

Konsekvensene av kontinuitet og mangel på kontinuitet

Peter F Hjort

För en läkare i primärvården är kontinuitet av betydelse både i arbetet med den enskilda patienten och i ansvaret för hans distrikt. I det förstnämnda avseendet är det viktigt att utforska när kontinuitet är särskilt viktigt. Äldre och kroniskt sjuka är här sannolikt de viktigaste målgrupperna. Kontinuitet när det gäller ansvar för distrikt är sannolikt ett allt väsentligare problem. Det är därför viktigt att utveckla ett sätt att mäta också denna kontinuitet i primärläkarens arbete, framhåller professor Peter F Hjort, Gruppe for helsetjenstforskning, Statens Institut for folkehelse i Oslo.

Artikeln baseras på ett bidrag till en konferens på socialmedicinska institutionen i Uppsala, arrangerad av Programmet för omvårdnadsforskning vid Uppsala universitet.

Innledning

Primærlegen har to oppgaver – én overfor den enkelte pasient og én overfor distriktet:

- Overfor den enkelte pasient skal han stille en diagnose, behandle, veilede og følge opp.
- Overfor distriktet skal han også stille en diagnose – "community diagnosis" – og drive et målrettet forebyggende og veiledende arbeid.

Jo mer en tror på forebyggende arbeid, desto viktigere blir den siste oppgaven. Det skyldes at effektivt forebyggende arbeid krever en kombinasjon av to angrepsmåter:

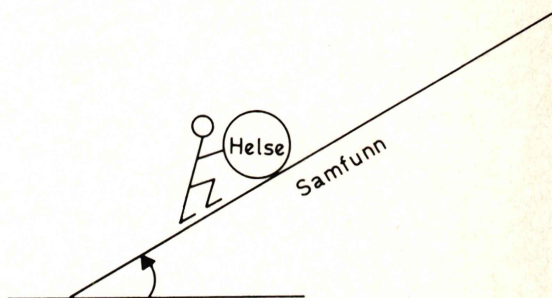
- En overfor individene for å bedre deres livsstil gjennom helseopplysning
- En overfor samfunnet for å bedre samfunnets miljø gjennom helsepolitikk

Disse oppgavene henger nært sammen, og jeg har

forsøkt å illustrere dem ved Sisypfos som triller helsen sin oppover bakke. Vi sier til ham at han må trille hardere, men samfunnet bestemmer helningen i den bakken han triller (*Figur 1*).

Kontinuitet har betydning for begge disse oppgavene. Merkelig nok har jeg aldri sett i litteraturen at kontinuitet har vært drøftet i forhold til den andre oppgaven. I det følgende vil jeg drøfte disse to oppgavene hver for seg.

Figur 1 Forebyggende arbeid: Individ og samfunn



Tidskurven

Men før jeg gjør det, vil jeg ta opp et generelt spørsmål som jeg heller ikke har funnet omtalt i litteraturen. Det gjelder tidskurven for kontinuitet. Alminnelig erfaring tilsier at kontinuitet er bra en lang stund, men ikke i all evighet. Folkevisdommen sier feks at nye koster feier best. Det må derfor finnes en tidsfunksjon for kontinuitet, men jeg kjenner ikke forløpet av denne tidsfunksjonen. Jeg kommer tilbake til dette spørsmålet for hver enkelt av primærlegens to oppgaver.

.....
*Kontinuitet är bra en lång stund men inte i all
evighet. Ordspråket säger nya kvastar sopar
bäst.*
.....

Det kliniske arbeid

I det kliniske arbeid er kontinuiteten av de hellige kuer. Feks har primærlegenes organisasjon i Norge opphevet kontinuitet til en av trosartiklene (1). Jeg hører med til de troende, og jeg ble frelst i den første jobben jeg hadde etter eksamen, som assistentlege hos distriktslege Aage Johansen i Nordfjord. Han hadde vært i distriktet i over 20 år.

Allerede første dagen ble jeg konfrontert med kontinuitetsproblemet. Venteværelset var fullt, men alle skulle til distriktslegen selv. Mine ofre måtte kommanderes av distriktslegen. En trengte derfor ikke noen statistisk undersøkelse for å finne ut hva pasientene mente om kontinuitet.

En dag kom det en ung pike med uregelmessig hjerteaksjon og såkalt hjertenevrose på kontoret. Jeg ville sende henne til spesialist i Bergen – 24 timers reise med hurtigruten. Distriktslegen avviste dette forslaget, lyttet på henne og sa: "Dette betyr ingen ting, for moren din hadde det samme da hun var så gammel som du er nå".

