

ALMEN LÆGEPRAKSIS I DANMARK

ALMEN PRAKSIS I SUNDHEDSTJENESTEN

Om funktion, love, administration og udvikling

HÅNDBOG OG OPSLAGSVÆRK

Almen Lægepraksis i Danmark

Peter Vedsted

Frede Olesen

Hanne Hollnagel

Flemming Bro

Finn Kamper-Jørgensen

© 2005 Tidsskrift for Praktisk Lægegerning og Forskningsenheden for Almen praksis i Århus
Stockholmegade 55 • København Ø
Vennelyst Boulevard 6 • Århus C

Omslag:

Tryk:

Uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Der har manglet en sammenskrivning af viden om almen lægepraksis i Danmark. Denne bog er et bidrag hertil. Dokumentation af den hidtidige indsats er bl.a. en forudsætning for at komme videre med regeringens folkesundhedsprogram »Sund hele livet«, som bl.a. behandler otte folkesygdomme. Kommunalreformen vil ændre strukturer og funktioner i sundhedsvæsenet, og i den sammenhæng er der behov for at have en opdateret, faktuel viden om almen lægepraksis i Danmark.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har initieret og finansieret et samlet projekt vedrørende videnindsamling og dokumentation om almen lægepraksis. Statens Institut for Folkesundhed har koordineret projektet. Mellem dette institut, Forskningsenhederne for Almen Praksis i Århus, Odense og København og Almen Medicin, Institut for Sundhedstjenesteforskning i Odense har der været samarbejdet om tre projekter:

- 1) En sammenskrivning af viden – således som det fremgår af denne bog.
- 2) En empirisk undersøgelse, hvor læger over hele landet registrerede patientkontakter med henblik på forebyggelse i relation til de otte folkesygdomme (Hansen DG, Rasmussen NK, Munck A. Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver. Odense: APO og Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2005).
- 3) En kvalitativ interviewundersøgelse, der belyser forebyggelsespotentialer i almen lægepraksis, og som udbygger undersøgelsen omtalt ovenfor.

Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus har med seniorforsker, læge, ph.d. Peter Vedsted som forfatter og forskningsleder, professor, dr. med., alment praktiserende læge Frede Olesen som projektleder koordineret arbejdet med denne bog.

Følgende har deltaget i det samlede redaktionsarbejde: forskningsleder, professor, dr. med., alment praktiserende læge Hanne Hollnagel, Forskningsenheden for Almen Praksis i København, professor, dr. med., alment praktiserende læge Flemming Bro, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Almen Medicin i Odense, og direktør, læge, ph.d. Finn Kamper-Jørgensen, Statens Institut for Folkesundhed. Sekretær, BA, Eva Højmark, Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, har bistået med materialeindsamling samt ydet sproglig og bibliografisk assistance. Arbejdet er gennemført i perioden fra december 2004 til marts 2005.

Vi skylder alle, der har ydet bidrag og støtte, en stor tak for den mødte velvillighed, herunder tak til: fuldmægtig, MPH, Jørgen Nørskov Nielsen, Primær Sundhedstjeneste, Århus Amt, for data om almen praksis, til Praktiserende Lægers Organisation, ved direktør Bente Hyl-dahl Fogh, for at have stillet materialer til rådighed. Fonden for Tidsskrift for Praktisk Læge-gerning har medfinansieret trykningen af bogen, som derved kan distribueres gratis til sin primære målgruppe.

Det er vort håb, at denne bog må blive brugt flittigt af politikere, administratorer og fagfolk i de kommende år.

Februar 2005

Forfatterne

Peter Vedsted, læge, ph.d., seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus. Har beskæftiget sig med sundhedstjenesteforskning og almen praksis' funktion i sundhedstjenesten. Har skrevet ph.d.-afhandling om hyppige brugere af almen praksis og har fortsat sin forskning i fysiske, psykiske og sociale forholds betydning for lægesøgning og organisatoriske forholds betydning for almen praksis.

Frede Olesen, alment praktiserende læge i Århus, dr.med., adj. professor ved Aarhus Universitet og forskningsleder ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus. Har skrevet disputats om forebyggelse af kræft i livmoderhalsen ved screening. Arbejdet på Forskningsenheden omhandler især sundhedstjenesteforskning, shared care og metoder til kvalitetsudvikling. Forskningen koncentrerer sig om patienter med kræft eller mistanke derom og patienter med medicinsk uforklarede symptomer. Var den første præsident for European Society of General Practice og regional vicepræsident i verdensorganisationen for praktiserende lægers videnskabelige selskaber (WONCA).

Hanne Hollnagel, alment praktiserende læge i Vallensbæk, dr.med., professor og forskningsleder ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København. Har været redaktør af kliniske lærebøger i almen medicin. Har skrevet disputats om den almindelige befolknings hyppigste helbredsproblemer såsom hoste, hovedpine, træthed m.m. ud fra en helbredsundersøgelse af 40-årige i Københavns Amt. Forsker aktuelt omkring konsultationerne i almen praksis, specielt med henblik på en bedre balance mellem risikotænkning og ressourcetænkning, herunder patientens egen vurdering af sit generelle helbred og af sine stærke sider.

Flemming Bro, alment praktiserende læge i Skanderborg, dr.med., professor ved Almen Medicin, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet. Har bl.a. beskæftiget sig med infektionssygdomme og antibiotikaanvendelse. Har stor international erfaring med arbejdet i den primære sundhedstjeneste, og har også medvirket til udviklingen af kliniske retningslinjer og kvalitetsudvikling i en række lande.

Finn Kamper-Jørgensen, læge, ph.d., direktør for Statens Institut for Folkesundhed (tidligere DIKE) siden 1981. Har en omfattende videnskabelig produktion bag sig inden for folkesundhed og sundhedstjenesteforskning. Udvalgsformand for det udvalg under Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd, der i 1970'erne skabte den første forskningsenhed for almen praksis. Er aktuelt medlem af Sundhedsstyrelsens Kræftstyregruppe og af Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Er formand for Nordisk Samarbejdsgruppe for Helsetjenesteforskning.

Kapitelloversigt

Figuroversigt	1
Tabelloversigt.....	3
Indledning.....	5
Begreber og forkortelser	7
Sammendrag af bogens kapitler.....	9
Kapitel 1. Et dagsprogram i dansk almen praksis.....	20
Kapitel 2. Patientforløb i almen praksis.....	26
Kapitel 3. Almen praksis i sundhedsvæsenet.....	40
Kapitel 4. Samarbejdet med amter og kommuner.....	52
Kapitel 5. Forebyggelse i almen praksis.....	62
Kapitel 6. Kontakt- og sygdomsmønsteret i almen praksis.....	72
Kapitel 7. Ydelser fra almen praksis.....	77
Kapitel 8. Lægemidler i almen praksis	93
Kapitel 9. Lægerne i almen praksis	101
Kapitel 10. Patientevaluering i almen praksis	108
Kapitel 11. Økonomien i almen praksis.....	112
Kapitel 12. Medikoteknisk udstyr og edb i praksis	115
Kapitel 13. Forskning, udvikling og dokumentation i almen praksis	122
Kapitel 14. Sammenligning med almen praksis i udlandet.....	129
Indeks	132

Indholdsfortegnelse

Figuroversigt.....	1	
Tabeloversigt.....	3	
Indledning.....	5	
Begreber og forkortelser.....	7	
Sammendrag af bogens kapitler	9	
1 Et dagsprogram i dansk almen praksis	20	
1.1 Telefontiden.....	20	
1.2 Konsultationer om formiddagen.....	20	
1.3 Frokostpausen.....	20	
1.4 Konsultationer om eftermiddagen.....	21	
1.5 Hjemmebesøg.....	23	
1.6 Aftenkonsultation.....	23	
1.7 Administration.....	23	
1.8 Vagter.....	23	
1.9 Faglig opdatering og udvikling.....	24	
1.10 Litteratur.....	25	
2 Patientforløb i almen praksis	26	
2.1 Fra symptom til universitetshospital.....	26	
2.2 Hvornår er man syg?.....	28	
2.3 Kontinuitet som et arbejdsprincip.....	29	
2.4 Læge-patient-relationen.....	29	
2.5 Konsultationsprocessen.....	30	
2.6 Diagnostik.....	30	
2.6.1 Diagnostik ved isoleret biologisk sygdom.....	32	
2.6.2 Bio-psyko-social model i diagnostik.....	33	
2.7 Behandling i almen praksis.....	33	
2.8 Henvisninger fra almen praksis.....	34	
2.9 Udadgående sygehusfunktioner.....	34	
2.9.1 Teamsamarbejde og shared care.....	35	
2.10 Rehabilitering.....	35	
2.11 Forebyggende arbejde.....	36	
2.12 Palliativ indsats og terminal pleje.....	36	
2.13 Lægens forskellige opgaver.....	37	
2.14 Litteratur.....	38	
3 Almen praksis i sundhedsvæsenet	40	
3.1 Den Historiske baggrund.....	40	
3.2 Kernefunktioner i almen praksis.....	41	
3.3 Almen praksis' placering i samfundet.....	42	
3.4 Borgerens og patientens rettigheder.....	42	
3.5 Almen praksis' organisation.....	44	
3.5.1 Praksisformer.....	44	
3.5.2 Almen praksis som virksomhed.....	45	
3.5.3 Listesystemet.....	46	
3.5.4 Lægevalg og -skift.....	46	
3.5.5 Praksisregulering og -tilgængelighed.....	47	
3.5.6 Lægevagten.....	48	
3.5.7 Honoreringsprincipperne.....	49	
3.6 Private administrative ydelser.....	50	
3.7 Litteratur.....	51	
4 Samarbejdet med amter og kommuner.....	52	
4.1 Samarbejdet med amterne.....	52	
4.1.1 Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg.....	53	
4.1.2 Fagligt udvalg.....	53	
4.1.3 Forskningsfonden.....	54	
4.1.4 Almen praksis ved universiteterne.....	54	
4.1.5 Amanuensisfonden.....	54	
4.1.6 Efteruddannelsesfonden.....	55	
4.1.7 Administrationsudvalget.....	55	
4.1.8 De amtslige kvalitetsudviklingsudvalg.....	55	
4.1.9 Tendenser i kvalitetsudviklingen.....	56	
4.1.10 Finansiering af samarbejdet med amterne.....	58	
4.1.11 Sygesikringsregistre.....	58	
4.2 Samarbejdet med kommunerne.....	59	
4.2.1 Klinisk samarbejde med kommunerne.....	59	
4.2.2 Socialmedicinsk samarbejde.....	60	
4.2.3 Formelt samarbejde med kommunerne.....	60	
4.2.4 Kommunale kontaktudvalg.....	60	
4.2.5 Praksiskonsulenter i kommunerne.....	61	
4.3 Litteratur.....	61	
5 Forebyggelse i almen praksis.....	62	
5.1 Hvorfor forebygge?.....	62	
5.2 Forebyggelse i et teoretisk perspektiv.....	62	
5.2.1 Årsag, risiko og prognose.....	63	
5.2.2 Forebyggelse og relaterede begreber.....	64	
5.3 Primær forebyggelse.....	64	
5.3.1 Antikonception.....	64	
5.3.2 Forebyggende børneundersøgelser.....	64	
5.3.3 Forebyggende graviditetsundersøgelser.....	65	
5.3.4 Vaccinationer.....	65	
5.3.5 Forebyggelseskonsultationer.....	66	
5.4 Sundhedsfremme og generel forebyggelse.....	67	
5.5 Sekundær forebyggelse.....	68	
5.5.1 Individorienteret sekundær forebyggelse.....	68	
5.5.2 Screening.....	68	
5.6 Tertiær forebyggelse og rehabilitering.....	70	
5.7 Litteratur.....	70	
6 Kontakt- og sygdomsmønstret i almen praksis..	72	
6.1 Mål for kontaktårsag, diagnose og handling.....	72	
6.2 Variation i Kontaktmønstret.....	73	
6.3 Kontaktårsager.....	74	
6.4 Diagnosefordeling i almen praksis.....	75	
6.5 Kontakter fra patienter med folkesygdomme.....	75	
6.6 Diagnosernes pålidelighed.....	75	
6.7 Konsekvensen af patientkontakter.....	76	
6.8 Litteratur.....	76	
7 Ydelser fra almen praksis	77	
7.1 Mål for brug af ydelser.....	77	
7.2 Udviklingen i brugen af almen praksis.....	77	
7.3 Udviklingen i brugen af lægevagten.....	78	
7.4 Grundydelser.....	79	
7.5 Tillægsydelser.....	79	
7.6 Laboratoriydelser.....	79	
7.7 Socialmedicinsk samarbejde.....	81	
7.8 Forebyggelse.....	82	
7.9 Samtalerapi.....	84	
7.10 Henvisninger til speciallæger.....	84	
7.11 Ydelser i lægevagten.....	84	
7.12 Praksisvariation.....	85	
7.13 Konsekvenser af praksisvariationen.....	90	
7.14 Variation mellem borgerne.....	90	
7.15 Konsekvenser af variation mellem borgere.....	91	
7.16 Litteratur.....	92	

8 Lægemidler i almen praksis	93	11.2 Indtægter i praksis	113
8.1 Lægemidler generelt	93	11.3 Udgifter i praksis	113
8.1.1 Inddeling af lægemidler	93	11.4 Lægernes indkomst	114
8.1.2 Godkendelse og kontrol af lægemidler	94	11.5 Litteratur	114
8.1.3 Love og regler	94	12 Medikoteknisk udstyr og edb i praksis	115
8.1.4 Elektroniske recepter	94	12.1 Diagnostik og kontrol i almen praksis	115
8.1.5 Apotekernes funktion	95	12.2 Sygehusenes udbud af undersøgelser	115
8.1.6 Tilskudsordninger	95	12.3 Medikoteknik i almen praksis	116
8.2 Lægemiddelforbruget	96	12.4 Kvalitetssikring	117
8.2.1 Mål for brug af lægemidler	96	12.5 Edb-systemer i almen praksis	118
8.2.2 Borgerens lægemiddelforbrug	97	12.6 Patientadministrative edb-systemer	118
8.2.3 Udgifter til lægemidler	97	12.6.1 Journalførelse	119
8.3 Ordination af lægemidler i Almen praksis	98	12.6.2 Elektronisk kommunikation	119
8.3.1 Påvirkning af ordinationspraksis	98	12.6.3 Edb i Lægevagten	121
8.4 Litteratur	100	12.7 Datasikkerhed	121
9 Lægerne i almen praksis	101	12.8 Litteratur	121
9.1 Udbuddet af læger i almen praksis	101	13 Forskning, udvikling og dokumentation	122
9.2 Uddannelse	102	13.1 Forskning	122
9.2.1 Grunduddannelsen	102	13.2 Dokumentation og kontaktmønsterundersøgelser	125
9.2.2 Turnus	103	13.3 Evaluering og udvikling	125
9.2.3 Specialeuddannelsen	103	13.4 Organisationen af almenmedicinsk forskning	125
9.2.4 Efteruddannelse	105	13.4.1 Almen praksis ved universiteterne (APU)	126
9.3 Fra speciallæge til alment praktiserende læge	106	13.5 Finansiering af almen medicinsk forskning	126
9.4 Litteratur	107	13.6 Publiceringsaktivitet	127
10 Patientevaluering i almen praksis	108	13.7 Potentialet i almenmedicinsk forskning	127
10.1 DanPEP	108	13.8 Litteratur	128
10.2 Lægeskift	110	14 Sammenligning med almen praksis i udlandet ..	129
10.3 Patientklager	110	14.1 Litteratur	131
10.4 Litteratur	111	Indeks	132
11 Økonomien i almen praksis	112		
11.1 Det makroøkonomiske perspektiv	112		

Figuroversigt

Figur 1. Forekomsten af symptomer og sygdom i løbet af en måned for 1.000 borgere[5]	Side 27
Figur 2. Sundhedsbroken	Side 29
Figur 3. Skematisk fremstilling af placeringen af almen praksis i det danske sundhedsvæsen	Side 42
Figur 4. Jerntrekanten, der viser forholdet mellem borger, sygesikring og almen praksis	Side 49
Figur 5. Ansvarsniveauer og formelle samarbejdsrelationer i organisationen af almen lægepraksis i Danmark	Side 52
Figur 6. De otte folkesygdommes forhold til otte risikofaktorer (Kilde: Regeringen, »Sund hele livet«)	Side 63
Figur 7. »Forandringens hjul«. De seks stadier ved forandringen af risikoadfærd	Side 67
Figur 8. Sammenhængen mellem patienters alder og køn og det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis pr. borger i 2003 (Kilde: Danmarks Statistik)	Side 73
Figur 9. Sammenhæng mellem socioøkonomisk status og kontakter til almen praksis i 2003 (Kilde: Danmarks Statistik)	Side 74
Figur 10. Udviklingen i grunddydelser i almen praksis fra 1992 til 2003 (Kilde: Amtsrådsforeningen)	Side 78
Figur 11. Udviklingen i grunddydelser pr. læge og pr. borger fra 1992 til 2003. Konfrontationsydelse omfatter konsultationer og besøg (Kilde: Amtsrådsforeningen)	Side 78
Figur 12. Udviklingen i ydelser i lægevagten i Danmark fra 1991 til 2001. Lægevagtsreform i 1992 (Kilde: Amtsrådsforeningen)	Side 79
Figur 13. Praksisvariationen i konsultationer i dagtiden pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 1,7	Side 86
Figur 14. Praksisvariationen i telefonkonsultationer i dagtiden pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 2,2	Side 86
Figur 15. Praksisvariationen i besøg i dagtiden pr. 100 patienter mellem 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 12,2	Side 87
Figur 16. Variationen i antal tillæggydelser pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 3,3	Side 87
Figur 17. Praksisvariationen i laboratoriydelser pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 3,9	Side 88
Figur 18. Praksisvariationen i ydelser vedr. socialt samarbejde pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 55,7	Side 88
Figur 19. Praksisvariationen i forebyggelseskonsultationer pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation for praksis, der havde benyttet forebyggelseskonsultation: 44,3	Side 88

FIGUR- OG TABELOVERSIGT

Figur 20. <i>Praksisvariationen i andel af patienter i praksis, der benyttede lægevagten i 2003. Fra 268 praksis i Århus Amt. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variationen: 1,8</i>	Side 89
Figur 21. <i>Praksisvariationen i andelen af, hvor mange patienter i lægevagten, som blev afsluttet med en tilf. konsultation. Vist for de 268 praksis i Århus Amt, hvis patienter benyttede lægevagten i 2003. 90%-variationen: 1,3</i>	Side 89
Figur 22. <i>Praksisvariationen i antal patienter, der blev benvist til speciallæge pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 4,6</i>	Side 90
Figur 23. <i>Antal konfrontationsydelse (dagkonsultationer og -besøg) pr. år i almen praksis i Århus Amt</i>	Side 90
Figur 24. <i>Lorenz-diagram med antal konfrontationskontakter (konsultationer og besøg) i løbet af et år i almen praksis i Århus Amt</i>	Side 91
Figur 25. <i>Udviklingen i sygesikringens tilskud til lægemidler som andel af samlede udgifter til almen lægehjælp (Kilde: Amtsrådsforeningen)</i>	Side 97
Figur 26. <i>Udviklingen i solgte DDD pr. 1.000 indbyggere pr. døgn i primærsektoren 1999 - 2003 fordelt efter årstal og ATC-hovedgrupper (Kilde: Lægemiddelstyrelsen)</i>	Side 99
Figur 27. <i>Antal personer pr. 1.000 indbyggere, der i løbet af et år er i behandling med en af nævnte lægemiddelgrupper fordelt efter årstal og ATC-hovedgrupper (Kilde: Lægemiddelstyrelsen)</i>	Side 99
Figur 28. <i>Udviklingen i antallet af læger i almen praksis, andelen af kvinder og lægernes gennemsnitsalder fra 1977 til 2003 (Kilde: P.L.O.s lægepopulation 1977-2003)</i>	Side 101
Figur 29. <i>Udviklingen i lægedækningen (indbyggere pr. alment praktiserende læge) i udvalgte amter fra 1987 til 2003 (Kilde: Amtsrådsforeningen)</i>	Side 102
Figur 30. <i>Skitse af specialeuddannelsen i almen medicin som den er planlagt pr. 2004. Forskningsstræningen er dog endnu ikke implementeret</i>	Side 104
Figur 31. <i>Patientevalueringen af de fem aspekter af kvalitet i almen praksis. Andelen af patienter, der angav positiv eller negativ evaluering. I alt ca. 48.000 patientbesvarelser (Kilde: DanPEP)</i>	Side 109
Figur 32. <i>Patientevalueringen af de fem aspekter af kvalitet i almen praksis i fordelt på praksisform. Andel, der angav positiv evaluering. I alt ca. 48.000 patientbesvarelser (Kilde: DanPEP)</i>	Side 109
Figur 33. <i>Patientevalueringen af de fem aspekter af kvalitet i almen praksis opdelt på, om patienten havde en kronisk sygdom. Andel, der angav positiv evaluering. I alt ca. 48.000 patientbesvarelser (Kilde: DanPEP)</i>	Side 110
Figur 34. <i>Den relative fordeling af indtægter fra sygesikringen i almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.)</i>	Side 113

Tabeloversigt

Tabel 1. <i>Eksempler på typiske telefonkonsultationer en morgen i almen praksis</i>	Side 21
Tabel 2. <i>Typiske konsultationer i dagtid i almen praksis</i>	Side 22
Tabel 3. <i>To eksempler på sygebesøg</i>	Side 23
Tabel 4. <i>Eksempler på telefoniske lægevagtskontakter</i>	Side 24
Tabel 5. <i>Eksempler på lægevagtskonsultationer</i>	Side 24
Tabel 6. <i>Eksempler på lægevagtsbesøg</i>	Side 24
Tabel 7. <i>Sandsynligheden for, at et symptom hos en kvinde i alderen 20-44 år fører til lægekonsultation[4]</i>	Side 26
Tabel 8. <i>Eksempel med en læge, der ser patienter på et sygehusambulatorium, hvor 50% har en bestemt sygdom. Lægens diagnostiske sensitivitet og specificitet er hhv. 90% og 95%</i>	Side 31
Tabel 9. <i>Eksempel på en læge, der ser patienter i almen praksis, hvor kun 3% har en bestemt sygdom. Lægens diagnostiske sensitivitet og specificitet er fortsat hhv. 90% og 95%</i>	Side 31
Tabel 10. <i>Betydningen af at fastholde en bestemt henvisningsrate fra almen praksis til det øvrige sundhedsvæsen</i>	Side 34
Tabel 11. <i>Skema over begreber, der benyttes i forbindelse med det forebyggende arbejde</i>	Side 64
Tabel 12. <i>De hyppigste kontaktårsager til almen praksis i dagtid (Århus Amt 1993 (n=11.109))</i>	Side 74
Tabel 13. <i>De hyppigste diagnoser i almen praksis i dagtid (Århus Amt 1993 (n=11.109))</i>	Side 75
Tabel 14. <i>De otte folkesygdommes andele af kontaktårsagerne til konsultationer i almen praksis i dagtid i 2004 (22.003 konsultationer med voksne patienter) (Kilde: APO[7])</i>	Side 75
Tabel 15. <i>Grundtyper i dagtid i dansk almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.) †</i>	Side 79
Tabel 16. <i>Tillægssygdomme i dagtid fra almen praksis i 2003 (enkelte er slået sammen) (Kilde: P.L.O.)</i>	Side 80
Tabel 17. <i>Laboratoriediagnoser i dagtid i almen praksis i 2003 (Kilde:P.L.O.)</i>	Side 81
Tabel 18. <i>Ydelser vedr. antikonception givet i dagtid fra almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.)</i>	Side 82
Tabel 19. <i>Ydelser vedr. svangreomsorg givet i dagtid fra almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.)</i>	Side 83
Tabel 20. <i>Forebyggende børneundersøgelser givet i dagtid fra almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.)</i>	Side 83
Tabel 21. <i>Vaccinationer givet i dagtid fra almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.)</i>	Side 83
Tabel 22. <i>Forebyggelseskonsultationer og screening for livmoderhalskræft fra almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.)</i>	Side 84

FIGUR- OG TABELOVERSIGT

Tabel 23. <i>Ydelser i lægevagten i 2003. Alle konsultationer og besøg er forudgået af en telefoni- tation. Udgifterne var i alt 53.355.280 kr.</i>	Side 85
Tabel 24. <i>Årsager til variation i aktiviteten mellem praksis</i>	Side 85
Tabel 25. <i>Et eksempel på opbygningen af ATC-systemet til klassifikation af lægemidler. Som eksempel benyttes stoffet paracetamol i lægemidler mod smerter</i>	Side 93
Tabel 26. <i>Amternes driftsudgifter i kr. til det danske sundhedsvæsen i 2003 (regnskab). (Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Nøgletal)</i>	Side 112
Tabel 27. <i>Praksisindtægt opgjort pr. læge for almen praksis i 2002 (Kilde: P.L.O.s omkost- ningsundersøgelse 2002)</i>	Side 113
Tabel 28. <i>Praksisudgifter opgjort pr. læge for almen praksis i 2002 (Kilde: P.L.O.s omkost- ningsundersøgelse 2002)</i>	Side 114
Tabel 29. <i>Udbredelsen af medicinske undersøgelser og medikotekniske udstyr i almen praksis i 2003. Baseret på sygesikringsregisteret i Århus Amt i 2003*</i>	Side 116
Tabel 30. <i>Den elektroniske kommunikation omkring almen praksis i december 2004 (Kilde: MedCom)</i>	Side 120
Tabel 31. <i>Videnskabelig forskning inddelt efter formål</i>	Side 122
Tabel 32. <i>Sundhedsvidenskabelig forskning inddelt efter fokus</i>	Side 123
Tabel 33. <i>Eksempler på forskellige metoder i sundhedsvidenskabelig forskning</i>	Side 124
Tabel 34. <i>Mål for sundhedsvæsenet i udvalgte europæiske lande (kilder: WHO og OECD)</i>	Side 130
Tabel 35. <i>Karakteristika for almen praksis i udvalgte lande i 1995 [4-6]</i>	Side 130

Formål, målgruppe og læsevejledning

Et behov hos administratorer, politikere og sundhedspersoner sparkede et vigtigt arbejde i gang. Se læsevejledningen for gode råd om brugen af bogen

FORMÅL

Anledningen til denne bog var, at vi oplevede et behov hos en række aktører i det danske sundhedsvæsen for at få et samlet overblik over almen lægepraksis i Danmark. Formålet med bogen er derfor at beskrive dansk almen praksis lige fra en typisk arbejdsdag, over en beskrivelse af placeringen af almen praksis i et sammenhængende og samlet sundhedsvæsen, til en redegørelse for en række centrale bestemmelser, regler og mekanismer i funktionen og styringen af almen praksis. Det sidste omfatter også et overblik over udvalgte nøgledata, der beskriver sygdomsmønsteret og ydelserne fra almen praksis.

Behovet for en bog, der beskriver almen praksis som en del af sundhedstjenesten, har været stigende i de seneste 10-15 år. Der har været en stigende international og national bevidsthed om vigtigheden af en stærk primær sundhedstjeneste i et sundhedsvæsen og om behovet for aktivt at koordinere den primære og sekundære sundhedstjeneste. Der har været stor interesse for den danske model, da modellen på mange områder opfylder de internationale krav til et velfungerende sundhedsvæsen. Det har været med til at øge interessen for at udbrede kendskabet til den aktuelle status og til at beskrive udviklingen frem til i dag og de betydende mekanismer bag dette.

BAGGRUND

Kommunalreformen og opdateringen af sundhedslovene danner afsæt for bogen om dansk almen praksis, fordi vi ser et behov for at udvikle nye organisationsformer og optimere de dele, der skal bestå. Administratorer, politikere og sundhedspersoner har i den forbindelse udtrykt behov for at få adgang til øget viden. Man har ønsket at få faktisk viden til brug ved lovgivning og implementering af sundhedsaftaler samt at få et indblik i, hvor almen praksis placerer sig i forhold til sigtelinjer som »Sund hele livet«, herunder især forebyggelse og omsorg for kronisk syge.

Målgruppen for denne publikation er personer med en ikke-sundhedsfaglig baggrund, men også sundhedsfagligt uddannede personer, der ønsker en større viden om almen praksis. Bogen er tiltænkt både læsere med et stort og et mindre kendskab til almen praksis. Den mere erfarne kan vha. læsevejledningen springe til de dele, der er relevante for hende. Endelig kan bogen benyttes til opslag og henvisning i det daglige samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter.

LÆSEVEJLEDNING

Ønsker man hurtigt at danne sig et overblik, kan sammendraget af kapitlerne først i bogen anbefales. I sin helhed er bogen vigtig læsning for den, der ønsker et basalt kendskab til almen praksis. Der gives forklaringer på centrale begrebs- og definitions-mæssige forhold fra de teoretiske, metodologiske og kliniske arbejdsfelter, der traditionelt udforsker og udvikler

INDLEDNING

sundhedstjenesten. Det sker for at give læseren optimale muligheder for at kende ord og udtryk, der ofte benyttes i denne del af sundhedstjenesten. For at lette læsningen af udenlandsk litteratur har vi anført centrale begreber på engelsk.

Bogen fungerer både som opslagsværk og håndbog. Det er muligt at slå op på det emne, man ønsker oplysninger om, og bogen er inddelt i kapitler, der gradvist fører læseren længere ind i almen praksis.

I **kapitel 1** præsenteres det kliniske arbejde i almen praksis. Så ønsker man en »stemningsrapport«, inden der fyldes fakta på, bør dette kapitel læses.

I **kapitlerne 2, 3 og 4** præsenteres de grundlæggende teorier og metoder, der arbejdes efter i almen praksis. Udviklingen af almen praksis, hvordan den er organiseret og administreret og samarbejdet med amter og kommuner gennemgås. Er man godt orienteret i Landsoverenskomsten, kan kapitel 3 springes over. Hvis ikke, er det spændende læsning.

Kapitel 5 giver en oversigt over det forebyggende arbejde i almen praksis. Med en teoretisk tilgang præsenteres det praktiske forebyggende arbejde.

I **kapitlerne 6, 7 og 8** gennemgås aktiviteten i almen praksis. **Kapitel 6** præsenterer vores sparsomme viden om kontakt- og sygdomsmønsteret i almen praksis, mens **kapitel 7 og 8** giver en kvantitativ beskrivelse af ydelserne og lægemiddelforbruget i almen praksis. Det er to gode kapitler at slå op i, hvis man vil have indblik i en af Danmarks mest udbredte servicevirksomheder med en årlig omsætning på 12 mia. kr.

Alment praktiserende læger og deres uddannelse præsenteres i **kapitel 9**, deres patienters evaluering af praksis gennemgås i **kapitel 10**, og økonomien i praksis beskrives i **kapitel 11**.

Det tekniske grundlag for arbejdet i almen praksis gennemgås i **kapitel 12** med både laboratoriefunktioner og den omfattende brug af IT i praksis. Læs bl.a. om en dansk verdenssucces med den elektroniske patientjournal.

I **kapitel 13** præsenteres grundlaget for forskning, udvikling og dokumentation i almen praksis, og i **kapitel 14** afsluttes med en sammenligning med almen praksis i udlandet.

Begreber og forkortelser

Med henblik på at sikre en ensartet fortolkning indeholder dette kapitel forklaringer af centrale begreber

Der er naturligvis ikke plads til at definere alle relevante begreber her, men nedenfor har vi defineret nogle centrale begreber i beskrivelsen af almen praksis. De udvalgte begreber er dem, der erfaringsmæssigt benyttes med forskellige betydninger af forskellige grupper inden for sundhedsvæsenet. Andre begreber definerer vi løbende i teksten.

Almen medicin. Den akademiske disciplin i lægevidenskaben, der danner fundamentet for almen praksis. Ordet »almen« betegner, at speciallægens uddannelse retter sig mod at være »altdækkende«, hvilket vil sige, at lægen i høj grad håndterer de almindelige lidelser i en befolkning. Det engelske »generalist«, der efterhånden også benyttes på dansk, har præcis samme betydning.

Alment praktiserende læge. En speciallæge i almen medicin, der arbejder i almen praksis. Kaldes også »egen læge« eller »familielægen«. Begreberne »primærlæge« eller »almenlæge« er mere upræcise, idet de ikke forstås entydigt og betegner en funktion frem for en speciallæge i almen medicin. Ordet »praktiserende læge« omfatter alle praktiserende speciallæger og ordet »privat praktiserende« bør ikke anvendes.

Gatekeeper. Beskriver den funktion i sundhedsvæsenet, hvor en læge i kraft af en lægefaglig vurdering afgør, om en patient har et medicinsk defineret behov for et videre forløb i det øvrige sundhedsvæsen. Gatekeeperen kaldes også visitator og har til opgave at sikre en rationering af det øvrige sundhedsvæsen. Kaldes også »dørvogter«. Ordet »portåbner« bør ikke benyttes, idet det indikerer, at lægen kan bruges til at åbne for adgangen til resten af sundhedsvæsenet, hvilket er for unuanceret.

Patient. Kommer fra det latinske »patiens«, der bruges om den tålmodige og udholdende. En patient er en syg person under behandling, men benyttes her i bogen og af alment praktiserende læger bredt om den gruppe mennesker i en læges virkefelt, der søger læge, men ikke nødvendigvis er syge. Ofte benyttes udtrykket patienter om alle tilmeldt en læge (»mine patienter«). Ord som kunde og klient benyttes ikke i almen praksis.

Sygdom. Sygdom defineres både af den enkelte borger og medicinsk. At være syg i lægemandsdefinitionen behøver ikke at betyde, at der kan defineres en medicinsk sygdom. Erkendelsen af forskellen har stor betydning for forståelsen af arbejdet i almen praksis.

Symptom. Symptomet er i sig selv ikke et sygdomstegn, men derimod en legemlig reaktion og kognitiv tolkning, der anvendes til at kommunikere med omverdenen og til at legitimere en særlig adfærd, f.eks. i sygerollen. Mennesker har derfor ofte symptomer, uden at der er tale om sygdom i medicinsk forstand.

BEGREBER OG FORKORTELSER

Forkortelse	Forklaring
AMADEUS	Almen Medicinsk Efteruddannelsesudvalg
AMU	Amtets almenmedicinske uddannelseskoordinator
APO	Audit Projekt Odense
APU	Almen Praksis ved Universiteterne
ARF	Amtsrådsforeningen
CKI	Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg
DADL	Den Almindelige Danske Lægeforening
DSAM	Dansk selskab for almen medicin
DYNAMU	Den yngre almenmedicinske uddannelseskoordinator
KL	Kommunernes Landsforening
LEON	Laveste effektive omkostningsniveau
P.L.O.	Praktiserende Lægers Organisation
SFU	Sygesikringens Forhandlingsudvalg
SKUP	Skandinavisk afprøvning af laboratorieudstyr til primærsektoren

Sammendrag af bogens kapitler

*Dette sammendrag giver et overordnet indblik i
almen lægepraksis i Danmark*

INDLEDNING**Overordnet karakteristik af almen praksis**

En række forhold karakteriserer almen lægepraksis i Danmark:

- 1) En mere end hundredårig tradition for, at hele befolkningen skal have let, hurtig og uvisiteret adgang til lægelig kompetence i form af den alment praktiserende læge.
- 2) Befolkningen skal have mulighed for at søge læge uanset økonomisk formåen, og penge mellem patient og læge er via lovgivningen fjernet. Desuden er der frit lægevalg, og med listesystemet sikres det, at alle borgere har deres »egen læge«. Almen praksis er frontlinje i det danske sundhedsvæsen. Den alment praktiserende læge er gatekeeper og definerer patientens behov for yderligere brug af det specialiserede sundhedsvæsen. Almen praksis' »rationeringsopgave« gælder også adgangen til medicintilskud, og en lang række sociale ydelser er betinget af udtalelser fra almen praksis via et udbygget socialmedicinsk samarbejde.
- 3) Almen praksis er den sundhedsfaglige service i det danske samfund, der har den største berøringsflade med befolkningen, og er baseret på princippet om en »familielæge«, hvilket sikres gennem et frit lægevalg og listesystemet.
- 4) Dansk almen praksis og sygehusvæsenet finansieres via den samme driftsorganisation (amterne), hvilket sikrer en ensartet og stringent opfyldelse af princippet om omsorg på lavest mulige omkostningsniveau.
- 5) Dansk almen praksis består af ca. 3.500 alment praktiserende læger, der er organiseret i ca. 2.200 praksis, men fungerer til trods herfor relativt ensartet. Lægerne er fordelt geografisk efter befolkningstætheden, svarende til 1.600 tilmeldte patienter pr. læge.
- 6) Alle læger er speciallæger i almen medicin, har kontrakt med sygesikringen via en centralt forhandlet Landsoverenskomst og har en indkomst på niveau med andre læger i en slutstilling.
- 7) Den elektroniske patientjournal er reelt fuldt indført, og den papirløse praksis er en realistisk mulighed.

