i exempelvis SLL.
 7. Indexet bör enligt S-E J kunna prediktera och förklara olikheter i sjukdomsförekomst och vårdutnyttjande mellan områden med minusvärden (lågt CNI) och områden med plusvärden (høgt CNI). I ett totalmaterial från Malmö har man funnit mycket stora skillnader i förekomst av hjärtsjukdom, respektive dödlighet i denna mellan minusområden och plusområden. Dödlighet 2,5 gånger större i de med høgt värde jämfört med områden med lågst.
 8. En förbryllande observation har man gjort då man testat variabeln utbildningsnivå. Den upphäver inte CNI. Dvs. personer med høg utbildning i område med høgt CNI har lika høg sjuklighet som övriga i området.
 9. Obs att indexet inte kvantifierar vårdbehov i resurstermer. Då måste man lägga på kostnadsvikter. Det är görbart men inte oproblematiskt. Väljer man att skapa vikter utifrån konstaterad vårdkonsumtion (som exempelvis resursfördelningsindexet i SLL) stöter man bl. a. på problemet att personer i gynnade områden (minus-CNI) tenderar att ha bättre tillgång till vårdmöjligheter, dvs. utnyttjar mer vård vid samma objektiva indikation på behov.

10. För vårt vidkommande kan indexet erbjuda ett mått på vårdtyngd/sjukdomsbörda som behövs om man vill jämföra olika lokala vårdssystem med avseende på resursförbrukning. Här återstår flera frågor:
- a. att sätta vikter på indexet. Att ett område A har CNI $-0,9$ och ett annat B har CNI $+0,9$ säger inget om hur mycket mer resurskrävande B är, det ger bara en rangordning.
 - b. Indexvikterna på de olika variablerna speglar bara distriktsläkares bedömning av hur variablerna påverkar sjukdomsbörda ur PV-perspektivet. – Hur kan man få med SV-bördan, mm?
 - c. CNI kan ha hög användbarhet i områden där man vet att det är hög överensstämmelse mellan Sams (basområde) och faktisk PV-population, listad eller geografisk. Men i någorlunda stora städer kan det handla om stor överlappning mellan en VC's listade/definierade population och geografin, så att PV-populationen består av en odefinierad blandning mellan områden med hög och låg CNI. – Kan man måhända indexera även en listad population enligt detta index. Är underlagsdata individanknutna? Det bör de kunna vara.
 - d. Hur kan ACG och CNI eventuellt komplettera varandra?
11. CNI kan ersätta ACG där inga diagnoser finns.
12. CNI avspeglar nog i högre grad än ACG vårdbehov oförorenat av vårdutnyttjande eftersom ACG helt bygger på känd och diagnosstätt konsumtion. Där har CNI en principiell fördel. Jag påminner dock om att faktisk vårdkonsumtion troligtvis är den starkaste indikatorn på behov såtillvida att ingen normalt konsumerar vård för nöjes skull. CNI har andra svagheter liksom alla index som är baserade på indikatorer med till stor del oklart kända kausalsamband mellan indikator och konstaterat behov.
13. ACG har den styrkan i detta sammanhang att vi på köpet får en beskrivning i diagnostermer av vårdutnyttjandet och därmed också ett underlag för analysen. – Kan vi vara utan diagnosregistreringen?
14. Hur kan ACG användas för att spegla även SV-, mm, behov?
15. Borde kunna jämföra hur ACG-måttet på vårdtyngd samvarierar med CNI. LK-Vårdersättnings test av ACG i Stockholm borde kunna ge ett underlag.

SF 36 – ett instrument för att mäta hälsoeffekter

I Nysam har ett antal landsting gått samman för att producera nyckeltal som möjliggör jämförande analyser av effektivitet mellan landsting i olika avseenden. Av intresse för detta projekt tycks bland annat vara delstudier av

- Befolkningens hälsa
- Vårdkonsumtion

- Primärvård
- Landstingens kostnader

Det följande är baserat på hastig läsning av Nysams huvudrapport avseende 1999 samt delrapporten om befolkningens hälsa.

Befolkningens hälsa – ett intressant hälsoindex, SF 36.

1. Man konstaterar inledningsvis att effekten på befolkningens hälsa borde vara det avgörande måttet på huruvida man använder vårdens resurser effektivt.
2. Man är, i delrapporten, samtidigt mycket medveten om att hälsoläget påverkas av en rad andra faktorer än de som sjukvården disponerar över. Det man i första hand söker är hälsomått på sådana delar av behovspanoramat som sjukvården kan påverka.
3. Internationellt finns en metodik som används och fortsatt utvecklas för att i ett index mäta hälsan (eller den samlade sjukdomsbördan) i en mängd dimensioner såsom dödlighet, sjuklighet och funktionsnedsättning. Indexet kalls DALY (Disability Adjusted Life Years). En svensk analys presenterades 1998. Metoden anses ännu vara alltför outvecklad för att kunna användas rutinmässigt i planering.
4. SF 36 är ett index som ger ett effektmått ”på klinisk nivå”. Det bygger på ett mätinstrument som stammar från USA och som består av en enkät med 36 frågor. Denna är anpassad (översatt?) till svenska förhållanden. Den kan användas ”både i patientstudier och i befolkningsundersökningar”.
5. De 36 delfrågorna sammanfattas i åtta skalor, fyra funktionsskalor och fyra välbefinnandeskalor:
 - a. Fysisk funktion
 - b. Rollfunktion – fysiska orsaker
 - c. Rollfunktion – emotionell orsaker
 - d. Smärta
 - e. Psykiskt välbefinnande
 - f. Vitalitet
 - g. Allmän hälsa
 - h. Förändring av hälsan.
6. Man har i försök tillämpat metoden på patienter som genomgått kräproteskirurgi. Patienterna har fyllt i formuläret före samt sex månader efter operation. Det tycks fungera.
7. Skulle **vi kunna använda det?**
 - Visst kunde det vara intressant att applicera detta på våra pilotpopulationer. Vad jag förstår kan det fungera som ett *mått på sjukdomsbörda*, men på ett annat sätt än CNI, som ju främst ger en prognos på vårdbehov baserad på socioekonomiska variabler. Här kommer invånare och patienter till tals som subjekt, ej endast som statistiska ob-

jekt. En population med låga värden enligt SF 36 kan förväntas dra mer sjukvårdsresurser än en med höga. – Jag ser dock inte riktigt hur verktyget appliceras på en hel och oselektad population.