En annen dag kom han inn til meg midt i kontortiden og sa at jeg måtte dra i sykebesøk straks. En kvinne – mor til 7 barn og kone på en gård i utkanten av distriktet – hadde ringt fordi en sønn på 12 år hadde fått feber. "Når hun ringer, er det alvor", sa han. Gutten hadde 41° i feber og ingen lokale symptomer. Fordi distriktslegen hadde advart meg, spinalpunkterte jeg gutten, og diagnosen meningitt dryppet ut av nålen. Takket være denne tidlige diagnosen ble gutten frisk.

Distriktslegen var en klok mann, som også innså kontinuitetens begrensning. Han hadde ansvar for et tuberkulosehjem med 55 pasienter – alle med åpen lungetuberkulose. De hadde vært der lenge, og han satte meg til å gjennomgå hver eneste pasient, "med friske øyne" som han sa. Jeg fant 4 pasienter som ble helbredet ved operasjon.

Disse eksemplene har merket meg for livet.

Rogers & Curtis har i sin artikkel i American Journal of Public Health (2) utarbeidet det samme budskap i større detalj, og Haglund (3) har gjengitt det i sin artikkel i Läkartidningen. Mange andre har også gitt mer vitenskapelig støtte for det samme budskapet, feks når det gjelder pasientenes "satisfaction" (4) og "compliance" (5). Jeg vil derfor ikke bruke tid på å utdype det her. Derimot vil jeg kommentere noen spesielle punkter, i alt fire.

1. Det er klart at kontinuitet gir reelle diagnostiske fordeler, dels fordi en kjenner pasienten og familien, og dels fordi en kjenner den epidemiologiske situasjonen i distriktet. Kontinuitet gir derfor en hurtigere, sikrere, mer effektiv og billigere diagnostikk.

2. Men det er like klart at legens kvalitet også spiller stor rolle. Min distriktslege var en lege høyt over gjennomsnittet. Det er umulig å diskutere verdien av kontinuitet uten samtidig å diskutere legens kvalitet. Som bekjent, fins det leger som pasientene gjør klokt i å reise forbi.

3. Kontinuitet er bra – inntil et visst punkt, både overfor den enkelte pasient og i et distrikt. En kan bli både blind og sløv av å gå for lenge. Det klassiske kliniske eksempel er Myxødem (lavt stoffskifte), en diagnose som familielegen kan ha oversett lenge, mens den nye legen stiller den i døren. For å unngå disse skadevirkningene av kontinuitet, er to ting nødvendige:

- I det enkelte tilfelle må legen være innstillet på å søke "a second opinion" forholdsvis ofte. Vi må trene legene til å ha lav prestisje i slike spørsmål.
- Generelt må vi sørge for at legene fornyer seg ved kurs og andre metoder. Særlig er det viktig å få tak i dem som har liten motivering for etterutdanning.

4. Kontinuitet er ikke like viktig for alle pasienter. Distriktslege Jan-Ivar Kvamme deler pasientene i 3 grupper (Figur 2), og det er særlig kronikerne som trenger kontinuitet (6). Figur 3 viser et grelt eksempel på konsekvensene av manglende

.....
*Det är omöjligt att diskutera kontinuitet utan
att samtidigt diskutera läkarens kvalitet.*
.....

Figur 2 Organisasjon av primærlegepraksis etter J.-I. Kvamme (6)

1. prioritet	2. prioritet	3. prioritet
Akutte tilstander	Kroniske sykdommer og handicap Gamle	Småplager kortvarige lidelser
Vaktberedskap	Fast lege Innkallingssystem	Helst fast lege

Figur 3 En pasient med høyt blodtrykk. Legestasjon X i Finnmark

0	Lege 1 starter behandlingen
1/2	Lege 2 stopper behandlingen
1	Lege 3 legger pasienten inn på sykehus
1 1/2	Lege 4 fortsetter behandlingen på sykehuset
2	Lege 5 stopper behandlingen
2 1/2	Lege 6 starter ny behandling
3	Pasienten gir opp – og stopper alle behandlinger selv
År	

kontinuitet i behandlingen av høyt blodtrykk (7). Jeg tror at kontinuitet er spesielt viktig for familier med kronisk syke barn, slik Breslau nylig har pekt på (4). Derfor tror jeg det er meget viktig at en organiserer praksis på en slik måte at de får kontinuitet som trenger det mest.

De to viktigste konklusjonene blir derfor:

- Organisering av praksis
- Videre- og etterutdanning av legene.