KAPITEL 1**Et dagsprogram i dansk almen praksis**

Den gradvise og stabile udvikling af almen praksis har givet en ensartet struktur og en ret ens organisering af det daglige arbejde.

I kapitel 1 beskrives et dagsprogram for den alment praktiserende læge, som det typisk former sig. Dagen starter med telefonkonsultationer mellem kl. 8 og 9. Patienterne ringer til lægen for at få en lægelig vurdering af et problem eller et behov eller for at få svar på igang-

SAMMENDRAG

værende undersøgelser. Typisk har lægen 15 – 20 telefonkonsultationer, og i eventuelle pauser åbnes post m.v.

I løbet af formiddagen er der almindelige konsultationer, som ofte er aftalt i forvejen. Hvis der er behov for at se patienter akut, klares det ofte i dette tidsrum.

Frokostpausen er ofte det eneste tidsrum i løbet af dagen, hvor personalet kan samles.

Eftermiddagens konsultationer varer indtil mellem kl. 15 og 17 og eftermiddagen afsluttes ofte af lægens administrative arbejde samt attestskrivning.

I løbet af dagen kan der være behov for at aflægge akutte hjemmebesøg, og nogle praksis har fastsat et tidspunkt i løbet af dagen, hvor der køres besøg. I nogle tilfælde aflægges besøg når konsultationen er lukket.

Med forskellig hyppighed deltager lægerne i pasning af lægevagten, hvor der er tale om enten aften- eller nattevagter. Endvidere er der med mellemrum efteruddannelsesaktiviteter i tolmandsforeninger, fyraftensmøder og kurser.

KAPITEL 2

Patientforløb i almen praksis

Dette kapitel ser på forløbet for en patient fra oplevelsen af behov for lægehjælp, lægekontakten, det at indgå i en læge-patient-relation i konsultationen, at gennemgå et diagnostisk forløb og eventuelt blive behandlet og henvist til det øvrige sundhedsvæsen.

I befolkningen er der en stor pulje af potentielt lægekrævende symptomer. I løbet af 14 dage vil 72% af alle voksne danskere have oplevet en eller flere helbredsrelaterede gener, men kun 8% vil have haft kontakt til almen praksis.

Selvom der i befolkningen er mange med sammenlignelige symptomer, er det kun en vis andel, der søger læge. I almen praksis ser man således kun »toppen af isbjerget«. Dette betyder også, at for dem, der søger læge, er der andet og mere end blot symptomerne, der fører til lægekontakt. Det kan være psykologiske, sociale eller kulturelt betingede forhold. Når en patient således vælger at søge læge, indgår det i den almenmedicinske sygdomsmodel, at lægen har en bred tilgang til fortolkning af patientens henvendelse.

I den almenmedicinske sygdomsmodel indgår »sundhedsbrøken«, der beskriver forholdet mellem patientens samlede ressourcer og samlede belastning. I almen praksis søger lægen derfor at stimulere og øge patientens ressourcer og fokuserer ikke kun på sygdom.

I dansk almen praksis er det karakteristisk, at patienter knytter sig til en bestemt læge eller praksis. Det skyldes bl.a. et grundlæggende behov hos mennesker for kontinuitet i mellem menneskelige forhold. Kontinuitet omfatter både en informations-, en organisations- og en relationskontinuitet.

I almen praksis lægges der stor vægt på en god læge-patient-relation, idet det fremmer samarbejdet om diagnostik og behandling. En god læge-patient-relation er med til at sikre tryghed hos patienten, når den kombineres med en høj faglig kunnen og tillid til lægen.

Grundlæggende er en konsultation bygget op omkring tre faser. Den første er patientcentreret og omfatter patientens fortælling om baggrunden for at søge læge. Den anden fase er den videncentrerede, hvor lægen indsamler yderligere information og undersøger patienten og endelig fremlægger sin lægefaglige tolkning af patientens problem. Den sidste del af konsultationsprocessen er den dialogcentrerede, hvor patient og læge når til en fælles forståelse og konklusion med hensyn til, hvad der skal ske derefter.

I en del af konsultationerne er det ikke muligt at beskrive patientens henvendelse med en etableret diagnose. At stille en diagnose er grundlæggende en beslutningsproces, hvor lægen på baggrund af en serie af informationer søger at påvise eller udelukke en bestemt sygdom. For almen praksis gælder det særlige forhold, at en lang række patientkontakter baserer sig på svage eller diffuse symptomer hos patienter, der ofte viser sig at være raske i medicinsk forstand. Når den alment praktiserende læge således skal stille en diagnose, er der på forhånd en stor sandsynlighed for, at patienten er rask, hvilket står i kontrast til lægen på sygehusafdelingen, hvor der er stor sandsynlighed for, at patienten er syg. Derfor skal den alment praktiserende læge i højere grad være afventende med hensyn til at erklære patienten for syg. Derfor benytter den alment praktiserende læge også ofte tiden som en væsentlig medspiller i den diagnostiske proces. Denne trinvis tilgang sikrer, at vigtige diagnoser stilles uden at sygeliggøre alt for mange og sikrer også, at sundhedsvæsenets ressourcer udnyttes hensigtsmæssigt.

Mange symptomer forsvinder spontant, andre udvikler sig til specifik sygdom, men i omkring en tredjedel af konsultationerne forbliver patientens symptomer dog uforklarede (medicinsk uforklarede symptomer). I mange af disse tilfælde findes årsagen til patientens henvendelse i psykologiske eller sociale forhold, men ofte henstår den egentlige forklaring helt åben. Det er her vigtigt, at alment praktiserende læger med en bio-psyko-social referenceramme sikrer patienten en adækvat udredning og tolkning og samtidig hindrer unødige henvisninger til det øvrige sundhedsvæsen, hvilket kan være fejlbehandling eller spild af ressourcer.

I flere tilfælde har almen praksis behov for at udrede patienten yderligere. Derfor er det vigtigt, at almen praksis har hurtig adgang til f.eks. billeddiagnostik og laboratoriet. I andre tilfælde betinger patientens sygdom, at patienten visiteres til det specialiserede sundhedsvæsen. Det er almen praksis, der har opgaven med at definere det medicinske behov for disse henvisninger, så behandling og udredning sker på lavest effektive omkostningsniveau.

I ca. 10% af patientkontakterne foretager alment praktiserende læger henvisning til det øvrige sundhedsvæsen. Hvis blot denne henvisningsrate stiger til 11%, vil det betyde en 10% forøgelse af patienter i det øvrige sundhedsvæsen.

Når patienter modtages fra det øvrige sundhedsvæsen, spiller almen praksis en stor rolle i fortsat behandling, kontrol og rehabilitering. Det sker ofte i et samarbejde med det specialiserede sundhedsvæsen (shared care). I stigende grad tilbydes patientgrupper også udadgående sygehusfunktioner, hvor patienterne følges af speciallæger (f.eks. distriktpsychiatrien).

Almen praksis har en særlig opgave i forbindelse med palliativ omsorg for døende patienter. Ca. hver femte dør i eget hjem, og en del dødsfald på sygehus har været forudgået af en ofte langvarig palliativ omsorg i eget hjem.

Dette kapitel afsluttes med en gennemgang af den alment praktiserende læges forskellige opgaver. Overordnet består opgaverne i at være frontlinjelæge, gatekeeper, ressourceforvalter, vejleder og støtteperson for patient og pårørende, koordinator, overvåger og kontrolant.

KAPITEL 3**Almen praksis i sundhedsvæsenet**

Almen praksis har en mere end hundredårig tradition for at være frontlinje i det danske sundhedsvæsen. Traditionen dateres tilbage til sygekasserne. Til sygekasserne blev der knyttet alment praktiserende læger og senere visse speciallægefunktioner. Sygekasserne forsikrede borgerne, mod at borgerne benyttede den af sygekassen anviste alment praktiserende læge. Borgere med højere indkomster stod ofte uden for sygekassen og betalte lægen di-

SAMMENDRAG

rette. Da man i 1973 nedlagde sygekasserne og oprettede den offentlige sygesikring, blev forsikringen gjort fri af personlig indkomst, og mere end 98% af befolkningen har i dag valgt at have uvisiteret og vederlagsfri adgang til primær lægehjælp.

Honoreringsprincipperne for almen praksis udspringer ligeledes af sygekassernes behov for overenskomster med lægerne, og udviklingen danner i dag grundlag for opdelingen af honoraret i basishonorar og ydelseshonorar.

Dansk almen praksis opfylder WHO's anbefaling om at have en frit tilgængelig, lavteknologisk frontlinjefunktion med mulighed for at visitere til det specialiserede sundhedsvæsen. Det er således patienten, der definerer behovet for at kontakte almen praksis, men det er almen praksis, der definerer, om der er behov for brug af yderligere sundhedsressourcer.

Almen praksis er overordnet styret af lov om sygesikring, der udmøntes i Landsoverenskomsten. Enhver med bopæl i Danmark kan vederlagsfrit henvende sig til almen praksis ved behov. Borgerne er grundlæggende gruppe 1-sikrede og er tilmeldt en bestemt praksis, som skal benyttes ved behov for lægehjælp. Hvis en patient har behov for ydelser fra det øvrige sundhedsvæsen, er det oftest betinget af en henvisning fra almen praksis.

Overordnet er almen praksis organiseret i et gensidigt samarbejde mellem den offentlige sygesikring og Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O.). De centrale forhandlinger foregår mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og P.L.O. I amterne er der blandt alment praktiserende læger valgt et praksisudvalg, der sammen med repræsentanter udpeget af Amtsrådet udgør amtets samarbejdsudvalg, der står for den regionale drift af almen praksis.

Almen praksis består af ca. 2.200 selvstændige praksis, som er enten solopraksis eller kompagniskabspraksis. I kompagniskabspraksis er der to eller flere læger, der deler praksislokaler, personale og patientliste.

Alment praktiserende læger er selvstændigt erhvervsdrivende. Det er den enkelte speciallæge i almen medicin, der investerer i praksislokaler, inventar og goodwill. For at drive almen praksis skal lægen være tilsluttet Landsoverenskomsten mellem almen praksis og sygesikringen. I Landsoverenskomsten er der fastsat bestemmelser for lægens forpligtelser over for patienterne, udbuddet af ydelser samt honoreringen for disse.

I Danmark er der frit lægevalg, og en patient kan vælge en ny alment praktiserende læge inden for 15 km fra bopælen. Årligt skifter mellem tre og fem procent læge. En læge må højst have ca. 2.500 patienter på sin liste, og der er mulighed for at lukke for tilgang, når der er 1.600 tilmeldte pr. læge. Antallet af praksis er reguleret i forhold til befolkningstætheden således, at der beregnes ca. 1.600 patienter pr. læge.

På hverdage mellem kl. 8 og 16 skal en alment praktiserende læge være tilgængelig i mindst en time på telefon, og i øvrigt skal praksis besvare telefoniske opkald i dette tidsrum. Ved akut sygdom skal lægen tilbyde en tid inden kl. 16 samme dag, og ved aftalt tid må der maksimalt gå fem hverdage, inden konsultationen finder sted.

Uden for daglig åbningstid varetages frontlinjefunktionen af lægevagten. Enhver med akut opstået sygdom kan i lægevagten få telefonisk kontakt med en alment praktiserende læge, der herefter vurderer, om kontakten kan afsluttes med et telefonisk råd, eller der skal tilbydes en konsultation eller et besøg.

Honoreringen af alment praktiserende læger sker via sygesikringen, der inddriver udgifterne via skatter. Alment praktiserende læger modtager ca. 25% af honoraret som et fast tilskud pr. tilmeldt. Derudover honoreres lægen for hver ydelse, patienterne modtager. Uden om sygesikringen modtager almen praksis endvidere honorar for udfyldelse af attester m.v.

KAPITEL 4**Almen praksis' samarbejde med amter og kommuner**

Overordnet er samarbejdet mellem almen praksis, amter og kommuner fastsat i Landsoverenskomsten. Foruden specifikation af honoreringen af alment praktiserende læger indeholder Landsoverenskomsten bestemmelser for samarbejdet omkring kvalitetsudvikling, uddannelse, forskning samt syge- og orlovshjælp.

Centralt er kvalitetsudviklingsarbejdet organiseret via Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg (CKI) og decentralt via de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg. Kvalitetsudviklingsarbejdet har medført en lang række initiativer, som kan inddeles i 1) kvalitetsudvikling i sygehusvæsenet rettet mod almen praksis, 2) kvalitetsudvikling på snitfladen mellem primær- og sekundærsektoren og 3) kvalitetsudvikling i almen praksis. Det decentrale kvalitetsudviklingsarbejde har i de senere år betydet oprettelse af flere amtslige kvalitetsenheder.

For at øge forskningsindsatsen i almen praksis er der dannet en forskningsfond, der driver tre forskningsenheder for almen praksis, finansierer tre forskningskonsulenter og yder støtte til videnskabelige projekter. Til at lønne uddannelseslæger har man oprettet Amanuensisfonden, og som kompensation for tabt arbejdsfortjeneste ved efteruddannelse stilles der årligt ca. 13.000 kr. til rådighed pr. alment praktiserende læge via Efteruddannelsesfonden. Til dækning af indtægtstab ved praksislægers fravær og orlov er Administrationsfonden oprettet.

Til at administrere honoreringen af alment praktiserende læger driver amterne sygesikringsregistre. Her registreres samtlige ydelser og medicintilskud, hvilket yderligere giver grundlag for en løbende monitorering af aktiviteten i almen praksis og udgør en unik datakilde.

Almen praksis' samarbejde med kommunerne foregår primært via det socialmedicinske og kliniske samarbejde. Det socialmedicinske samarbejde er primært organiseret via standardiserede attester. Det kliniske samarbejde vedrører den fælles omsorg for syge og svækkede patienter med et plejebehov, den palliative indsats over for alvorligt syge og døende og endelig samarbejdet omkring børnesundhedspleje og institutioner.

KAPITEL 5**Forebyggelse i almen praksis**

Almen praksis har en betydelig rolle i forebyggelse, rehabilitering og sundhedsfremme i det danske sundhedsvæsen. Desuden foretages vaccination, og ved børne- og graviditetsundersøgelser laves tidlig opsporing af komplikationer.

Forebyggelsen i almen praksis foregår dels som en naturlig del af patientkontakten, dels i form af en forebyggelse fastsat ved lov.

I love og Landsoverenskomsten er der bestemmelser for almen praksis' rolle i forbindelse med rådgivning om antikonception, de forebyggende børneundersøgelser og de forebyggende graviditetsundersøgelser samt børnevaccination.

Siden 1995 har der i Landsoverenskomsten været mulighed for at tilbyde forebyggelseskonsultationer rettet mod alle forebyggelige sygdomme. Senere er der indført en særlig forebyggelseskonsultation vedrørende hjerte-kar-sygdomme.

Forebyggelse indgår som en naturlig del af en god behandling i almen praksis. Oftest vil den generelle forebyggelse gå på kendte risikofaktorer for udvikling og forværring af folkesygdomme. En stor del af forebyggelsesarbejdet involverer en løbende motivering af patienten frem mod ændringer i livsstil.

En undersøgelse i almen praksis fra 2004 viste, at hver anden voksne patient, som konsulterer almen praksis, henvender sig med et problem, der relaterer sig til én af de otte folke-

sygdomme i Regeringens folkesundhedsprogram »Sund hele livet«. Desuden vurderer lægerne, at halvdelen af voksne patienter i almen praksis én eller flere definerede risikofaktorer, og at mere end to tredjedele af disse patienter var interesserede i forebyggelse. Lægerne i undersøgelsen vurderede, at forebyggelsen hovedsageligt skulle finde sted i almen praksis, men der angives også et behov for henvisningsmuligheder.

Almen praksis forestår et af de få nationale screeningsinitiativer i form af screening for livmoderhalskræft. Almen praksis har også stor betydning i sekundær og tertiær forebyggelse, idet langt størsteparten af tidligere patienter i sygehusvæsenet kontrolleres og får behandlingen justeret i almen praksis.

KAPITEL 6**Kontakt- og sygdomsmønsteret i almen praksis**

Med henblik på at organisere almen praksis optimalt er det vigtigt at have kendskab til patienternes kontaktårsager, og hvilke diagnoser lægerne stiller. I Danmark er der kun udført enkelte af disse undersøgelser.

Internationalt er der udviklet et klassifikationssystem til brug i almen praksis (ICPC), der tilgodeser behovet for at kunne kode både patientens symptomer, lægens eventuelle diagnose samt handlingen derpå. Der arbejdes med at udvikle et datafangstmodul til brug i løbende undersøgelser af kontakt- og sygdomsmønsteret i almen praksis.

Kontaktmønsteret varierer i forhold til køn og alder således, at ældre oftere kontakter almen praksis i forhold til yngre, og at kvinder kontakter almen praksis hyppigere end mænd.

Den seneste opgørelse over kontakt- og sygdomsmønsteret er fra 1993 i Århus Amt. De hyppigste kontaktårsager var da symptomer fra bevægeapparatet (15%), luftvejene (13%), hud, negle og hår (11%), symptomer fra urin- og kønsorganer (9%) og psykiske klager (8%). Lægenes diagnoser var hyppigst fra bevægeapparatet (15%), luftvejene (14%), hud, negle og hår (10%), hjerte-kar (9%) og psykiske lidelser (9%).

I forbindelse med diagnosekodningen i almen praksis er det vigtigt at erindre, at 20-40% af alle kontakter ikke fører til en egentlig medicinsk diagnose. Man er i de senere år blevet mere opmærksom på, at disse medicinsk uforklarede symptomer skal kodes selvstændigt.

Nye resultater fra en undersøgelse med fokus på folkesygdomme viser, at omkring halvdelen af konsultationerne i almen praksis i dagtid skyldes de otte største folkesygdomme.

KAPITEL 7**Ydelser fra almen praksis**

I de senere år er der årligt ydet omkring 31 millioner grundydelse i almen praksis. Konsultationer udgør 54%, telefonkonsultationer 44% og besøg 2% af alle grundydelse. Siden 1992 er antallet af grundydelse steget med 21%, hvor antallet af telefonkonsultationer er steget dobbelt så meget som antallet af konsultationer. I den samme periode er antallet af borgere pr. alment praktiserende læge faldet med 2,2% til 1.572 i 2003. Alligevel er den samlede produktion pr. alment praktiserende læge steget med 14%.

Stigningen i antallet af grundydelse kan forklares med, at den enkelte patient går hyppigere til læge, og at nu 85% mod tidligere 80% af befolkningen ser deres læge i løbet af et år.

I gennemsnit yder hver alment praktiserende læge 44 grundydelse på en arbejdsdag. Derudover ydes der i gennemsnit seks tillægsydelse og ni laboratorieydelse pr. læge pr. dag.

I alt yder almen praksis i gennemsnit 15 forebyggende konsultationer pr. uge pr. læge. Det er bl.a. vejledning i antikonception to gange om ugen, én svangreundersøgelse om ugen, to

børneundersøgelser og to børnevaccinationer om ugen. Hertil kommer to formaliserede forebyggelseskonsultationer om måneden.

Alment praktiserende læger henviser i gennemsnit tolv patienter til speciallæge pr. uge, og hvert døgn har i gennemsnit tre af en læges patienter kontakt til lægevagten.

Det er velkendt, at læger varierer i deres kliniske aktivitet. I dansk almen praksis findes der en variation i, hvor ofte patienterne tilbydes de forskellige ydelsestyper. F.eks. varierer antallet af konsultationer eller telefonkonsultationer med en faktor to, mens variationen i antallet af besøg varierer med en faktor tolv. Antallet af tillægsydelse og laboratorieydelse varierer med en faktor fire, og antallet af henvisninger til speciallæge varierer mellem praksis med en faktor fem.

Variationen har flere årsager, herunder en tilfældig variation, forskelle i patientpopulationer, strukturelle forskelle, lægens uddannelse og efteruddannelse samt lægefaglige viden, holdninger og interesser.

Brugen af almen praksis varierer betydeligt mellem patienter. Af de patienter, der i løbet af et år ses i almen praksis, ses 25% kun én gang, 70% fire eller færre gange, og 4% af patienterne ses 12 eller flere gange om året. Det betyder, at de 10% af patienterne, der har flest kontakter, står for hver tredje kontakt til almen praksis. Den grundlæggende årsag til denne variation skyldes forskelle i patienternes helbred og sygdomsadfærd.

KAPITEL 8**Lægemidler i almen praksis**

Lægemidler udgør en helt central del af behandling, forebyggelse og palliation i almen praksis. Omkring 70% af alle danskere indtager i løbet af et år receptpligtige lægemidler, og stort set alle disse ordineres i almen praksis. I op mod 40% af alle kontakter laves en recept. I de senere år har sygesikringens udgifter til lægemiddeltilskud (i alt 6,1 mia. kr.) været større end udgifterne til almen lægehjælp.

Næsten 90% af alle lægemidler på det danske marked er receptpligtige. Lægen attesterer på en recept, at patienten har ret til lægemidlet, hvilket sikrer, at patienten modtager relevant og korrekt medicinsk behandling og beskyttes optimalt mod skadelige bivirkninger, ligesom det sikrer, at skadelige lægemidler ikke er frit tilgængelige.

Samtlige lægemidler skal gennemgå en omfattende procedure for dokumentation og godkendelse, og distribution og forhandling foregår efter lovbestemte krav.

For visse lægemidler føres der særlig kontrol via Sundhedsstyrelsen og embedslægerne (afhængighedsskabende lægemidler), og for de øvrige receptpligtige lægemidler undersøges lægernes ordinationsmønstre løbende via de årlige opgørelser i sygesikringens registre.

Op mod 80% af alle recepter fra almen praksis er elektroniske, hvilket øger sikkerheden omkring ordination af lægemidler.

Som en af de eneste sundhedsydelser er brugen af lægemidler i Danmark baseret på egenbetaling. Tilskuddet afhænger af patientens årlige forbrug således, at tilskuddet gradvist øges i takt med stigende egenbetaling. Den maksimale årlige egenbetaling er ca. 3.800 kr. I øvrigt gives der tilskud til lægemidler til patienter, der er døende eller har et socialt betinget behov.

Gennem det seneste årti er befolkningens gennemsnitlige lægemiddelforbrug steget med ca. 4% årligt, og samtidig er sygesikringens udgifter til lægemidler ligeledes steget 4% årligt. Stigningen i lægemiddelforbruget er i høj grad forårsaget af øget brug af lægemidler mod hjerte-kar-sygdomme, smerter, psykiatriske lidelser og blodsygdomme.

Der er øget fokus på ordination af de billigste præparater og rationel farmakoterapi, hvilket betyder, at patienten skal behandles med den rette medicin i rette dosering. Det har ført til en øget indsats i retning af at ændre ordinationspraksis hen imod en optimal farmakologisk behandling og brug af billigere præparater. Denne indsats har vist sig succesfuld.

KAPITEL 9**Lægerne i almen praksis**

Igennem de sidste tre årtier er antallet af alment praktiserende læger steget med 38%. Alligevel har væksten i antallet af sygehuslæger været ca. tre gange så stor. Tilgangen af alment praktiserende læger har været jævn over perioden, og det er markant, at antallet af kvinder nu udgør en tredjedel af alment praktiserende læger mod kun 10% i starten af 80'erne.

Generelt har stigningen i antallet af alment praktiserende læger betydet et fald i antal indbyggere pr. alment praktiserende læge fra godt 1.700 til nu knap 1.600.

En begyndende lægemangel har betydet, at det har været svært at rekruttere læger til almen praksis i f.eks. Nordjyllands og Storstrøms Amter. En lægeprognose forudsiger, at en øget afgang fra praksis samt for få nyuddannede læger vil betyde en absolut lægemangel i almen praksis de næste 10 - 15 år.

Uddannelsen til læge sker på Københavns, Syddansk og Århus Universiteter, hvor almen medicin er et integreret klinisk fag på linje med øvrige specialer. Uddannelsen er lidt forskelligt tilrettelagt på de enkelte universiteter, men det er karakteristisk, at almen medicin er en af de afsluttende kandidateksamener.

Enhver læge gennemgår en obligatorisk turnus med et halvt år på medicinsk afdeling, et halvt år på kirurgisk afdeling og et halvt år i almen praksis. Efter endt turnus kan lægen søge en af de hoveduddannelsesstillinger til almen praksis, der opslås i hvert amt. Den kliniske specialeuddannelse til almen medicin omfatter fem års klinisk ansættelse, heraf halvdelen er i almen praksis. Sideløbende gennemføres et teoretisk kursus på sammenlagt ca. seks uger.

Specialeuddannelsen i almen praksis er i modsætning til andre specialer decentralt koordineret således, at der i amterne findes uddannelseskoordinatorer, og der i hver uddannelsespraksis er mindst en tutorlæge.

Alment praktiserende læger har et særligt behov for efteruddannelse, idet lægen har en meget bred faglig berøringsflade. Til at stimulere dette ydes der årligt via Efteruddannelsesfonden et beløb til at dække tabt arbejdsfortjeneste og kursusudgifter. Den seneste opgørelse viste, at alment praktiserende læger gennemsnitligt benytter ca. 12 kursusdage årligt. De fleste alment praktiserende læger er medlemmer af efteruddannelsesgrupper (tolvmandsforeninger) med jævnlige møder, der dels typisk omfatter indlæg ved en ekstern foredragsholder, dels erfaringsudveksling i gruppen.

Årligt foretages der 125 - 150 praksishandler, hvor muligheden for delepraksis i de senere år har udgjort en fjerdedel af handlerne. I forbindelse med en praksishandel betaler køber for eventuelt inventar og praksisejendom og desuden en goodwill beregnet på gennemsnittet af de seneste tre års indtjening. Goodwill kan maksimalt sættes til 136%.

KAPITEL 10**Patientevaluering i almen praksis**

For at kunne betegne en ydelse i sundhedsvæsenet som værende af god kvalitet skal patientperspektivet inddrages. Dansk almen praksis har deltaget i udviklingen af patientevaluering i almen praksis, og Danmark er nu et af de få lande i Europa, der systematisk indsamler og anvender patienternes evalueringer af almen praksis.

SAMMENDRAG

Ved udgangen af 2004 havde næsten 600 læger og næsten 50.000 patienter således deltaget i patientevalueringen i almen praksis (DanPEP).

Generelt viser patienternes evaluering, at der er stor tilfredshed med de væsentlige aspekter i almen praksis. Dog er der problemer med tilgængelighed (især telefonisk adgang).

Solopraksis evalueres generelt bedre end kompagniskabspraksis, og patienter med en kronisk sygdom evaluerer generelt mere positivt end patienter uden kronisk sygdom.

Patientevalueringen kan aflæses på antallet af patienter, der skifter læge. I alt knap 4% skifter hvert år læge inden for et amt, hvoraf størstedelen skyldes flytning, mens nogle skyldes utilfredshed med den alment praktiserende læge. Især kvinder skifter læge ved utilfredshed, men samtidig er det vist, at selv efter en alvorlig diagnose (f.eks. kræft), er der ikke flere, der skifter læge sammenlignet med andre patienter.

En femtedel af alle patientklager er rettet mod almen praksis (i alt 508 i 2003). Hyppigheden af klager er 1,2 pr. 100.000 kontakter i dagtid og 4 pr. 100.000 kontakter i vagttid.

KAPITEL 11

Økonomien i almen praksis

Amternes driftsudgifter til sundhedsvæsenet er ca. 63 mia.kr., svarende til 12.000 kr. pr. indbygger pr. år. Udgiften til almen lægehjælp udgør 9%, svarende til 1.000 kr. pr. dansker.

Omkring 70% af indtægterne i praksis stammer fra ydelseshonorar, 24% fra basishonorar og den resterende mindre del fra forebyggende konsultationer og fonde. På landsplan udgør vagthonoraret til alment praktiserende læger 12% af det samlede honorar.

Gennemsnitligt har en alment praktiserende læge en årlig bruttoindtægt på 1,5 mil. kr. Mere end 90% stammer fra sygesikringen. Af bruttoindtægten går 44% til at drive praksis, hvoraf halvdelen går til løn til ansatte i praksis. Gennemsnitligt er nettoindtægten 840.000 kr. om året, hvoraf der betales pension, ferie og afdrages på omkostninger til køb af praksis. Den reelle årsindkomst svarer således generelt til en overlægeløn.

KAPITEL 12

Medikoteknisk udstyr og edb i praksis

I almen praksis gennemføres biokemiske analyser, mikroskopi, biologisk dyrkning og fysiologiske undersøgelser. Det kræver et særligt udstyr og rutine i at betjene det. Via Landsoverenskomsten gives der honorar for brugen af visse relevante undersøgelser. Derfor er almen praksis afhængig af at kunne henvise til særlige undersøgelser på sygehuse og laboratorier. Denne adgang bør være hurtig og fleksibel således, at den reelle udredning fortsat foregår i almen praksis.

Nogle analyser er udbredte i almen praksis. Det er pålidelige og billige analyser, der kan udføres i forbindelse med en konsultation, og som øger lægens mulighed for at stille en diagnose og justere en behandling korrekt. Det er analyser af blodsukker, blodprocent, graviditetstest og halspodning. Knap så udbredte er høretest og hjertekardiogram.

Der foregår løbende en vurdering af, hvilke analyser og undersøgelser der skal honoreres via Landsoverenskomsten, imens man også sikrer pålideligheden af de allerede eksisterende undersøgelser. Det sker bl.a. ved laboratorieordninger med kalibrering og undervisning.

Almen lægepraksis i Danmark er i forhold til andre lande i verden langt fremme med hensyn til brugen af IT. Således har mindst 93% af alle praksis en elektronisk patientjournal, der omfatter alle nødvendige funktioner i den daglige patientadministration samt udveksling af information mellem praksis og det øvrige social- og sundhedsvæsen.

Mellem 80 og 90% af henvisninger, udskrivningskort, laboratoriesvar, sygesikringsafregninger og recepter håndteres i dag via elektronisk kommunikation. Der er igangværende forsøg med laboratorierekvisitioner fra egen læge. Tilbage står kommunikation til kommunerne. Den papirløse praksis er således en nært forestående realitet.

Sikkerheden omkring den elektroniske patientadministration optimeres løbende, og al personfølsom kommunikation foretages krypteret og via centralt beskyttede servere. Hver måned sendes omkring 2,7 mio. meddelelser til og fra almen praksis.

KAPITEL 13**Forskning, udvikling og dokumentation i almen praksis**

Forskning i almen praksis er overordentlig vigtig, idet forskning udført på sygehusafdelinger ikke umiddelbart lader sig overføre til almen praksis. Det bør således altid dokumenteres, at resultater fra forskning på sygehuspatienter også er relevante og effektive i almen praksis.

Overordnet inddeles den sundhedsvidenskabelige forskning i biomedicinsk forskning, klinisk forskning og forskning i folkesundhed og sundhedstjeneste. Almenmedicinsk forskning har typisk benyttet klinisk forskning og forskning i folkesundhed og sundhedstjeneste.

Den biomedicinske forskning lagde i 2002 beslag på 39% af alle årsværk inden for sundhedsvidenskabelig forskning, den kliniske forskning på 27%, anden forskning på 26%, mens forskning i folkesundhed og sundhedstjenesteforskning kun omfattede 8% af alle årsværk. Under hver tiende forsker arbejder således med f.eks. befolkningens behov for sundhedsydelse, befolkningens lægesøgende adfærd, sundhedstjenestens organisation og funktion etc.

Almen medicin har i kraft af sin brede berøringsflade med patienterne beskæftiget sig med en række sundhedsvidenskabelige forskningsmetoder inden for epidemiologiske metoder, medicinsk sociologi og medicinsk teknologivurdering, og samtidig har almenmedicinsk forskning ydet en bærende indsats i udvikling og implementering af medicinsk-humanistiske forskningsmetoder.

Sundhedstjenesteforskningen er central for forståelsen af brugen af almen praksis, forskellige metoder til at påvirke og optimere brugen af almen praksis, og giver ny viden, der belyser patienternes forløb i et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor almen praksis har en betydende og ofte afgørende rolle.

Dokumentation og kontaktmønsterundersøgelser, der kunne være en naturlig del af sundhedstjenesteforskningen i almen praksis, er stort set uopdyrkede i almen praksis. Der mangler i dag et ordentligt materiale til planlægning og organisation af almen lægepraksis.

Evaluerings- og udviklingsarbejde i almen praksis er i de senere år blevet påbegyndt, primært via det decentrale kvalitetsudviklingsarbejde og oprettelsen af Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg.

Den almenmedicinske forskning er primært koncentreret omkring de tre afdelinger og forskningsenheder for almen praksis ved universiteterne. Desuden udføres der en væsentlig forskning af forskningsinstitutioner uden for almen praksis, f.eks. miljøer omkring folkesundhed, sundhedsøkonomi og organisationsteori samt som en integreret del af en række kliniske forskningsprojekter ved sygehusene.

Almenmedicinsk forskning er i forhold til andre specialer ganske ung. Derfor er antallet af forskningskvalificerede læger inden for almen medicin relativt lille sammenlignet med andre specialer. Der foregår således stadig en opbygning af de forskningsaktive miljøer frem mod

en selvstående, forskningsaktiv stab af en størrelse, der står i passende forhold til det overordentligt store behov for ny viden i almen praksis.

KAPITEL 14

Sammenligning med almen praksis i udlandet

De særlige karakteristika for almen praksis, der er beskrevet i denne bog, er med til at placere dansk almen praksis som velorganiseret, omkostningseffektiv og af stor betydning for befolkningens adgang til bred, kvalificeret lægehjælp. Flere karakteristika gør almen praksis i Danmark til en af de bedst fungerende sammenlignet med andre industrialiserede lande. Der er bl.a. den uvisiterede, vederlagsfri adgang, et frit lægevalg, den alment praktiserende læge som gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen, almen praksis som en 24-timers frontlinje i sundhedsvæsenet, almen praksis' varetagelse af opgaver ved patientforløb i det samlede sundhedsvæsen og den homogent opbyggede, kontraktstyrede entreprenørmodel gør.

En række lande har på nogle områder en lignende organisation, men har ikke formået at bevare en så homogen og stringent udvikling som i Danmark.

En række almen praksis i andre lande har udviklet og forsket i særlige strukturer, metoder til dokumentation og udvikling samt forskning og kvalitetssikring, som dansk almen praksis kan lære af. Der er derfor et stort behov for hele tiden at orientere sig mod andre landes almen praksis og sikre en løbende udvikling af dansk almen praksis.

Et dagsprogram i dansk almen praksis

Kapitlet giver en kvalitativ indsigt i arbejdet i almen praksis. Med baggrund i en typisk dagsplan i praksis fremdrages de særlige aspekter af almenmedicinsk omsorg. De uddybes i de efterfølgende kapitler.

Årtiers erfaring med organiseringen af arbejdet i almen praksis har formet hverdagen i almen praksis, så den overordnet er ret ens for flertallet af praksis i Danmark.

1.1 TELEFONTIDEN

Den alment praktiserende læge skal være tilgængelig for telefoniske kontakter i mindst én time dagligt. Lægen starter typisk dagen med telefontid mellem klokken otte og ni, hvor patienterne ringer for at få en lægelig vurdering af et spørgsmål eller problem, for at få svar på igangværende undersøgelser, for at bede om en akut tid eller et sygebesøg. Der foregår også i et vist omfang receptfornyelse i telefontiden, især i de tilfælde, hvor lægen vil ledsage receptfornyelsen af en vurdering af patienten, men ellers er receptfornyelser uden nødvendige ledsagende lægelige råd oftest henlagt til sekretærens telefontid.