- Mer användbart skulle det kunna vara vid en före/efter-undersökning där man specialstuderar ett visst segment av en population, exempelvis en åldersgrupp eller en viss kronikergrupp där primärvården (eller annan vårdsystemansvarig) vill applicera en viss strategi för handläggning och arbetsfördelning. Att då kunna komplettera en kostnadsanalys med en hälsoeffektstudie av detta slag vore en fördel.

Primärvårdens verkningsmekanismer - utkast till forskningsprogram kring systemeffektivitet

Inledning

I kapitel 2 beskrevs *en* möjlig väg att belysa primärvårdens bidrag till hälso- och sjukvårdens systemeffektivitet. I detta kapitel beskrivs en andra väg – *studier av enskilda mekanismer*.

Studier av enskilda mekanismer är en direktare väg än studiet av hela system som beskrivits i det föregående. Denna ansats bygger på synsättet att primärvården består av en mängd olika mekanismer som, när de är i funktion, antas påverka helheten och bidra till systemeffektivitet på olika sätt.

Kontinuitet, tillgänglighet, samordning är ord från den nationella handlingsplanen som ger en provkarta på sådana funktioner och mekanismer. Denna bedömningsansats undersöker, inte primärvården eller vårdssystemet som helhet, utan *hur* enskilda mekanismer kan fungera och vad de har för betydelse.

Som exempel kan begreppet/mekanismen *kontinuitet* undersökas enligt följande principiella schema:

- definiera vad begreppet betyder operativt,
- beskriv på vilket eller vilka sätt kontinuitet är betydelsefullt för systemet som helhet och för vilka patientkategorier – dvs. dess *verkningsmekanism*
- undersök empiriskt om kontinuitet dels föreligger, dels ger de effekter man hoppas på.

Här bör olika svenska mot primärvården orienterade utvecklingsenheter, engageras för att genomföra olika specialstudier och/eller andra projekt som kan belysa uppdragets frågeställning. Det kan exempelvis vara i form repliker på studier som genomförts utomlands, men det kan också vara delprojekt med frågeställningar sprungna direkt ur den svenska situationen.

Här nedan utvecklas först innebörden av begreppet *verkningsmekanismer i primärvården* och ett försök görs att beskriva hur de olika begreppen hänger ihop med varandra. Därefter redovisas ett antal uppslag till riktade studier och delprojekt.

Primärvårdens verkningsmekanismer

I detta avsnitt räknar jag upp ord och begrepp som brukar användas för att beteckna egenskaper som är specifika för primärvård. Jag försöker däremot

inte ge någon strikt definition av primärvård som begrepp. Utan några krav på fullständighet försöker jag ange hur varje sådant egenskap medverkar eller kan medverka till högre systemeffektivitet. Jag vill understryka att detta skall ses som illustrativa resonemang, inte som den slutliga analysen. Där jag kan påpekar jag också, GENOM ATT SOM HÄR ANVÄNDA SMÅ VERSALER (KAPITÄLER), hur de ord vars innehåll beskrivs hänger ihop med andra ord eller kännetecken på annat ställe i listan. Ibland beskriver de olika orden till stor del samma egenskaper, i andra fall kan man se att en egenskap är en förutsättning för en annan.

Not om ord och begrepp

Som synes skiljer jag här på *ord* och *begrepp*. Med begrepp avser jag då den betydelse som ligger i ett ord. Denna betydelse kan vara mer eller mindre väldefinierad så att ordet blir en entydig etikett för begreppet. Ibland är det så men långt ifrån alltid. Ett och samma begrepp kan betecknas med olika ord, exempelvis ett svenskt och ett engelskt men också olika ord på samma språk. Så länge begreppet är väl definierat är detta inget stort problem. Men samma ord kan också stå för olika begrepp beroende på sammanhang eller på vem som använder det. Om inte detta är tydliggjort skapar det lätt förvirring. Det jag försöker göra i det följande är att beskriva de begrepp som finns bakom orden, dock utan anspråk på att ge dem alla en fullständig eller strikt definition.

Ord som används för att beskriva primärvården

Den ordning jag följt vid genomgången av nedanstående ord är godtycklig, med undantag för de fyra första, vilka sammanfaller med de begrepp Barbara Starfield kallar primärvårdens attribut⁵ (se fotnot och appendix 3).

• FÖRSTA KONTAKT	• KONTINUITET
• BRETT VÅRDERBJUDANDE	• SAMORDNING
• TILLGÄNGLIGHET	• GENERALISTKOMPETENS:
• BÄSTA INSTANS FÖR VISSA PATIENTGRUPPER	• HELHETSSYN
• LOTS	• GRINDVAKT
• FOLKHÄLSOARBETE	• INDIVIDUELL PREVENTION
• HEMBESÖK AVLASTAR SJUKHUSEN	• HEMSJUKVÅRD AVLASTAR SJUKHUSEN

Begreppet verkningsmekanism

Ordet primärvård står inte för ett teoretiskt strikt definierat begrepp, möjligen ett administrativt. Man bestämmer från tid till annan vad man skall mena med ordet. I praktiken innebär inte detta något stort problem men om man, som i detta projekt, skall analysera primärvårdens inverkan på sjukvårdssystemet som helhet är det nödvändigt att precisera vad det är man vill

⁵ De fyra första begreppen i denna uppräknings används av Barbara Starfield för att beteckna de fyra attribut som karaktäriserar primärvård. Dess begrepp ingår i en mer utvecklad modell för att beskriva och analysera primärvårdens verksamhet och organisation. Modellen återgers kortfattat i appendix 1. Ref: Barbara Starfield: "Primary Care – Balancing Health Needs, Services and Technology", Oxford University Press, New York 1998, sid 30-33.

analysera. Orden i tabellen ovan representerar ett antal funktioner eller egenskaper som man vanligtvis menar karaktäriserar primärvården. Var och en av dessa funktioner eller egenskaper bör, om ordet inte är helt innehållslöst, rymma en eller flera *mekanismer* genom vilka den *verkan* vi vill uppnå med primärvården skapas.