Arbeidet i distriktet

Dette arbeidet er lavt prioritert, og det mangler mange steder fullstendig. Feks undersøkte vi 456 hjemmeboende eldre over 80 år i ett sosialdistrikt i Oslo, og fant at 1/3 ikke hadde fast lege. De 2/3 som hadde en fast lege fordelte seg på nøyaktig 100 forskjellige leger. Det var ingen lege som hadde ansvaret for det samlede medisinske og forebyggende arbeid i denne bydelen (8).

I landdistriktene i Norge er det tradisjon for et offentlig helsearbeid, men det er begrenset til oppgaver som har liten relevans for dagens helseproblemer – feks kontroll med søppelfyllinger og omsetning av næringsmidler. Ingen har et samlet an-

svar for det forebyggende arbeid mot de moderne helseproblemene. Men fler og fler begynner å våkne til erkjennelse av at dette arbeidet er viktig. Det spenner over en vid skala – fra individuell helseopplysning til påvirkning av samfunnets miljø og helsepolitikk.

Det er uten videre klart at kontinuitet spiller en stor rolle for denne oppgaven, både for å erkjenne problemene, for å forstå hvordan de kan angripes, og for å skaffe seg lokal innflytelse. Mange av disse problemene er egentlig av politisk art, feks:

- Boliger for eldre
- Skjenke- og salgsbestemmelser for øl
- Salg av sjokolade, kaker, coca og chips like utenfor skoleportene
- Trim- og turløyper osv.

Jeg tror det tar lenger tid å bli effektiv i dette arbeidet enn i det kliniske arbeid – tidsfunksjonen er altså annerledes. Jeg tror at vi i fremtiden vil bli mer og mer opptatt av denne siden av primærlegens arbeid, og kontinuitetsargumentet vil veie enda tyngre her enn i det kliniske arbeid.

Noen tanker til slutt

Til slutt vil jeg forsøke å sammenfatte noen generelle tanker om kontinuitet. Utgangspunktet er at jeg vil ta for gitt at kontinuitet er bra. Jeg ser ikke noe behov for å utforske dette generelt. På samme måte som det er bra for barn å ha en fast mor, så er det bra for pasienter å ha en fast lege.

Men det er åpenbart at 100 % kontinuitet er en utopi, og heldigvis er ikke kontinuitet like viktig for alle pasienter i alle situasjoner. Derfor blir det viktig å utforske hvor kontinuitet er *særlig* viktig og hvorledes en kan organisere praksis for å gi en slik kontinuitet. Jeg tror eldre og kronisk syke er de to viktigste målgruppene.

Samtidig er det klart at en ikke kan isolere kontinuitet fra legens kvalitet, kompetanse og motive-ring. Her er det klare grenser, og derfor må en forsøke å oppnå to ting:

- lave barrierer for "second opinion"
- løpende etterutdanning for å holde og heve kvaliteten og hindre at legene går i frø.

Det siste og vanskeligste punktet er å arbeide for å motivere og kvalifisere legene for det forebyg-

gende arbeid i distriktet. Derfor skulle jeg gjerne se at noen utviklet et målesystem for kontinuitet også i denne delen av primærlegenes arbeid.

REFERANSER

1. "Tenkekomitéen" innen Alment praktiserende legers forening og Offentlige legers landsforening: Tanker om morgendagens primærlegetjeneste! Oslo, udatert, 16 s.
2. Rogers, J. & Curtis, P.: The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Public Health* 1980, 70, 122–127.
3. Haglund, G.: Vårdkontinuitet – bakgrund, innebörd och begränsningar. *Läkartidningen* 1982, 79, 4284–4289.
4. Breslau, N.: Continuity reexamined: differential impact on satisfaction with medical care for disabled and normal children. *Med Care* 1982, 20, 347–360.
5. Ettlinger, P. R. A. & Freeman, G. K.: General practice compliance study: is it worth being a personal doctor? *Br Med J* 1981, 1, 1192–1194.
6. Kvamme, J.-I.: Reformer i distriktshelsetjenesten – eksperiment og analyse. NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 3–1978, 246 s.
7. Kvamme, J.-I og Haider, T.: Beskrivelse og analyse av etterundersøkelsesgruppen. Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin. ISM skriftserie nr 3, 1978, 139 s.
8. Rö, O.C. & medarbeidere: Hjemmeboende gamles liv – helse, sosiale forhold og hjelpetiltak for over 80-åringer i Oslo. Gruppe for helsetjenesteforskning, SIFF. Rapport nr. 6–1982.