Hvis tiden tillader det, er det også det tidsrum, hvor lægen kan åbne post, der kan bestå af attester fra kommunen, regninger o.l. samt en del reklamer. Desuden gennemser lægen de elektroniske beskeder fra lægevagten, laboratorier og sygehusafdelinger og arkiverer den elektroniske post i patientjournalerne. I flerlægepraksis kan der også være tale om læsning af cirkulerende post og information.

I løbet af telefontiden er der typisk 15 – 20 telefonsamtaler pr. læge (Tabel 1).

1.2 KONSULTATIONER OM FORMIDDAGEN

Fra klokken 9 til 12 er der typisk almindelige konsultationer, som er aftalt i forvejen. Lægen har afsat 10 - 15 minutter til hver konsultation, og ofte 20 - 30 minutter til børne- og graviditetsundersøgelser. En del læger søger at henlægge børneundersøgelser til formiddagskonsultationen, hvor børn (og læger) er mest oplagte (Tabel 2).

Nogle læger har åben konsultation af ca. 30 – 60 minutters varighed, hvor patienter uden forudgående tidsbestilling kan komme med småting, som hurtigt kan afklares.

1.3 FROKOSTPAUSEN

Typisk stiller sekretæren an til den fælles frokost i lægehuset. Lægerne når som regel ikke ud til tiden, idet nogle konsultationer kan trække lidt ud, og akutte patienter kan have forsinket konsultationen. Ofte er der også forsinkelser som følge af nødvendige telefonsamtaler og opringninger til samarbejdspartnere efter formiddagskonsultationen. Før frokost under-

skriver lægen ofte henvisninger skrevet af sekretæren dagen før og godkender receptfornyelser.

Lægen har også ofte planlagt et par telefonopringninger, inden konsultationerne starter igen kl. 13, og på travle dage er der, jf. ovenfor, sat et par akutte patienter til.

Frokostpausen er normalt den stund, hvor alle i et lægehus samles. Her får man ofte afklaret og taget stilling til diverse administrative og ledelsesmæssige forhold og opfyldt behovet for indbyrdes social kontakt. I nogle tilfælde har lægehuset i frokostpausen formel konference med en eventuel uddannelseslæge i praksis, men ofte er der i uddannelsesansvarlige praksis afsat særlig, beskyttet tid til denne funktion i dagsplanen.

Tabel 1. *Eksempler på typiske telefonkonsultationer en morgen i almen praksis*

Patient	Problem	Handling
66-årig mand	Sukkersyge og forhøjet blodtryk. Svar på blodprøve taget to dage forinden	Kort snak om fund og aftaler ved den forudgående konsultation. Ny tid om tre måneder
82-årig kvinde	Føler sig sløj, kvalme, oplyser på forespørgsel, at urinen lugter ilde	Får tid i konsultationen samme dag. Medbringer urinprøve
28-årig kvinde	Svar på celleskrabsprøve taget 3 uger forinden	Svar ikke kommet. Aftaler ny telefonkontakt om 1 uge. Sekretær rykker for svar
3-årigt barn	Feber. Moderen beskriver klart, at barnet er upåvirket, let forkølet	God kontakt til moderen. Aftaler at se an, og i hvilke situationer lægen igen skal kontaktes
76-årig kvinde	Netop været indlagt for blodprop i hjertet, ambulat kontrol om tre uger. Er usikker på, hvad der skete på sygehuset, og hvilke planer der er	Aftaler tid i konsultationen om to dage. Lægen rekvirerer udskrivningskort fra sygehus, så han kan være forberedt på samtalen
63-årig mand	Ukarakteristiske ledsmerter nogle dage, føler sig uoplagt (lægen ved, at hustruen skal opereres for brystkræft næste dag)	Aftaler tid i konsultationen om to dage
55-årig kvinde	Er storryger. Svar på røntgen af brystkasse, som blev ordineret efter bronkitis-episode	Svaret viser intet unormalt. Kort snak om rygning med henvisning til den samtale, der var, om samme emne ved sidste konsultation
42-årig mand	Skal på forretningsrejse til Thailand	Råd om vaccination
17-årig kvinde	Udflåd, er bange for kønssygdom	Akut tid samme dag
81-årig kvinde	Datter ringer vedr. moderen og pleje-problemer	Aftaler at datter først drøfter sagen med hjem-meplejen og melder tilbage om udfaldet
67-årig kvinde	Ønsker sovepille (får 20 sovepiller hver sjette måned)	Genordinerer. Kort snak om korrekt brug af og problemer med brug af sovepiller
45-årig kvinde	Er langtidssygemeldt. Opkald fra sags-behandler for at drøfte varighedsvurde-ring	Sagsbehandleren fremsender generel helbreds-erklæring for at begynde en socialmedicinsk sagsbehandling med revalideringssigte

1.4 KONSULTATIONER OM EFTERMIDDAGEN

Konsultationer om eftermiddagen varer typisk fra kl. 13 til mellem kl. 15 og 17 afhængig af praksisstørrelse og belastning. Efter dagens konsultation dikterer eller skriver lægen ofte attester o.l. Nogle henlægger en del af dette administrative arbejde til aften- eller weekendarbejde, men de fleste får skrevet attester fra dag til dag, f.eks. i pauser som følge af patient-udeblivelser. I Tabel 2 ses typiske eksempler på konsultationer.

Tabel 2. *Typiske konsultationer i dagtid i almen praksis*

25-årig mand	Opdaget knude på halsen under højre øre. Normal lymfeknude efter halsbetændelse, ikke andre forstørrede knuder i armhuler eller lyske. Får forklaret, at det er godartet.
50-årig kvinde	Storryger. I behandling for lungebetændelse. Aftaler kontrol, taler om tobak og søger at motivere til ophør. Samtalen skal følges op ved kontrollen, hvor der formentlig også skal henvises til røntgen for at udelukke lungekræft.
58-årig mand	Kontrol af let forhøjet blodtryk i dag og mistanke om begyndende sukkersyge. Let overvægtig, minimal motion. Fokus på motion, kost, tobak og livsstil. Opfølgende kontrol aftalt. Lægen noterer, at der næste gang skal fokuseres yderligere på motion.
72-årig kvinde	Udskrevet fra hospital efter operation for brud på lårben. Der henvises til optræning, som blev afbrudt ved udskrivelsen. Kontakt med hjemmeplejen om eventuelle hjælpemidler. Overvejelser om behandling af knogleskørhed drøftes med patienten.
4-årig dreng	Har været forkølet i en uge, har ikke sovet de sidste par nætter og grædt. Moderen klæder barnet af, og som det eneste finder lægen let mellemørebetændelse på højre side, men drengen er i øvrigt upåvirket. Moderen har glemt at tage drengens temperatur. Behandling med Panodilmikstur og aftale om ny henvendelse ved forværring.
79-årig kvinde	Netop udskrevet efter blodprop i hjertet. Ambulant kontrol om tre uger. Enke i otte år (manden døde af blodprop). Hun er angst og forstår ikke, hvad der er sket. Får forklaret, hvad en »stent« er og indikationen for ordineret medicin. Fokus på sygdomsforløbet, en forventet god prognose og på fysisk aktivitet. Drøfter behovet for hjemmepleje, der er uaktuelt. Ny konsultation en uge efter den ambulante kontrol.
3-årig pige	Kommer sammen med sin mor til 3-årsundersøgelse. Har fulgt vaccinationsprogrammet og tidligere børneundersøgelser. Der var sidste snak om, at moderen syntes, pigen ikke hørte så godt, hvilket ikke kunne undersøges. Er meget genert og vil ikke svare lægen. Er startet i børnehaven, taler om naturlig træthed som følge af dette. Samtale om sprog, kost, motorik, stimulation, brug af sut om aftenen. Pigen klædes af og vejes, måles og undersøges. Pigen er blevet mere tryk nu. Intet unormalt. Reagerer prompte på, at lægen hviskende byder hende tyggegummi. God hørelse.
30-årig kvinde	Henvender sig hyppigt med lette symptomer fra led, muskler og mave. Fokus på dialog med patienten om det normale i at have symptomer og på, hvordan hun kan håndtere disse symptomer, herunder grænserne for egenomsorg, og hvornår det er hensigtsmæssigt at rådføre sig med lægen.
28-årig kvinde	Uregelmæssig menstruation. Undersøges og beroliges. Hun mener selv, at tilstanden skyldes en stresset livsperiode. Drøftes kort.
31-årig kvinde	2. graviditetsundersøgelse. Er gravid for anden gang, tidligere ukompliceret forløb. Har været til jordemoder og alt var fint. Samtale om kost, jerntilskud, alkohol og rygning samt arbejde. Hun har mærket liv, og maven føles helt normal for graviditetens længden. Blodtryk og urin i orden. Vandrejournalen udfyldes.
44-årig mand	Mekaniker. Nyt udbrud af svær håndeksem, tidligere undersøgt af hudlæge. Der er påvist erhvervsallergi, og jobskifte (evt. revalidering) overvejes, hvilket han er ked af. Fokus på behandling af eksemudbruddet. Drøfter om patienten selv kan finde et nyt job, herunder gennemgang af hans rettigheder. Aftaler ny konsultation om en uge til status i eksembehandlingen samt ny drøftelse af sociale situation. Sygemeldes.
35-årig kvinde	Kendt alkoholoverforbrug. Er fraskilt. Hyppige lægekontakter for svimmelhed, kvalme og almen utilpashed. Fokus på hendes tilbøjelighed til at negligere alkoholproblemet. Overvejer depression eller angst, hvilket frafaldes. Aftaler ny kontrol for på ny at søge at motivere hende til behandling og anden socialmedicinsk hjælp.
25-årig mand	Skizofren. Rolig, god symptomindsigt, overholder medicinering, kommer til regelmæssig samtale. Fokus på medicin, social struktur og dagligdag. Lægen vil drøfte med socialforvaltningen om mulighed for at få en bolig tættere på forældrene.
88-årig mand	Meget tunghør. Er undersøgt for faldtendens, uden at noget unormalt blev fundet. Datter bange for demens og har derfor aftalt tid. Laver standardiseret demenstest (MMSE-test), som er normal. Datter ønsker ham på plejehjem, fordi han bor alene på 3. sal uden elevator. Han vil ikke på plejehjem. Fokus er drøftelse af boligforhold, og han afviser ikke muligheden for en pensionistbolig. Datter tager kontakt til hjemmeplejen om bolig, og lægen lover også at henvende sig til hjemmeplejen.

1.5 HJEMMEBESØG

Sygebesøg aflægges, hvis patientens tilstand, sociale eller andre forhold efter lægens skøn gør det nødvendigt. Nogle praksis har reserveret f.eks. tiden fra kl. 13 – 13.30 til eventuelle sygebesøg (gennemsnitligt ca. tre pr. uge pr. læge), og tiden fyldes ud med andre akutte patienter, hvis ikke der er sygebesøg den pågældende dag. Hvis der er flere besøg end vanligt, henlægges de besøg, der bedst kan vente, til dagens slutning. I nogle flermandspraksis har man delegeret sygebesøgene til på skift at blive varetaget af én læge. Denne læge kører så alle besøg f.eks. om eftermiddagen. I Tabel 3 ses typiske eksempler på sygebesøg.

Tabel 3. *To eksempler på sygebesøg*

89-årig kvinde	Lettere dement, bor i egen lejlighed, tilses flere gange dagligt af hjemmeplejen, som finder hende dårligere end ellers. Under besøget bemærkes let fugtig hoste. Undersøgelse viser, at der kan være en lungebetændelse, som skal behandles med penicillin. Mængden af vanddrivende medicin opjusteres. Aftale om kontrolbesøg.
68-årig mand	Lungekræft og åndenød. Hustru er bekymret og finder ham dårlig. Undersøgelse viser ingen tegn på væske i lungerne. Smertestillende medicin justeres en anelse. Efterfølgende samtale med patient og hustru om sygdommens forløb. I tilslutning til samtalen siger manden, at han har accepteret, at »det her ikke går godt«. En længere samtale afsluttes med, at lægen udleverer sit private telefonnummer. Der er samtale om, hvordan forløbet kan være, og der aftales besøg om en uge. Lægen lover opfølgende samtale med hjemmeplejen om at koordinere indsatsen.

1.6 AFTENKONSULTATION

Alment praktiserende læger med konsultationstid efter aftalte skal mindst én gang om ugen tilbyde patienter en tid uden for normal arbejdstid (efter kl. 16). Enkelte læger aftaler disse tider med patienterne efter behov, men de fleste læger har en fast ugentlig aftenkonsultation på et par timer. Konsultationen vedrører normalt kun korte problemstillinger (ved alvorligere problemer følges ofte op med nye tider i den normale konsultationstid), og aftenkonsultationen er normalt forbeholdt erhvervsaktive. I nogle flermandspraksis skiftes lægerne til at passe aftenkonsultationen.

1.7 ADMINISTRATION

Lægens klinik drives som en virksomhed med tilhørende administration, som normalt skal indpasses i arbejdstiden. Hovedparten af den daglige administration er delegeret til en lægesekretær, som varetager opgaver i form af bestilling af varer, betaling af regninger, lønningsbogholderi, udfærdigelse af kassekladde, udfærdigelse af sygesikringsregnskab etc. Lægen superviserer normalt dette arbejde løbende. Større administrative opgørelser som kvartals- og årsopgørelser er oftest henlagt til weekend- og aftenarbejde. I større lægehuse er det dog almindeligt, at én læge har allokeret særlig tid til administrative opgaver i dagtid, ligesom det er almindeligt, at en af lægerne har allokeret tid til at udøve personaleledelse, såsom medarbejderudviklingssamtaler og medarbejderkurser.

1.8 VAGTER

Den alment praktiserende læge har ansvaret for, at der ydes almenmedicinsk lægehjælp til tilmeldte patienter i dagtiden. Uden for dagarbejdstid er det et amts/en regions alment praktiserende læger, der i fællesskab med amtet/regionen har ansvaret for betjening af lægevagten (se også afsnit 3.5.6).

Al henvendelse til lægevagten sker telefonisk til visiterende speciallæger i almen medicin. Disse læger afgør, om henvendelsen er akut behandlingskrævende, eller om den kan vente til dagtid. I de tilfælde, hvor der er akut behov for lægehjælp, afgør lægen, om det kan klares

med telefonisk råd, henvisning til at møde op i konsultationen eller med et sygebesøg. Typiske eksempler på henvendelser til lægevagten ses i Tabel 4 til 6.

Tabel 4. *Eksempler på telefoniske lægevagtskontakter*

- Rådgivning om akutte infektioner og om observation af febersyge børn, herunder rådgivning om, hvornår forældre skal reagere med fornyet lægekontakt. Konsultationerne kan f.eks. dreje sig om mellemørebetændelse og mave-tarm-infektioner i form af diaré og opkastning.
- Rådgivning om medicin til lette symptomer.
- Rådgivning om lægebrug: »Kan jeg vente til i morgen, eller skal jeg få set på det nu?«.
- Almindelige sundhedsråd, f.eks. råd til nybagte forældre.
- Rådgivning i forbindelse med psykosomatiske klager præget af angst og lægefagligt set lidet betydende symptomer, som bør drøftes med egen læge.
- Fornyelse af recepter som er blevet glemt fornyet i dagtiden.

Tabel 5. *Eksempler på lægevagtskonsultationer*

- Infektionssygdomme hos i øvrigt raske, men af en sådan sværhedsgrad, at telefonisk råd ikke rækker (luftvejsinfektioner, mave-tarm-infektioner, urinvejsinfektioner).
- Patienter med mindre og ikke alarmerende symptomer fra forskellige organer og fra muskler og led, men hvor akut vurdering er rimelig.
- Patienter med akutte gynækologiske klager.
- Børn, som skal vurderes med henblik på, om de kan være i dagpleje/daginstitution eller ej.
- Mange patienter af udenlandsk afstamning, hvor visitator får for dårlige oplysninger til en kvalificeret vurdering, hvorfor patienten sendes til klinisk vurdering i konsultationen.

Tabel 6. *Eksempler på lægevagtsbesøg*

- Alle patienter, hvor der er mistanke om akutte medicinske tilstande og hvor der er påvirket almentilstand (vanskeliggør transport til konsultation). Det kan være:
 - Hjertelidelse og mistanke om hjertelidelse.
 - Neurologiske lidelser og mistanke om neurologiske lidelser.
 - Mistanke om alvorlig infektion (meningitis, lungebetændelse eller mave-tarminfektioner).
 - Patienter med misbrugsproblemer (alkohol, narko, medicin) og ukarakteristiske symptomer.
- Kronisk syge med akut sygdomsforværring.
- Lungesygdomme, især akut forværring hos patienter med rygerlunger.
- Terminale og døende patienter, inkl. besøg for udstedelse af dødsattest.
- Kroniske smertepatienter, hvor egen læges smertebehandling ikke længere er virkningsfuld, og hvor man ikke tør udelukke akut komplikation.
- Patienter, som er dårlige informanter, herunder en del psykisk syge, hvor informationen er så utilstrækkelig, at visitator ikke tør/bør andet end visitere til besøg.
- Socialt betingede, f.eks. hos ressourcetsvage personer med mindre alvorlige symptomer. Det samme gælder en del besøg hos kronisk syge psykiatriske patienter.

1.9 FAGLIG OPDATERING OG UDVIKLING

Alment praktiserende læger holder sig typisk orienteret i ny relevant viden via »Ugeskrift for Læger« og måske flere tidsskrifter (»Månedsskrift for Praktisk Lægegerning«, »Scandinavian Journal of Primary Health Care« og måske andre internationale tidsskrifter). Disse tidsskrifter læses måske i pauser, på vagten eller i sofaen efter arbejdsdagen. Med posten modtager

lægen med mellemrum ny faglig information fra praksiskonsulenterne, sygehusafdelinger, Dansk selskab for almen medicin m.fl., som også skal læses. Den nye viden skal måske diskuteres med kollegaer, og det skal afgøres, om den skal have konsekvens for den kliniske praksis.

Til at holde sig opdateret benytter langt de fleste alment praktiserende læger også deres efteruddannelsesgrupper (tolvmandsforeninger). Her mødes man f.eks. månedligt og gennemgår et specifikt emne (evt. ved en foredragsholder). Derudover er der som en vigtig del af mødet en udveksling af viden og erfaringer, som så tages med hjem i praksis.

En del af den faglige opdatering sker via kursusdeltagelse. Det er endagskurser arrangeret af f.eks. Lægeforeningen eller et medicinalfirma. En eller to gange årligt kan der være tale om internatkurser, hvor kurserne har et større fagligt indhold og måske gør lægen i stand til at udføre ny undersøgelser og behandlinger i praksis (se i øvrigt afsnit 9.2.4).

En del praksis har uddannelseslæger (turnuslæger, introduktionslæger og amanuenser) og har derfor dagligt konference og supervision med disse.

1.10 LITTERATUR

Følgende bog anbefales til at få yderligere indblik i det almenmedicinske arbejde:

Jacobsen K. Lægens vindue: oplevelser og tanker. København: Lægeforeningens Forlag, 2004.

Patientforløb i almen praksis

Med baggrund i hverdagen beskrevet i kapitel 1 går vi tættere på de særlige principper for arbejdet i almen praksis. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af lægens roller

Patienten definerer selv, om egen eller andres bekymring, viden om og erfaring med sygdom og forebyggelse skal give anledning til at søge råd hos lægen. Patientens sundheds- og sygdomsadfærd initierer altså den alment praktiserende læges arbejde, men lægen vil i sit valg af forståelsesramme, rådgivning og behandling øve indflydelse på forløbet. Forløbet fra første symptom, bekymring eller anden årsag, der får patienten til at kontakte almen praksis, er emnet for dette kapitel. Vi følger forløbet fra mødet med lægen, over konsultationen, den diagnostiske proces, behandlingen, henvisningen og til udskrivelsen med evt. genoptræning. Kendskabet til de bagvedliggende mekanismer og den almenmedicinske sygdomsmodel er vigtigt for forståelsen af det multifacetterede arbejde i almen praksis.

2.1 FRA SYMPTOM TIL UNIVERSITETSHOSPITAL

GENER, SYMPTOMER OG EGENOMSORG

Indledningsvis skal der ses på forekomsten af gener og symptomer i befolkningen. I Danmark vil 72% af alle over 15 år have oplevet en eller flere helbredsrelaterede gener inden for de seneste 14 dage, og 34% har været meget generet af symptomer inden for de seneste 14 dage. Derimod har kun 8% haft kontakt til almen praksis i samme periode[1]. I udlandet er det vist, at voksne gennemsnitligt har mindst ét symptom hver femte dag, men kun søger læge for 6% af disse tilfælde[2], og en anden undersøgelse blandt kvinder har vist, at de søger læge for 3% af deres symptomepisoder[3]. Det er derfor sjældent, at symptomer fører til henvendelse til almen praksis eller sundhedsvæsenet i øvrigt. Langt hovedparten klares med »egenomsorg«. Hermed står det også klart, at selv små forskydninger i befolkningens evne og vilje til egenomsorg kan få stor betydning for brugen af almen praksis. Der er så at sige en stor pulje af symptomer i befolkningen, der potentielt kan føre til lægekontakt.

Tabel 7. Sandsynligheden for, at et symptom hos en kvinde i alderen 20-44 år fører til lægekontakt[4]

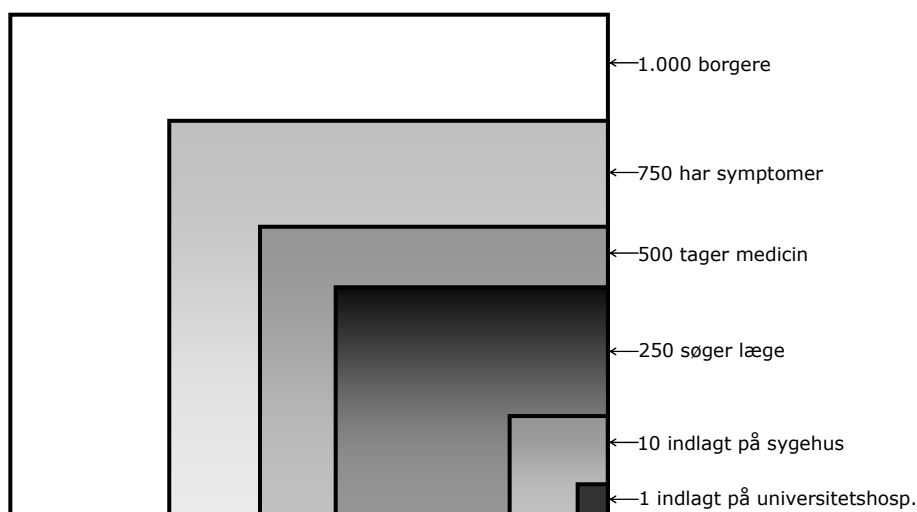
Symptom	Andel der fører til lægekontakt
Træthed	1:456
Hovedpine	1:184
Fordøjelsesbesvær	1:109
Rygsmærter	1:52
Smerter i benene	1:49
Psykiske problemer	1:46
Mavesmerter	1:29
Menstruationsforstyrrelser	1:20
Ondt i halsen	1:18
Brystsmerter	1:14

Der er stor forskel på, hvor ofte man kontakter almen praksis ved forskellige symptomer. I Tabel 7 ses det f.eks., at kun én ud af 456 kvinder i alderen 20-44 vil søge læge pga. træthed, hvorimod én ud af 14 kvinder vil søge læge ved bryst smerter[4]. Denne forskel forklares bedst med personens og omgivelsernes tolkning af symptomerne. Nogle symptomer opfattes bredt som tegn på farlig sygdom, mens andre næppe gør. Men også vore forventninger spiller en rolle, hvilket f.eks. kan forklare, at ondt i halsen så ofte fører til lægekontakt. Her er det en generel opfattelse, at man skal have vurderet behovet for antibiotika. Endelig spiller kulturelle forhold en rolle, idet nogle symptomer kan være »forbudte« eller stigmatiserende, mens andre giver gevinst i form af omsorg mv.

»ISBJERGETS TOP«

De samme symptomer giver altså kun anledning til lægesøgning i nogle tilfælde. Man taler om, at de symptomer, der præsenteres for den alment praktiserende læge, kun er »toppen af isbjerget«[4]. Patienten i almen praksis er kun én af flere borgere, der har samme symptom. Derfor må noget andet og mere have fået netop denne person til at søge læge.

Figur 1. Forekomsten af symptomer og sygdom i løbet af en måned for 1.000 borgere[5]



Når et antal patienter henvender sig til almen praksis, vil kun en mindre del blive henvist videre til sygehusvæsenet. Figur 1 illustrerer, hvad der sker i løbet af en måned. Af 1.000 mennesker vil omkring 250 på en måned henvende sig til egen læge[6]. Et mindre antal henvises til sygehus, og ganske få vil blive set på universitetssygehuse. Symptom- og sygdomsmønstret på sygehusafdelingerne afviger derfor væsentligt fra det, man ser i befolkningen og i almen praksis[5].

Populært siger man, at i almen praksis består patienten, mens sygdommene kommer og går, hvorimod sygdomme set på en given sygehusafdeling består, mens patienterne med sygdommene kommer og går. Den typiske patient har et længerevarende terapeutisk forhold til sin egen læge (se afsnit 3.5.4, side 46), hvorfor den alment praktiserende læge vil se patienten med flere forskellige sygdomme. Derfor får lægen et detaljeret kendskab til patientens måde at reagere på og et grundlæggende kendskab til patientens familiære og psykosociale baggrund - et kendskab til, i hvilken kultur og kontekst symptomerne opstår.

85% AF DANSKERNE SES I ALMEN PRAKSIS HVERT ÅR

På trods af, at kun få symptomer fører til lægekontakt, har 85% af alle borgere i Danmark i løbet af et år direkte kontakt med deres alment praktiserende læge[7]. Almen praksis har derfor en unikt stor berøringsflade med befolkningen. Almen praksis er den del af sund-

hedsvæsenet, der håndterer flest henvendelser, og er den offentlige servicefunktion, der bruges mest og af den bredeste personkreds.

2.2 HVORNÅR ER MAN SYG?

BEHOV AFHÆNGER AF MERE END SYGDOM

Årsagerne til, at en patient vælger at søge læge, er komplekse og bl.a. sammensat af [8,9]:

- 1) Typen og styrken af patientens problem, bekymring eller symptom.
- 2) Patientens måde at tolke og mestre disse på.
- 3) Samfundets, netværkets og familiens reaktion.
- 4) Patientens erfaringer med og forventninger til sundhedsvæsenet.
- 5) Mulighederne for at søge læge (f.eks. antal læger, transport, omkostninger).

Heraf følger, at sundhedsvæsenet i et vist omfang selv øver medindflydelse på, hvornår der (bør) søges læge, og hvornår der ikke (bør) søges læge (se afsnit 2.6, side 30).

TO SLAGS HELBRED

Som nævnt er det patienten, der initialt definerer, hvornår der er behov for at henvende sig til almen praksis. Det har ledt til en skelnen mellem patientens »selvvurderede helbred« og det »lægevurderede helbred« [10]. Det er således kun halvdelen til tre fjerdedele af kontakterne til almen praksis, der fører til en diagnose i klassisk medicinsk forstand [11,12]. I de resterende tilfælde har patienten symptomer, der giver anledning til sygdomsfølelse og belastning og måske tilmed giver fravær mv. Men der kan ikke eller kun svagt findes et grundlag for tilstanden set ud fra en biomedicinsk referenceramme.

TO SLAGS BEHOV

En anden meget vigtig skelnen vedrører, hvordan man definerer behovet for lægehjælp. Igen er det nyttigt at inddele behovet i et »selvvurderet behov«, hvor patienten definerer behovet, og i et »medicinsk defineret behov«, hvor sundhedsvæsenet og samfundet definerer behovet for lægehjælp. Det har betydning for at kunne anskue f.eks. princippet om lige adgang ved ens behov (se afsnit 3.4, side 42). I en del tilfælde ses patienten pga. et medicinsk defineret behov. Eksempler på medicinsk definerede behov er kontrollkonsultationer, visse forebyggelseskonsultationer, og andre gange et behov defineret af forsikringsselskaber og myndigheder (attester, helbredserklæringer etc.).

FORTOLKNING AF SYMPTOMER

Lægesøgning sker altså, fordi patienten oplever tegn på eller bekymrer sig om sygdom og samtidig har et behov for et lægeligt råd. Om der er tale om sygdom eller risiko for sygdom i medicinsk forstand, ved vi først, når patientens bekymringer og symptomer mv. er blevet sorteret, uddybet, vægtet og medtolket af den alment praktiserende læge. Lægen afgør da, om der er et medicinsk behov for yderligere brug af sundhedsvæsenet.

Disse forhold har stor betydning, når man skal forstå nuancerne i diskussionen af nødvendigheden af at søge læge. Forskelle i opfattelser af helbred mellem patient og læge er udbredte. F.eks. viste en undersøgelse fra almen praksis, at der i hvert tredje tilfælde ikke var overensstemmelse mellem patientens og lægens vurdering af patientens helbred [13].

Da man i almen praksis kun ser »isbjergets top«, er det klart, at andre forhold end symptomerne må være medbestemmende for beslutningen om at søge læge. Disse forhold kan være psykologisk, socialt og kulturelt betingede. Den alment praktiserende læge må derfor have en bred uddannelse i at tolke patientens kontakårsag inden for en bio-psyko-social forståelsesramme.

MESTRING OG SUNDHEDSBRØKEN

Tærsklen for at søge læge (»den iatrotrope tærskel«) er til enhver tid påvirket af det enkelte individs modstandskraft. Sygdom og vantrivsel opstår, når belastningerne overstiger patientens ressourcer. Man taler om »sundhedsbrøken« (Figur 2). Lægen skal dels bistå patienten

med at reducere sygdom og de sygdomsudløsende forhold, dels fokusere på at øge patientens evne til at mestre symptomerne[14].

Figur 2. Sundhedsbrøken

$$\frac{\text{Patientens samlede ressourcer}}{\text{Patientens samlede belastning}} = \text{sundhedsbrøken}$$

De komplekse mekanismer, der fører til lægesøgning, er imidlertid vidtgående udforskede, og der er mangelfuld viden om, hvorvidt og hvordan man kan påvirke lægesøgningsadfærd. Især er der mangelfuld viden om, hvordan en påvirkning af lægesøgningen samtidig kan føre til højere kvalitet af de givne ydelser og til bedre sundhed.

2.3 KONTINUITET SOM ET ARBEJDSPRINCIP

Alle mennesker ser kontinuitet i mellem menneskelige forhold som et gode. Vi går typisk i de samme forretninger, til samme frisør, samme mekaniker etc. Tilsvarende er der god dokumentation for, at patienter så vidt muligt ønsker kontinuitet i relationen til de behandlere, de skal møde i sundhedsvæsenet. Moderne krav til arbejdstider, teamwork og specialisering gør det imidlertid vanskeligt at opretholde den ønskede kontinuitet. Det har været karakteristisk for almen praksis, at listepatientssystemet og en langvarig tilknytning mellem patienten og én bestemt praksis har givet anledning til en høj grad af kontinuitet.

Moderne forskning har vist, at kontinuitet har tre grundelementer[15]. Det første er »informationskontinuitet«, der betegner, at der er tilstrækkelige oplysninger om patientens tidligere helbreds mæssige begivenheder, og at disse oplysninger indgår i valget af en aktuell handling. Der skal både være oplysninger om sygdommen og om patientens ønsker, værdier og behov.

Der næst betegner »organisationskontinuitet«, at organisationen af sundhedsvæsenets enkelte tiltag har sammenhæng og rettidighed i forhold til tidligere og planlagte tiltag. Det betegnes ofte som den alment praktiserende læges koordinerende funktion.

Sidst betyder »relationskontinuitet«, at patienten skal opleve at have en fagligt orienteret, personlig relation til en eller flere sundhedspersoner. Som patient i et højt specialiseret sundhedsvæsen er det besværligt at opnå. Den alment praktiserende læge bliver ofte den gennemgående figur i patientens sygdomsforløb - patientens »egen læge«.

2.4 LÆGE-PATIENT-RELATIONEN

Tryghed i læge-patient-reltionen (også kaldet den »terapeutiske relation«) er en vigtig faktor, når patienten skal opnå maksimal mestring af sin sygdom. I et vist omfang kan relationen moderere graden af oplevede symptomer, f.eks. oplevet smerte. Forskningen viser da også, at en nær, professionel relation mellem behandler og patient er essentiel for at opnå et godt samarbejde om diagnostik og behandling[16,17]. En god læge-patient-relation giver ligeledes den bedst mulige patientevaluering af forløbet (se Kapitel 10, side 108). Den alment praktiserende læge har via et længerevarende forhold til patienten gode muligheder for at sikre læge-patient-reltionen, og det er en del af uddannelsen i almen medicin, at lægerne trænes i på kortest mulig tid at opnå en god læge-patient-relation.

KONTINUITET

- Informations-

- Organisations- og

- Relationskontinuitet

PATIENTER ØNSKER

- _____ Viden og kunnen
- _____ Tillid
- _____ Læge-patient-relation

Tre forhold har betydning for patientens oplevelse af tryghed[18]. Lægen skal have den nødvendige viden og kunnen, lægen skal udstråle tillidsfuldhed i mødet med patienten og skal kunne skabe en læge-patient-relation. Patienterne synes at påskønne alle tre grundlæggende kompetencer hos lægen, når de vurderer, om lægen er god. Det er derfor vigtigt, at lægeuddannelsen og det daglige arbejde fokuserer både på den biomedicinske faglighed og på professionel brug af de mellem menneskelige relationer.

2.5 KONSULTATIONSPROCESSEN

Det er da også en central del af den almenmedicinske uddannelse, at der sker betydelig træning i konsultationsprocessens faser. Almen medicin har bidraget til den generelle undervisning om konsultationsprocessen for ansatte i sundhedsvæsenet, og vi skal i denne bog kun fremdrage enkelte essentielle forhold.

DET INTIME RUM

Konsultationsprocessen omfatter det, der også betegnes »det intime rum«. Det vil sige et rum, hvor patienten trygt kan afsløre forhold, som normalt holdes inden for privatsfæren. Uanset lægens opgave i konsultationen må hver konsultation være bygget op omkring et tillidsforhold.

TRE FASER

- _____ Patientcentreret
- _____ Videncentreret
- _____ Dialogcentreret

Konsultationen består overordnet af tre faser. Første fase er »patientcentreret«, hvor symptomerne og patientens tolkning præsenteres. Her er det »patientens dagsorden«, der er fremtrædende i konsultationen. Patienten får i det intime rum lejlighed til at meddele sin version og tolkning. I konsultationens anden fase får lægen en fremtrædende rolle. Den betegnes også som »lægens bord« eller den »videncentrerede« fase. Her skal lægen med sin viden, sine erfaringer og tolkninger udføre undersøgelser og søge at konkludere på de tilgængelige oplysninger samt formidle det til patienten. Den tredje fase er den »diaglogcentrerede«. Her sker en forhandling om de videre planer baseret på lægens konklusioner og råd. Ideelt er denne forhandling præget af hensynet til patientens normer og præferencer. Derfor vil det aldrig være muligt at lave komplet standardiserede patientforløb. Nogle patientforløb kan virke mindre hensigtsmæssige ud fra en stringent vurdering, men er i den aktuelle situation mest hensigtsmæssige. Enhver konsultation bygger således på forståelsen af patientens sygdom i en bio-psyko-social og kulturel kontekst og på et tillidsforhold og en forhandling om det videre forløb.

Det er en fejltagelse, hvis man mener, man kan standardisere patientforløbene i almen praksis, eller hvis der stræbes efter, at lægen på en for dominerende vis skal bestemme et forløb. Dog skal enhver konsultation være afsluttet med lægefagligt forsvarlige planer.

2.6 DIAGNOSTIK

Der knytter sig megen mystik til begrebet »diagnose«. Begrebet opfattes ofte som naturgivent, objektivt og statisk, men en diagnose kan bedst betegnes som en social konstruktion. Her er symptomer og fund grupperet på en genkendelig måde, der kan formidles mellem læger, og ofte så det legitimerer en faglig enighed om en efterfølgende behandling. Det sker dog ofte i almen praksis, at patienternes tilstand ikke lader sig beskrive med en etableret diagnose. Det har derfor også været en stor forskningsmæssig udfordring at udvikle et diagnosesystem, der passer til arbejdet i almen praksis (se afsnit 6.6, side 75).