En preliminär analys av ord och begrepp

1. **Första kontakt** – Första kontakt betyder att PV är den instans som patienter först får kontakt med när ett symptom på vårdbehov först dyker upp. För att *attributet* (egenskapen) FÖRSTA KONTAKT i ett konkret fall (en PV-mottagning) skall föreligga krävs enligt Starfields modell att två kriterier uppfylls, dels att primärvården i praktiken är TILLGÄNGLIG när patienten behöver kontakten, dels att patienterna i realiteten vänder sig dit. Genom att patienten först möter en GENERALIST ökar förutsättningarna för att hon skall hitta den mest effektiva vägen genom vårdssystemet, vare sig denna blir kort eller lång. FÖRSTA KONTAKT har nära samband med funktionerna som LOTS och GRINDVAKT.
2. **Kontinuitet** (personkontinuitet) – En långvarig relation där läkaren kan följa patienten över tiden. Starfield använder termen "longitudinality" för att beteckna kontinuitet i patient/läkarerelationen och ser detta som ett av de fyra huvudattributen på primärvård. Det är den betydelsen man i allmänhet lägger i ordet kontinuitet i Sverige. En annan tänkbar betydelse är kontinuitet i relation till en vårdcentral eller en grupp av läkare/vårdgivare. Starfield avser med termen "continuity" praktiska arrangemang för att säkra att informationen kring en patient och en vårdepisod hålls ihop, exempelvis genom att en läkare håller kvar ansvaret men också att flera vårdgivare har tillgång till patientens journaler. – Den långvariga kontakten ger läkaren möjlighet att se sammanhang som man lätt missar om man bara ser patienten i en enskild situation. Har bl. a. TILLGÄNGLIGHET som en förutsättning och ger en av förutsättningarna för HELHETSSYN.
3. **Brett vårderbjudande** (alt.: vittomfattande vårderbjudande) – Man bör kunna erbjuda alla typer av vård och insatser som en sökande patient behöver, dels genom att upprätthålla generalistkompetens och resurser för att ta hand om många besöksorsaker direkt, dels kunna remittera patienten vidare eller inhämta annan kompetens när det behövs. Starfield använder termen "comprehensiveness" för detta attribut. För att detta skall anses föreligga krävs dels att PV-enheten har all dessa resurser inom praktiskt räckhåll, dels att personalen också ser som sin uppgift att upptäcka och sörja för helheten av behov. – Det breda vårderbjudandet är en förutsättning för att verkligen kunna reducera mer kostnadskrävande sekundärvård, för att skapa legitimitet gentemot patienterna och tilltro till att vårdcentralen klarar problemet så att patienten föredrar att söka sig dit hellre än att gå till en akutmottagning vid sjukhus eller till en specialistläkare. – Hänger ihop med bl. a. FÖRSTA KONTAKT, GENERALIST kompetens, SAMORDNING, LOTS och GRINDVAKT.

4. **Samordning** – Rollen att samordna flera vårdgivare kring patienten där det behövs. Hålla ihop vårdepisoden, dvs. vårdplanera, ta emot svar från remissinstanser, etc. – Enligt Starfield, som använder termen ”coordination”, förutsätter detta attribut dels att de praktiska förutsättningarna för kontinuitet (”continuity”) föreligger, dels att man verkligen är inriktad på att se behovet av samordning och ta ansvar för det. – Genom denna samordning förebygger man att patienter hamnar mellan stolarna eller att samma utredningar i onödan upprepas. - Nära samband med BRETT VÅRDERBJUDANDE, KONTINUITET och LOTS.
5. **Tillgänglighet** – Vården finns till hands när patienten upplever sig behöva den. – Om icke så ökar risken för att patienten söker sig till någon annan vårdinstans som inte lika effektivt leder vården in på den effektivaste vägen, eller att patienterna blockerar specialister för de patienter som dessa är bättre skickade och ämnade att ta hand om. Hänger nära ihop MED FÖRSTA KONTAKT, LOTS, BRETT VÅRDERBJUDANDE. – Starfield ser inte tillgänglighet som ett attribut utan som en strukturell förutsättning för attributet FÖRSTA KONTAKT. Distinktionen kan ses som akademisk, men i så fall i bästa mening. Vad den säger är att hög tillgänglighet inte räcker om den inte används för att möjliggöra första kontakt.
6. **Generalistkompetens** – Allmänläkaren har medicinskt bred kompetens med goda kunskaper och träning inom flera specialiteter. Detta innefattar flera mekanismer som kan bidra till högre systemeffektivitet:

6 A. Billigare än specialisterna – Man kan i många fall göra samma sak som specialisterna, men ofta billigare och i vissa avseenden bättre. Billigare av flera skäl:

- att man kan göra ett ingrepp genast och utan en remissadministration,
- att man löper mindre risk att i onödan engagera sekundärvårdens hela apparat,
- att man som generalist ser större helheter, har större medicinsk spännvidd (HELHETSSYN) och inte remitterar lika ofta som en specialist med förstahandskontakt,
- att man får kortare ställtider både för sig själv och för patienterna. I synnerhet när man kan klara fler problem samtidigt. Se nedan.

(Obs, i princip bör en specialist kunna klara *preciserade* problem inom sitt område mer effektivt än generalisten. Dilemmat är att verkligen klara denna precisering av problemet och att dessutom sedan kunna avstå från att använda mer resurser än som behövs.) – Ligger när funktionen som LOTS.

6 B. Flera problem samtidigt – Till allmänläkaren kommer patienterna mycket ofta med flera problem samtidigt. - Det kräver något längre besök men den sammanlagda kostnaden blir trots detta mycket lägre än om patienten skall gå till flera specialister. – Hänger ihop med BRETT VÅRDERBJUDANDE.

7. **Bästa instans för vissa patientgrupper** – Socialstyrelsen⁶. pekar i HSU 2000, under rubriken "Primärvårdens stora patientgrupper" ut följande fem: de vanliga sjukdomarna och symtomen, de äldres ohälsa, de kroniska sjukdomarna och folksjukdomarna, de svaga och utsatta, de oroliga. Bland de fyra senare av dessa grupper kan man se att det finns ett viktigt icke biologiskt inslag i sjukdomsbilden. Just sådana patientkategorier där **HELHETSSYN** (se nedan) är särskilt viktig och som blir mer effektivt omhändertagna när den allmänmedicinska kompetensen finns till hands.

I detta sammanhang infinner sig en komplikation. Det är inte givet att fokusering på dessa patientgrupper leder till lägre kostnader totalt sett, inte om det innebär att man lyfter upp vårdbehov som tidigare blivit dåligt tillgodosedda. Den nationella handlingsplanen tycks också syfta till prioritering av vissa vårdbehov som skall tillgodoses bättre oavsett systemeffektiviteten.

8. **Helhetssyn** – Detta är ett ofta återoppat attribut som även det tycks kunna inrymma flera mekanismer:

8 A. Tolka en komplex symtombild – se den större helheten i exempelvis följande fall:

- när den biomedicinska dimensionen fortfarande är otydlig,
- när patienten har flera sjukdomar,
- när den biomedicinska åtgärdsarsenalen för diagnostik och behandling inte räcker till.

Om patienten blir mottagen av instans som saknar detta helhetsperspektiv finns risk för att man ställer fel diagnos med kvalitetsförluster och/eller ökade kostnader som följd. – Denna förmåga är en funktion av såväl **GENERALISTFUNKTION** som **PERSONKONTINUITET**.

8 B. Våga vänta – Expektans är en annan term - att våga låta naturliga processer verka igenom hellre än att intervensera med ingrepp eller läkemedel. Det kan bli både billigare och bättre om man låter ett naturligt läkningsförlopp ha sin gång. – Detta underlättas, förutom av en bred medicinsk kompetens (**GENERALIST**) av att patienten litar på doktorn (**KONTINUITET**).

9. **Lots** – man tar ställning till patientens behov, och för det fall PV inte kan göra allt som behövs, hjälper man henne att hitta rätt i vårdapparaten. – Man undviker dubbelarbete, att patienten initialt hamnar fel eller mellan flera stolar. - Bygger på att patienten med förtroende frivilligt söker sig till lotsen, dvs. på bl. a. **KONTINUITET**, **FÖRSTA KONTAKT**, **GENERALIST**. Möjligen är lotsfunktionens verkningsmekanismer identiska med de som gäller för attributet **SAMORDNING**.

⁶ Enligt Socialstyrelsen, Swartling och Ribacke, HSU 2000, SOU 1996:163 bilaga 8, sid 13.

10. **Grindvakt** – Snarlikt lotsfunktionen men med ett mer uttalat syfte att förhindra att patienten får mer resurskrävande vård än hon behöver. Tänks nog i allmänhet vara förenat med remisstvång eller likartat tvingande styrning. En engelsk term för dessa båda funktioner, som ofta används internationellt men även i Sverige, är "gatekeeper". I England använder man dock även termen "advocacy" för att beteckna att PV-läkaren står på patientens sida.
11. **Folkhälsoarbete** – Förebyggande insatser medför att man genom populationsinriktade insatser stoppar sjukdomsutveckling innan den vållar stora besvär för patienter och stora kostnader för vårdsystemet som helhet. – Nyttan av detta, och speciellt primärvårdens roll, är omstridd även bland allmänmedicinare.
12. **Individuell prevention** – läkarens rådgivning kring hälsorisker i en naturlig konsultationssituation - kan förebygga att sjukdom bryter ut eller förvärras. - Delmängd av FOLKHÄLSOARBETE.
13. **Hembesök och hemsjukvård avlastar sjukhusen** – Bygger på tanken att det fortfarande finns patienter som nu vårdas på sjukhus, vilka med tillräcklig tillgång till läkare och hemsjukvård skulle kunna vårdas i hemmet, bättre och/eller billigare. Mekanismen är både att man kan skjuta på eller förhindra att ett behov av sjukhusvård uppstår, och att man kan ersätta sjukhusvård med vård i hemmet. – Hänger ihop med TILLGÄNGLIGHET, KONTINUITET, BRETT VÅRDERBJUDANDE, GENERALISTKOMPETENS, mm.

Kring vart och ett av dessa begrepp kan kritiska frågor ställas enligt den formel som angavs i inledningen. Om vi fortsätter med kontinuitet som exempel kan möjliga verkningsmekanismer respektive kritiska frågor formuleras enligt följande:

Exemplet Kontinuitet:

- Genom upprepade kontakter över tiden mellan patient och läkare ...

Mekanismer	Kritiska frågor
.. byggs förtroende → god kommunikation → bra problemlösning → rätt beslut → <i>effektiv vård</i>	- Lika viktigt i alla fall? • Om icke - i vilka fall? • Hur stor andel av alla?
.. skapas trygghet → patienten rusar inte iväg till akuten eller andra läkare → <i>lägre kostnad</i>	- Kontinuitet har väl också en kostnad? • Hur stor och för vad ? - Väntetider? - Läk arbetstid?
.. byggs kunskap om patient som hel person → läkaren har mer adekvat information → mindre risk för misstag → mindre behov av extra utredningar och remisser → <i>effektiva vård</i>	- Hur hög behöver kontinuiteten vara? • Hur mäta kontinuitet? • Kontinuitet gentemot mot läkare eller mot vårdcentral? • etc.

Metodologisk anmärkning

Det har framgått av analysen av olika begrepp i föregående avsnitt, att dessa hänger ihop på olika sätt och att flera av dem till stor del överlappar varandra. Sätillvida utgör de ingen färdig teoretisk modell över primärvårdens verkningsmekanismer. Man kan ta sig något närmre en sådan modell genom fortsatt analys av hur de olika mekanismerna griper in i varandra. En omedelbar praktisk konsekvens av såväl de inbördes överlappningarna mellan begreppen som att mekanismerna griper in i varandra, är dock att man bör kunna studera flera av dem samtidigt. Om exempelvis *tillgänglighet* är en förutsättning för *kontinuitet* så bör man kunna lära sig något om tillgänglighetens betydelse samtidigt som man gör en studie kring kontinuitet.

Uppslag till delstudier

Delprojekt och delstudier syftar till att bredda och fördjupa kunskapen om primärvårdens verkningsmekanismer. Det följande skall ses som uppslag. De bör diskuteras, revideras och kompletteras i dialog med intresserade utvecklingsenheter och andra primärvårdens intressenter.

A. Kontinuitet – replik av en belgisk studie om sambandet mellan läkarkontinuitet och total sjukvårdskostnad.⁷

FRÅGESTÄLLNING: har kontinuiteten i relationen mellan familjeläkare och patient något samband med totalkostnaden för vård?

BAKGRUND: Även om det finns utländska studier som tyder på att hög läkarkontinuitet i primärvården gynnsamt påverkar totalkostnaden för sjukvård, så är dessa studier i allmänhet dåligt kända och kan dessutom ha begränsad tillämplighet för Sverige eftersom förhållandena där de är gjorda på många punkter avviker från våra. Replikstudier i svensk miljö är mot den bakgrunden motiverad.

Metoden som denna belgiska studie följer kan kort beskrivas med nedanstående punkter:

- Statistiskt urval av 4800 patienter över 45 år, med fördelningen kontrollerad för ålder, kön, region, försäkringsanslutning, dvs. ett s. k. stratifierat urval. Detta ger 24 undergrupper med 200 personer i varje.
- Vårdutnyttjandet under två år beskrivs. Information om varje individ insamlas genom journaldata, registerdata samt en intervju enligt standardiserade formulär inklusive en variant av SF 36.
- Alla som gjort minst två besök (4134) hos en familjeläkare (dagtid) under två år delas upp i två grupper – de som gjort samtliga besök hos samma läkare (god kontinuitet) och de som träffat fler än en.