EN DIAGNOSE

- _____ En social konstruktion
- _____ der gør det muligt at
- _____ kommunikere

Grundlæggende er den diagnostiske proces en beslutningsproces, hvor det er lægens opgave at indhente relevante oplysninger for til sidst, med størst mulig sandsynlighed, at kunne enten udelukke eller påvise en given sygdom[19]. Processen foregår ofte i sekvenser over tid, og især i almen praksis benyttes tiden som en væsentlig faktor i den diagnostiske proces[20]. Når lægen på den måde benytter tiden som et diagnostisk filter taler man om, at lægen kvalificeret afventer forløbet (eng. »watchful waiting«).

WATCHFUL WAITING

Det kræver stor faglig kunnen hos den alment praktiserende læge at dosere de diagnostiske trin på korrekt vis for at opnå størst mulig diagnostisk sikkerhed. En for intensiv brug af de diagnostiske redskaber vil føre til overforbrug og påføre patienten bivirkninger samt risiko for fejlbehandling og for fejlagtigt at blive erklæret syg.

Den følgende markerede tekst giver en epidemiologisk forklaring på, hvorfor diagnostik i almen praksis er underkastet særlige forhold. Det kan evt. springes over.

SENSITIVITET OG SPECIFICITET

Enhver læge kan, på baggrund af sin kompetence, med en vis sandsynlighed påvise eller udelukke sygdom hos patienten. Man taler om hhv. diagnostisk sensitivitet og specificitet. Hvis lægen antager, at patienten er syg, vil der være en vis risiko for, at han tager fejl. Tilsvarende vil der være en vis risiko for, at han tager fejl, hvis han mener, patienten er rask.

ER DIAGNOSEN SAND ELLER FALSK?

Betydningen af diagnostisk sensitivitet og specificitet er illustreret i Tabel 8. Det drejer sig om en sygdom, hvor andelen, der er reelt syge (prævalensen), er 50% af dem, der henvender sig. Det kan f.eks. være i et astmaambulatorium. Hvis vi antager, at lægen har en evne på 90% til at finde de sandt syge (sensitivitet) og en evne på 95% til at finde de sandt raske (specificitet), kan man beregne det diagnostiske forløb for 1.000 patienter. Det fremgår af figuren, at ud af de 475 patienter, lægen angiver har sygdommen, vil 25 af disse alligevel ikke være syge. Man siger, at den prædiktive værdi af lægens positive udsagn om sygdom er 97,7%. Ligeledes vil 50 af de 525 patienter, som lægen erklærer raske, alligevel være syge. Den prædiktive værdi af lægens negative udsagn er 90,5%.

Tabel 8. *Eksempel med en læge, der ser patienter på et sygehusambulatorium, hvor 50% har en bestemt sygdom. Lægens diagnostiske sensitivitet og specificitet er hhv. 90% og 95%*

		Lægen finder sygdom		
		Ja	Nej	I alt
Sygdom	Ja	450	50	500
	Nej	25	475	500
I alt		475	525	1000

Som beskrevet i afsnit 2.1 oplever mange mennesker symptomer, og kun i få tilfælde er de udtryk for medicinsk sygdom. I almen praksis arbejder lægen derfor i et sygdomsfelt, hvor der er få syge blandt mange raske, der henvender sig med et givet symptom (»lavprævalensområde«). Lægen skal altså »finde nålen i høstakken«.

Hvis vi gennemfører de samme beregninger for 1.000 patienter i almen praksis, hvor det kun er 3%, der er sandt syge, ser det ud som i Tabel 9. Nu vil lægen angive et positivt udfald hos 75,5 patienter, men kun 27 af disse er reelt syge. Lægens positive prædiktive værdi er 35,8% og den negative prædiktive værdi 99,7%. Hvis en patient bliver erklæret rask af lægen, er det med meget stor sandsynlighed også korrekt. Derimod er det noget usikkert, om en patient er sandt syg, selvom lægen har konkluderet det. Yderligere undersøgelser må afklare, om patienten er syg.

Tabel 9. *Eksempel på en læge, der ser patienter i almen praksis, hvor kun 3% har en bestemt sygdom. Lægens diagnostiske sensitivitet og specificitet er fortsat hhv. 90% og 95%*

		Lægen finder sygdom		
		Ja	Nej	I alt
Sygdom	Ja	27	3	30
	Nej	48,5	921,5	970
I alt		75,5	924,5	1000

Disse epidemiologiske realiteter for diagnostik i almen praksis har den konsekvens, at alment praktiserende læger er nødt til at henvise til yderligere undersøgelse med forholdsvis rund hånd trods en viden om, at nogle patienter ikke er syge. Derfor kan det nemt komme til at fremstå som om, alment praktiserende læger henviser for mange, der alligevel er raske.

OPFØLGNING

Derfor kan lægen afslutte konsultationen ved enten 1) at lave en aftale med patienten om opfølgende kontrol, 2) at aftale, at patienten henvender sig igen ved særlige tegn eller vedvarende symptomer, eller 3) at afslutte uden yderligere aftale. I nogle tilfælde er der altså tale om en kontrolkonsultation. I andre tilfælde henvender patienten sig spontant igen, hvis sygdomssymptomerne mod forventning består eller forværres, og den alment praktiserende læge kan i så fald intensivere den diagnostiske indsats.

En god læge-patient-relation er afgørende i det diagnostiske forløb. Patienten og lægen må samarbejde optimalt om at finde frem til en eventuel sygdom. Hvis lægen skal benytte tiden som diagnostisk filter, må det ske i et tæt samarbejde med patienten. Derfor må lægen også i nogle tilfælde fremskynde/intensivere det diagnostiske forløb i det øvrige sundhedsvæsen, hvis der kun på den måde kan opnås en optimal læge-patient-relation. Det kan f.eks. skyldes angst eller patientens tidlige oplevelser.

HENVISER FOR OFTE ELLER SJÆLDENT?

Det er velkendt, at en kompliceret diagnostisk proces kan føre til fejlskøn og uhensigtsmæssig forsinkelse. Omvendt er det velkendt, at hospitalslæger kan opleve, at alment praktiserende læger henviser med for rund hånd. Det er en del af den alment praktiserende læges faglighed at finde en passende balance mellem de to poler.

Et forhold, der adskiller diagnostik i almen praksis fra diagnostik i det øvrige sundhedsvæsen, er den variabilitet, hvormed patienternes sygdomme udvikler sig. På det tidspunkt, hvor den alment praktiserende læge møder patienten første gang, kan der være tale om minimale symptomer i en så tidlig fase af sygdommen, at den er svær at erkende. Andre patienter har »det ene ben i graven«, første gang lægen ser dem. Imellem disse yderpunkter findes en række stadier. Derfor er det svært at standardisere et diagnostisk forløb i almen praksis. Dette forhold overses til tider, når diagnostikken i almen praksis ønskes optimeret.

SJÆLDNE SYGDOMME

En væsentlig forskel mellem almen praksis og sygehusafdelinger (især specialiserede landsdelsafdelinger) er sygdommenes hyppighed. Det er naturligt, at en specialiseret kræftafdeling vil se stort set alle kræfttilfælde i en region og i særdeleshed de sjældne. En overlæge kan således som speciale bl.a. have at varetage behandlingen af de 25 tilfælde af kræft i spytkirtlerne, der forekommer årligt i optageområdet. I almen praksis vil der derimod gå 50 år mellem, at en alment praktiserende læge ser et tilfælde. I almen praksis opnår man derfor aldrig en rutine i at diagnosticere denne kræftform og vil alt andet lige søge efter andre, langt hyppigere årsager (virus, bakteriel betændelse, spytsten, traume mv.).

Ved sjældne sygdomme er der til tider grobund for, at patient, pårørende og personale kritiserer almen praksis for ikke at have stillet en »oplagt« diagnose. Det er dog vigtigt at skelne mellem specialafdelingens erfaringer fra mange patienter med den sjældne sygdom og almen praksis' erfaringsgrundlag med den sjældne sygdom hos de mange patienter.

2.6.1 DIAGNOSTIK VED ISOLERET BIOLOGISK SYGDOM

Den før beskrevne, brede tilgang til symptom- og sygdomsforståelse, diagnostik og behandling er naturligvis mindre fremtrædende i de tilfælde, hvor patienten har en veldefineret biomedicinsk sygdom (hjertesygdom, kræft eller sukkersyge). Hvis en patient f.eks. henvender sig med klassiske symptomer på en biomedicinsk sygdom, iværksætter lægen egne undersøgelser og behandlinger eller visiterer eventuelt patienten til sygehus.

FORSINKELSE

Mest system-delay

mindre læge-delay

Som nævnt foregår det diagnostiske forløb i flere trin, hvor resultatet af én undersøgelse afgør arten af næste undersøgelse etc. Et sådant undersøgelsesprogram skal tilrettelægges, så det foregår så hurtigt og smidigt som muligt, hvilket gør den alment praktiserende læge dybt afhængig af, at sygehusafdelinger (f.eks. billeddiagnostik og laboratorier) er velfungerende med korte ventetider. Lægen skal samtidig give sine samarbejdsparter sådanne oplys-

ninger, at det diagnostiske forløb kan foregå på bedst muligt informationsgrundlag. Ny forskning har vist, at forsinkelse af diagnoser i almen praksis mere kan tilskrives ventetider på diagnostiske undersøgelser end forsinkelser hos lægen (se tidligere i dette afsnit) [21].

2.6.2 BIO-PSYKO-SOCIAL MODEL I DIAGNOSTIK

Alle har oplevet at have symptomer med oprindelse i psykosociale belastninger. Det kan være hovedpine, håndsved, mavepine eller muskelspændinger. Mennesker tolker deres oplevede symptomer i den kontekst, i hvilken symptomerne opstår. Det vil sige, de tolker dem ud fra en vurdering af, om de mener, at de kan være tegn på biologisk sygdom, psykologisk eller social belastning. Nogle mennesker reagerer mere intensivt på bestemte oplevelser end andre, idet også kulturen og den enkeltes personlighed modificerer den reaktion, der kommer på belastninger. Det er således helt naturligt for befolkningen at tolke symptomer og sygdomme i et meget bredt perspektiv.

MEDICINSK UFORKLAREDE SYMPTOMER

Det er velkendt, at symptomer kommer og går, og i en del tilfælde finder man ikke nogen forklaring på deres opståen. Alligevel er det ofte overset, at international og national forskning har vist, at mange henvendelser til almen praksis, efter endt diagnostisk vurdering hos lægen, må henstå som medicinsk uforklarede (eng. »medically unexplained symptoms«). Man regner med, at 20-40% af de symptomer, der præsenteres for den alment praktiserende læge, forbliver medicinsk uforklarede[22]. Det er derfor en særlig vigtig funktion hos den alment praktiserende læge at kunne håndtere disse symptomer[7]. I en del tilfælde vil symptomerne have deres oprindelse i psykologiske eller sociale belastninger, men i andre tilfælde står den egentlige forklaring helt åben (se afsnit 6.3, side 74).

I sin suveræne frontposition i det diagnostiske arbejde skal den alment praktiserende læge være uddannet til at have en dialog med patienten om symptomtolkning i den brede biopsyko-sociale kontekst og skal kun henvise patienter med biomedicinsk eller psykiatrisk sygdom til sygehusvæsenet. Derfor skal lægen have en stor biomedicinsk, lægefaglig viden, så han med størst mulig sikkerhed kan identificere de tilfælde, hvor symptomerne har biologiske eller psykiske årsager, og hvor ekstra diagnostik og behandling må iværksættes.

2.7 BEHANDLING I ALMEN PRAKSIS

Tidligere beskrev vi sundhedsbrøken med belastning og ressourcer og forhold omkring kontinuitet, læge-patient-relationen og konsultationsprocessen. Sammen med den biopsyko-sociale vurdering af patientens sygdom er disse elementer centrale i lægens tilrettelæggelse af en behandlingsstrategi, der typisk følger flere hovedprincipper:

APPARATFEJL

For det første kan patienten have en veldefineret biomedicinsk sygdom, f.eks. lungebetændelse. Lægen vil fokusere sin behandlingsindsats på at korrigere de biologiske processer, der ligger til grund for sygdommen (også kaldet »apparatfejlsmodel«). I andre tilfælde er apparatfejlen så alvorlig eller kompleks, at lægen delegerer behandlingen til det sekundære sundhedsvæsen. I den situation er den alment praktiserende læge koordinatoren, der hjælper og forklarer patienten om formål, resultater og planer i sundhedsvæsenet.

ALMENMEDICINSK SYGDOMSMODEL

I mange tilfælde er behandlingen imidlertid bredere funderet i »den almenmedicinske sygdomsmodel«. Lægen behandler biomedicinsk sygdom, men søger samtidig at afhjælpe de belastninger, der leder til symptomer og sygdom, hvad enten de er af biologisk, psykologisk eller social art. Desuden søger lægen at øge patientens evne til at mestre sygdommen.

Den brede tilgang til behandlingen i almen praksis er især relevant ved f.eks. sygdomsbekymring (medicinsk uforklarede symptomer), ved kroniske lidelser, ved rehabilitering efter endt sygdomsbehandling samt ved terminal behandling.

2.8 HENVISNINGER FRA ALMEN PRAKSIS

Hver gang, den alment praktiserende læge vælger at sende en patient videre til det øvrige sundhedsvæsen, er der tale om en mere udgiftstung omsorg på et højteknologisk område. Hvis denne omsorg er påkrævet, er henvisningen i overensstemmelse med intentionerne i almen praksis' funktion i et samlet sundhedsvæsen, men er henvisningen ikke nødvendig, kan det have utilsigtede virkninger i form af f.eks. øgede udgifter, angst hos patienten, øgede ventetider og mangel på speciallægekapacitet. På den måde kan »de mindre syge« komme til at spærre for »de mere syge«.

LEON-PRINCIPPET

Det grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen er, at patienten skal behandles så nær sit lokalmiljø som muligt, at behandlingen skal have så få omkostninger som muligt (f.eks. med en »lavteknologisk« frontlinje), men at patienten samtidig sikres effektiv og optimal medicinsk behandling. Princippet betegnes LEON-princippet, idet patienten behandles på Laveste Effektive OmkostningsNiveau. Princippet tilsigter, at speciallæger på sygehus og i speciallægepraksis udnyttes bedst muligt til de specielle opgaver, der kræver netop deres ekspertise. Dermed sikres tilstrækkelig kapacitet hos speciallægen.

10% HENVISES

I den seneste danske kontaktmønsterundersøgelse foretog alment praktiserende læger henvisninger til speciallæge for 3%, til sygehusambulatorium for 2%, til laboratorium for 2,5%, til røntgenundersøgelse for 2% og til sygehus for 1% af alle kontakter (telefonkonsultationer, konsultationer og besøg). I alt blev omkring 10% af alle kontakter henvist til det øvrige sundhedsvæsen. Omkring 90% af alle henvendelser til almen praksis klares uden henvisning til det øvrige sundhedsvæsen[23].

Tabel 10. Betydningen af at fastholde en bestemt henvisningsrate fra almen praksis til det øvrige sundhedsvæsen

	I dag	Ny situation	Relativ ændring
Behandles i almen praksis	90%	89%	- 1%
Henvises til øvrige sundhedsvæsen	10%	11%	+ 10%

10% FLERE PATIENTER I DET ØVRIGE SUNDHEDSVÆSEN?

Betydningen af, at almen praksis formår at håndtere denne andel af patienter uden henvisning, er illustreret i Tabel 10. Hvis almen praksis skulle gå fra at henvise 10% til at henvise 11%, ville det, der umiddelbart synes som en beskeden ændring, faktisk betyde en forøget patientmængde på 10% i det specialiserede sundhedsvæsen. Det understreger betydningen af at understøtte og udvikle almen praksis' visitorfunktion i et samlet sundhedsvæsen.

2.9 UDADGÅENDE SYGEHUSFUNKTIONER

Ideelt set er det en glidende overgang, når patienten, efter at have været indlagt eller behandlet i speciallægeregi, overgår til hel eller delvis omsorg i almen praksis. Nogle patienter vil fortsat have behov for speciallægehjælp. Denne kan ydes dels i sygehusambulatorier, som ambulante kontrol, dels i »udadgående sygehusfunktioner« (f.eks. distriktspsykiatrien). Disse funktioner har som mål at sikre den lægefagligt bedste omsorg for patienten. Det er dog en udfordring at planlægge den slags funktioner således, at de, foruden at give patienten bedst mulig behandling, stimulerer til et samarbejde med praksis, og så der sker en opkvalificering af personalet i den primære sundhedstjeneste.

Problemet kan være, at den udadgående funktion fra sygehusvæsenet presser den alment praktiserende læge væk (det laveste effektive omkostningsniveau). Det kan føre til, at lægen mister kompetence, og at lægens netværksdannelse med sygehusvæsenet mindskes. Samti-

dig kan det betyde øget behov for speciallægeressourcer, som dermed kan mangle til specialopgaver i sygehusvæsenet (ventelister).

Udadgående sygehusfunktioner er et emne, der naturligt diskuteres i stigende grad. Det kræver målrettet ledelse at lave udadgående funktioner, der er velfungerende i et sammenhængende sundhedsvæsen, og som ikke medføre en uhensigtsmæssig opgaveglidning og ulige adgang for patienter bosat uden for de sygehusnære områder.

2.9.1 TEAMSAMARBEJDE OG SHARED CARE

Et behandlingsforløb vil ofte inddrage flere dele af sundhedsvæsenet (f.eks. almen praksis, sygehus, hjemmepleje og socialforvaltning). I en del tilfælde falder arbejdsdelingen mellem disse parter fuldstændig naturligt, og i en del tilfælde udfører de forskellige instanser på naturlig vis og parallelt hver deres funktion. Andre gange udfører de hver deres funktion i en sekvens. F.eks. starter patienten behandlingen i almen praksis, viderebehandles på sygehus, afsluttes til yderligere behandling i almen praksis og får eventuelt afsluttende behandling ved hjemmeplejen. I de tilfælde, hvor der således er en behandlingssekvens eller en række parallelle behandlinger, skal der i sundhedsvæsenet foregå en tilstrækkelig udveksling af informationer (se også afsnit 2.3, side 29) således, at informationen på rette tidspunkt findes hos relevante instanser.

SHARED CARE

I andre tilfælde er samarbejdsrelationerne imidlertid langt mere komplekse. Det gælder ved komplicerede sygdomsforløb og kroniske sygdomme, hvor forskellige dele af sundhedsvæsenet har et specifikt ansvarsområde. F.eks. kan en diabetiker gå til kontrol nogle gange i almen praksis med en årlig status på sygehusambulatoriet og samtidig modtage undervisning via hjemmeplejen, de kommunale sundhedstilbud mv. I disse tilfælde taler man om »shared care« eller »integrated care«. Her skal der være et veletableret samarbejde med en velbeskrevet, eksplicit arbejdsfordeling opnået i konsensus. For de planlæggende sundhedsmyndigheder og de ledende klinikere bliver det altså nødvendigt at tilrettelægge dette samarbejde på en gensidigt forpligtende måde. Der mangler i høj grad et forskningsmæssigt grundlag for at tilrettelægge, implementere, effektvurdere og kvalitetssikre shared-care-programmer i det danske sundhedsvæsen, men udenlandske erfaringer tyder på, at konceptet kan give gevinst for både patient og samfund[24,25].

2.10 REHABILITERING

Ved rehabilitering forstår man en helhedsorienteret, koordineret og sammenhængende indsats, der skal hjælpe en patient til at genvinde og vedligeholde den bedst mulige funktionsevne efter en sygdom. Almen praksis indgår i høj grad i patienternes rehabilitering. Det foregår i udpræget grad på basis af en indsigt i patientens behov og ønsker. Arbejdet foregår i samarbejde med kommunernes social- og sundhedsforvaltninger og sygehusafdelingerne. Alligevel er arbejdet med rehabilitering svagt organiseret i Danmark. Det skyldes, at almen praksis mangler samarbejdsinstanser, der er dedikerede og dimensionerede til opgaven, f.eks. shared care-modeller mellem almen praksis, kommune og sygehus.

REHABILITERING

Svagt organiseret og udviklet i Danmark

Et fremtrædende område inden for rehabilitering er almen praksis' funktion over for patienter efter forløb i sygehusregi. Ofte vil der hos disse patienter være behov for at få kontrolleret forhold omkring sygdommen (blodprøver, medicin, funktionsevne, tilbagefald etc.). I en række tilfælde overtager den alment praktiserende læge denne funktion og er samtidig koordinator og vejleder for patienter i forhold omkring hjemmepleje, hjælpemidler, tilskud og ikke mindst, når det drejer sig om, at patienten skal genvinde så mange funktioner som muligt. Mange af disse genoptræningstilbud ligger ofte i tæt tilknytning til det specialiserede sundhedsvæsen (diabeteskoler, genoptræning efter blodpropper etc.), mens de kommunale tilbud tit er svagt udviklede.

2.11 FOREBYGGENDE ARBEJDE

Det forebyggende arbejde er fremtrædende i almen praksis og beskrives mere indgående i kapitel 5, side 62. Forebyggelsen i almen praksis relaterer sig til den formelle, velbeskrevne funktion, almen praksis har i henhold til Landsoverenskomstens opgaver med antikonception samt graviditets- og børneundersøgelser. Den væsentligste del af det forebyggende arbejde foregår dog i hver eneste konsultation. I almen praksis er »ingen konsultation afsluttet, før der er foretaget relevante overvejelser om, hvordan man forebygger næste episode«. Der er ofte »et åbent vindue« for forebyggelse i tilslutning til sygdom. Således vil der i tilslutning til lungesygdom, såvel akut som kronisk, være mulighed for at diskutere rygning. Inddragelse af forebyggende aspekter i konsultationerne sker i form af individuelle sundhedsoplysende og motiverende samtaler, f.eks. vedrørende kost, motion, tobak og livsførelse i bredere forstand.

FOREBYGGELSE

kan ikke blot introducere i enhver konsultation

For læge-patient-relationen, tillidsforholdet og det intime rum i konsultationsprocessen er det vigtigt, at det forebyggende arbejde introduceres på en naturlig måde. Den alment praktiserende læge skal søge at bevare tillid og tryghed og samtidig søge at initiere relevante forebyggelsestiltag. Lægen skal være forsigtig med blot at introducere en ny dagsorden om forebyggelse i konsultationen. Derfor kan det for udenforstående nogle gange synes uacceptabelt, at lægen ikke mere bombastisk tager f.eks. rygeafvænnings op med den lungesyge patient. Grunden er dog ofte, at lægen ikke kan introducere denne forebyggelse uden at skade det terapeutiske forhold til patienten. Dette forhold har stor betydning, når man skal forstå muligheder og begrænsninger i det forebyggende arbejde i konsultationen.

2.12 PALLIATIV INDSATS OG TERMINAL PLEJE

Ved palliativ indsats forstår man den lindrende omsorg, der gives til en uafvendeligt døende patient, der således ikke har gavn af kurativ behandling. Terminal pleje er den del af den palliative indsats, den døende får i det sidste korte tidsrum på dage eller uger, inden døden indtræder. Den palliative indsats kan gives i forbindelse med alle typer af dødelige sygdomme, og indsatsen er ikke diagnoseafhængig. Mange forbinder dog indsatsen med kræft. Det er imidlertid vigtigt at betragte alle patienter som mulige kandidater til en palliativ indsats i eget hjem uanset tilgrundliggende sygdom, f.eks. i hjerte, lunger og nervesystem.

Gennem de seneste årtier har almen praksis i stigende grad systematiseret den palliative indsats og den terminale pleje af døende patienter uden for sygehusene. Det er sket i takt med et ønske hos døende om at tilbringe den sidste tid i eget hjem og de pårørendes ønsker om at kunne tage del i omsorgen. Desuden ønsker flere en »værdig« død hjemme frem for en højteknologisk død, som et sygehusforløb kan indebære.

I Danmark dør årligt ca. 58.000, og af disse dør 50% på sygehuse, 24% på plejehjem/beskyttet bolig og 21% i eget hjem. Af kræftsyge dør 25% i eget hjem[26]. Det betyder, at der er ca. 26.000 dødsfald uden for sygehusene, svarende til omkring syv om året pr. alment praktiserende læge. Mange dødsfald på sygehus har været forudgået af en palliativ omsorg fra almen praksis i patientens eget hjem. Patientens egen læge er i reglen den, der sørger for kontakten til hjemmepleje og social- og sundhedsforvaltning samt attesterer, at krav til plejeorlov, tilskud til medicin etc. er opfyldte.

I dansk almen praksis arbejder lægerne nu eksplicit med kliniske vejledninger for den palliative indsats (vejledning fra DSAM). Det er også ved at være udbredt, at der samarbejdes mellem almen praksis og sygehusafdelingerne om at optimere omsorgen for den døende. Der er f.eks. etableret særlige team og afdelinger for palliativ indsats (smerteteam, kirurgiske og medicinsk-onkologiske team). Dertil kommer hospice, der dog næppe vil få kvantitativ betydning, da antallet af pladser er begrænsede i forhold til antallet af terminale forløb.

Alt i alt er der behov for et betydeligt udviklingsarbejde mht. at etablere sammenhængende tilbud på det palliative område, der samtidig har kapacitet til at betjene alle døende uanset geografi og tilgrundliggende sygdom.

2.13 LÆGENS FORSKELLIGE OPGAVER

I dette kapitel har vi set på faktorer, der fører til lægesøgning, og den alment praktiserende læges forventede og nødvendige handlinger på dette. Alt efter hvilken patient, lægen sidder overfor, vil den alment praktiserende læge have flere forskellige opgaver. Det er til dels i kraft af den almenmedicinske sygdomsmodels betydning for patientkontakten, men måske især i kraft af den centrale placering i forhold til befolkningen på den ene side og på den anden side det øvrige sundhedsvæsen, socialvæsenet, retsvæsenet, forsikringsselskaberne mv. Der kan således være modstridende interesser i opgaverne, og det er nyttigt at kende nødvendigheden af, at lægen påtager sig forskellige opgaver.

FRONTLINJELÆGE

Mest fremtrædende er lægens opgave som »diagnostiker, behandler og visitator i frontlinjen« af sundhedsvæsenet. Lægen er den medicinske ekspert og tager sig af hovedparten af sygdommene i befolkningen.

GATEKEEPER

En opgave, som er tæt knyttet til at være frontlinjelæge, er opgaven som gatekeeper. I sit møde med patienten vurderer lægen, om et medicinsk behov gør, at patienten bør henvises til det sekundære sundhedsvæsen. Her udnytter lægen også sin viden om sundhedsvæsenets organisation, opgavefordeling og udbud. Lægen skal sikre en rationering af brugen af sundhedsvæsenet således, at kun relevante patienter henvises.

RESSOURCEFORVALTER

I forlængelse af opgaven som gatekeeper er opgaven som »ressourceforvalter«. Den alment praktiserende læge skal sikre, at kun de patienter, der har et medicinsk behov, og som vil få et helbredsmæssigt udbytte, henvises til det øvrige sundhedsvæsen. Det betyder, at lægen skal afvise en patients ønske, hvis det ikke er medicinsk begrundet. Grundlæggende er ressourceforvalteren defineret i »lægeløftet«, hvor lægen lover at tage behørig samfundsmæssige hensyn i sit virke. Derudover er der reelt ingen definition på denne opgave i almen praksis trods dens overordentligt store betydning (se afsnit 2.8, side 34).

VEJLEDER

Opgaven som »vejleder« har lægen, når patienten behøver en sundhedsfaglig vurdering af den aktuelle og fremtidige status. Det kan dreje sig om udredning, behandling eller forebyggelse. Patientens egen læge er her i stand til at tale med patienten ud fra et kendskab til hele forløbet og til patientens personlighed og netværk. Patienternes behov for vejledning bliver stadig større i kraft af stadigt flere informationer til patient og læge om f.eks. ventelister, kvalitetsmål og frit sygehusvalg.

STØTTEPERSON

En særlig del af vejlederopgaven er opgaven som »støtteperson«. Nogle patienter oplever svære perioder, hvor der er behov for almindelig og professionel medmenneskelig støtte. Lægen kan lytte, besvare spørgsmål og tale traumatiserende oplevelser igennem (debriefing). Endelig er der nogle patienter (f.eks. patienter i krise, psykisk invaliderede og evnesvage), der har behov for mere støtte og vejledning for at kunne fungere i samfundet.

KOORDINATOR

Patienternes møde med et komplekst sundhedsvæsen kan kræve betydelig koordination mellem mange undersøgelser, afdelinger og planer for udredning, behandling og rehabilitering. Den alment praktiserende læge får ofte opgaven som »koordinator« for patienten. Det skal erindres, at patienter, der bliver syge, oftest ikke magter at holde rede på talrige meddelelser og resultater. Der findes flere eksempler på patientforløb, der er gået skævt, fordi patienten ikke har haft eller ikke har ønsket en koordinator i form af egen læge[27].

OVERVÅGNING

Som frontlinjen i sundhedsvæsenet får almen praksis en vigtig opgave i »overvågningen« af befolkningens sundhedstilstand (eng. surveillance). Således har lægen pligt til at indberette en række smitsomme sygdomme som f.eks. meningitis, tuberkulose og visse kønssygdomme. Samtidig deltager nogle almen praksis i den løbende registrering af f.eks. influenza. Idet langt den største del af de patienter, der får medicin, ses i almen praksis, er alment praktiserende lægers indberetninger af bivirkninger af stor betydning.

KONTROLLANT

Endelig har den alment praktiserende læge i nogle situationer en opgave som »kontrollant« og medicinsk garant i forhold til samfundet. Lægen har kontrollantfunktion i forbindelse med forskellige attester, hvor patientens evner, helbred og habilitet skal dokumenteres (f.eks. motorattest, flyvercertifikat mv.). Der findes en række lovmæssige tilfælde, ofte i forbindelse med de sociale myndigheders behandling af patientens forhold, hvor lægen skal udlevere oplysninger (både helbredsmæssige og af privat karakter), i andre tilfælde tillader patienten, at lægen udleverer oplysninger til f.eks. forsikringsselskaber. En vigtig, men ofte yderst vanskelig del af opgaven som kontrollant har lægen i forbindelse med sygemeldinger. De er ofte baseret på patientens egen oplevelse snarere end lægens objektive fund. Det er her karakteristisk, at lægen skal basere sit skøn på tilliden i læge-patient-relationen, mens samfundet i højere grad forventer, at lægen udfører en kontrollant- og justitsfunktion, hvilket i vidt omfang ikke lader sig gøre. Tilsvarende er mange sociale ydelser betinget af lægens oplysninger og skøn. Der skal findes en passende balance mellem hensynet til hhv. patienten og samfundet. I den forbindelse kan nogle patienter fejlagtigt forvente, at lægen er deres advokat. Men hvor advokaten altid skal forsvare sin klient, skal lægen altid udøve balance-rede skøn.

De nævnte opgaver varetages ofte på ukompliceret vis, men der kan opstå problemer, hvis lægen f.eks. bevæger sig fra at være vejleder og koordinator til at være advokat. Det kan føre til, at lægen ikke kan afbalancere sine opgaver i forhold til patienten på den ene side og samfundet på den anden.

2.14 LITTERATUR

1. Kjølner M, Rasmussen NK. Hvem går til praktiserende læge og hvorfor? Månedsskr Prakt Lægegern 2004;82:217-29.
2. Roghmann KJ, Haggerty RJ. The diary as a research instrument in the study of health and illness behavior: experiences with a random sample of young families. Med Care 1972;10:143-63.
3. Banks MH, Beresford SA, Morrell DC, Waller JJ, Watkins CJ. Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20-44 years: a preliminary report. Int J Epidemiol 1975;4:189-95.
4. Bentzen N, Hollnagel H, Lauritzen T. Almen Medicin. Grundbog. København: Fagl's Forlag, 1997.
5. Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001;344:2021-5.
6. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
7. Vedsted P, Olesen F. Brug af dansk almen praksis i dagtid. Ugeskr Læger 2005 (i tryk).
8. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 1995;36:1-10.
9. Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. Psychosom Med 2002;64:660-7.

10. Malterud K, Hollnagel H. Positive self-assessed general health in patients with medical problems. A qualitative study from general practice. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:11-5.
11. Howie JG. Diagnosis - the Achilles heel? *J R Coll Gen Pract* 1972;22:310-5.
12. Frimodt-Møller B, Gannik D, Heldrup J, Hollnagel H, Pedersen PA. Diagnostik og behandling i almen praksis. 3. Kontaktårsager og diagnoser ved kontaktføreløb i almen praksis. *Ugeskr Læger* 1989;151:152-7.
13. Geest TA, Engberg M, Lauritzen T. Discordance between self-evaluated health and doctor-evaluated health in relation to general health promotion. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:146-51.
14. Hollnagel H, Malterud K. From risk factors to health resources in medical practice. *Med Health Care Philos* 2000;3:257-64.
15. Christakis DA. Continuity of care: process or outcome? *Ann Fam Med* 2003;1:131-3.
16. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001;26:331-42.
17. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* 2001;51:712-8.
18. Olesen F. Striking the balance: from patient-centred to dialogue-centred medicine. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:193-4.
19. Wulff HR, Gøtzsche PC. Rationel klinik. Evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger. København: Munksgaard, 1997.
20. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991;303:1181-4.
21. Jiwa M, Reid J, Handley C, Grimwood J, Ward S, Turner K et al. Less haste more speed: factors that prolong the interval from presentation to diagnosis in some cancers. *Fam Pract* 2004;21:299-303.
22. Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2005;330:4-5.
23. Ovesen L, Juul S, Mabeck CE. Sygdomsmønsteret i almen praksis, Århus Amt 1993. Århus: Institut for Almen Medicin og Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, Aarhus Universitet, 1997.
24. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288:1775-9.
25. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002;288:1909-14.
26. Dødsårsagsregisteret 2000. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
27. Rasmussen E. Den dag du får kræft. København: Kræftens Bekæmpelse, 2003.

Almen praksis i sundhedsvæsenet

Dette kapitel beskriver en række formelle forhold, der sikrer almen praksis' særlige funktioner og muligheder i sundhedsvæsenet

3.1 DEN HISTORISKE BAGGRUND

Danmark har en lang tradition for, at almen praksis har en stærk funktion, der dels rådgiver patienten, udfører diagnostik og behandling af sygdom, dels visiterer til det øvrige sundhedsvæsen.

SYGEKASSERNE

Den danske tradition daterer sig tilbage til sygekassernes opståen i slutningen af 1800-tallet. Sygekasserne var inspireret af andelstankegangen og af gryende forsikringsprincipper således, at man ved betaling af et kontingent typisk sikrede sig tilskud til lægehjælp i almen praksis. Til nogle sygekasser blev der knyttet speciallægefunktioner som øre-næse-hals-læge og øjnlæge. Traditionen med, at man i Danmark kan henvende sig til disse to typer speciallæger uden henvisning, har rødder i dette forhold.

I sygekasserne kunne folk med almindelige indkomster tegne en forsikring med minimal eller ingen egenbetaling under forudsætning af, at de brugte den læge, som sygekassen anviste eller havde aftale med (listepatienter). Personer med højere indkomster havde enten ingen tilknytning til en sygekasse eller en løsere tilknytning mod til gengæld at have en højere egenbetaling. Disse to principper danner grundlaget for gruppe 1- og gruppe 2-sygesikringssystemet (afsnit 3.5.3, side 46). I 1973 nedlagde man sygekasserne og oprettede den offentlige sygesikring, idet man frigjorde gruppe 1- og gruppe 2-tilknytningen fra patientens personlige indkomstforhold og gjorde gruppertilhørsforholdet valgfrit.