⁷ J. De Maeseneer*, L.F. De Prins*, C. Gosset**, J.P. Heyerick*; "Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs of adults?" - *Department of General Practice & Primary Health Care, University of Ghent, Belgium, **School of Public Health, University of Liège, Belgium, 1999. Under publicering. - E-mail : jan.demaeseneer@rug.ac.be

- Man jämför dessa båda grupper med avseende på totalkostnad för sjukvård och kontrollerar därvid för ett stort antal determinanter för vård, dvs. andra faktorer som kan tänkas påverka vårdutnyttjandet. Dessa är indelade i följande grupper:
 - Personal characteristics
 - Predisposing factors
 - Need factors
 - Enabling factors
- Vid en s. k. bivariatanalys där man kontrollerar för en faktor i taget finner man att "enläkarpatienterna", dvs. de med hög kontinuitet, har lägre total sjukvårdskostnad än flerläkarpatienterna, oavsett vilken variabel man kontrollerar för - sjuklighet, inkomst, kön, utbildning, etc. Skillnaderna i medianvärden är stora och statistiskt säkerställda.
- Vid en multivariatanalys, som tillåter att man kontrollerar för många oberoende variabler samtidigt finner man att hög kontinuitet med en familjeläkare har ett tydligt samband med lägre totalkostnad för sjukvård.

METOD: Anpassa metoden till svenska förhållanden och gör om den här.

B. Tillgänglighet – Kan dålig tillgänglighet i PV avläsas i form av "onödiga" besök och inläggningar vid sjukhus?

FRÅGESTÄLLNING: Populationer med för låg tillgänglighet till primärvård utnyttjar mer sjukvårdsresurser totalt sett än populationer med god tillgång till primärvård.

BAKGRUND: Hypotesen är att vid låg tillgänglighet till primärvård tvingas respektive tillväns patienterna att i stället söka sig till akutmottagningar och specialistmottagningar vid eller utanför sjukhus. Sådana mottagningar tenderar att dels missa viktiga observationer som primärvården normalt redan har eller bättre fångar upp, dels att oftare sätta in onödigt stora insatser för diagnostik och vård. Summan härav är att populationer med låg tillgänglighet till primärvård, vid för övrigt lika förutsättningar, utnyttjar mer vårdresurser utan att för den skull få bättre vård.

Följande yttrande av en erfaren allmänläkare speglar troligen vad många tycker sig se:

"För oss allmänläkare som även jobbat länge på sjukhus, vilket de flesta har gjort, är det så uppenbart att det finns mängder av patienter på sjukhusen som inte hör hemma där utan i primärvården. Det ser vi också tydligt när de patienterna kommer ut till oss så småningom. Tyvärr har sjukhuskollegerna inte motsvarande erfarenhet från vårt perspektiv varför de blir kvar i sina fördomar om hur våra patienter ser ut."

METOD: Bör kunna undersökas genom en registerstudie i landsting där man har bra statistik över vårdutnyttjandet, helst på individnivå även vad gäller primärvård. Gott om fallgröpar men kan vara värt ett försök om man har tillgång till bra, stora och lättarbetade databaser.

Andra ansatser är också tänkbara.

Frågeställningen finns i hög grad med i systemstudien som dock fokuserat på att förstå hur vårdutnyttjandet fördelar sig i små primärvårdspopulationer.

C. Betydelsen av första kontakt -Tusen nybesök

FRÅGESTÄLLNING: Hypotesen är att med en primärvårdsläkare som första kontakt ökar chansen att patientens totala vårdepisod blir optimal. Man borde kunna jämföra utfall i olika avseenden mellan patienter som har primärvårdsläkare som första kontakt med sådana som inte får det.

METOD: Välj bland samtliga nybesök som en viss population gjort vid samtliga mottagningar under en viss period, slumpmässigt ut 1000. (Urvalet kan säkert göras på andra och kanske bättre sätt. Syftet är att få fram ett representativt urval av nybesök, dvs. patienter som vid detta besök har sin första kontakt.) Undersök:

- a. om detta första besök var hos rätt instans
- b. vad som händer senare i vårdepisoden.

Analysera dels utifrån vad som framkommer av första besöket, dels utifrån vad som sedan sker, varför patienten gick dit hon gick (första bästa, gammal vana, efter övervägt beslut, etc.) och, i backspegelns ljus, om en annan första kontakt hade varit bättre.

BAKGRUND: Man antar att det finns en kategori patienter som specialisterna klarar bäst. Det finns också en kategori patienter som allmänläkarna klarar bäst, samt en snittmängd som båda klarar tillräckligt bra. - Hur stora dessa respektive mängder är, eller hur de kan karakteriseras - eller till vilken del allmänläkarnas patienter går fel, kan ingen säga särskilt mycket om. - Det borde kunna kartläggas. Man borde kunna göra en bedömning av varje individ i en konsekutiv följd av besök utifrån följande tre alternativ: a) Klaras bättre av allmänläkare än av specialist, b) klaras lika bra av adekvat specialist som av allmänläkare, c) klaras bättre av specialist.

D. Brett vårderbjudande/generalistkompetens i första linjen

FRÅGESTÄLLNING: Klarar allmänläkarna flera problem/besöksorsaker vid ett och samma besök i högre grad än specialistläkarmottagningar?

BAKGRUND: Det påstås att så är fallet men det vore av värde att få detta verifierat med avseende på volymer och vårdinnehåll liksom hur stor den ekonomiska fördelen kan vara.

METOD: Bör vara jämförelsevis enkelt att kartlägga vid mottagningar med datoriserade journaler och god journalföringskultur.

E. Primärvårdens patienter och vårdinnehåll – beskrivning ur prioriteringsperspektivet.

FRÅGESTÄLLNING: Hur ser primärvårdens vårdinnehåll ut ur behovs- och prioriteringsperspektivet?

BAKGRUND: Ett skäl till att primärvården inte fått de resurser som tidigare satsningar utlovat kan vara att man i den landstingsekonomiska vardagen haft svårt att hävda sig mot specialiteter som haft lättare att peka ut och tydliggöra underförsörjda vårdbehov inom den egna specialitetens område. Det hävdas ju ibland att primärvårdens kärnområde i huvudsak tillgodoser mindre angelägna vårdbehov än de som genomsnittligt tas om hand vid sjukhus och att primärvården av det skälet bör stå tillbaka när resurserna är knappa. En diskussion med sådana utgångspunkter riskerar att bli mycket ofruktbar om man inte kan beskriva primärvårdens vårdinnehåll (liksom övriga och konkurrerande vårdinstansers) utifrån bl. a. ett prioriteringsperspektiv.