Sideløbende med sygekassernes opståen kom der et stedse mere specialiseret sygehusvæsen. Det blev karakteristisk, at henvendelse til sygehusvæsenet og de speciallægepraksis og specialfunktioner, der efterhånden opstod, foregik gennem almen praksis. En tradition, der skulle vise sig at være særdeles succesfuld ud fra et funktionelt synspunkt (se afsnit 3.5), og som nu nyder bred international anerkendelse som en god måde at organisere et sundhedsvæsen på. Traditionen med henvisning via egen læge bidrog til udbygningen af en generel frontlinjefunktion. Væsentligst i denne var almen praksis, og senere kom fysioterapien, skolesundhedsplejen, tandplejen og andre kommunale sundheds- og plejefunktioner til.

HONORERING

Honoreringen af de alment praktiserende læger i sygekassessystemet fulgte nogle hovedprincipper, som danner grundlaget for honoreringsprincipperne i dag. Sygekassessystemet havde tre hovedtyper af honorering af alment praktiserende læger. Nogle honorerede lægen pr. ydelse, andre pr. tilmeldt patient, og atter andre gav et fast beløb pr. tilmeldt patient suppleret med et honorar pr. konsultation. Senere indføres også honorar for telefonkonsultationer og tillægsydelser for særlige ydelser i tilslutning til konsultationen og for laboratorietest.

Op gennem 1900-tallet, og specielt efter anden verdenskrig, blev sygekasselovgivningen mere og mere harmoniseret på nationalt plan. Sygekasserne blev slået sammen i større enheder. Det var derfor en naturlig udvikling, at sygekasserne i 1973 blev nedlagt og driftsopgaven givet til amterne.

Efter overenskomsten i 1970 mellem Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O.) og Amdsrådsforeningen (ARF) opstod to hovedretninger for honoreringen. Dels var der »Københavnoverenskomsten«, hvor lægerne alene blev aflønnet efter antal tilmeldte patienter, dels Landsoverenskomsten, hvor lægerne blev honoreret dels med et basishonorar pr. tilmeldt patient, dels et ydelseshonorar.

FOREBYGGELSE

Den særlige position, almen praksis fik i forhold til befolkningen i første halvdel af det 20. århundrede, førte til, at det forebyggende arbejde omkring gravide og børn blev lagt i almen praksis. I årene efter anden verdenskrig gennemførtes lovgivning om de systematiske, forebyggende svangre- og børneundersøgelser, og i århundredets sidste årti blev der indført forebyggelseskonsultation i almen praksis.

I hele denne udviklingsperiode fastholdt man princippet om, at den alment praktiserende læge var selvstændig erhvervsdrivende og havde kontrakt med sygekassen om levering af ydelserne. Vilkaerne for dette entreprenørlignende arrangement blev i tiltagende grad aftalt centralt og findes nu i Landsoverenskomsten.

De særlige karakteristika ved dansk almen lægepraksis er altså, at borgerne har vederlagsfri og lige adgang, patienter har én fast lægepraksis med gode muligheder for kontinuitet, fordelingen af læger er afstemt efter befolkningstætheden, og lægen er gatekeeper. Desuden er almen praksis homogent organiseret og drevet bl.a. pga. af ens uddannelse, én national overenskomst og finansiering fra samme driftsherre, som det øvrige sundhedsvæsen.

3.2 KERNEFUNKTIONER I ALMEN PRAKSIS

Kernefunktionen i almen praksis betegner de mål og det ansvar, som almen praksis påtager sig i sundhedsvæsenet. Der har i det seneste årti været et øget behov for at definere den alment praktiserende læges kerneydelser og -funktioner[1,2]. Diskussionen har også udmøntet sig i internationale tidsskriftsartikler, ligesom der har været et fælleseuropæisk arbejde om definitionen af kernefunktionerne i almen praksis[3]. Baseret på den europæiske definition kan kernefunktionerne i almen praksis defineres som:

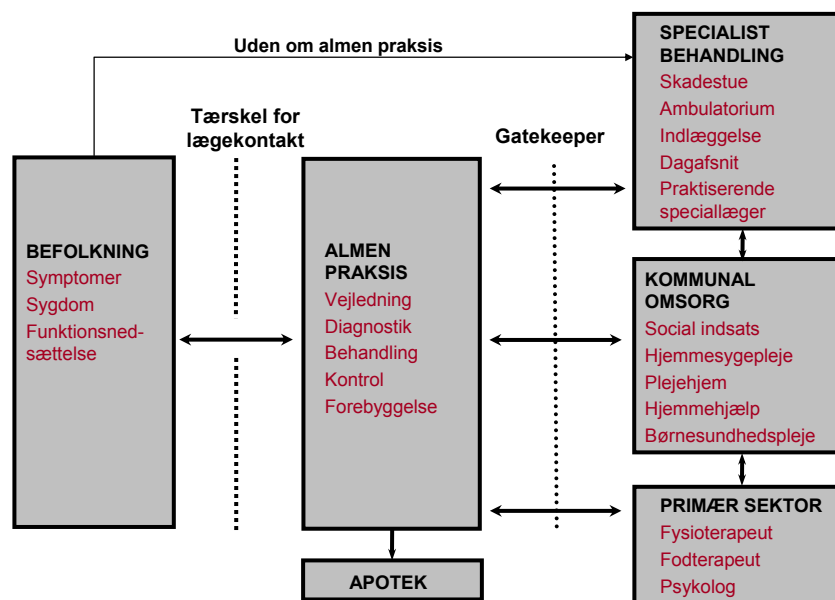
KERNEFUNKTIONER

- 1) Borgerens første, frie og uvisiterede kontakt til sundhedsvæsenet, hvor alle helbredsproblemer, uanset personens alder, køn, eller andre karakteristika, behandles.
- 2) Sikrer effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.
- 3) Benytter en personcentreret tilgang rettet mod den enkelte, familien og lokalsamfundet.
- 4) Anvender en særlig konsultationsproces, som skaber en optimal læge-patient-relation.
- 5) Er ansvarlig for kontinuiteten af omsorgen defineret ud fra patientens behov
- 6) Har en særlig beslutningsproces, bestemt af sygdommenes forekomst i lokalsamfundet.
- 7) Tager sig på samme tid både af akutte og kroniske sundhedsproblemer hos den enkelte.
- 8) Tager sig af helbredsproblemer, der i sin tidlige fase præsenterer sig ukarakteristisk, men som måske kræver umiddelbar intervention.
- 9) Fremmer sundhed og velbefindende ved både relevant og effektiv indsats.
- 10) Har et særligt ansvar for sundhedstilstanden i lokalsamfundet.
- 11) Forholder sig til sundhedsproblemernes fysiske, psykologiske, sociale, kulturelle og eksistentielle dimensioner.

3.3 ALMEN PRAKSIS' PLACERING I SAMFUNDET

Almen praksis er placeret mellem borgerne og det øvrige sundhedsvæsen. Figur 3 illustrerer samspillet i et diagram over almen praksis i sundhedsvæsenet.

Figur 3. Schematisk fremstilling af placeringen af almen praksis i det danske sundhedsvæsen



Figur 3 illustrerer, at Danmark opfylder anbefalingerne fra WHO med hensyn til at have et tofaset sundhedsvæsen i form af en frontlinjefunktion, hvortil man kan henvende sig uvisiteret, og en specialiseret funktion, hvortil man henvises via frontlinjen[4].

TÆRSKEL FOR LÆGESØGNING

Patienterne søger læge på grund af symptomer og problemer, de mener, lægen kan hjælpe med. Det er den alment praktiserende læge, der i stor udstrækning definerer, hvad der er sygdom, og hvilke opgaver det øvrige sundhedsvæsen skal have. I langt de fleste tilfælde (ca. 90%) kan patienten færdigbehandles i almen praksis.

DET SPECIALISEREDE SUNDHEDSVÆSEN ER DEN STØRSTE SAMARBEJDSPARTNER

I Danmark foregår befolkningens brug af sundhedsvæsenet derfor i overvejende grad via et samarbejde mellem almen praksis, sygehussektoren og praktiserende speciallæger. Den kommunale omsorg er ikke i samme grad bygget op omkring et samarbejde mellem kommunerne og almen praksis trods et særdeles vigtigt samarbejde omkring betydende forhold for patienterne. Således vedrører kun omkring 9% af alment praktiserende lægers kommunikation med samarbejdspartnere uden for praksis kommunerne[5]. Dette samarbejde forventes stærkt øget i forbindelse med kommunalreformen og udarbejdelsen af bindende sundhedsplaner (se afsnit 4.2, side 59).

En mindre del af henvendelserne til sygehusvæsenet foregår via skadestuerne uden om almen praksis. Desuden er adgangen til øjen- og ørelæger af historiske grunde uden henvisning.

3.4 BORGERENS OG PATIENTENS RETTIGHEDER

Borgerens rettigheder i forhold til almen praksis er nedfældet som en del af den samlede sundhedslovgivning. Af betydning i forhold til almen praksis er lov om offentlig sygesikring (sygesikringsloven), lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, lov om svangerskabsshygiejne og fødselshjælp, lov om tilbud om gratis vaccination, lov om hjemmesygeplejerskeordninger samt lov om patienters retsstilling. Sammen med lov om syge-

husvæsenet (sygehusloven) samles disse love i forbindelse med kommunalreformen i én sundhedslov, hvor der lægges op til at lave bindende sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner med inddragelse af almen praksis.

**SYGESIKRINGSLOV
OG LANDSOVERENS-
KOMST**

Sygesikringsloven er lovgrundlaget for Landsoverenskomsten mellem den offentlige sygesikring og P.L.O. Landsoverenskomsten kan også beskrives som en slags entreprenørkontrakt. Lægen har et selvstændigt driftsansvar for sin klinik, men forpligter sig til at følge de vilkår og det serviceniveau, der aftales til en pris, der er opnået enighed om.

LISTEPRINCIPPET

Enhver med bopæl i Danmark har ret til at være tilmeldt en almen praksis og er dermed garanteret gratis lægehjælp ved behov. Patienterne er ofte tilmeldt den samme læge i mange år, og typisk følger ægtefælle og næste generation med (»familielægen«). Samtidig er reglerne for lægeskift meget liberale.

GRUPPE 1 OG 2

Borgeren er automatisk gruppe 1-sikret, medmindre borgeren meddeler folkeregisteret andet. Som gruppe 1-sikret er borgerens brug af lægehjælp vederlagsfri, mens gruppe 2-sikrede har ret til tilskud til delvis dækning af udgifter til lægehjælp. Gruppe 1-sikrede skal efter eget valg tilmelde sig en lægepraksis, som skal benyttes ved behov for lægehjælp. Gruppe 2-sikrede er ikke tilmeldt en læge og kan frit vælge, hvilken læge de vil benytte. I Danmark er en stigende andel af befolkningen - nu omkring 98% - sikret i gruppe 1.

HENVISNING

Sygesikringsloven fastslår, at den vederlagsfri lægehjælp for gruppe 1-sikrede skal foregå hos en alment praktiserende læge. Er der behov for anden lægehjælp, er den betinget af en henvisning, som skal skrives af en alment praktiserende læge. Der ydes også tilskud til fysioterapeut, fodterapeut samt psykolog (i særlige tilfælde) efter henvisning. Dog gælder det for brug af øre-næse-halslæge, øjenlæge og kiropraktor, at den offentlige sygesikring yder tilskud, uden at der foreligger en henvisning. Gruppe 2-sikrede skal ikke have en henvisning for at opnå tilskud til anden lægehjælp hos praktiserende speciallæger, men de betaler til gengæld en del af ydelsen selv.

MISBRUG

Listeprincippet sikrer patienter umiddelbar adgang til fast lægelig rådgivning og mindsker »doctor shopping« ved, at egen læge kan sætte medicinsk definerede grænser for den enkelte patients brug af ydelser. I fald en patient har fået så omfattende lægehjælp, at der er tale om misbrug, har lægen mulighed for at meddele det til Samarbejdsudvalget. Det forventes altså, at den alment praktiserende læge er samfundets garant for, at der ikke foregår fejl- eller misbrug af sygesikringens ydelser.

LÆGEMIDLER

Sygesikringsloven indeholder også bestemmelser om patienters ret til tilskud ved køb af receptpligtige lægemidler. I kapitel 8, side 93, gennemgås forhold omkring lægemidler i almen praksis.

**SAMTYKKE OG
TAVSHEDSPLIGT**

Lov om patienters retsstilling angiver principperne for patientens selvbestemmelse og retssikkerhed i sundhedsvæsenet. Loven omhandler bl.a. de grundlæggende principper om tavshedspligt og aktindsigt, som ofte er aktuelle emner for alment praktiserende læger.

Udgangspunktet er, at patienten skal give samtykke til videregivelse af oplysninger om helbredsforhold til andre sundhedspersoner, der er involveret i behandlingen. F.eks. skal patienten ved lægeskift give sit samtykke til, at patientens journal sendes til den nye læge. Samtykke gælder også for start af en behandling, f.eks. med et lægemiddel. Her er lægen forpligtet til at informere om både positive og negative konsekvenser af behandlingen, så patienten på denne baggrund kan træffe sit valg. Forskning på området viser dog, at alment praktiserende læger kan forbedre den del af indsatsen[6].

Lægen er forpligtet til at videregive oplysninger uden patientens samtykke, når det er bestemt ved lov (f.eks. ved afgivelse af visse helbredsoplysninger til det offentlige sagsbehandling om adgang til offentlige socialydelser).

For tavshedspligtens vedkommende betyder loven følgende i almen praksis:

- 1) Helbredsoplysninger kan uden samtykke videregives fra den praktiserende læge til et sygehus, hvor den videre behandling skal ske.
- 2) Resultater af sygehuslaboratoriers og røntgenafdelingers undersøgelser, der foretages for patientens praktiserende læge, kan uden samtykke sendes til lægen.
- 3) Udskrivningsbreve fra sygehus til alment praktiserende læge kan fremsendes uden samtykke, **hvis** patienten skal fortsætte den aktuelle behandling hos egen læge.
- 4) Nødvendige oplysninger kan i alle tilfælde uden samtykke videregives til egen læge fra lægevagten, fra en anden læge, der har behandlet patienten ved egen læges forfald (sygdom, kurser, ferie etc.), eller hvor patienten (f.eks. på ferie) har opsøgt en anden alment praktiserende læge end egen læge.

AKTINDSIGT

Loven indeholder også bestemmelser om aktindsigt. En patient har ret til at bede egen læge om at redegøre for, hvilke helbredsoplysninger der er anført i patientens journal samt til at få en beskrivelse af behandlingens formål, hvem der har adgang til journalens indhold, og hvorfra oplysningerne i journalen stammer. Loven omfatter ikke patientens ret til en kopi af journalen, men i praksis udleveres en kopi ofte ved anmodning om aktindsigt.

3.5 ALMEN PRAKSIS' ORGANISATION

SFU OG P.L.O.

Amterne er medlemmer af Amtsrådsforeningen, der på nationalt plan nedsætter Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU). Alle alment praktiserende læger er medlemmer af Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O.), der repræsenterer lægerne nationalt. P.L.O. er opdelt med et Praksisudvalg i hvert amt, der er valgt af amtets alment praktiserende læger til at repræsentere dem. Praksisudvalget fungerer som en lokal P.L.O.-bestyrelse. De samlede praksisudvalg udgør P.L.O.s repræsentantskab, hvorfra bestyrelsen vælges.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg (med bisiddere fra stat og kommuner) og P.L.O. forhandler en samlet Landsoverenskomst, der lever op til sygesikringsloven og afstikker de konkrete vilkår for samarbejdet i de enkelte amter. Til at overvåge, tolke og udvikle Landsoverenskomsten er der nedsat et Landssamarbejdsudvalg med fire repræsentanter fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg og fire fra P.L.O.

I hvert amt findes et Samarbejdsudvalg med lige mange medlemmer udpeget af Praksisudvalget og af amtsrådet. Dette udvalg er omdrejningspunkt i samarbejdet mellem amt og almen praksis.

Det er lovbestemt at amter, kommuner og almen praksis skal udarbejde sundhedsplaner, der skal sikre befolkningen bedst muligt udbytte af sundhedsvæsenet og som samtidig tager højde for særlige forhold lokalt og regionalt. Sundhedsplanerne skal også virke som redskab i tilrettelæggelsen af samarbejdet mellem parterne. En del kommuner har dog ikke deltaget i udarbejdelsen af sundhedsplanerne og i forbindelse med kommunalreformen må det forventes, at der i langt højere grad bliver behov for og lagt vægt på at alle parter deltager i udarbejdelsen (se Figur 5, side 52, for et diagram over organisationsstrukturen).

3.5.1 PRAKSISFORMER

En praksis er enten en enkeltmandspraksis (**solopraksis**) eller en **kompagniskabspraksis**. En solopraksis drives af én fuldtidslæge (eller to deltidslæger) uden fællesskab med andre

læger om patienter eller økonomi. En kompagniskabspraksis er en almen praksis, der drives af to eller flere fuldtidslæger, der har fælles patientliste, økonomi, lokaler og personale.

Hvis enkeltmandspraksis og/eller kompagniskabspraksis med hver deres patientliste og økonomi samarbejder om lokaler og evt. personale, kaldes praksis en **samarbejdspraksis** (gruppepraksis). Er der ikke lokalefællesskab, men samarbejde ved ferie, sygdom, kursus samt evt. delvis om personale kaldes det **netværkspraksis**.

FLEST SOLOPRAKSIS

FLEST LÆGER I KOMPAGNISKAB

I 2003 var 64% af de 2.216 praksis solopraksis og 36% kompagniskabspraksis. I alt 22% af solopraksis og 9% af kompagniskabspraksis var dele af samarbejdspraksis. Af alle 3.595 alment praktiserende læger virkede 40% i solopraksis og 60% i kompagniskabspraksis (19% af kompagniskabspraksis havde fire eller flere læger i praksis). Der er dog stor forskel i relation til urbaniseringsgraden, idet der i Frederiksberg Kommune samt Københavns Amt er 62% sololæger, mens der i Ringkjøbing Amt er 39%[7]. Udviklingen går i retning af flere kompagniskabspraksis, idet andelen af solopraksis og kompagniskaber var hhv. 73% og 27% i 1972. Det forstærkes af, at unge læger, ikke mindst kvinder, foretrækker kompagniskabspraksis. Således har 45% af mandlige læger en solopraksis mod kun 30% af de kvindelige læger.

DELEPRAKSIS

Oprettelse af delepraksis er inden for de senere år gået stærkt frem. I 1998 havde 3,5% af praksis ret til delepraksis, hvilket i 2003 var steget til 12,2%. Primært var muligheden for delepraksis forbeholdt praksis, hvor en af lægerne pga. snarlig pensionering, sygdom e.l. havde behov for aflastning. Det er dog blevet blødt en del op, idet man også ønsker at kunne benytte delepraksis som et led i rekrutteringen og fastholdelsen af læger i almen praksis. Ud over delepraksis eksisterer også muligheden for at ansætte en aflastningsamanuensis, en ordning primært tiltænkt læger, der har andet praksisrelevant arbejde (lektor, bedriftslæge, kommunallæge, praksiskoordinator, praksiskonsulent, kvalitetssikringskoordinator, efteruddannelsesvejleder etc.). Muligheden har dog ikke vundet indpas, idet læger, der rekrutteres til almen praksis, typisk også ønsker at indgå som kompagnoner. I 1997 havde 2,9% af praksis ansat en aflastningsamanuensis, hvilket i 2003 var faldet til 2,3%[7].

Tilladelsen til delepraksis gives af Samarbejdsudvalget, og princippet er, at de to kompagnoner tæller som én læge, og at praksis lukkes for tilgang ved 1.600 tilmeldte gruppe 1-sikrede.

3.5.2 ALMEN PRAKSIS SOM VIRKSOMHED

Den alment praktiserende læge driver sin praksis som en virksomhed. Den enkelte praksis kan efter selskabsloven enten være et interessentskab, anpartsselskab, holdingselskab eller aktieselskab, hvilket er op til de enkelte læger at bestemme. I anpartsselskaber og aktieselskaber er lægerne ansat i selskabet, som de også ejer 100%. Det gælder nemlig, at kun alment praktiserende læger ansat i den pågældende praksis kan eje eller skyde kapital i praksis. Således er det ikke muligt for udenforstående at drive lægepraksis i forretningsøjemed.

Selskabet er underlagt samme regler som andre virksomheder bortset fra, at der ikke føres momsregnskab over sundhedsydelser, men over visse attester. Den enkelte læge skal være tiltrådt Landsoverenskomsten, hvilket betinger, at lægen er speciallæge i almen medicin. Der er således en beskyttelse af almen praksis som virksomhed og en sikring af, at patienten møder en speciallæge.

OVERENSKOMST

Landsoverenskomsten fungerer som lægens kontrakt med den offentlige sygesikring om organisationen, patienterne, og hvilke ydelser der skal og kan leveres, samt en kontrakt del med kommunerne angående det socialmedicinske samarbejde. Kontrakten omkring lægens

attestarbejde er indgået mellem Kommunernes Landsforening (KL) og Den Almindelige Danske Lægeforening (DADL).

Hver lægepraksis sørger selv for velegnede praksislokaler, den nødvendige indretning, det nødvendige medikotekniske udstyr og ansætter selv sit personale. Halvdelen af danske praksis er indrettet i lejede lokaler.

Der er dog ikke mulighed for at flytte praksis geografisk uden forudgående tilladelse fra Samarbejdsudvalget, der dog giver tilladelsen medmindre det strider mod praksisplanen. Enkelte dele af praksis' indretning er bestemt eller tilskyndet via Landsoverenskomsten. F.eks. bør der tages hensyn til bevægelseshæmmede, og senest fra 2005 skal alle almen praksis have IT-faciliteter, der muliggør elektronisk kommunikation med sygesikring, laboratorier, sygehuse og apoteker. Desuden er der i honoreringen indbygget incitamenter til anskaffelse af relevant medikotekniske udstyr.

ENTREPRENØR

Den beskrevne virksomhedsstruktur omtales ofte som »entreprenørmodellen«. Rekvirenten er den offentlige sygesikring, der beder almen praksis (entreprenøren) om at udføre opgaven med omsorg for befolkningens helbred. Entreprenørmodellen giver anledning til en betydelig selvregulering mellem lægerne (tilrettelæggelse af akutbetjening, ferie, sygdom, vikardækning og tilstrækkelig ekstra lægetid i perioder med spidsbelastning) uden sygesikringens deltagelse.

3.5.3 LISTESYSTEMET

Alle borgere er gruppe 1-sikrede, medmindre de har meddelt folkeregisteret, at de ønsker at være gruppe 2-sikrede (se også afsnit 3.4, side 42). Tilflytter man et område, skal kommunen sørge for et tilbud om at tilmelde sig en lægepraksis.

FAST LÆGE

Listepatientsystemet er en grundlæggende forudsætning for funktionen af almen praksis. For det første skal borgere på en praksis' liste benytte netop denne praksis/læge. Det styrker gatekeeper-funktionen, at det er samme læge, der er med til at tilrettelægge, hvilken udredning patienten bør have og allerede har fået. Samtidig muliggør listesystemet, at det øvrige sundhedsvæsen har en entydig kommunikationsvej til patientens egen læge, der så kan få tilstrækkelig indsigt i den samlede omsorg for patienten.

I en kompagniskabspraksis er gruppe 1-sikrede tilmeldt en fælles liste for praksis og ikke en bestemt læge. Dog knytter mange patienter sig til en bestemt læge i praksis.

3.5.4 LÆGEVALG OG -SKIFT

Reglerne for lægeskift er gennem de seneste par årtier blevet yderligere ændret i retning af et næsten frit lægevalg. I Landsoverenskomsten er det fastsat, at man ved planlægningen af lægedækningen i et amt skal tilstræbe, at der inden for en afstand af 15 km er to praksis (ikke blot to læger) at vælge imellem. Hvis patienten ønsker en praksis, der ligger længere væk end 15 km (5 km for Københavns, Frederiksberg, Tårnby og Dragør Kommuner), skal den valgte læge give sin accept. I 2003 havde næsten tre fjerdedele af alle praksis mindst én patient (i gennemsnit 13 patienter), der havde mere end 15 km til praksis[7].

LÆGESKIFT ER NEMT

Ønsker man at skifte læge, kan det gøres med virkning fra den 1. i den efterfølgende måned. Ved indgåelse af ægteskab kan man altid vælge ægtefællens læge. Hvis en person skifter læge unødvendigt ofte, eller så det skader omsorgen, kan Samarbejdsudvalget bestemme, at borgeren skal stå på den pågældende læges liste i mindst seks måneder.

FRASIGE PATIENT

Lægeskift kan også blive aktuelt, hvis lægen ikke ønsker borgeren på sin liste. Det kan være i tilfælde af lægefagligt begrundet inhabilitet eller i tilfælde af, at en patient optræder truende,

er voldelig eller ikke ønsker at følge lægens medicinske råd. I disse sjældne tilfælde kan lægen efter aftale med Samarbejdsudvalget få patienten overført til en anden liste (såkaldte § 34-patienter). I tilfælde af voldelige patienter gælder særlige regler.

I Århus Amt skiftede 3,6% af borgerne læge inden for amtet i 2003 (korrigeret for praksisophør mv.). I alt 3,6% forlod praksis, fordi de fraflyttede amtet, døde eller overgik til anden sygesikringsgruppe (militærtjeneste, fængsel mv.), og 4,4% tilflyttede amtets praksis.

3.5.5 PRAKSISREGULERING OG -TILGÆNGELIGHED

På det overordnede plan sikres lige adgang til lægehjælp bl.a. ved, at almen praksis geografisk er fordelt i forhold til befolkningstætheden. Fordelingen bestemmes af amternes samarbejdsudvalg via de årlige praksisplaner, der beregner 1.600 gruppe 1-sikrede (inkl. børn) pr. læge. Desuden tages der hensyn til f.eks. aldersfordelingen, sociale forhold og udlægning af opgaver fra sygehusene. Samarbejdsudvalget bestemmer, hvor i amtet der kan blive tale om flere læger. Hvis der i et område er plads til nynedsættelser, tilbydes allerede eksisterende praksis at udvide, eller man tilbyder en såkaldt 0-praksis (nystartet praksis). I 2003 havde almen praksis i Danmark i gennemsnit 1.514 gruppe 1-sikrede (voksne og børn) pr. læge[8].

Amterne var tidligere opdelt i mindre praksisdistrikter, hvilket nu er ophævet, så flere amter er blevet ét stort praksisområde. Det har øget fleksibiliteten for, hvor læger kan nedsætte sig, men forventes at føre til, at flere praksis flyttes til byerne, og at tyndt befolkede områder ikke kan fastholde læger. Denne udvikling forstærkes også af, at det frie lægevalg giver patienterne mulighed for at vælge læge tæt på arbejdspladsen frem for bopælen.

Antallet af borgere på en praksis' liste reguleres for at give lægen indflydelse på sin egen arbejdsbelastning, for at gøre adgangen til praksis rimelig for de sikrede, og for at sikre, at en almen praksis udnyttes effektivt. Derfor kan en praksis lukke for tilgang, når der er mere end 1.600 tilmeldte pr. læge, og praksis lukkes automatisk for tilgang, når der er mere end 2.542 gruppe 1-sikrede pr. læge. I 2003 havde 32% af alle praksis lukket for tilgang[7].

Tilgængeligheden er bestemt af, hvornår på døgnet henvendelsen sker. Et overordnet princip er, at ikke-akutte ydelser kun leveres i dagtiden (aftalt tid), mens almen praksis leverer akut lægehjælp døgnet rundt. Almen praksis har således en dagtidsfunktion, som i Landsoverenskomsten er defineret til tidsrummet 8 - 16 på hverdage (mandag-fredag). På andre tidspunkter dækker vagttidsfunktionen.

Der findes enkelte bestemmelser for, hvordan lægen skal tilrettelægge sin arbejdsdag og sikre patienternes adgang. I dagtiden skal **lægen** være telefonisk tilgængelig i mindst én time. Det har ført til, at almen praksis har tradition for at have telefontid mellem kl. 8.00 og 9.00. Derudover skal patienterne have mulighed for at komme i telefonisk kontakt med praksis i dagtiden.

Alment praktiserende læger eller deres stedfortrædere skal afholde konsultationer på hverdage, og ved behov for akut lægehjælp skal egen læge give patienten **en tid inden kl. 16.00 samme dag** eller, hvis relevant, foretage et sygebesøg samme dag.

Hvis en læge alene har konsultationer efter tidsbestilling, skal lægen opgive, hvornår patienterne kan bestille tid. **Ventetiden på en konsultation må normalt maksimalt være på fem hverdage.** Lægens konsultationstider skal søges tilrettelagt sådan, at sikrede, der ikke kan komme i almindelig dagtid, kan komme i konsultationen efter kl. 16.00 på en hverdag. Derfor har de fleste praksis aftenkonsultation en dag ugentligt.

Sammenfattende har borgeren på en praksisliste mulighed for på hverdage i dagtiden at kontakte egen lægepraksis for at anmode om akut lægehjælp eller bestille en tid. Det er

1.500 BORGERE PR. LÆGE

ÅBNE OG LUKKE FOR TILGANG

DAGTID

TILGÆNGELIGHED

BORGERENS RET

MAKSIMAL VENTETID

lægen, der suverænt afgør, om henvendelsen skal udløse en telefonkonsultation, en konsultation, et sygebesøg eller en akut viderevisitering til sygehus.

**VIKAR OG
STEDFORTRÆDER**

For at muliggøre en fleksibel arbejdstilrettelæggelse i praksis har man i Landsoverenskomsten givet mulighed for, at en læge i forbindelse med kursus, ferie, faste fridage, sygdom o.l. kan henvise patienter til en navngiven stedfortræder. Det har givet anledning til en stor brug af telefonsvarere og viderestillinger til sekretærbureauer o.l. med deraf følgende problemer med at opfylde patienternes behov for telefonisk adgang i dagtiden. En undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed for akutte henvendelser direkte til lægen efter specifikt opstillede kriterier for tilgængelighed viste, at det var muligt at komme i direkte telefonisk kontakt med lægen ved 73% af de opkald, der blev foretaget i dagtid[9]. Det betegnes af P.L.O. som utilfredsstillende, hvorfor der arbejdes på forskellige forbedringer.

3.5.6 LÆGEVAGTEN

VAGTTID

16-08 på hverdage

00-24 i weekender og på

helligdage

Den nuværende lægevagtstruktur blev indført i 1992. Fra at der eksisterede en række vagtgrupper, blev lægevagten et amtsligt anliggende med læger og amt i et samarbejde. I starten var der en del folkelig modstand mod ordningen, men de fleste er nu enige om, at det har været en gevinst, at man nu altid kan komme til at tale med en læge. Samtidig er udgifterne til lægevagten faldet, næsten udelukkende pga. en dramatisk konvertering af sygebesøg til telefonisk rådgivning. Den danske lægevagt er internationalt berømt og bliver benyttet som et forbilledigt eksempel på god organisering af akuttjenesten i et sundhedsvæsen[10]. Ordningen betød ikke flere kontakter til skadestuerne[11] og gav tilmed et fald i antallet af storforbrugere af lægevagten[12].

Lægevagten varetager den primære håndtering af befolkningens helbredsproblemer i 75% af døgnnet. Desuden har befolkningen også haft fri adgang til sygehusenes skadestuer. I forbindelse med effektivisering og besparelser har man i flere amter indført lukkede skadestuer, hvortil patienterne skal henvises eller visiteres af en sygeplejerske. Der pågår i disse år et udviklingsarbejde, der skal søge at optimere frontlinjefunktionen i vagttiden.

I Landsoverenskomsten er almen praksis forpligtet til at etablere en visiterende vagtordning. I et amt er den typisk organiseret ved, at en vagtchef udpeget blandt de alment praktiserende læger har ansvaret for at etablere en turnusordning mellem lægerne.

Organiseringen er fuldt ud selvregulerende uden sygesikringens deltagelse, idet de interkollegiale forhold gør, at lægerne vikarierer for hinanden ved sygdom etc. Lægerne yder selv et økonomisk bidrag til lægevagtens administration, der finansieres sammen med amtet.

**VAGTENS GRUND-
PRINCIPPER**

Der er to grundprincipper i vagttiden. Det første er, at ingen lægehjælp ydes uden en forudgående telefonisk lægelig visitation. Det andet er, at kun sygdom og tilskadekomst, der kræver akut lægehjælp, behandles i lægevagten.

Patienten ringer til en for amtet fælles telefonvisitation. Her tager læger imod patientens opkald. Ved den telefoniske visitation dirigeres patienten til den type hjælp, der er indiceret. Det kan være telefonisk rådgivning (eventuelt med råd om at opsøge egen læge i dagtid) eller visitation til enten konsultation på et af lægevagtens konsultationssteder eller hjemmebesøg, når sygdommen eller andre forhold vanskeliggør transport. I enkelte tilfælde visiteres patienten direkte til det sekundære sundhedsvæsen.

IT I LÆGEVAGTEN

Helt central i vagtordningen er lægernes interne kommunikation. I takt med udviklingen af de telemedicinske muligheder er de fleste vagtordninger forbundet via bærbare computere, mobilmodem og software udviklet til håndtering af patientoplysninger. Når borgeren ringer til lægen i visitationen, kan lægen straks slå patienten op, se adresse mv. og se, om der skulle være særlige medicinske oplysninger om borgeren (fra anden vagtlæge eller egen læge). Fra

dette system kan lægen automatisk sende en recept til et vagtapotek, rekvirere ambulance etc. Visiteres patienten til konsultation eller besøg, sendes patientoplysningerne og visitators notater til den pågældende læge. De samlede notater sendes automatisk til egen læge, der dagen efter kender indholdet af patientens kontakt til lægevagten. Egen læges journaler er ikke tilgængelige for lægevagten, men egen læge kan meddele lægevagten særlige oplysninger om patienterne (f.eks. terminale forløb og misbrug).

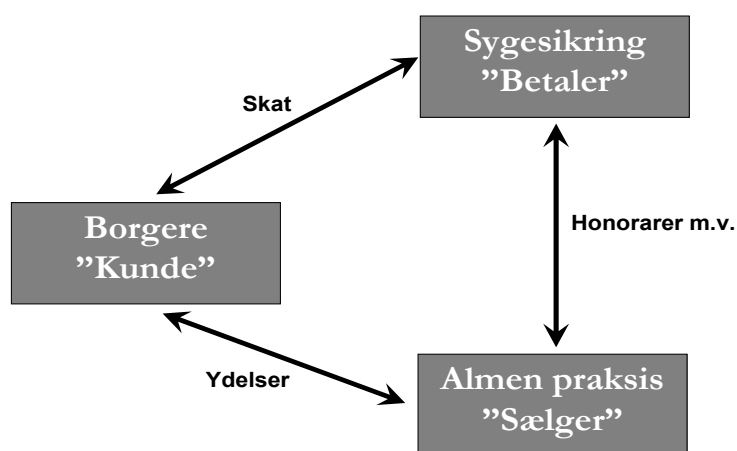
3.5.7 HONORERINGSPRINCIPPERNE

Det overordnede honoreringsprincip for almen praksis bygger på nogle sundhedsøkonomiske og forsikringsmæssige principper. Det væsentligste er borgernes lige adgang til gratis ydelser efter behov uanset økonomisk formåen.

JERNTREKANTEN

De økonomiske og forsikringsmæssige aspekter af almen praksis relaterer sig til en trepartsdeling, som ofte omtales »jernetrekanten« (Figur 4). Det er uhensigtsmæssigt for den lige adgang og læge-patient-relationen, at der er penge mellem patienten og lægen. Derfor betaler sygesikringen lægen og inddriver pengene hos borgeren via skatten. I denne struktur er sygesikringen borgerens agent. Sygesikringen står stærkt over for almen praksis i forhold til den enkelte borger. Borgeren kan være sikker på, at det offentlige på vegne af patienten sørger for at forhandle sig til en så optimal almen praksis som muligt. Almen praksis har dermed en stærk samarbejdspartner og er sikker på betaling for ydelsen, hvilket rationaliserer lægens administration og honorarinddrivelse.

Figur 4. Jernetrekanten, der viser forholdet mellem borger, sygesikring og almen praksis



I »jernetrekanten« er der indbygget et særligt princip om deling af risici. Når borgeren ikke betaler direkte, men via skatten, vil det alt andet lige give en stor efterspørgsel efter ydelser blandt borgerne (varen er »gratis«). Dette imødegås ved at honorere lægerne med en kombination af et basishonorar og et ydelseshonorar således, at det kun til en vis grad kan betale sig for almen praksis at levere flere ydelser.