Primärvården befinner sig i en dubbel spänning. Å ena sidan förhoppningen om systemeffektivitet - att om man bara får mer resurser så kan man delvis avlasta sjukhuset - å den andra, frågan om vårdbehovens tyngd och prioritet. Man kan hävda att en del av de behovsgrupper som primärvården kan tillgodose bäst av alla, inte har någon självklar väg till någon annan vårdgivare när primärvården fallerar. De blir utan. Detta kan gälla personer som av olika skäl har svårt att själva ta till sig av vårdens resurser, exempelvis äldre i särskilda boendeformer eller psykiskt funktionshindrade.

Såvitt jag sett finns inga systematiska metoder för att beskriva de vårdbehov som tillgodoses i primärvården, inte på ett sådant sätt att det blir fattbart och begripligt för lekmän som fattar prioriteringsbesluten.

ÅTGÄRD: Utveckla metod för att beskriva primärvårdens vårdinnehåll i termer som är relevanta ur prioriteringsperspektivet.

F. Helhetssynen och det allmänmedicinska perspektivets innebörd och betydelse i praktiken.

FRÅGESTÄLLNING: Helhetssyn, holistiskt synsätt, allmänmedicinskt perspektiv, är ord och uttryck som hänvisar till viktiga kvaliteter i allmänmedicinsk praktik. Det är dock svårt att få uppgifter om för hur stor andel av patienterna perspektivet har praktiskt värde. Alltså: vad betyder detta helhetsperspektiv konkret och för hur stor andel av patienterna har det betydelse?

BAKGRUND: Allmänläkare talar ofta mycket övertygande om att det hos många patienter finns bakomliggande faktorer av ofta icke biomedicinsk karaktär som ändå har stor relevans för sjukdomsbilden och för hur man bör råda och handlägga patienten. Om läkaren inte uppfattar dessa omständigheter är risken stor såväl för att patienten utsätts för inadekvat/dålig behandling, som att man öder sjukvårdsresurser till ingen nytta. Allmänmedicinen är normalt sett, bättre skickad än andra specialister att se sådana förhållanden, dels pga. träning och utbildning, dels pga. att hon ofta känner patienten sedan tidigare och därför har en stor mängd information till skänks.

Det råder inget tvivel om att sådana fall finns, men det är svårare att få en bild av för hur stor andel av patienterna detta gäller. Jag har personligen frågat många allmänläkare om just detta och ingen har vågat ge mig ens en ungefärlig siffra. Däremot har man gärna berättat en anekdot från sin praktik som illustrerar det de säger. Det har övertygat mig om att perspektivet är relevant men inte om hur viktigt det är ur ett vårdstrategiskt perspektiv. Om perspektivet har relevans för endast, låt säga, en procent av patienterna är

det inte givet att man skall låta organisationen styras av detta i någon högre grad medan, om det gäller för tio procent, det kan ha stor betydelse för kvalitet och ekonomi. Det är därför angeläget att dels få en mer konkret bild av helhetssynens operativa innebörd, och dels kunna kvantifiera dess betydelse.

METOD: Projektet genomförs i fyra steg. Det första tillämpar en hermeneutisk metod för att operationalisera helhetssynens innebörd, i det andra inventerar man hur ofta det bör äga tillämpning.

- a. Man tar vara på den anekdotiska empirin genom att inbjuda ett antal allmänläkare (kanske alla som vill vara med) att bidra med anekdoter som de menar illustrerar detta holistiska eller allmänmedicinska perspektiv.
- b. Dessa anekdoter dokumenteras, tolkas och kategoriseras i ett antal olika situationstyper där det holistiska perspektivet är relevant.
- c. Dessa kategorier/situationstyper beskrivs så att de är igenkännbara för allmänläkare och läggs till grund för ett enkätformulär.
- d. Ett urval allmänläkare registrerar ett urval av sina besök med hjälp av formuläret.

Slutprodukten är dels en differentierad beskrivning och dokumentation av vad helhetssyn enligt allmänpraktikerna konkret innebär, dels ett underlag för att bedöma för hur många patienter i primärvården detta perspektiv är viktigt.

G. Helhetssyn – relationsmodell

FRÅGESTÄLLNING: Samma som föregående, dvs.: Helhetssyn, holistiskt synsätt, allmänmedicinskt perspektiv, är ord och uttryck som hänvisar till viktiga kvaliteter i allmänmedicinsk praktik. Det är dock svårt att få uppgifter om för hur stor andel av patienterna perspektivet har praktiskt värde. Alltså: vad betyder detta helhetsperspektiv konkret och för hur stor andel av patienterna har det betydelse?

BAKGRUND: Thomasine Kushner argumenterar i en artikel från 1981⁸ för en syn på patient-läkarrelationen som en "relationsmodell" till skillnad från en "klinisk modell". Den senare står för att utgångspunkten i relationen är att patienten har en sjukdom förorsakad av yttre faktorer eller funktionsbrist hos patienten. Läkarens uppgift är då att identifiera sjukdomens karaktär och om sätta in en behandling som botar eller lindrar. Läkaren aktiv och patienten passiv.

"This arrangement is utilitarian in that the role of physician is that of provider of good consequences, and his/her actions are good to the degree they bring about happiness, *ie* in this case relieve pain and suffering. This suggests the picture of the powerful physician, who, through his or her skill and expertise, acts upon the more passiv patient who cooperates obediently and thereby is restored to health."

⁸ Thomasine Kushner: "Doctor-Patient relationships in general practice - a different model", Journal of medical ethics, 1981, 7, s 128-131.

Denna modell är relevant till den grad som patienter kommer på grund av biomedicinsk sjukdom. Vad som gör denna artikel extra intressant är den empiri författaren stöder sig på, nämligen en studie av läkarbesök från 1981⁹ där man finner följande:

- a Av 100 besök (encounters) är 50 klart kopplade till biologisk sjukdom ("objective evidence of physical pathology").
- b Av dessa 50 är 15 av sådan karaktär att de kan leda till signifikant bestående men eller döden om de ej behandlas.
- c För 5 av dessa 15 gäller att ytterligare specialistkompetens krävs för att handlägga dem på ett tillfredsställande sätt. 10 av de 15 klarar familjeläkaren.
- d De återstående 35 av de 50 rör störningar som är självläkande ("self-limiting, that is, disorders to which the species or individual has successfully adapted"). I dessa fall kan läkaren bidra med att lindra symptom och i vissa fall påskynda förloppet, men ej påverka utfallet för övrigt.
- e Av de övriga 50 fallen, för vilka inga objektiva indikationer på biologisk grund för störningen finns, rör 35 psykosociala problem ("disorders involving the emotions or feelings.").
- f Ytterligare 10 fall handlar om prevention. Hälsokontroller, mödrahälsovård, vaccinationer.
- g De sista 5 procenten rör administrativa ärenden såsom intygsskrivning.