BASISHONORAR

Det nuværende honoreringsprincip er baseret på en blanding af basishonorar og ydelseshonorar. Basishonoraret (eng. capitation fee) beregnes hvert kvartal på basis af listen over tilmeldte patienter i praksis. Basishonoraret udgjorde i 2004 66,60 kr. pr. sikret pr. kvartal. Altså i gennemsnit ca. 403.300 kr. om året pr. læge.

YDELSESHONORAR

Ydelseshonoraret (eng. fee for service) er sammensat af grundydelse, tillægsydelse, laboratoriydelse, forebyggelsesydelse samt enkeltstående ydelser såsom samtalerapi, socialmedicinsk samarbejde og attester.

Grundydelsen er enten en telefonkonsultation, en konsultation, et besøg eller (fra 2003) en e-mail-konsultation. En almindelig kontakt med en patient udløser en grundydelse. Oven i det kan der så komme en tillægsydelse. Tillægsydelsessystemet er baseret på princippet om at honorere ydelser, som tager ekstra tid for lægen at udføre og/eller ydelser, som samfundet (Landsoverenskomstens parter) især ønsker benyttet i almen praksis. Et eksempel er mindre kirurgiske indgreb, som man ønsker udført i almen praksis. Lægen får her en tillægsydelse, der er fastsat for indgrebet, for at honorere den ekstra tid, der benyttes, men også for at give et incitament til, at lægen finder det værd at udføre indgrebet frem for at henvise til anden speciallæge.

HONORARBRØKEN

I 2001 udgjorde basishonoraret 26% og ydelseshonoraret 74%. Man siger, at honoreringen gives i forholdet 25/75. Denne brøk har en overordentlig stor betydning (nok større end mange erkender) for aktiviteten i almen praksis. Et system med rent basishonorar (fast løn) trækker i retning af lav aktivitet i den enkelte læges praksis og henvisning af flere patienter til det øvrige sundhedsvæsen og tilskynder til, at lægen støtter patienten til maksimal egenomsorg. Et rent ydelseshonorar giver derimod incitamenter til maksimal aktivitet i praksis og vil hæmme henvisningsmønstret, ligesom det kan bidrage til, at en øget del af symptomer mv. »medikaliseres«, så egenomsorg erstattes med lægekontakter.

Tidligere bestod en større del af lægenes honorering af basishonorar (40/60), men grundlæggende har lægerne altså haft et incitament til, og patienterne et behov for at øge aktiviteten i almen praksis. En sideeffekt heraf kan som anført være, at praksis som helhed øger antallet af ydelser, uden at det nødvendigvis er medicinsk strengt nødvendigt, at lægens incitament til at rådgive borgerne i egenomsorg svækkes, og incitamentet til at henvise til det øvrige sundhedsvæsen dæmpes. Desuden kan et relativt stort ydelseshonorar bidrage til at fastholde og rekruttere læger i en tid med lægemangel, hvor lægerne skal øge antallet af ydelser pga. vakante stillinger i almen praksis (se kapitel 7, side 77, for udviklingen i aktiviteten i almen praksis).

VAGTHONORAR

Honoreringen i vagttiden er en ren ydelseshonorering. Det betyder, at lægen kun opnår honorar, hvis der er borgere, der henvender sig. Det særlige ved vagthonoreringen er, at man har indført et incitament til at afslutte rådgivningen af patienten i telefonen. Således giver en patient afsluttet via en telefonkonsultation 131% mere end en telefonkonsultation med efterfølgende konsultation eller besøg.

3.6 PRIVATE ADMINISTRATIVE YDELSER

Ud over de i Landsoverenskomsten bestemte honoreringsformer og -typer har lægen et relativt mindre honorar via administrativt orienteret arbejde. Det drejer sig især om attestarbejde, hvor lægen som fagperson dokumenterer forhold omkring patienternes helbred. Attestarbejdet falder i to hovedområder:

- 1) Vurdering af aktuelle helbred og risikoen for fremtidig sygdom. Det drejer sig om livsforsikringsattester, kørekortsattester o.l.
- 2) Attestation af udvalgte forhold ved tilstedeværende sygdom. Disse deler sig typisk i to hovedområder:
 - a) attester af socialmedicinsk art i relation til samarbejdet med kommunen
 - b) attester i relation til arbejdsmarkedet, forsikringsordninger o.l.

Den Almindelige Danske Lægeforening har nedsat et Attestudvalg, der løbende indgår aftaler med en lang række samarbejdspartner på området. Det er kommunernes social- og sundhedsforvaltninger, forsikringselskaber, forsvaret, staten og mange flere. Attestudvalget aftaler enten en fast pris for attestens udfyldelse eller, at den alment praktiserende læge må

udfærdige regning. Almen praksis har derfor et vigtigt ansvar, når det gælder attestering af patienternes helbred. Med mellemrum fokuseres der på stramninger af denne funktion som f.eks. i forbindelse med udstedelse af motorattester til ældre.

3.7 LITTERATUR

1. Mabeck CE, Moltke A, Schulsinger C, Gannik D, Maunsbach M, Foged L, Fogh BH. Debatoplæg om kernefunktionen i almen praksis. København: P.L.O./DSAM, 2000.
2. P.L.O. Den praktiserende læge nu og i fremtiden. Ugeskr Læger 2001;163:3132-5.
3. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Evans P (ed). WONCA Europe, WHO European Office, 2002.
4. WHO. The World health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
5. Pedersen KM, Munck A, Hansen DG, Bro F, Kragstrup J. Praktiserende lægers kontakter med social- og sundhedsvæsenet september 2003. Odense: Audit Projekt Odense (APO), 2003.
6. Krag A, Nielsen HS, Norup M, Madsen SM, Rossel P. Research report: do general practitioners tell their patients about side effects to common treatments? Soc Sci Med 2004;59:1677-83.
7. P.L.O. Praksistælling 2003. København: P.L.O., 2003.
8. Statistikbasen. www.arf.dk/Vidensbank/Statistikdatabase.htm, 2005.
9. P.L.O.s hjemmeside. www.plo.dk, 2005.
10. Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. BMJ 1998;316:1502-5.
11. Vedsted P, Christensen MB. The effect of an out-of-hours reform on attendance at casualty wards. The Danish example. Scand J Prim Health Care 2001;19:95-8.
12. Vedsted P, Olesen F. Frequent attenders in out-of-hours general practice care. Attendance prognosis. Fam Pract 1999;16:283-8.

Samarbejdet med amter og kommuner

I foregående kapitel så vi på organiseringen af almen praksis. I dette kapitel ser vi nærmere på de formelle samarbejdsformer med amterne og kommunerne

Samarbejdet mellem sygesikringen og almen praksis angår dels overenskomstforhandlinger mellem to modparter, dels udvikling i ligeværdige og gensidige bestræbelser på at få almen praksis til at fungere som frontlinjen i et samlet sundhedsvæsen. Der har især i de senere år været en stigende erkendelse af, at dette mål kun nås, hvis man understøtter praksis med initiativer inden for uddannelse, forskning, kvalitetsudvikling, efteruddannelse og strukturelle tiltag. I dette kapitel ser vi på nogle konkrete områder, som er genstand for samarbejdet.

4.1 SAMARBEJDET MED AMTERNE

**3.600 LÆGER I
2.200 PRAKSIS**

Almen praksis består af næsten 3.600 læger fordelt på 2.200 praksissteder, og ambitionen er, at almen praksis skal være en integreret del af et sammenhængende sundhedsvæsen. I afsnit 3.5, side 44, blev organisationen af P.L.O. og den offentlige sygesikring på lokalt og nationalt plan præsenteret. I Figur 5 ses et organisationsdiagram hvor væsentlige samarbejdsrelationer er vist på de forskellige ansvarsniveauer.

Figur 5. Ansvarsniveauer og formelle samarbejdsrelationer i organisationen af almen lægepraksis i Danmark

Ansvarsniveau	Stat og det offentlige	Samarbejdsrelation	Almen praksis
Lovgivning Cirkulærer Bekendtgørelser Vejledninger Autorisation Tilsyn	Folketinget Ministerier Styrelser	Udvalg f.eks. nationalt kvalitetsudvalg, kræftstyregruppe, speciallægekommision	Universitetsafdelinger for almen medicin
Landsoverenskomst Kvalitetssikring Faglig udvikling Forskning Efteruddannelse Vejledning af amter	Amtsrådsforening <i>Sygesikringens Forhandlingsudvalg</i> Kommunernes Landsforening	Landssamarbejdsudvalg Fagligt Udvalg Centralt Kvalitets- og Informatikudvalg Fonde	P.L.O. DSAM Forskningsmiljø Lægeforening
Sundhedsplan Praksisplan Drift af sundhedsvæsen Administration Kvalitetssikring	Amtsråd Sygesikring	Samarbejdsudvalg Kvalitetsudviklingsudvalg	Praksisudvalg Regionale Lægeforening
Forebyggelse Pleje Sociale ydelser	Kommune	Kommunale Kontaktudvalg Socialt koordinationsudvalg	Almen praksis

Det er kendetegnende for traditionen omkring dansk almen praksis, at samarbejdet foregår på både lokalt, regionalt og nationalt niveau. Foruden områderne omkring honorering og typer af ydelser har de overordnede samarbejdsområder i Landsoverenskomsten fire fokusområder:

- 1) Kvalitetsudviklingsarbejde.
- 2) Specialeuddannelse og efteruddannelse.
- 3) Forskning.
- 4) Syge- og orlovshjælp.

4.1.1 DET CENTRALE KVALITETS- OG INFORMATIKUDVALG

For yderligere konkret at understøtte kvalitetsudviklingen i almen praksis oprettede man i 1999 Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg (CKI). Overenskomstparterne havde gennem ca. fire år høstet erfaringer med de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg, og der var behov for centrale initiativer på området. Formålet er at udarbejde konkrete forslag til indsatsområder, der kan indarbejdes i Landsoverenskomsten. CKI har endvidere til opgave at øge kommunikationen mellem de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg, at nyttiggøre den viden, der er opsamlet decentralt, og at tilse, at den udbredes.

CKI blev også oprettet for at få almen praksis »med på vognen« omkring det nationale arbejde for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

Udvalgets formænd er fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg og P.L.O. Dertil kommer to medlemmer udpeget af P.L.O. og Dansk selskab for almen medicin og to medlemmer udpeget af Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen indgår i udvalget med hver én observatør.

DAK-PROJEKTET

På baggrund af formålet for CKI er der taget initiativer til etablering af Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprojekt (DAK-projektet) bestående af fire hovedinitiativer.

- 1) Udarbejdelse af **kvalitetsindikatorer** i almen praksis.
- 2) Understøttelse af **anvendelsen af IT** (udbredelse af den internationale kodning af sygdomme i almen praksis (ICPC-kodning)).
- 3) Udvikling af metoder til at sikre **patientperspektivet og brugerinddragelse**.
- 4) Kvalitetsudvikling af sammenhængende **patientforløb**.

CKI har oprettet en hjemmeside (www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk), hvor fremdriften i disse projekter kan følges. Det forventes, at DAK-projektet afsluttes ultimo 2005.

4.1.2 FAGLIGT UDVALG

Til at understøtte den faglige udvikling i almen praksis er det i Landsoverenskomsten bestemt at nedsætte et »udvalg vedrørende den faglige udvikling i almen praksis«. Opgaven er at udarbejde en vejledning i Landsoverenskomstens laboratorie- og tillægsydelser til de alment praktiserende læger. Derudover skal udvalget på eget initiativ og på grundlag af ny viden (forskning, kvalitetssikring, kliniske vejledninger, medicinsk teknologivurdering) tage initiativ til at komme med forslag til ændringer af Landsoverenskomsten. Implementeringen af Fagligt Udvalgs rekommandationer kan ske løbende og skal altså ikke afvente en ny overenskomstforhandling.

Sygesikringens Forhandlingsudvalg og P.L.O. udpeger en formand og bidrager derudover hver med 2 - 3 medlemmer. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen stiller hver med et medlem.

Fagligt Udvalg er en overordentlig vigtig strukturel forudsætning for den stadige optimering af arbejdet i almen praksis til gavn for alle parter.

4.1.3 FORSKNINGSFONDEN

Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd finansierede i en periode fra slutningen af 70'erne »Central Forskningsenhed for Almen Medicin«. For at videreføre og styrke denne forskning etablerede Sygesikringens Forhandlingsudvalg og P.L.O. med tilskud fra staten i 1984 »Fonden til finansiering af forskning i almen praksis og sundhedsvæsenet i øvrigt«, nu betegnet »Forskningsfonden«.

FORSKNINGS- ENHEDER

Formålet med Forskningsfonden er at fremme forskningen i almen praksis gennem finansiering af tre forskningsenheder for almen praksis i København, Århus og Odense og af et mindre antal ph.d.-stipendier og konkrete forskningsprojekter. Fonden finansierer i øvrigt tre forskningskonsulenter, der vejleder alment praktiserende læger med at starte og gennemføre forskningsprojekter (se afsnit 13.4, side 125).

Ved Forskningsenhederne er der ansat og tilknyttet, typisk på projektbevillinger, en række forskere, hvoraf mange er alment praktiserende læger, som ved siden af arbejdet i praksis også gennemfører forskning. Den igangværende forskning kan ses på Forskningsenhedernes hjemmeside www.almen.dk. Her finder man også enhedernes kvartals- og årsrapporter.

Forskningsfonden ledes af en bestyrelse på fire personer valgt blandt amternes og P.L.O.s repræsentanter. Til at assistere sig har bestyrelsen et fagligt råd bestående af otte medlemmer fra universiteternes institutter for almen medicin, DSAM, Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen. Desuden er der et forskningsudvalg udpeget i de almenmedicinske forskningsmiljøer. Forskningsudvalget varetager den forskningsmæssige forbehandling af ansøgninger om støtte. En gang om året uddeler fonden i alt fire mil. kr. til forskningsprojekter, der på basis af en ansøgning er fundet støtteværdige. Dertil kommer et antal ph.d.-stipendier.

Forskningsfonden er kendt for sine årlige temadage vedrørende forskning i almen praksis med en målgruppe af amtskommunale politikere og embedsmænd. Her sker der en betydningsfuld viden- og holdningsudveksling. Forskningsfonden har inden for de seneste år udbygget forskningsfinansieringen med honorering af alment praktiserende lægers arbejde ved dataindsamling.

4.1.4 ALMEN PRAKSIS VED UNIVERSITETERNE

For at styrke koblingen mellem forskning og undervisning på universiteterne oprettede man via Landsoverenskomsten i 2002 Fonden for Almen Praksis ved Universiteterne (APU-Fonden). Fonden skal danne finansiel basis for at etablere almene praksis ved universiteterne i Århus, København og Odense. De almene praksis ved universiteterne skal fungere på helt samme vis som de øvrige praksis mht. Landsoverenskomstens bestemmelser mv. Dog giver konstruktionen de ansatte læger frihed til forskning og undervisning. Desuden bindes lægerne ikke til praksis i form af investeringer i goodwill og inventar og er dermed mere mobile (se i øvrigt afsnit 13.4.1, side 126).

4.1.5 AMANUENSISFONDEN

I 1981 etableredes fonden til delvis finansiering af uddannelsesamanuenser i praksis efter aftale mellem staten, amterne og P.L.O. Fonden formål er at sikre, at læger under uddannelse til speciallæge i almen medicin kan komme ud i almen praksis under deres uddannelse med løn. Speciallægeuddannelsen i almen medicin omfatter i alt 2,5 år i almen praksis (jfr.

afsnit 9.2.3, side 103). Uddannelseslægerne er ansat i amterne indtil de to sidste perioder af deres uddannelse, hvor de er ansat i forskellige praksis.

Fonden yder refusion til amterne for deres lønudgift (inkl. ferie, sygdom og barsel) til såvel introduktionsperioden som den første periode som amanuensis i praksis. Endelig yder fonden løntilskud til de alment praktiserende læger, på henholdsvis 68% og 61% i de to sidste perioder af speciale uddannelsen. Løntilskuddet tager højde for at lægerne er på sidste del af deres uddannelse og dermed også kan bidrage til praksis.

4.1.6 EFTERUDDANNELSESFONDEN

Efteruddannelsesfonden blev etableret i 1995 med det formål at tilskynde alment praktiserende læger til at deltage i efteruddannelse som et naturligt led i deres eget ansvar for at opretholde og udvikle det faglige niveau i egen praksis (se afsnit 9.2.4, side 105, om efteruddannelsen).

Fonden bygger på, at der til hver læge er oprettet en konto, hvor lægen kan trække beløb fra til udgifterne til fravær, transport, kursusafgift og undervisningsmateriale. Kontoen er i 2004 på omkring 13.000 kr. Anvender lægen ikke sine midler inden to år bortfalder de og fordeles til alle læger. Der kan kun trækkes penge for kurser, der er godkendt efter særligt fastsatte kriterier. Den faglige godkendelse varetages af et særligt efteruddannelsesudvalg. Det er kursusudbyderen der skal sørge for godkendelsen af kurset.

**INDIVIDUEL OG
GRUPPEBASERET
EFTERUDDANNELSE**

Fonden støtter også lægernes efteruddannelsesgrupper. Det er lokale efteruddannelsesgrupper (tolvmandsforeninger), som ca. 95% af alle læger deltager i. Lægerne kan også trække fra deres konto til aktiviteter i grupperne, når de foregår efter bestemte kriterier.

Til at sikre Efteruddannelsesfondens funktion er der nedsat en bestyrelse bestående af to personer udpeget af P.L.O. og to personer udpeget af Sygesikringens Forhandlingsudvalg.

4.1.7 ADMINISTRATIONSUDVALGET

I Landsoverenskomsten bestemmes det, at amterne indbetaler en andel af omsætningen af ydelser i almen praksis (1,21% i 2004). Midlerne anvendes til sygedagpenge til alment praktiserende læger og vikarer samt hjælp til alment praktiserende læger i forbindelse med graviditet, barsel og adoption, plejeorlov mv.

**SYGDOM, BARSEL,
ORLOV**

Administrationsudvalget er altså lægernes forsikring i tilfælde af fravær. Men i stedet for at lade den enkelte praksis indbetale, har man valgt at lade amterne sikre indbetaling og samtidig gøre den afhængig af omsætningen. Administrationsudvalget er derfor endnu et eksempel på synergien mellem almen praksis som selvstændig virksomhed og amterne som offentlig forvalter af borgernes skatter.

Administrationsudvalget består af to medlemmer fra P.L.O.s repræsentantskab og en formand udpeget af P.L.O.s bestyrelse. Det daglige arbejde varetages af P.L.O.

4.1.8 DE AMTSLIGE KVALITETSUDVIKLINGSUDVALG

Kvalitetsudvikling har som ideelt mål, at opstille mål for og sikre ydelsernes indhold. I Landsoverenskomsten har det siden 1995 været aftalt, at kvalitetsvurdering, -sikring og -udvikling i almen praksis skal støttes decentralt ved oprettelse af amtslige kvalitetsudviklingsudvalg med egne midler. Opgaven er især at medvirke til at iværksætte kvalitetsudviklingsprojekter i almen praksis lokalt, men også forebyggelse og efteruddannelse kan støttes.

Det har været karakteristisk, at den lokale kvalitetsudvikling er foregået efter »de tusind blomsters princip«, idet man har støttet en lang række forskellige udviklingsinitiativer. Det

har f.eks. været initiativer omkring analyse af særlige patientgrupper, eksperimenter med konsultationsformer, brug af kliniske vejledninger, patientevalueringer mv.

Dernæst har det været karakteristisk, at kvalitetsudviklingsarbejdet har givet anledning til at starte eller til at understøtte allerede etablerede systematiske og strukturelle initiativer inden for kvalitetsudviklingsarbejdet i almen praksis. Nogle af disse præsenteres nedenfor.

Et kvalitetsudviklingsudvalg består principielt af to personer udpeget af praksisudvalget og to udpeget af amtsrådet. I nogle amter er det fagpolitikere fra praksisudvalget og amtsrådspolitikere, der, på basis af fagligt arbejde udført i underudvalg, tager stilling til projektstøtte. I andre amter er kvalitetsudviklingsudvalget i sin sammensætning mere fagligt orienteret. Mange kvalitetsudviklingsudvalg har bisiddere til at give faglige input til udvalgets arbejde.

4.1.9 TENDENSER I KVALITETSUDVIKLINGEN

Overordnet har kvalitetsudviklingen på det amtslige plan taget to retninger. Den ene har hovedsagligt søgt at skabe struktur og organisation til gavn for kvalitetsudviklingen. Den anden har fokuseret på konkrete praktiske initiativer.

De strukturelle og organisatoriske tiltag har bl.a. medført en række amtslige, delvist murstensløse, institutioner, der understøtter kvalitetsudviklingen. Disse institutioner giver så tag over hovedet til særlige funktioner og faggrupper inden for kvalitetsudviklingen, og der opnås faglig og finansiell synergi. Et eksempel er Faglig Udvikling i Almen Praksis (FUAP) i Storstrøms Amt (www.fuap.dk). Center for Kvalitetsudvikling i Almen Praksis (CfK) og NORDKAP er lignende initiativer i hhv. Københavns Kommune og Nordjyllands Amt.

I Århus Amt er der på baggrund af omfanget af kvalitetsudviklingsinitiativer sket en »knopskydning« på amtets sygesikring. Ved oprettelsen af »Praksisenheden« er der dannet et fundament for at servicere amtets alment praktiserende læger med facilitatorordning, IT-konsulenter, praksiskonsulenter, farmaceutfunktion, fysioterapeutkonsulenter og diætister.

**AMTSLIGE
UDVIKLINGSENHEDER**

Det er karakteristisk, at amterne i stigende grad ser et behov for gode strukturelle forhold. Det ser man udmøntet ved dannelsen af flere amtslige »udviklingsenheder« og det nationale CKI-udvalg. Det er også en tendens, at man i amterne går fra flere små projektorienterede initiativer mod mere fastlagte funktioner, der understøtter særlige udviklingsbehov. De praktiske initiativer omkring kvalitetsudvikling har overordnet koncentreret sig om følgende hovedområder (eksempler anført under hvert område):

- 1) **Kvalitetsudvikling fra sygehusvæsenet rettet mod almen praksis.**
 - Praksiskonsulentordningen.
 - Skandinavisk Uprøvning af Laboratorieudstyr for Almen Praksis (SKUP).
- 2) **Kvalitetsudvikling på snitfladen mellem primær- og sekundærsektoren.**
 - Kliniske vejledninger.
 - Klinisk information.
 - Patientforløb og koordinatorfunktionen.
 - Datakommunikation og IT.
- 3) **Kvalitetsudvikling i almen praksis.**
 - Patientevalueringer.
 - Farmaceutbesøg og rationel farmakoterapi.
 - Implementering. F.eks. praksisbesøg/facilitatorordning, efteruddannelse.
 - Forskning og dokumentation, f.eks. Audit Projekt Odense (APO), Funktionelle lidelser i almen praksis (FIP-projektet), Diabetesprojektet[1].

Mange af disse initiativer er startet i ét amt og herefter udbredt til andre, hvis de har vist sig at være funktionelle og effektive. Uanset disse initiativers udgangspunkt og indhold, er de alle rodfæstet i et samarbejde med almen praksis. Det er overordentlig vigtigt, idet den internationale litteratur om kvalitetsudvikling helt fra starten har dokumenteret, at det optimale udbytte fås, når alment praktiserende læger har et intellektuelt og praktisk »ejerskab« til kvalitetsudviklingen.

**PRAKSIS-
KONSULENTER**

Praksiskonsulentordningen er et godt eksempel på dette. Baggrunden for denne ordning var et behov for at forbedre samarbejdet mellem sygehusafdelinger og almen praksis. Ordningen skulle sikre, at information fra sygehusafdelinger faktisk nåede den alment praktiserende læge, at øge kvaliteten af den skrevne kommunikation (henvisninger og udskrivningsbreve) og i det hele taget at erstatte en ofte tilfældig og fagligt svag dialog mellem praksis og sygehuset til gavn for patienten. Man indføjede derfor et »talerør« mellem afdelingerne og almen praksis. På den ene side skulle praksiskonsulenten have praktisk erfaring med arbejdet i almen praksis og på den anden side være sygehusets/afdelingens forlængede arm ud i almen praksis. Det blev opnået ved at ansætte en alment praktiserende læge på sygehuset/afdelingen.

Praksiskonsulentordningen er nu udbredt til hele landet med omkring 300 konsulenter, og ordningen danner afsæt for en række initiativer omkring kvalitetsudviklingen på snitfladen mellem primær- og sekundærsektoren. I flere amter er der nu ansat ledere af ordningen (amtspraksiskoordinatorer), som typisk er centrale figurer i amtets kvalitetsudvikling (se også www.dsam.dk under Praksiskonsulentordning).

**KLINISKE
VEJLEDNINGER**

Omkring kvalitetsudvikling, der foregår på snitfladen mellem de to sektorer, skal arbejdet med kliniske vejledninger (eng. guidelines) fremhæves. I 80'erne begyndte man for alvor i udlandet at benytte kliniske vejledninger for arbejdet i almen praksis. Det var en metode til at sikre, at patienter med en bestemt sygdom fik den samme og bedste (evidensbaserede) omsorg. I dansk almen praksis lykkedes det at få startet arbejdet lokalt i samarbejde med speciallægerne på sygehusafdelinger. Aktiviteten blev samlet i Dansk selskab for almen medicin (DSAM), og fra midten af 90'erne begyndte man at udgive nationale vejledninger i et samarbejde mellem DSAM og P.L.O. DSAM startede også en mere systematisk registrering af de lokale initiativer og gjorde dem synlige via deres hjemmeside (www.dsam.dk). Indtil 2004 er der udgivet 12 nationale vejledninger, som er under stadig udbygning og som løbende opdateres. De kliniske vejledninger kobles til overenskomstens ydelser, så lægerne får et incitament til at tage vejledninger i brug (f.eks. hos hjerte-kar-sygdomme)

Kvalitetsudviklingen i selve almen praksis har primært koncentreret sig om implementeringen af ny viden (samt aflæring af gammel viden) og ændring i aktivitet. Det er klart, at efteruddannelsen af alment praktiserende læger i kraft af oprettelsen af Efteruddannelsesfonden har fået et overordentligt stort aktivitetsløft. Det ses dog ofte, at flere efteruddannelsesinitiativer, både hvad angår fagligt indhold og metode, initieres i kvalitetsudviklingsregi og bæres over i efteruddannelsesregi, hvis det er relevant.

PRAKSISBESØG

Praksisbesøg (facilitator, farmaceut mv.) er et af de kvalitetsudviklingsområder, hvor der foreligger god dokumentation for effekt og nytte. Ordninger med amtslige lægemiddelkonsulenter har vist, at det for indsatsområderne er lykkedes at ændre lægernes ordinationspraksis i gunstig retning, og at ordningen tilmed er omkostningseffektiv.

Endelig skal det pointeres, at de amtslige kvalitetsudviklingsmidler bidrager til forskning og dokumentation i almen praksis. Det sker f.eks. i forbindelse med forsknings- og udviklingsprojekters mulighed for at honorere alment praktiserende læger for dataindsamling og ved afprøvning af nye ydelser i almen praksis (såkaldte § 2-aftaler).

4.1.10 FINANSIERING AF SAMARBEJDET MED AMTERNE

De ovenfor nævnte tiltag finansieres via midler, der afsættes af amterne som følge af aftalerne mellem SFU og P.L.O. Det er en hensigtsmæssig måde at fremme udvikling og nye initiativer i en struktur, der består af omkring 2.200 små virksomheder. De afsatte midlers størrelse bestemmes af antallet af gruppe 1-sikrede i hvert amt. For CKI og Fagligt Udvalg overfører amterne i 2005 1,45 kr. pr. gruppe 1-sikret (ca. 7,8 mil.). Fordelingen mellem CKI og Fagligt Udvalg bestemmes af SFU og P.L.O.

De amtslige kvalitetsudviklingsfonde finansieres ved, at amterne indbetaler 5,27 kr. pr. gruppe 1-sikret (pr. 1.4.2004). Nationalt svarer det til omkring 28,4 mil. kr.

Til Forskningsfonden indbetaler amterne 2,55 kr. pr. gruppe 1-sikret svarende til ca. 13,8 mil. kr. i 2005. Desuden indbetaler staten 6 mil. kr. i henhold til en aftale fra 1991.

Efteruddannelsesfonden forsynes med midler, ved at amterne årligt indbetaler 8,00 kr. pr. gruppe 1-sikret svarende til 43,2 mil. kr. i 2005. Efteruddannelsesfonden har i de senere år fået tilført øgede midler, idet tilskuddet siden 2003 er steget med 67%.

ANDEL AF FINANSIERING

CKI og FU: 3,7%

Kvalitetsudviklingsudvalg: 13,3%

Forskningsfond: 6,5%

Specialeudd.: 56,3%

Efteruddannelse: 20,3%

Amanuensisfondens finansieringsgrundlag afhænger af det forventede behov. Pga. et øget antal uddannelseslæger i de nærmeste år vil Fondens samlede udgift stige fra 133,9 mil. kr. i 2004 til 257 mil. kr. i 2008 (92%). Amterne indbetaler også her et beløb pr. gruppe 1-sikret, men beløbet beregnes efter behovet. Amternes udgifter forventes at stige fra 120 mil. kr. i 2004 til 196,5 mil. kr. i 2008 (64%). Grundet praksis' medfinansiering og en længere uddannelse vil amternes andel af Fondens udgifter falde fra 90% i 2004 til 77% i 2008.

Sammenlagt er der altså tale om et amtsligt tilskud til kvalitetsudvikling, forskning, uddannelse og efteruddannelse på omkring 213 mil. kr. I tekstboksen til venstre ses de andele, som de enkelte fonde modtager af det samlede amtslige bidrag. Dertil kommer et årligt bidrag til Administrationsudvalget, der i 2004 beløb sig til 1,21% af de samlede udgifter til almen lægehjælp (inkl. lægevagten). Af midler afsat via Landsoverenskomsten til forskning og udvikling står forskningen kun for 15%.

4.1.11 SYGESIKRINGSREGISTRENE

De amtslige sygesikringer fører registre over, hvilke læger der er nedsat i amtet, og deres tilmeldte patienter og administrerer lægernes afregninger og honorering. Derfor har hvert amt et register over lægerne (yderregister) og et ydelsesregister over de ydelser, lægerne udfører (ydelse og receptpligtig medicin). Denne information får sygesikringerne elektronisk fra almen praksis og apotekerne. Sygesikringerne indberetter deres data til Amtsrådsforeningen, og data benyttes endvidere i Danmarks Statistik og Sundhedsstyrelsen.

KONTROL AF AKTIVITETEN

Sygesikringens registrering gemmes, så det er muligt at lave historiske oversigter. Især benyttes registre ved kontrolfunktioner og i forbindelse med praksiskøb og -salg. I Landsoverenskomstens § 100 er det fastsat, at amtet årligt skal lave en samlet og en praksisspecificeret opgørelse. Det er Samarbejdsudvalgets pligt at gennemgå disse opgørelser og evt. rette henvendelse til praksis og læger, hvis aktiviteten i praksis afviger fra de i forvejen fastsatte »undersøgelsesgrænser« for afvigelse. Undersøgelsesgrænserne fastsættes nationalt af Landssamarbejdsudvalget.

UNIK DATAKILDE

Sygesikringsregistre udgør en enestående datakilde, når man vil have indblik i ydelsesmønstret i almen praksis[2]. Man har mulighed for at følge patienternes brug af en lang række ydelser, og man kan følge praksis' udbud af ydelser. Det har stor betydning i sundhedstjenesteforskningen, som analyserer sundhedsvæsenets organisation og funktion. På trods af, at registrene er oprettet og drevet med afregningsformål, har de vist sig at kunne

levere helt unikke og valide data[3,4]. Modsat betyder det administrative grundlag, at data kun giver et meget beskedent indblik i sygdomsmønstret i almen praksis. Disse data mangler helt at kunne kobles med data om kontaktårsager og diagnoser.

4.2 SAMARBEJDET MED KOMMUNERNE

Kun omkring 9% af alment praktiserende lægers kommunikation med samarbejdspartner uden for praksis vedrører kommunerne[5]. Alligevel har den alment praktiserende læge og kommunerne et særdeles vigtigt samarbejde omkring betydende forhold for patienterne. Dette samarbejde forventes stærkt øget i fremtiden, hvor der kommer øget fokus på effektiv omsorg for langvarigt og kronisk syge (mindst 1 mil. borgere i Danmark lider af langvarig eller kronisk sygdom[6]).

Det har dog været iøjnefaldende, at almen praksis' samarbejdsrelationer med kommunerne har været løsere i aftalegrundlaget end med den offentlige sygesikring.

4.2.1 KLINISK SAMARBEJDE MED KOMMUNERNE

Det kliniske samarbejde med kommunerne vedrører:

- 1) Midlertidig syge og svækkede.
- 2) Kronisk syge og svækkede.
- 3) Palliativ indsats og terminal pleje af alvorligt syge og døende.
- 4) Skoler og andre institutioner omkring børn og handicappede mv.
- 5) Børnesundhedsplejen.

Det er karakteristisk for det kliniske samarbejde, at det overvejende er rettet mod hjemmesygeplejen. Hjemmesygeplejen har en særlig rolle i almen praksis' omsorg for de patienter, der midlertidigt, kronisk eller terminalt har et særligt behov for sygeplejefaglig hjælp i eget hjem. Hjemmesygeplejen er kommunens tilbud til borgerne og er ikke betinget af en lægehenvi-
sning. Kommunen er forpligtet til at yde vederlagsfri hjemmesygepleje ved lægehenvi-
sning.

HJEMMESYGEPLEJEN

Hjemmesygeplejen omfatter f.eks. pleje i forbindelse med livstruende og/eller svær sygdom, psykisk pleje, sundhedsfremmende tiltag samt behandling og kontrol af f.eks. sår, vejtrækningsproblemer, stomi eller kateter. En yderligere vigtig funktion er hjælpen til medicinadministration, så det sikres, at lægens ordinationer følges.

Der findes ikke overordnede retningslinjer for samarbejdet mellem almen praksis og hjemmesygeplejen. Oftest er hjemmesygeplejen hjemmehørende på lokalcentre i kommunen og har på den måde en tæt tilknytning til lokalsamfundet. Mange steder er der ad hoc-aftaler om samarbejdet mellem almen praksis og hjemmesygeplejen.

SUNDHEDSPLEJEN

Kommunerne har ifølge »lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge«, ansvaret for, at der etableres en kommunal sundhedstjeneste. Den kommunale sundhedstjeneste skal tilbyde sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse til forældre med spædbørn, småbørn og skolebørn. De sundhedsfaglige retningslinier fastlægges af Sundhedsstyrelsen[7]. Praktisk er den kommunale sundhedspleje organiseret med børnesundhedsplejersker, der varetager sundhedsplejen for børn i kommunen og i samarbejde med en kommunallægen (skolelæge) foretager de lovpligtige ind- og udskolingsundersøgelser. I 1998 foretog sundhedsplejerskerne i Danmark f.eks. gennemsnitligt 7,7 besøg til 0-årige børn og så hvert barn i børnehaveklasserne gennemsnitligt 1,4 gange. Kommunallægerne så 58% af alle børnehaveklassebørn og 89% af alle 9. klasse-børn i 1998[8].

4.2.2 SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE

ATTESTER OG MØDER

Det direkte socialmedicinske samarbejde med en patients sagsbehandler bygger for den overvejende dels vedkommende på standardiserede udtalelser fra patientens læge («LÆ-attesterne»). Det kan også bestå i telefoniske samtaler, ofte initieret af kommunen, men også af den alment praktiserende læge, hvis lægen mener, at patienten har behov for, at lægen hjælper med kontakten til sagsbehandleren eller agerer på, at patientens situation kræver, at der snarest laves en plan. Derudover kan den kommunale social- og sundhedsforvaltning og lægen deltage i møder hos lægen, på socialforvaltningen eller f.eks. på patientens arbejdsplads.