Kushner summerar de besök som finns under punkterna d, e och f och menar att för dessa 80 procent av besöken är den kliniska modellen inte relevant. Artikeln diskuterar därefter frågan huruvida dessa 80 procent överhuvud taget har hos läkare att göra. Författaren menar att de visst har det, men att den av biologism präglade kliniska modellen ej är relevant och att definitionen av vad man menar med läkekonst ("the healing arts") behöver vidgas. Här lanserar hon "the relational model" som ger läkaren rollen att stödja patienten i hennes eget bearbetning av sina problem. Fokus förskjuts från faktiska konsekvenser av läkarens agerande gentemot passiv patient, till kvaliteten i den process läkare och patient båda ingår i.

Avståndet mellan dagens svenska situation till den empiri som här refererats är långt, såväl tidsmässigt som geografiskt, kulturellt och vårdorganisatoriskt. Men resultaten är tankeväckande och det vore intressant att göra motsvarande undersökning här och nu.

⁹ De Lozier, *National Ambulatory Medical Care Survey 1973* (Summary. DHEW Publication No1772. Series 13, Number 76. Washington DC, National Center for Health Statistics, 1975).

METOD: Genomför en replikstudie med metoden anpassad till den svenska situationen idag.

H. Samordning – beskrivning av effektiva primärvårdsstrategier.

FRÅGESTÄLLNING: Effektiv samordning uppstår normalt sett inte spontant och oavsiktligt utan genom medvetna ansträngningar och strategier. Dessa strategier är ofta partiella och specifika, och svåra att riktigt se eller förstå utan ingående analys. Projektet syftar till att genom fallstudier synliggöra och analysera framgångsrika primärvårdsstrategier.

BAKGRUND: Primärvården förutsätts, bl. a. i den nationella handlingsplanen, ha en aktiv roll i samordningen av olika vårdgivare som har beröring med en och samma patient. För att samordning skall fungera krävs redskap och rutiner för informationsöverföring, gemensam planering, etc. Det kan vara *generella former* som meddelanderutiner, delade journaler och vårdplaneringskonferenser, etc., och det kan vara *sjukdomsspecifika* verktyg, exempelvis vårdprogram som innefattar både en medicinsk standard för diagnostik och behandling och en överenskommen arbetsfördelning mellan vårdgivare.

De generella samordningsmekanismerna behövs men det är troligt att det är de sjukdomsspecifika som har den största potentialen. Om man tar fasta på detta antagande så blir det i ett inlärnings- och utvecklingsperspektiv tämligen ointressant att försöka värdera samordningen som helhet vid en vårdcentral. Det är ju fullt tänkbart att man har mycket väl fungerande vårdprogram för vissa patientgrupper och sämre för andra, helt enkelt för att man ansträngt sig mer målmedvetet på ett eller ett par områden. Men för den som vill lära sig från andras exempel räcker det långt att förstå hur de gjort på de områden där de lyckats bra.

- En *primärvårdsstrategi* (underförstått framgångsrik sådan) kallar jag det när någon med utgångspunkt i primärvården *utvecklat och förverkligat* ett fruktbart och effektivt samspelsmönster kring ett väsentligt behovsområde. Det kan handla om en sjukdomsgrupp där man enat många vårdgivare kring ett vårdprogram och ett samarbetsmönster. Det kan också handla om strategier för att upprätthålla exempelvis hög patient/läkarkontinuitet eller korta väntetider.
- Det är jämförelsevis lätt att på en teoretisk nivå utarbeta ett vårdprogram. Alla som försökt vet att ett ofta svårare moment kommer sedan, när man på ett effektivt sätt skall tillämpa det, när en ny rutin skall fogas in i alla berördas redan etablerade arbetsmönster. Just processen att skapa alla små anpassningar i redan etablerade system, att hitta en formel genom vilken alla vinner på en förändring, beskrivs och dokumenteras sällan. Samtidigt är det detta som är nyckeln till framgång och det som är svårt ur ledningsperspektivet.
- METOD: Strategier av detta slag kan inte utforskas med naturvetenskaplig metodik. Företagsekomin har bättre metoder som i huvudsak bygger på

att man gör fallstudier av framgångrika aktörer och genom att tolka dessa fall identifierar generella drag och mönster som kan efterbildas.

Detta kan genomföras genom att man

- engagerar en forskare eller en grupp forskare för att identifiera framgångrika primärvårdsstrategier och tillsammans med aktörerna ifråga göra fallbeskrivningar av dessa,
 - fallen presenteras och diskuteras i en seminarieserie
 - fallen och uttolkningen av dem ges ut i rapportform.
- ? Att göra sådana analyser av primärvårdsstrategier ingår också som en möjlighet i planen för *systemstudien*. Detta bör koordineras.

I. Beskrivande översikt av det vetenskapliga kunskapsläget vad gäller primärvårdens bidrag till systemeffektivitet.

PROBLEMSTÄLLNING: De som i vardagen planerar och driver primärvården är dåligt orienterade om det vetenskapliga kunskapsläget. De fynd forskningen kring primärvårdens bidrag till systemeffektivitet gjort behöver speglas mot de svenska förutsättningarna och vår situation.

BAKGRUND: Den av Socialstyrelsen utgivna skriften "Allmän medicinens bidrag .."¹⁰ liksom den efterföljande artikeln av Sven Engström, m.fl.,¹¹ är kunskaps- och litteraturinventeringar som vänder sig till en vetenskapligt skolad läsekrets men utan att egentligen ingående berätta vad de refererade artiklarna säger eller sätta in fynden i ett svenskt verksamhetsmässigt sammanhang. Det hittills gjorda arbetet är ett mycket bra och viktigt första steg men skall detta ge avtryck i den svenska sjukvården behöver fler steg tas. Det vore av stort värde att popularisera denna kunskap genom att skriva exempelvis en lärobok baserad på de viktigaste artiklarna där man, dels mer ingående berättar hur studierna lagts upp och vad man funnit, och dels diskuterar vad fynden kan ha för innebörd i den svenska situationen.