Alment praktiserende læger skal tilstræbe at deltage i det socialmedicinske arbejde, men har ikke pligt til det. Dog har lægen pligt til at videregive helbredsmæssige oplysninger om patienten ved kommunens sagsbehandling af førtidspension, sygedagpenge, revalidering, medicintilskud og hjælpemidler. Vedrørende de særlige attester har kommunerne (KL) indgået en aftale med Den Almindelige Danske Lægeforening (Attestudvalget) om standarderne for disse attester og lægernes honorarer for udfyldelse af attesterne. Lægerne honoreres i øvrigt af amtet for det socialmedicinske samarbejde i henhold til Landsoverenskomsten.

4.2.3 FORMELT SAMARBEJDE MED KOMMUNERNE

Der foregår et formaliseret samarbejde omkring kommunernes behandling af sager om sygedagpenge, revalidering og førtidspensionering. Samarbejdet sker dels i et direkte samarbejde med patientens sagsbehandler og/eller kommunens konsulent, dels samarbejdes der i team (f.eks. sagsbehandler, egen læge, kommunelæge, psykolog, psykiater mv.) i forbindelse med komplicerede sager, og endelig er der attestsamarbejdet, hvor lægen dokumenterer patientens helbredstilstand.

I loven om offentlig sygesikring bestemmes det, at amtsrådet og kommunalbestyrelserne i amtet skal etablere et samarbejde om den amtslige og den kommunale indsats på sundhedsområdet og tilgrænsende sektorer. Det skal ske i henhold til sundhedsplaner, som er udarbejdet i amterne. Flere kommuner har dog været fritaget for at deltage i dette arbejde.

4.2.4 KOMMUNALE KONTAKTUDVALG

Landsoverenskomsten giver kommunerne mulighed for at nedsætte et udvalg, det Kommunale Kontaktudvalg, bestående af repræsentanter for de alment praktiserende læger i kommunen og repræsentanter for kommunen. Det skal styrke samarbejdsrelationerne mellem almen praksis og kommunen, bl.a. for at udnytte lægernes viden om de lokale sociale- og sundhedsmæssige problemer.

Det Kommunale Kontaktudvalg er med til at sikre, at der aftales en samordnet indsats over for borgere, f.eks. omkring håndtering af truede familier (f.eks. misbrug, psykisk lidelse), plejekrævende patienter, terminalpleje, behov for boliger for ældre og handicappede, psykisk syge med sociale problemer og forebyggelse af (gen)indlæggelse på sygehus.

FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG

Et eksempel på et sådant initiativ er et forskningsprojekt i 34 kommuner om betydningen af forebyggende hjemmebesøg hos ældre[9]. Her lavede man i et samarbejde mellem almen praksis og kommunerne en særlig besøgsordning, hvor ældre hjemmeboende fik et forebyggende besøg med henblik på tidligere at opdage tegn på funktionsnedsættelse, forebygge fald og evt. bede den ældres læge optimere medicinsk behandling mv. Det viste sig, at ældre kvinder, men ikke mænd, der havde modtaget hjemmebesøg, i højere grad bevarede deres funktionsevne end kvinder, der ikke havde modtaget hjemmebesøg.

I nogle kommuner eller i et fællesskab mellem flere kommuner er der lavet sociale koordinationsudvalg med fokus på arbejdsmarkedet. Hovedopgaverne er at forebygge udstødelse fra arbejdsmarkedet og at fastholde medarbejdere, der pga. sygdom eller nedslidning har risiko for at miste deres job. Konkret arbejder man med forhold som fleks- og skånejob, revalidering og omskoling.

Det er kommunens opgave at stå for oprettelsen af de kommunale kontaktudvalg, og det er kommunen, der honorerer lægerne. Desværre er kontaktudvalgene enten ikke oprettet eller fungerer ikke efter hensigten. En undersøgelse i 2004 viste, at der i hhv. 55 og 129 af landets 271 kommuner var oprettet kontaktudvalg og koordinationsudvalg med læger[10].

4.2.5 PRAKSISKONSULENTER I KOMMUNERNE

Som nævnt i afsnit 4.1.9 er der sket en national implementering af praksiskonsulentordningen. Oprindeligt var denne funktion tænkt som et bindeled mellem sygehuse/afdelinger og almen praksis. Der er nu også eksempler på ordninger med praksiskonsulenter i forhold til det socialmedicinske arbejde.

Den kommunale praksiskonsulent er ansat af kommunen. Praksiskonsulenten arbejder på samme vis som de øvrige konsulenter ved at søge fælles opgaver mellem almen praksis og kommunerne beskrevet, koordineret og kommunikeret ud til alment praktiserende læger med tilknytning til kommunen.

4.3 LITTERATUR

1. Olivarius NF, Beck-Nielsen H, Andreasen AH, Horder M, Pedersen PA. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *BMJ* 2001;323:970-5.
2. Olivarius NF, Hollnagel H, Krasnik A, Pedersen PA, Thorsen H. The Danish National Health Service Register. *Dan Med Bull* 1997;44:449-53.
3. Sørensen HT, Schulze S. Danish health registries. *Dan Med Bull* 1996;43:463.
4. Sørensen HT. Regional administrative health registries as a resource in clinical epidemiology. A study of options, strengths, limitations and data quality provided with examples of use. *Int J Risk Safety in Medicine* 1997;10:1-22.
5. Pedersen KM, Munck A, Hansen DG, Bro F, Kragstrup J. Praktiserende lægers kontakter med social- og sundhedsvæsenet september 2003. Odense: Audit Projekt Odense (APO), 2003.
6. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
7. Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier. Komiteen for Sundhedsoplysning. København: Sundhedsstyrelsen, 1995.
8. Krag A, Nielsen HS, Norup M, Madsen SM, Rossel P. Research report: do general practitioners tell their patients about side effects to common treatments? *Soc Sci Med* 2004;59:1677-83.
9. Vass M, Avlund K, Kvist K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N. Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:106-11.
10. Opgørelse over kontakt- og koordinationsudvalg i amterne. Nye tal fra P L O, 2004.

Forebyggelse i almen praksis

De forskellige aspekter af forebyggelse gennemgås med fokus på de lovmæssige tilbud og initiativer i forhold til livsstilssygdomme

Dele af forebyggelsen i det danske sundhedsvæsen er historisk tæt knyttet til almen praksis (se afsnit 3.1, side 40). Almen praksis har derfor en stor rolle i forebyggelsen af bl.a. børnesygdomme, graviditetskomplikationer og udbredelsen af smitsomme sygdomme. Disse forhold er lov- og overenskomstmæssigt bestemte. Forebyggelse i almen praksis er også en del af enhver kontakt til den alment praktiserende læge. Almen praksis har i løbet af et år kontakt med 85% af befolkningen, og en meget stor andel af borgere med kroniske sygdomme ses i almen praksis.

Samtidig mener over 90% af befolkningen, at man kan gøre noget selv for at bevare et godt helbred[1], og halvdelen af voksne patienter i konsultationen i almen praksis, har efter lægens vurdering en eller flere risikofaktorer og for 74% af disse patienter angav lægen at patienten nok ønskede tilbud om forebyggelse[2].

Det er derfor vigtigt, at den alment praktiserende læge er uddannet inden for forebyggelsesprincipper, især forebyggende arbejde rettet mod det enkelte individ[3].

5.1 HVORFOR FOREBYGGE?

»Det er bedre at forebygge end at helbrede«, og med sin brede kontaktflade har almen praksis altid været en hovedaktør inden for forebyggelse. Almen praksis har deltaget i at forebygge smitsomme sygdomme (f.eks. børnesygdommene og tuberkulose), kønssygdomme (f.eks. syfilis og gonoré), mangelsygdomme (f.eks. engelsk syge ved D-vitaminmangel) og fejlnærings sygdomme (f.eks. jernmangel hos spæde). I takt med en øget levestandard og en specifik indsats med kosttilskud og vaccination er betydningen af disse sygdomme reduceret, og indsatsen er nu fokuseret på livsstilssygdomme, screening o.l.

Ifølge WHO vil op mod 70% af al sygdom i 2020 skyldes livsstilsfaktorer såsom fysisk inaktivitet, rygning, overvægt, uhensigtsmæssig kost og alkoholmisbrug[4]. Forebyggelsen af livsstilssygdomme fylder allerede meget i almen praksis.

Almen praksis er i stigende grad involveret i at forebygge forværring af sygdom hos den gruppe borgere, der har en eller flere kroniske lidelser (omkring 40% af voksne danskere har en langvarig sygdom[1]). I takt med øgede muligheder for livsforlængende behandling og et øget antal ældre borgere vil behovet for denne type forebyggelse øges.

5.2 FOREBYGGELSE I ET TEORETISK PERSPEKTIV

Forebyggelse opdeles traditionelt i en primær, en sekundær og en tertiær del. Ved primær forebyggelse søger man at undgå, at sygdom opstår (f.eks. livsstilssygdomme). Ved sekundær forebyggelse søger man at diagnosticere en sygdom tidligt (f.eks. livmoderhalskræft), og

LIVSSTIL ER

årsag til 70% af sygeligheden i år 2020

PRIMÆR, SEKUNDÆR OG TERTIÆR FOREBYGGELSE

ved tertiær forebyggelse søger man at afbøde skadevirkningen af allerede opstået sygdom (kronisk sygdom).

Man taler om, at forebyggelse kan være rettet mod individet, mod grupper af personer, mod forskellige miljøer og mod samfundet. Den alment praktiserende læges arbejdsform indbyder til det individuelle forebyggende arbejde. Det forebyggende arbejde over for befolkningen (eng. public health) har traditionelt ligget hos samfundsmedicinen, ikke mindst pga. embedslægerens opgaver (smitsomme sygdomme, fødevarer, miljøfaktorer mv.).

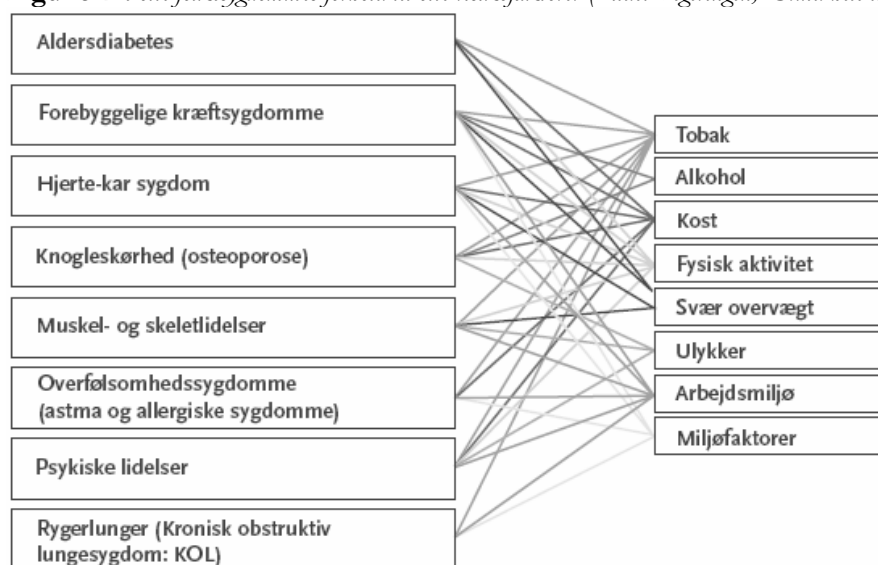
I de senere år er der blevet inddraget yderligere begreber med relation til forebyggelse såsom rehabilitering, sundhedsfremme og egenomsorg.

5.2.1 ÅRSAG, RISIKO OG PROGNOSE

ÅRSAG ELLER RISIKOFAKTOR

Sygdom er karakteriseret ved at have en eller flere årsager. Når de nødvendige årsager er til stede, følger sygdommen på et tidspunkt. F.eks. skyldes kræft, at en eller flere celler har mistet evnen til at dele sig på reguleret vis. Det er årsagen til, at vi ser en kræftknode (tumor). Men årsagerne til, at cellen ændrer sig, er f.eks. en nedarvet tilbøjelighed til kræft, giftstoffer, rygning, alkoholmisbrug, kost og arbejdsmiljø (Figur 6). Da ingen af disse er hverken fuldstændige årsager (giver altid sygdommen) eller nødvendige årsager (skal være til stede for at sygdommen optræder), kalder man dem risikofaktorer.

Figur 6. De otte folkesygdommes forhold til otte risikofaktorer (Kilde: Regeringen, »Sund hele livet«)



PROGNOSE

Når sygdommen er opstået, ser man på de prognostiske faktorer for sygdommen. F.eks. er rygning den største risikofaktor for lungekræft, men hos en patient, der har lungekræft, er de vigtigste prognostiske faktorer derimod patientens alder, kirurgisk fjernelse af kræften og strålebehandling. Rygning betyder kun lidt. Viden om prognostiske faktorerers betydning er grundlaget for tertiær forebyggelse.

Læger oplever forskellige årsager til sygdom i forhold til, hvor i sundhedsvæsenet de arbejder. I almen praksis vil lammelser i kroppen som følge af hjerneskader typisk skyldes blodpropper eller blødninger i hjernen (apopleksier) hos ældre patienter. Er man på en børneafdeling, vil årsagen være fødselsskader, og på en neurologisk afdeling kan man måske få opfattelsen af, at influenzavaccination er en hyppig årsag til hjerneskade. Det betyder, at man kan have forskellige indfaldsvinkler til forebyggelse, alt efter hvor man befinder sig i sundhedsvæsenet, og hvilken årsagssammenhæng man betragter.

5.2.2 FOREBYGGELSE OG RELATEREDE BEGREBER

I Tabel 11 er listet nogle forklaringer og definitioner på en række af de begreber, der benyttes i forbindelse med det forebyggende arbejde i almen praksis. Der er flere områder, hvor begreberne overlapper, og det kan være svært at adskille dem. I figuren er »behandling« taget med for at vise sammenfaldet med sekundær og tertiær forebyggelse, der ofte er en integreret del af en god behandling i almen praksis. Det ses også, at screening er en del af sekundær forebyggelse.

Tabel 11. Skema over begreber, der benyttes i forbindelse med det forebyggende arbejde

Forebyggelse	Benævnes også profylakse og prævention. Benyttes som »overbegreb« for arbejdet med at forebygge, opspore og modvirke sygdom. Inddeles i tre komponenter:
Primær	Hindre sygdom i at opstå ved at fjerne årsager og risikofaktorer hos raske.
Sekundær	Opdage sygdommen tidligt hos tilsyneladende raske ved at finde tidlige sygdomstegn eller forstadier dertil.
Tertiær	Hindre at igangværende sygdom forværres og påfører personen yderligere lidelse.
Sundhedsfremme	Indsats der fokuserer på at styrke ressourcerne hos en person for at opnå sundhed og god livskvalitet. Kan f.eks. omfatte levevilkår og livsstil. Er nært knyttet til primær forebyggelse, men søger at fremme sundhed (salutogenese), mens primær forebyggelse søger at undgå sygdom (patogenese).
Screening	Sekundær forebyggelse (tidlig diagnose af sygdom hos raske) rettet mod en nærmere bestemt gruppe personer.
Rehabilitering	Indsats til at hjælpe en patient med at genvinde og vedligeholde den bedst mulige funktion efter en sygdom. Rehabilitering er nært knyttet til tertiær forebyggelse.
Behandling	Søger at fjerne eller bremse en sygdomsproces og, om muligt, fjerne eller dæmpe årsagen og desuden korrigerer de unormale tilstande fremkaldt af sygdommen.

5.3 PRIMÆR FOREBYGGELSE

Langt den største del af det formaliserede forebyggende arbejde i almen praksis er primær forebyggelse. Omtale af risikofaktorer for udviklingen af sygdom er en integreret del af mange konsultationer i almen praksis. Det er f.eks. drøftelse af tobaksforbrug, motion, kost, infektionsforebyggelse hos børn etc.

5.3.1 ANTIKONCEPTION

Alle har ret til vederlagsfri rådgivning om antikonception, seksualhygiejne mv. En del amter opfyldte i en lang årrække dette ved at have antikonceptionsklinikker. De fleste antikonceptionsklinikker er nu nedlagt, og patienter søger rådgivning hos egen læge.

For at sikre alle adgang til neutral antikonceptionsvejledning kan patienten frit vælge en alment praktiserende læge i amtet og skal altså ikke benytte egen læge (se listeprincippet, afsnit 3.5.3, side 46). Vejledningen omfatter samtale om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder, evt. ordination af p-piller og indlæggelse af spiral samt de undersøgelser, der er nødvendige for dette. I 2003 var 537 konfrontationskontakter og 473 telefonkontakter registreret for en anden end egen læge. Langt de fleste vælger altså egen læge.

5.3.2 FOREBYGGENDE BØRNEUNDERSØGELSER

De forebyggende helbredsundersøgelser af børn blev indført ved lov lige efter anden verdenskrig og var rettet mod tidens vigtigste helbredsproblemer hos børn. Undersøgelserne bestod især af screening for følger af fejlernæring, mangelsygdomme og infektionssygdomme, herunder børnesygdomme, polio og tuberkulose.

Siden har sygdomsmønstret ændret sig, og selvom lægen stadig screener børn for især medfødte sygdomme, psykosomatiske udviklingsforstyrrelser og sansedefekter (syn og hørelse), er dette i dag en mindre del af den forebyggende indsats.

Sundhedsfremme og primær forebyggelse har fået en central placering. For børnenes vedkommende rådgives f.eks. om barnets normale udvikling, ernæring og forholdsregler ved almindelige sygdomme samt forebyggelse af allergi, ulykker og miljøpåvirkninger, herunder tobaksrøg. Den praktiserende læge har gennem sit generelle kendskab til familien og via de forebyggende undersøgelser en central placering i forbindelse med opsporing af børn med behov for en særlig indsats på grund af fysiske, psykiske og sociale problemer. Lægen kan henvise til social- og sundhedsvæsenet eller selv yde den nødvendige indsats.

**SYV UNDERSØGELSER
TIL FØRSKOLEBØRN**

Børn i førskolealderen tilbydes syv forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis, hvoraf de tre gennemføres i barnets første leveår. Børneundersøgelserne har høj tilslutning i barnets første leveår, hvor omkring 95% af børnene i en årgang deltager i forebyggende børneundersøgelser. Derefter falder deltagelsen til ca. 75% (se Tabel 20, side 83).

5.3.3 FOREBYGGENDE GRAVIDITETSUNDERSØGELSER

Graviditetsundersøgelserne blev ligeledes indført i årene efter anden verdenskrig. Gravide undersøges for bl.a. infektionssygdomme, svangerskabsforgiftning, immunstatus (f.eks. røde hunde og leverbetændelse (hepatitis)), metaboliske sygdomme (sukkersyge) og hæmmet fosterudvikling. Samtidig er en central del af graviditetsundersøgelsen en generel, individualiseret rådgivning om sundhedsfremme, som tilsigter at gøre kvinden stærkere og bedre rustet til at håndtere graviditet, fødsel og perioden derefter (empowerment).

De forebyggende graviditetsundersøgelser er beskrevet i profylakseaftalen på baggrund af lov om svangerskabshygien og fødselshjælp og Sundhedsstyrelsens retningslinjer[5]. Baseret på antallet af fødsler kan tilslutningen til svangreundersøgelserne estimeres til omkring 85% (se Tabel 19, side 83).

**TRE UNDERSØGELSER
TIL GRAVIDE**

Gravide tilbydes tre undersøgelser hos egen læge og syv hos jordemoder inden fødslen. Den første af disse undersøgelser foregår hos egen læge med start af svangrejournal.

I sidste del af 90'erne udgav Sundhedsstyrelsen nye retningslinjer, der anbefalede en mere problemorienteret og primærprofylaktisk tilgang til forebyggende undersøgelser hos gravide. I efteråret 2004 ændrede Sundhedsstyrelsen endvidere reglerne således, at alle kvinder skal tilbydes information om fosterdiagnostik. Fremover skal almen praksis således i højere grad rådgive kommende forældre om brugen af fosterdiagnostik og de forskellige forhold omkring genetisk rådgivning (arvelige sygdomme).

5.3.4 VACCINATIONER

Almen praksis varetager det danske vaccinationsprogram for børn. Børn tilbydes vaccination for otte infektionssygdomme: Difteri, stivkrampe (tetanus), kighoste (pertussis), polio, Hib-infektion (Hæmophilus influenzae type b), mæslinger (morbilli), fåresyge (parotitis epidemica) og røde hunde (rubella). Vaccinationsprogrammet ledes af Statens Serum Institut. Flere af vaccinationerne gives i kombinationer (Di-Te-Ki-Pol og MFR) i forbindelse med de forebyggende børneundersøgelser. Ifølge de seneste tal var dækningsgraden i 2001 mellem 95 og 98% af alle børn for Di-Te-Ki-Pol 1, 2 og 3 og Hib 1, 2 og 3[6]. I 2003 var tilslutningen 96% for MFR1 og 88% for MFR2[7]. Desuden tilbydes særligt udsatte grupper af børn vaccination for Hepatitis B (leverbetændelse).

Foruden børnevaccinationerne gives der gratis forebyggende vaccination for røde hunde til fødedygtige kvinder, der ikke har haft denne infektion som barn eller ikke har deltaget i

vaccinationsprogrammet. Det skyldes, at røde hunde under graviditeten øger risikoen for abort og fostermisdannelser. Sundhedsstyrelsen har endvidere indført gratis tilbud om influenzavaccination til alle ældre fyldt 65 år (ca. 800.000 borgere). Vaccinationen betales af kommunen og foretages af egen læge eller enkelte private udbydere af vaccinationer.

5.3.5 FOREBYGGELSESKONSULTATIONER

Den oprindelige intention med Landsoverenskomsten var, at den omhandlede diagnostik, behandling og kontrol og gav ikke mulighed for en almindelig konsultation, der alene indeholdt forebyggelse. I 1995 blev der lavet en aftale om en almindelig forebyggelseskonsultation.

ALM. FOREBYGGELSESKONSULTATION

Forebyggelseskonsultationen er på forhånd aftalt med patienten til at omfatte forebyggende rådgivning og samtale. Den kan f.eks. vedrøre rygestop, motion og kost og kan eventuelt gennemføres af andet klinikpersonale under lægens supervision. I 2003 blev der registreret knap 31.000 forebyggelseskonsultationer i Danmark.

FOREBYGGELSESKONSULTATION VED ISKÆMISK HJERTESYGDOM

I 1998 kom Dansk selskab for almen medicin's (DSAM) første vejledning om forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis. Den omhandlede den dokumenterede nedbringelse af sygdom og dødelighed vha. en særlig forebyggende indsats og opsporing af risikofaktorer hos patienter i almen praksis (findes på www.dsam.dk). Som konsekvens heraf indførte man i Landsoverenskomsten en »forebyggende konsultation vedrørende iskæmisk hjertesygdom«. Den tager udgangspunkt i, at lægen ved en tidligere konsultation har vurderet, at patientens 10-års risiko for iskæmisk hjertesygdom er på 20% eller derover. Ydelsen tilbydes også personer, der allerede har iskæmisk hjertesygdom.

Det er intentionen, at lægen og patienten i fællesskab vælger den optimale strategi for forebyggelsen. Typisk foregår der opfølgende rådgivning i efterfølgende forebyggelseskonsultationer, hvor der kan fokuseres på patientens livsstil. Her vil motivationssamtalen ofte være en velegnet samtalemethode, som kan hjælpe patienten med overvejelser og beslutninger om at lægge sine vaner om[8,9]. I 2003 blev der ydet næsten 43.000 af disse udvidede forebyggelseskonsultationer. Denne ydelse giver et meget større honorar end den almindelige forebyggelseskonsultation, idet den er forbundet med et ofte ret stort tidsforbrug.

MOTIVATIONSSAMTALEN

I dansk almen praksis har der været en forskningsmæssig interesse omkring dels at øge patienternes motivation til ændring af livsvaner (»motivationssamtalen«), dels værdien af at finde patienter i risiko for sygdomme, der kan forebygges (forebyggende helbredsundersøgelse). Overordnet peger resultaterne af forskningen i retning af, at uddannelse af alment praktiserende læger i motivationssamtalen[8,9] bliver godt modtaget og udnyttet af lægerne[10], og denne metode har vist effekt på nogle områder[11]. Der er derfor et stort behov for almenmedicinsk forskning for endeligt at kunne fastslå effekten og værdien af motivationssamtalen i forebyggelsen i almen praksis.

FOREBYGGENDE HELBREDSUNDERSØGELSER

Flere projekter i dansk almen praksis har undersøgt effekten af systematisk at tilbyde helbredsundersøgelser og samtaler om livsstil og risikofaktorer. Det er hensigten at opdage ikke-erkendt sygdom og identificere risikofaktorer for sygdomme, så man kan starte en tidlig behandling og forebyggelse. Dansk almenmedicinsk forskning har vist, at mange patienter tager imod tilbuddet om en forebyggende helbredsundersøgelse, og det er af flere forfattere konkluderet, at risikoen for især hjerte-kar-sygdom kan reduceres[12-15]. Det diskuteres dog, hvor sikker den opnåede viden er på området, og der er enighed om, at der er et stort behov for yderligere forskning til at beskrive effektens størrelse, fordele og ulemper, langtidsløbet og den alment praktiserende læges perspektiv på det[16]. Den første danske undersøgelse af betydningen af helbredsundersøgelserne over en længere årrække fandt, at brugen af forebyggende helbredsundersøgelser gav et fald i indlæggelser efter fem

år sammenlignet med kontrolgruppen[17]. Samme undersøgelse viste dog også, at patientens selvvalgte helbred havde større betydning for forløbet end det at få en helbredsundersøgelse. Derfor er det vanskeligt præcist at pege på, om og i hvilken form forebyggende helbredsundersøgelser kan benyttes i almen praksis, men der er enighed om, at værdien af forebyggelsen er størst hos patienter i høj risiko. Personer med god uddannelse og højere social status har størst udbytte af forebyggelse med fokus på risiko. For patienter med færre ressourcer kan fokus på mestring og barrierer måske være mere nyttig[18].

I de seneste år er der kommet en række forskellige amtslige initiativer, der skal søge at give den alment praktiserende læge nogle muligheder for at tilbyde patienten konkrete tilbud. Det er f.eks. »motion på recept«, rygeafvænningskurser, livsstilscentre etc. Disse muligheder skal løbende evalueres og deres indhold og værdi formidles til lægerne i almen praksis[19]

5.4 SUNDHEDSFREMME OG GENEREL FOREBYGGELSE

Der er ikke en formel aftale eller et incitament til at begunstige sundhedsfremme i almen praksis. Ikke desto mindre indgår rådgivning om sundhedsfremme i de fleste konsultationer, og teoretisk undervisning i sundhedsfremme er en del af specialeuddannelsen i almen praksis, ligesom sundhedsfremme har optaget de almenmedicinske forsknings- og undervisningsmiljøer gennem årtier.

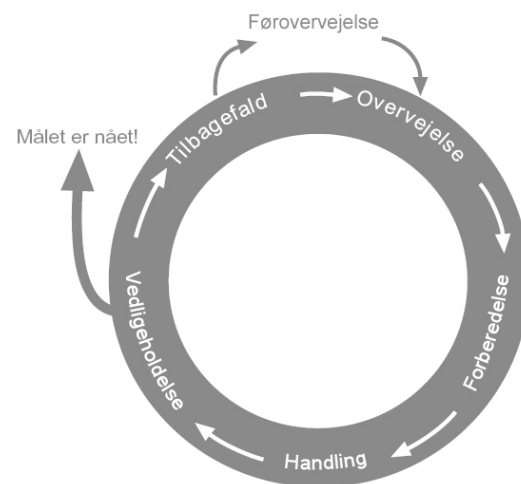
Kort beskrevet er målet at øge patienternes motivation, mestring og ansvarsfølelse for eget helbred via fokusering på patientens ressourcer, og hvad der bevarer og konsoliderer sundhed frem for fokus på sygdom (salutogenetisk perspektiv)[20].

Ved mange sygdomsepisoder, f.eks. muskel-skelet-lidelser, lungelidelser, livsstilssygdomme osv., er der forhold i patientens livsstil, som kan have betydning for patientens helbred og opfattelse af behov for lægehjælp. Det er kendt, at enhver sygdomsepisode udgør en stærk motivation for at foretage livsstilsændringer. Det udnyttes hyppigt i konsultationen, hvor lægen benytter et tilfælde af bronkitis til at tale om tobaksforbrug, eller hvor lægen benytter en konsultation om smerter i bevægeapparatet til at tale om arbejdsmiljø, motion mv.

MOTIVATION

Alle patienter bærer en vis grad af motivation i sig, hvorfor lægen i konsultationen ofte arbejder systematisk med at stimulere denne motivation. Når mennesker ændrer adfærd, gennemgår de forskellige stadier (Figur 7).

Figur 7. »Forandringens hjul«. De seks stadier ved forandringen af risikoadfærd[8]



I »førovervejsstadiet« er patienten kun lidt motiveret og er uvidende om eller negligerer behovet for at ændre levevis til gavn for sit helbred. Det store spring i patientens forandringsproces er til »overvejsstadiet«, hvor patienten f.eks. taler med lægen om det hensigtsmæssige i at ændre adfærd. Hvis patienten er motiveret for at gå videre, gennemgås »forberedelsesstadiet«, hvor patienten har besluttet, at der skal ske ændringer. Her bidrager lægen med viden og optimisme om, at ændringen kan lade sig gøre. I »handlingsstadiet« ændrer patienten levevis, og lægen understøtter med vejledning og regelmæssige konsultationer. Den sværeste og længste fase er »vedligeholdelsesstadiet«, hvor patienten skal undgå tilbagefald og konsolidere sin ændrede levevis. Hvis ændringen ikke kan vedligeholdes, kommer »tilbagefaldsstadiet«. Her skal lægen hjælpe patienten til at vende tilbage til »overvejsstadiet« - altså videre rundt i forandringshjulet.

5.5 SEKUNDÆR FOREBYGGELSE

I almen praksis foregår den sekundære forebyggelse dels som en individorienteret forebyggelse, hyppigst en bestanddel af den almindelige kliniske behandling, dels som en gruppeorienteret, systematisk forebyggelse (typisk som screening).

5.5.1 INDIVIDORIENTERET SEKUNDÆR FOREBYGGELSE

En relativt stor del af patienter i almen praksis er på et tidligt stadie i sygdomsprocessen. Det sker derfor ofte, at den alment praktiserende læge som et led i sin behandling også skal identificere tidlige tegn på eller forstadier til sygdom. Et eksempel er den let overvægtige, inaktive patient, der får målt et let forhøjet fastblodsukker. Det er tegn på begyndende type-2 diabetes. Behandlingen er at søge risikofaktorerne for udvikling af diabetiske følgesygdomme elimineret samt at søge blodsukkerniveauet normaliseret ved livsstilsændring og senere måske med medicin. Det er typisk for en række sygdomme i almen praksis.

Den alment praktiserende læge kan udnytte kendskabet til patienten og viden om forløbet som »patient« - medicinsk, psykologisk og socialt - og arbejder derved med flere aspekter af at være i »risiko«. Lægen ved godt, at den lidt overvægtige buschauffør på 46 år med 6 års skolegang bag sig, hvis far døde som 50-årig af en blodprop, og hvis storebror blev bypassopereret sidste år, som blev skilt for tre år siden og nu er blevet arbejdsløs, har en endog meget høj risiko for at dø tidligt af sit tobaksforbrug. Lægen ved oven i købet også, at han vil have sværere end gennemsnittet ved at ophøre med tobaksrygning og tænke sundhed og sund adfærd som en fast del af sit liv. Denne brede viden om individet er anderledes end den viden om »risikofaktorer«, som vi har fra statistiske analyser af grupper og kan være vigtig i diskussionen og tilrettelæggelsen af, hvilke sundhedspædagogiske og forebyggende strategier man skal vælge.

5.5.2 SCREENING

Ved screening forstås en undersøgelse af en nærmere defineret gruppe personer uden den aktuelle sygdom med henblik på at opspore tidlige tegn på sygdommen. Der kan også være tale om at finde forstadier til sygdommen.

Bla. fordi de personer, man undersøger, ikke har mærket den aktuelle sygdom og måske er helt raske, skal screening udføres med omtanke og kun, når en række krav er opfyldt. Dette skal beskytte personerne mod unødigt angst og evt. bivirkninger og beskytte samfundet mod et overforbrug af ydelser til screening.

Derfor omfatter bedømmelsen af et screeningsprogram f.eks. altid solid dokumentation for, at screeningsundersøgelsen er pålidelig, at den er sundhedsøkonomisk forsvarlig at indføre, at teknologien kan fungere i organisationen, og at de afledte psykiske bivirkninger kan accepteres.

Der findes overordnet to metoder til at udvælge de personer, der skal screenes. Den ene identificerer en bestemt befolkningsgruppe, der vil have fordel af screeningstilbuddet, og disse borgere inviteres til at deltage. Den anden indfører screeningen som et generelt tilbud knyttet til en sundhedsydelse, f.eks. når patienten alligevel er i konsultation i almen praksis.

**INVITERET
SCREENING**

Ved den inviterede screening gives et ensartet tilbud om screening til en bestemt gruppe begrundet i en lægefaglig dokumentation og politisk beslutning (f.eks. på basis af en medicinsk teknologivurdering). Alle personer inviteres til at deltage, og det er så op til den enkelte at tage stilling til enten at deltage, søge yderligere information eller afslå tilbuddet.

En af sundhedsvæsenets mest veletablerede, inviterede screeninger udføres i almen praksis mod livmoderhalskræft (»cancer colli uteri«). I de fleste amter udføres den blandt kvinder mellem 23 og 60 år (ét sted først fra 45 år). Hvert tredje eller fjerde år indkaldes kvinden automatisk, og omkring 70-80% af kvinderne tager imod tilbuddet. Antallet af kvinder, der får livmoderhalskræft (500 pr. år), er halveret siden 1960'erne.

**SCREENING NÅR
PATIENTEN
ALLIGEVEL ER HOS
LÆGEN**

Den anden metode at udvælge personer til screening på er ved at indføre screeningsundersøgelsen som en del af en sundhedsydelse. Screening foregår altså, når patienten alligevel er der. Patienterne indkaldes ikke, og lægen eller en anden sundhedsperson gør patienten opmærksom på, at når patienten alligevel er i praksis, så kan man gennemføre screeningen. Det kan f.eks. være blodtryksmåling, måling af kolesteroltal, registrering af rygerstatus etc. hos alle voksne patienter i konsultationen i almen praksis (kaldes også »case finding«[3]).

**SCREENING SKAL
PASSE TIL DEN
KLINISKE SITUATION**

Som berørt i afsnit 2.5, side 30, er læge-patient-relationen og det intime rum i konsultationsprocessen følsomt og afhænger af en balance mellem patientens dagorden og lægens viden og rådgivning. Samtidig er konsultationsprocessens forløb af stor betydning for vær-dien og udbyttet af konsultationen.

Ved at invitere borgere i en bestemt målgruppe giver man dem mulighed for at henvende sig til egen læge for at få rådgivning for og imod screeningen, inden de tager stilling til, om de vil undersøges. Emnet for konsultationen vil naturligt være screeningen, hvilket giver læge og patient mulighed for at opnå en relevant læge-patient-relation. Den inviterede screening er dog omstændelig og kræver ressourcer til administration mv.

Screening, når patienten alligevel er i praksis, kan derimod være fristende at benytte i forebyggelsen, idet den kan indføres uden invitation mv. Dog er den betænkelig af flere grunde. For det første tilbydes kun de patienter, der kommer til læge, denne screening. Det bryder med det grundlæggende princip om lige adgang til ydelser. Man ved heller ikke, om alle læger tilbyder og udfører screeningen, idet patienten f.eks. ikke informeres via en invitation.

Denne type screening passer også ofte dårligt ind i konsultationsprocessen. For det første kommer patienten med et bestemt problem, der skal afklares på relativt kort tid. Hvis lægen skal introducere en screening, kan det gribe forstyrrende ind. I andre situationer kan screeningen være decideret ødelæggende for tilliden og læge-patient-relationen. I en dansk undersøgelse af screening for storforbrug af alkohol hos patienterne i lægens venteværelse [21] fandt man f.eks., at det var vanskeligere for lægerne at gennemføre samtalerne i konsultationen, end de var vant til, og at det var forstyrrende og tidskrævende i forhold til konsultationsprocessen.