METOD: Skriv en bok enligt ovan.

Fortsatt process

- a. Arrangera ett seminarium i SoS regi där detta papper och själva ansatsen diskuteras tillsammans med inbjudna representanter för utvecklingsenheter som kan tänkas vilja ta ansvar för en eller flera delstudier.

¹⁰ Borgqvist, Lars och Sven Engström: "Allmän medicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. – en litteraturstudie över primärvårdskostnader och kvalitet i Sverige och andra länder", SoS-rapport 1999:19, Linköping 2000, ISBN 91-7201-405-9.

¹¹ Engström Sven, Mats Foldevi, Lars Borgqvist: "Is general practice effective? A systematic literature review", Scandinavian Journal of Primary Health Care; June 2001, vol. 19, nr. 2.

- b. Arbetet med att ta fram uppslag till replikstudier fullföljes inför och i samband med detta seminarium
- c. En projektledare med samordningsansvar utses. Denne fullföljer diskussionen med intresserade så att projektplaner kommer fram.
- d. Några delprojekt kan eventuellt drivas inom ramen för systemstudien.

Appendix 3: Barbara Starfields grundmodell för att beskriva och analysera primärvård

Modellen som presenteras i boken "Primary Care – Balancing Health Needs, Services and Technology" (New York 1998), har fyra huvudingredienser:

- Fyra attribut (kännetecknande egenskaper)
- Fyra strukturvariabler
- Två processvariabler
- Sju utfallsdimensioner.

Attribut, egenskaper

Enligt Starfields renodlade modell kännetecknas primärvård av följande fyra attribut eller egenskaper:

FÖRSTA KONTAKT – primärvården har den första kontakten med patienten när ett behov och en önskan att söka vård dyker upp,

KONTINUITET – samma patient träffar samma läkare varje gång hon söker sig till primärvården,

HELTÄCKANDE VÅRDERBJUDANDE – man kan och vill erbjuda allt det patienterna visar sig behöva av vård, om inte på mottagningen så genom remisser eller andra samarbetskanaler,

SAMORDNING – man håller ihop hela vårdepisoden oavsett vilka olika vårdgivare som kan behöva engageras från tid till annan.

Strukturvariabler

Det räcker dock inte att man uttalar dessa honnörsbegrepp som en ambition för primärvården för att man skall kunna säga att egenskaperna också föreligger i verkligheten. De fyra strukturvariablerna och de två processvariablerna ger villkor och kriterier för att konstatera att attributen verkligen föreligger. Processvariablerna är:

TILLGÄNGLIGHET – att resurserna finns till hand när människorna i populationen söker dem, geografiskt nära, öppettider, akuttider – och att befolkningen också uppfattar tillgängligheten som god.

BREDD AV TILLGÄNGLIGA TJÄNSTER: Paketet av olika vårdtjänster som faktiskt finns till hands för befolkningen såväl som det befolkningen tror finns till hands. (Jag finner det inte alldeles enkelt att se skillnaden mellan denna strukturvariabel och attributet "heltäckande vårderbjudande" i modellen. Det kan möjligen vara en hjälp att tänka på att Starfield skriver utifrån ett amerikanskt perspektiv där det är sjukförsäkringsvillkoren som styr vad som faktiskt ingår i sjukvårdsförmånen. I Sverige reflekterar vi nog i allmänhet inte på annat än att allt någon behöver, i princip ingår som en möjlighet och en rättighet. – Att det i praktiken inte fungerar så kan vara ett gott skäl att begreppsmässigt försöka hålla isär vad som är ideala egenskaper, från vad som är strukturella förutsättningar.)

DEFINITION AV DEN POPULATION MAN HAR ANSVAR FÖR: Såväl den grad med vilken en vårdenhet kan identifiera den population man har ansvar för som, som

den grad med vilken medborgarna känner till att de anses ingå i denna population.

KONTINUITETSVÄRKTÖG: Dvs. de administrativa och organisatoriska arrangemang som finns för att vidareföra information kring en patient till hennes olika vårdgivare.

Processer

Slutligen de två processerna som innebär följande:

VÄRDUTNYTTJANDE: Den grad till vilken vårdenheten faktisk utnyttjas liksom till vad, hur utnyttjandet initieras, etc.

BEHOVSIDENTIFIERING: Steget före diagnostik eller tydlig upplevelse av att man behöver sjukvård.

Samband

Strukturvariablerna formar ramen för de två huvudprocesserna genom vilka population och vårdssystem interagerar. Population och vårdssystem är båda aktörer i vårdutnyttjandeprocessen (utilization) medan vårdssystemet har det aktiva ansvaret vad gäller att identifiera problem och behov (problem recognition).

För att ett av de fyra attributen för primärvård skall kunna anses föreligga krävs förekomst och integration av en strukturvariabel och en processvariabel - markerade med kryss i följande schema. Starfield analyserar i sin bok i princip varje ruta i detta schema och refererar också den vetenskapliga dokumentationen kring effekterna av de olika variabler som formar "primary health care".

Utfallsvariabler

Utfallsvariablerna som jag beskrivit i ett särskilt schema ingår inte i definitionen av begreppet primärvård men är den modell som Starfield föreslår för att mäta utfall av ett hälso- och sjukvårdssystem.

Primärvårdens attribut				
	Första kontakt <i>First contact</i>	Person-kontinuitet <i>Longitudi-nality</i>	Brett vård-erbjudande <i>Compre-hensiveness</i>	Sam-ordning <i>Coordi-nation</i>
Struktur				
Tillgänglighet <i>Accessibility</i>	X			
Bredd av tillgänglig service <i>Range of services</i>			X	
Definition av population <i>Definition of the eligible population</i>		X		
Kontinuitet <i>Continuity</i>				X
Process				
Vårdutnyttjande: a) vad - b) omfattning <i>Utilization: a) what, b) extent</i>	X	X		
Identifiering av behov/ problem. <i>Problem (or needs) recognition.</i>			X	X

Utfallsvariabler för att mäta hälsostatus i en population

Livslängd <i>Longevity</i>	Normallångt		Död	
Aktivitet <i>Activity</i>	Funktionell		Handikappad	
"Comfort"	"Comfortable"		"Uncomfortable"	
Upplevd välmåga <i>Percieved Well-being</i>	Tillfreds		Otilfreds	
Sjukdom <i>Disease</i>	Ej märkbar	Symtomfri	Ibland	Ständigt
Prestationsförmåga <i>Achievement</i>	"Achieving"		"Not achieving"	
Motståndskraft <i>Resiliense</i>	Motståndskraftig		Sårbar	