Der er ikke enighed mellem alment praktiserende læger om ønskværdigheden af mere omfattende screeningsaktiviteter i almen praksis.

5.6 TERTIÆR FOREBYGGELSE OG REHABILITERING

Den alment praktiserende læge udøver i omsorgen for kronisk syge et betydeligt arbejde med at optimere patientens funktioner efter sygdom (rehabilitering) og med at hindre sygdommen og dårlige prognostiske faktorer i at få yderligere konsekvenser for patienten (tertiær forebyggelse). Et eksempel er patienten, der udskrives fra sygehuset efter en blodprop i hjertet (AMI). Blodproppen har gjort hjertemusklens slap, og hjertets pumpefunktion er svækket. Patienten har været hos diætist og er sat i behandling med blodfortyndende og kolesterolsænkende medicin for at undgå flere blodpropper (sekundær forebyggelse), er i behandling for at øge og bedre hjertets pumpefunktion (tertiær forebyggelse) og er startet på hjerterehabilitering med bl.a. motion og instruktion i sund livsstil.

Når en sådan patient modtages i almen praksis, skal egen læge indgå som en del af et sammenhængende sundhedsvæsen og overtage relevante opgaver: Han skal samtidig forebygge, at patienten udstødes af arbejdsmarkedet og han skal give sundhedsfremme i form af at vejlede patienten i, at der også er et sundt og godt liv efter en blodprop i hjertet.

5.7 LITTERATUR

1. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
2. Hansen DG, Rasmussen NK, Munck A. Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver. Odense: Audit Projekt Odense, Syddansk Universitet og Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2005.
3. Kamper-Jørgensen F, Almind G, (red.). Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard, 2003.
4. Viden og evidens i forebyggelsen. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
5. Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse. Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
6. EPI-NYT uge 15, 2002. København: Statens Serum Institut, 2002.
7. EPI-NYT uge 35, 2004. København: Statens Serum Institut, 2004.
8. Mabeck CE, Kallerup H, Maunsbach M, Bisgaard AT. Den motiverende samtale. København: Dansk selskab for almen medicin og Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegering, 2001.
9. Miller WR, Rollnick S. Motivationssamtalen. København: Hans Reitzels Forlag, 2004.
10. Rubak SL. Motivational interviewing in intensive treatment of Type 2 diabetes detected by screening in general practice. Overall effect of a course in motivational interviewing (ph.d.-afhandling). Århus: Afdeling for Almen Medicin, Institut for Samfundsmedicin, Aarhus Universitet, 2005.
11. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:843-61.
12. Christensen B. Forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom i almen praksis (ph.d.-afhandling). Århus: Institut for Almen Medicin, Aarhus Universitet, 1995.
13. Bille PE, Freund K, Frimodt-Møller J. Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredsamtaler for voksne i Nordjyllands Amt. Ålborg: Eget forlag, 1990.
14. Engberg M, Christensen B, Karlslose B, Lous J, Lauritzen T. General health screenings to improve cardiovascular risk profiles: a randomized controlled trial in general practice with 5-year follow-up. *J Fam Pract* 2002;51:546-52.

15. Thomsen JL, Lauritzen T, Engberg M. Forebyggende helbredsundersøgelser og sundhedsfremme i almen praksis for den midaldrende befolkning. *Ugeskr Læger* 2002;164:5240-1.
16. Jacobsen ET, Rasmussen SR, Christensen M, Engberg M, Lauritzen T. Peerspectives on lifestyle intervention: The views of general practitioners who have taken part in a health promotion study. *Scand J Public Health* 2005;33:4-11.
17. Thomsen JL. Health care contacts after preventive health screenings and discussions in general practice - and the influence of self-reported risk factors (ph.d.-afhandling). Århus: Institut for Almen Medicin, Aarhus Universitet, 2004.
18. Freund K, Lous J. Potentielt marginaliserede 20-44-årige i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2002;164:5367-72.
19. Folkesygdomme og forebyggelse. Idékatalog til arbejdet i almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen. 2005.
20. Hollnagel H, Malterud K. Patientens egen vurdering af sit generelle helbred og sine stærke sider - anvender vi denne viden godt nok i konsultationen? *Månedsskr Prakt Lægegerm* 2001;79:985-92.
21. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002;19:870-6.

Kontakt- og sygdomsmønstret i almen praksis

Dette kapitel gennemgår den viden, vi har om, hvilke symptomer patienterne henvender sig med og sygdomsmønstret blandt patienterne

For at kunne udvikle almen praksis som et lægeligt speciale i relation til uddannelse, forskning, kvalitet og organisation er det vigtigt at have et kendskab til kontakt- og sygdomsmønstret. I almen praksis er der forbavsende lidt systematisk indsamlet viden om dette. I forhold til en sygehusafdeling er almen praksis præget af, at der ofte er tale om raske »patienter« og en stor variation i symptomernes og sygdommenes præsentation. På en sygehusafdeling derimod er patienterne udvalgt pga. en sygdom, og afdelingen vil typisk råde over et velafgrænset sæt af diagnoser, undersøgelser og behandlinger.

6.1 MÅL FOR KONTAKTÅRSAG, DIAGNOSE OG HANDLING

To væsentlige forhold skal være opfyldte for at kunne gøre rede for kontakt- og sygdomsmønstret i almen praksis. Det ene er, at man skal have en klassifikation til at inddele kontaktårsager, diagnoser samt udførte undersøgelser og behandlinger. Det andet forhold er muligheden for at registrere forløb. I almen praksis er mange patientkontakter led i et forløb, der sigter mod diagnostik, behandling eller kontrol.

ICPC - DIAGNOSESYSTEM

I Danmark startede klassifikationsarbejdet i 1970'erne med K. Jacobsens artikel om patientkodning i almen praksis og Krogh-Jensens bøger om »Praksis Sygdoms Klassifikation«. Samtidig blev der i internationalt regi arbejdet med en universel klassifikationsmodel på linje med den, man kendte for sygehusene (International Classification of Diseases, ICD). Det førte til udarbejdelsen af International Classification for Primary Care (ICPC), der i dag er det foretrukne og mest anerkendte klassifikationssystem i almen praksis[1].

Modsat ICD tager ICPC hensyn til forskellige aspekter af patientkontakten i almen praksis: symptomerne, den stillede diagnose og lægens handling på dette. Det gør det bl.a. muligt at arbejde med det almenmedicinske helhedssyn på patientens henvendelse (se afsnit 2.6.2, side 33). ICPC bygger på en inddeling af symptomer og diagnoser i 17 kapitler baseret på anatomisk eller emnemæssigt beslægtede områder. Det er f.eks. muskel-skelet-systemet og nervesystemet. Hvert kapitel er inddelt i otte komponenter: »symptomer«, »diagnostik«, »screening og forebyggelse«, »medicinering, behandling, procedure«, »undersøgelsesresultater«, »administration«, »henvisninger og andre kontaktårsager« samt »diagnoser«. På den måde er det muligt at kode en patients kontakt til almen praksis og få et redskab til f.eks. at overvåge kontakt- og sygdomsmønstret i almen praksis.

ICPC har den svaghed, at man ikke kan se, om kontakten fra patienten er led i et forløb eller er en enkeltstående henvendelse. Det søger man at korrigere for ved i den software, der benyttes til registreringer, at indarbejde et modul, der registrerer forløbet. Endelig inde-

holder ICPC heller ikke en registrering af, hvilken type kontakt (konsultation, telefon, besøg), der er tale om, hvilket også registreres via tilhørende software.

ICPC-KODNING I EDB-SYSTEMER

I Danmark er hovedparten af almen praksis udstyret med edb-systemer til håndtering af patientdata (se afsnit 12.5, side 118). Et modul i disse systemer gør det muligt at indsætte ICPC-koder overordnet for hver patient (f.eks. for kroniske sygdomme) og for hver kontakt. Det gør det muligt for en praksis at finde patienter med f.eks. sukkersyge og dermed foretage kvalitetsudvikling, opfølgende undersøgelser etc. Brugen af disse ICPC-moduler er ikke obligatorisk, men allerede nu benytter 16% af almen praksis muligheden (spredning mellem amter: 12-33%)[2], og tallet stiger kraftigt.

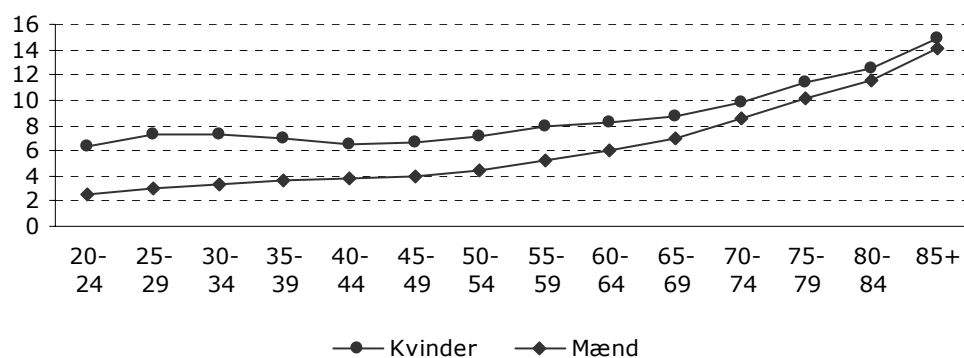
»DATAFANGST«

I Danmark pågår der i disse år en øget udvikling af brugen af ICPC i almen praksis, og et væsentligt initiativ er nu startet omkring udviklingen af det såkaldte »datafangst«-modul til praksis' edb-systemer. Datafangstmodulet vil kunne indlæse data om den enkelte patients diagnoser, behandlinger mv. til en forsknings- eller kvalitetsdatabase. Til forskningsformål, hvor en høj kvalitet af data skal sikres, er det planlagt at uddanne en række læger til sentinelregistrering. Disse læger får en særlig uddannelse i at registrere, og det bliver dermed et overordentligt vigtigt redskab til at oparbejde data om patientforløb, sygdomsmønstre, kvalitetsstyring m.v.

6.2 VARIATION I KONTAKTMØNSTERET

Inden en gennemgang af kontaktmønstret i almen praksis skal variationen i kontaktmønstret i forhold til sociodemografiske forhold præsenteres, da det har betydning for den måde, man ser på forskellige grupperes kontaktmønstre.

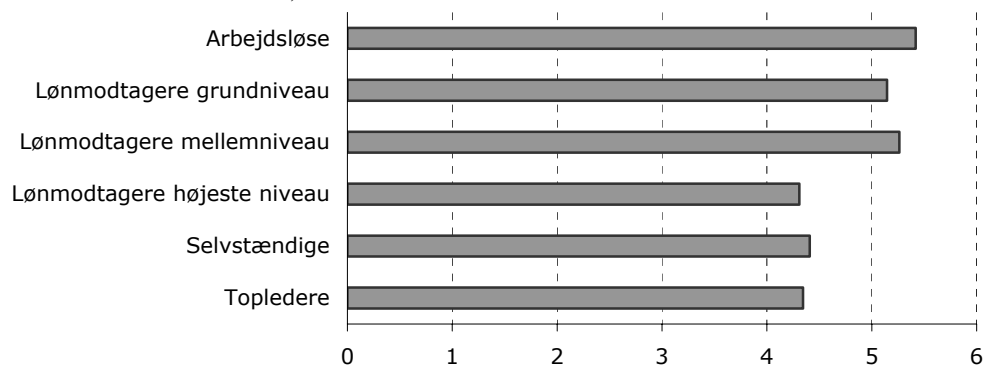
Figur 8. *Sammenhængen mellem patienters alder og køn og det gennemsnitlige antal kontakter til almen praksis pr. borger i 2003 (Kilde: Danmarks Statistik)*



I relation til køn og alder (Figur 8) går ældre mere til læge end yngre, og kvinder går mere til læge end mænd[3], det sidste især i kvindernes fødedygtige (fertile) alder, hvor kvinder kontakter almen praksis 2-3 gange oftere end mænd. Kontaktmønstret varierer også i forhold til borgernes sociale forhold. F.eks. går borgere med lavere indkomster oftere til alment praktiserende læge end de med højere indkomster (Figur 9)[3].

Endelig er der forskelle mellem forskellige regioner grundet f.eks. udbuddet af læger, skadestuer, sygehuse og andre sundhedstilbud. Således kontakter borgere i Ringkjøbing Amt gennemsnitligt almen praksis 4,3 gange om året sammenlignet med 6,3 gange for borgere i Sønderjyllands Amt, altså en forskel på 48%[4]. Der kan desuden være kulturelle forskelle.

Figur 9. Sammenhæng mellem socioøkonomisk status og kontakter til almen praksis i 2003 (Kilde: Danmarks Statistik)



6.3 KONTAKTÅRSAGER

**TO UNDERSØGELSER
I DANMARK**

De nyeste danske studier, der har undersøgt, hvorfor patienter kontakter almen praksis, er fra hhv. 1982 og 1993[5,6]. Den første undersøgelse omhandlede 1.974 patientforløb hos 62 alment praktiserende læger i Københavns Amt, og den anden undersøgelse 12.237 kontakter til 328 alment praktiserende læger i Århus Amt. I det følgende præsenteres kun resultater fra undersøgelsen i Århus Amt i 1993, der omfattede alle kontakter i dagtid (telefonkonsultationer, konsultationer og besøg).

FOREBYGGELSE

Omkring 8% af kontakterne i Århus Amt havde forebyggelse som primær kontaktårsag (se kapitel 5, side 62). Af kontakter pga. symptomer og sygdom var omkring 40% en ny sygdomsepisode uden tidligere kontakter.

Tabel 12. De hyppigste kontaktårsager til almen praksis i dagtid (Århus Amt 1993 (n=11.109))

Kontaktårsag	Antal	Andel (%)		
		%	Ny kontakt	Forløb
Symptomer fra bevægeapparatet	1.647	15	46	54
Symptomer fra luftvejene	1.427	13	58	42
Symptomer fra hud, negle og hår	1.172	11	58	42
Symptomer fra urin- og kønsorganer	989	9	46	54
Psykiske symptomer	904	8	22	78
Almene symptomer	787	7	51	49
Symptomer fra hjerte-kar	788	7	18	82

Symptomer fra bevægeapparatet var de hyppigste kontaktårsager (Tabel 12). Det er f.eks. muskel- og ledsmerter, gigt mv. De næsthypigste kontaktårsager var symptomer fra luftvejene (forkølelse, lungebetændelse, astma og kroniske lungelidelser). Endvidere var symptomer fra urin- og kønsorganer og psykiske symptomer relativt hyppige kontaktårsager.

Den hyppigste kontaktårsag ved nye episoder (kun én kontakt) var symptomer fra luftvejene og hud, negle og hår. Den hyppigste kontaktårsag i forløb (flere kontakter) var hjerte-kar-symptomer og psykiske symptomer, hvilket betyder, at disse to symptomgrupper er overvejende kroniske.

6.4 DIAGNOSEFORDELING I ALMEN PRAKSIS

Lægens diagnoser blev for halvdelens vedkommende stillet inden for fire grupper, nemlig bevægeapparatet, luftvejene, hud og hjerte-kar (Tabel 13).

Tabel 13. De hyppigste diagnoser i almen praksis i dagtid (Århus Amt 1993 (n=11.109))

Diagnose	Antal	%	Andel (%)	
			Ny kontakt	Forløb
Bevægeapparatet	1.679	15	44	56
Luftvejene	1.569	14	59	41
Hud, negle og hår	1.151	10	57	43
Hjerte-kar	1.013	9	21	79
Psykiske	945	9	23	77
Urin- og kønsorganer	914	8	45	55
Fordøjelse (mave-tarm-system)	597	5	45	55
Metaboliske (ex. overvægt og diabetes)	548	5	15	85

For hjerte-kar-diagnoser og metaboliske og psykiske diagnoser ses, at mere end tre fjerdedele af kontakterne er led i et forløb (de kroniske lidelser). Diagnoserne med størst andel af enkeltkontakter (akut sygdom) var sygdomme i luftveje og hudsygdomme.

6.5 KONTAKTER FRA PATIENTER MED FOLKESYGDOMME

I en nylig gennemført undersøgelse blandt voksne patienter i almen praksis er det blevet kortlagt, hvor ofte henvendelser til almen praksis skyldes de otte folkesygdomme, der er omfattet af regeringens folkesundhedsprogram. (se Figur 6, side 63)[7]. Blandt 22.000 konsultationer i almen praksis i dagtid kunne den vigtigste henvendelsesårsag i 54% af konsultationerne henføres til en af de otte folkesygdomme (Tabel 14). Oftest var der tale om hjerte-kar-sygdom, muskel-skelet-lidelser og psykiske lidelser. En stor del af alment praktiserende lægers daglige konsultationer gives altså til patienter med kroniske lidelser omfattet af det danske folkesundhedsprogram, hvorfor almen praksis spiller en afgørende rolle for indsatsen over for disse sygdomme og for omsorgen for disse patienter.

Tabel 14. De otte folkesygdommes andele af kontaktårsagerne til konsultationer i almen praksis i dagtid i 2004 (22.003 konsultationer med voksne patienter) (Kilde: APO[7])

Aldersdiabetes	4,5%
Kræftsygdomme	3,7%
Hjerte-kar-sygdom	18,7%
Knogleskørhed	0,5%
Muskel- og skelet-lidelser	13,6%
Overfølsomhedssygdomme (astma og allergi)	1,9%
Psykiske lidelser	8,4%
Rygerlunger (KOL)	2,3%
Andre kontaktårsager	46,4%

6.6 DIAGNOSERNES PÅLIDELIGHED

Der knytter sig desværre en betydelig usikkerhed til diagnoseklassifikationen i almen praksis. Den relaterer sig i det væsentligste til hyppigheden af psykisk lidelse og til begrebet »medicinsk uforklarede symptomer« (MUS) eller funktionelle lidelser (se afsnit 2.6.2, side

33). Nationale og internationale undersøgelser viser, at 20-30% af de patienter, der henvender sig i almen praksis, lider af en eller flere psykiske lidelser. Heraf er depression og angst de hyppigste. I sygdomsmønsterundersøgelserne var hyppigheden af psykiske diagnoser kun 9%. En del patienter med en psykisk lidelse diagnosticeres altså ikke, men karakteriseres i stedet i relation til deres symptomer eller de organsystemer, som giver anledning til symptomerne, f.eks. rygsmerter eller træthed.

1/3 UDEN MEDICINSK FORKLARING

Som nævnt i afsnit 2.6, side 30, finder man i op mod en tredjedel af alle nye episoder i almen praksis ikke en udtømmende biomedicinsk forklaring på patientens symptomer og lidelse[8]. Symptomerne er medicinsk uforklarede eller led i en psykisk belastning eller lidelse og burde klassificeres som MUS eller psykisk lidelse.

Mange arbejder derfor på at introducere diagnosen »funktional lidelse« eller »medicinsk uforklaret symptom« som en ligeværdig diagnose blandt andre diagnoser i almen praksis.

Der er behov for at udforske dette område yderligere, og der har de senere år været en betydningsfuld dansk og norsk forskningsindsats på feltet[8,9]. Behovet for at udforske disse fænomener accentueres yderligere af, at netop MUS giver anledning til mange kontakter til sundhedsvæsenet, hyppige sygemeldinger og pensioneringer.

6.7 KONSEKVENSEN AF PATIENTKONTAKTER

Lægerne handlinger som følge af patienternes kontakter er opgjort i undersøgelsen fra Århus Amt[6]. Ud af de 2.347 kontakter, der fandt sted pga. en undersøgelse, prøvesvar mv., bestod 30% af kontakterne i en medicinsk undersøgelse, 25% i udstedelse af en recept (fornydelse) og for 16% i, at lægen gav patienten resultatet af en undersøgelse.

1/3 FÅR NY KONTROL ELLER RECEPT

I 34% af alle kontakter til lægerne i Århus Amt aftalte lægerne en kontrol, udstedte en recept for 39% og henviste 3% til speciallæge, 2,5% til laboratorium, 2% til sygehusambulatorium, 2% til røntgenundersøgelse og 1% til sygehus.

6.8 LITTERATUR

1. Falkø E, Bentzen N. International klassifikation for den primære sundhedstjeneste. ICPC-2. København: Lægeforeningens Forlag, 2003.
2. P.L.O. Praksistælling 2003. København: P.L.O., 2003.
3. Statistikbanken. www.statistikbanken.dk.
4. Statistikbasen. www.arf.dk/Vidensbank/Statistikdatabase.htm.
5. Frimodt-Møller B, Gannik D, Heldrup J, Hollnagel H, Pedersen PA. Diagnostik og behandling i almen praksis. 3. Kontaktårsager og diagnoser ved kontaktforløb i almen praksis. Ugeskr Læger 1989;151:152-7.
6. Ovesen L, Juul S, Mabeck CE. Sygdomsmønstret i almen praksis, Århus Amt 1993. Århus: Institut for Almen Medicin og Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, Aarhus Universitet, 1997.
7. Hansen DG, Rasmussen NK, Munck A. Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver. Odense: Audit Projekt Odense, Syddansk Universitet og Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2005.
8. Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. BMJ 2005;330:4-5.
9. Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. Fam Med 2000;32:603-11.

Ydelser fra almen praksis

Dette kapitel giver et kvantitativt billede af produktionen i almen praksis. Der ses på den overordnede udvikling og status og på forskelle mellem praksis og mellem borgere

I 2003 udgjorde driftsudgifterne til den primære sundhedstjeneste 16 mia. kr. En tredjedel af udgifterne (5,7 mia. kr.) gik til almen lægehjælp, hvilket svarer til ca. 1.000 kr. pr. indbygger pr. år. Udgifterne til almen lægehjælp udgjorde 10% af amternes samlede driftsudgifter til sundhedsvæsenet som helhed (afsnit 11.1, side 112). I 2003 havde almen praksis 31 mil. patientkontakter i dagtid, svarende til seks pr. borger pr. år eller 44 patientkontakter pr. læge pr. arbejdsdag.

7.1 MÅL FOR BRUG AF YDELSER

Ydelserne i almen praksis inddeles i følgende hovedgrupper: grundydelse, tillægsydelser, laboratoriydelser, profylaktiske ydelser, samtalerterapi og socialmedicinsk samarbejde (se afsnit 3.5.7, side 49) og desuden i, om de er leveret i dag- eller vagttid.

Brugen af ydelser angives ofte for 12 måneder i forhold til gruppe 1-sikrede, i forhold til patienter, der har haft mindst én kontakt eller i forhold til antallet af læger. Ved sammenligning af praksis, hvor der kan være forskelle i fordelingen af køn og alder, foretages der ofte en køns- og aldersstandardisering, der justerer for, at forskelle mellem praksis til dels kan skyldes forskelle hos patienterne.

LORENZ-DIAGRAM

En grafisk fremstilling, et Lorenz-diagram, benyttes til at illustrere, hvilken andel de patienter, der bruger flest ydelser, står for (f.eks. Figur 24, side 91). Ud ad x-aksen rangstilles patienterne således, at de, der benytter flest ydelser, står først. Op ad y-aksen vises den kumulerede andel af ydelsen.

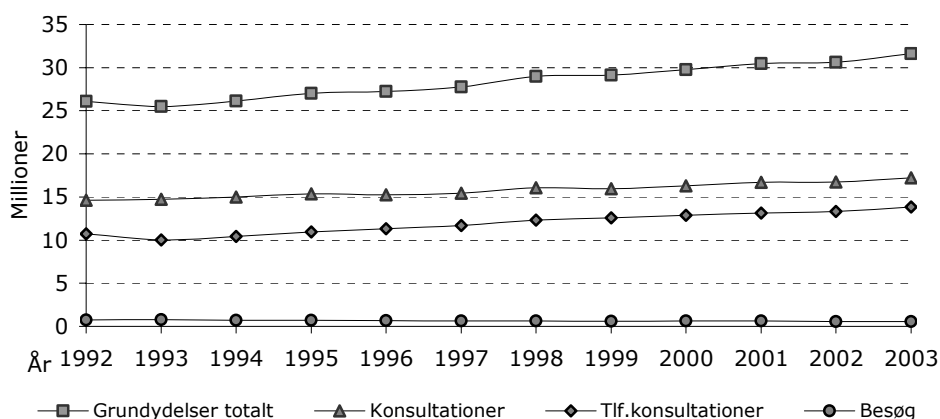
7.2 UDVIKLINGEN I BRUGEN AF ALMEN PRAKSIS

Udviklingen i brugen af almen praksis fra 1992 - 2003 er vist i Figur 10. I 1995 og 1999 indførtes hhv. generelle forebyggelseskonsultationer og forebyggelseskonsultationer vedr. iskæmisk hjertesygdom. De medregnes her som konsultationer.

FORHOLDET MELLEM GRUNDYDELSER

I de senere år er der årligt ydet omkring 31 mio. grundydelse i almen praksis (Figur 10). Konsultationer udgør nu 54%, telefonkonsultationer 44% og besøg 2% af alle grundydelse. Fra 1992 - 2003 steg antallet af grundydelse med 21%, heraf konsultationer med 16% og telefonkonsultationer med 31%, mens besøg faldt med 26%. At stigningen i konsultationer kun var halvt så stor som stigningen i telefonkonsultationer kan skyldes, at borgerne i højere grad ønsker korte telefoniske råd, og at almen praksis i højere grad benytter sig af telefonisk kontrol og visitation.

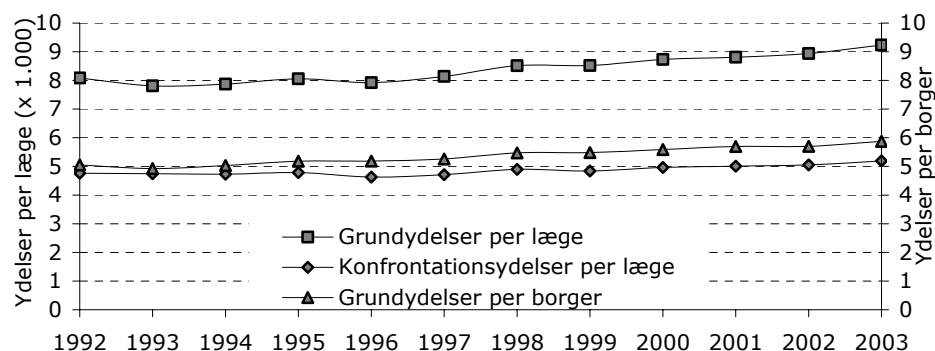
Figur 10. Udviklingen i grundydelse i almen praksis fra 1992 til 2003 (Kilde: Amtsrådsforeningen)



BORGERE PR. LÆGE

I perioden 1992 - 2003 steg indbyggertallet i Danmark med 4,3%. I samme periode steg antallet af alment praktiserende læger med 6,1% til i alt 3.424 (omregnet til fuldtidsstillinger). Antallet af borgere pr. alment praktiserende læge faldt derfor med 2,2% fra 1.607 i 1992 til 1.572 i 2003.

Figur 11. Udviklingen i grundydelse pr. læge og pr. borger fra 1992 til 2003. Konfrontationsydelser omfatter konsultationer og besøg (Kilde: Amtsrådsforeningen)



14% ØGET PRODUKTION

Figur 11 viser udviklingen i det gennemsnitlige antal grundydelse pr. læge og borger. En stigning i antallet af læger kompenserede ikke for borgernes øgede brug af almen praksis. Det årlige antal grundydelse pr. læge er steget med 1.151 siden 1992, altså en øget produktion af grundydelse pr. læge på 14%. Siden 2003 har lægerne haft mulighed for at få honoreret ydelser via hjælpepersonale. Den øgede produktion kan altså indeholde ydelser, der bliver leveret af personalet. Desværre findes der ingen data til at beskrive dette nærmere.

FLERE GÅR TIL LÆGE

Andelen af borgere, der i løbet af et år har kontakt (grundydelse) med almen praksis, er steget fra 79,9% i 1992 til 84,7% i 2003. Flere har altså behov for kontakt til almen praksis.

7.3 UDVIKLINGEN I BRUGEN AF LÆGEVAGTEN

LÆGEVAGTSREFORM

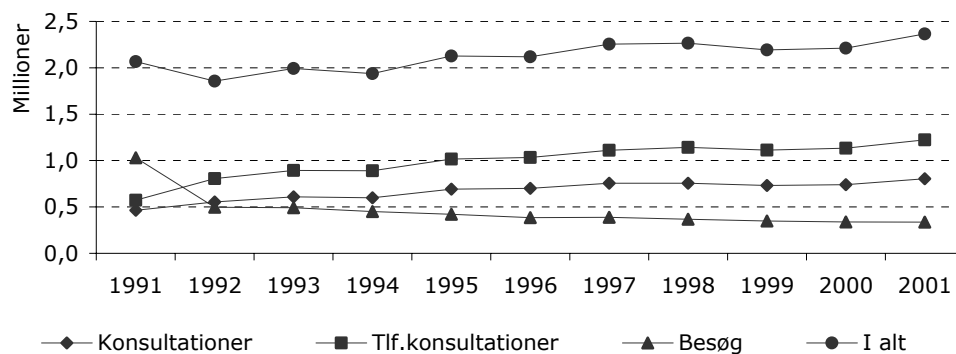
Almen praksis er åben hele døgnet alle dage (afsnit 3.5.5, side 47). Egen læge er direkte ansvarlig for tilmeldte borgeres adgang til almen praksis i dagtiden (8-16 på hverdage), og uden for dette tidsrum er det lægevagten, der har ansvaret. Lægevagten står således for det primære arbejde med befolkningens helbredsproblemer i ca. 75% af tiden.

Som berørt i afsnit 3.5.6 blev lægevagten reformeret i 1992. Alle patienter skal nu tale med en alment praktiserende læge i telefonen. Samtidig blev vagten effektiviseret med færre

YDELSER FRA ALMEN PRAKSIS

læger på vagt og færre konsultationssteder. Reformen betød en substituering af besøg med telefonkonsultationer (Figur 12), hvilket har medført en faldende tendens for besøg og en stigende for telefonkonsultationer. Omkring hver anden kontakt afsluttes med en telefonkonsultation uden besøg eller konsultation.

Figur 12. Udviklingen i ydelser i lægevagten i Danmark fra 1991 til 2001. Lægevagtsreform i 1992
(Kilde: Amdradsforeningen)



7.4 GRUNDYDELSER

Grunddydelserne udgør den basale produktion i almen praksis (se afsnit 3.5.7, side 49). I Tabel 15 ses produktionen af grunddydelser i almen praksis i 2003.

Tabel 15. Grunddydelser i dagtid i dansk almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.) †

Grundydelse	Antal	%	Udgift	%	Antal pr. 1.000 sikrede	Antal pr. læge
Konsultationer*	17.150.715	54,4	1.799.254.899	80,0	3.217	5.009
Telefonkonsultationer	13.846.538	43,8	343.949.208	15,3	2.598	4.044
Besøg	553.709	1,8	105.006.380	4,7	104	162
I alt	31.550.962	100,0	2.248.210.487	100,0	5.919	9.215

Noter: † E-mail-konsultationer er udeladt, da de først blev honoreret fra 1.4.2003.

* Indeholder ikke forebyggelseskonsultationerne.

Antal læger (fuldtid): 3.424. Antal gruppe 1-sikrede: 5.330.452.

44 GRUNDYDELSER PR. LÆGE PR. DAG

Grunddydelserne fordeler sig stort set lige på konsultationer og telefonkonsultationer. Alment praktiserende læger gennemfører i gennemsnit ca. 44 grunddydelser på en arbejdsdag.

7.5 TILLÆGSYDELSER

Tillægsydelser gives dels for at honorere lægen for den benyttede arbejdstid, dels som et incitament til, at bestemte undersøgelser og behandlinger foregår i almen praksis. I Tabel 16 ses tillægsydelserne og deres antal i 2003.

SEKS TILLÆGSYDELSER PR. LÆGE PR. DAG

Blodprøver er de oftest benyttede tillægsydelser med næsten halvdelen af alle tillægsydelser. Andre hyppige tillægsydelser er fjernelse af fremmedlegemer og af ørevoks, podning og svangerskabsforebyggelse. De udgiftstunge ydelser er blodprøvetagning, kirurgiske indgreb og svangerskabsforebyggelse. I gennemsnit udfører lægen ca. seks tillægsydelser dagligt.

7.6 LABORATORIEYDELSER

Honoraret for laboratorieydelser dækker udgifterne til undersøgelsen og arbejdstiden. Honoraret gives også som et incitament til, at visse opgaver udføres i almen praksis. Laboratorieydelser inddeles i blodanalyser (74%), mikroskopi (7%), dyrkning af biologisk materiale

YDELSER FRA ALMEN PRAKSIS

(11%) og diverse undersøgelser (8%) (Tabel 17). Hyppigst udføres urinstix (f.eks. blærebetændelse), hæmoglobin (blodprocent) og glukose (blodsukker), svælg-streptokok antigen (podning ved halsbetændelse), C-reaktivt protein (CRP), sænkingsreaktion (overvåge infektioner, gift mv.) og dyrkning af bakterier (f.eks. ved blærebetændelse).

Tabel 16. Tillægsydelser i dagtid fra almen praksis i 2003 (enkelte er slået sammen) (Kilde: P.L.O.)

Tillægsydelse	Antal	%	Udgift	%	Antal pr. 1.000 sikrede	Antal pr. læge
Blodprøvetagning*	2.113.777	47,1	135.895.633	41,9	397	617
Prøve for livmoderhalskræft	249.180	5,6	7.737.039	2,4	159†	73
Afsluttet vortebehandling	317.058	7,1	13.782.500	4,3	59	93
Blærekateterisation	17.745	0,4	2.314.125	0,7	3	5
Fjerne fremmedlegm. og ørevoks	266.344	5,9	15.092.004	4,7	50	78
Næsetamponade	1.241	0,0	107.893	0,0	0	0
Anlægge immobil. bandage	98.099	2,2	8.530.531	2,6	18	29
Ano- og rektoskopi	29.939	0,7	3.812.406	1,2	6	9
Behandling af mindre brud/ledskred	56.315	1,3	9.792.361	3,0	11	16
Første behandling af større sår	120.013	2,7	20.870.557	6,4	23	35
Biopsi til undersgl. hos patolog	17.366	0,4	3.019.600	0,9	3	5
Fjernelse af negl	7.630	0,2	1.990.057	0,6	1	2
Paracentese af trommehinde	127	0,0	33.124	0,0	0	0
Fjernelse af svulst/dyb betændelse	129.487	2,9	33.772.761	10,4	24	38
Tapning af væske fra større led	12.875	0,3	3.358.056	1,0	2	4
Venesectio	1.819	0,0	474.432	0,1	0	1
Andre betydelige operationer	16.378	0,4	5.695.613	1,8	3	5
Behandling af brud/ledskred	1.250	0,0	436.178	0,2	0	0
Behandling af store, udbredte læsioner og forbrændinger	2.136	0,0	746.728	0,2	0	1
Oplivningsforsøg, iltbehandling ved livstruende tilstande	1.130	0,0	419.746	0,1	0	0
Assistance til bedøvelse, operation	54	0,0	18.779	0,0	0	0
Ligsyn og udsted. af dødsattest	11.783	0,3	1.536.621	0,5	2	3
Podning til undersgl. andetsteds	550.457	12,3	17.091.690	5,3	103	161
Væske- og vandladningsskema	11.155	0,2	969.816	0,3	2	3
Svangerskabsforebyggelse	362.177	8,1	23.659.934	7,3	282‡	106
Fjernelse af Implanon	770	0,0	200.831	0,1	1	0
Hjemmeblodtryksmåling	53.861	1,2	7.024.013	2,2	10	16
Depressionsudredning/opfølgn.	33.115	0,7	5.758.037	1,8	6	10
I alt	4.483.281	100,0	324.141.065	100,0	1.165	1.309

Noter: * Inkluderer ydelse 2601 (blodprøve, bearbejdning og forsendelse)

† Antal kvinder i alderen 23-60 år. Se også afsnit 7.8

‡ Kvinder 15-50 år. Se også afsnit 7.8

Antal læger (fuldtid): 3.424. Antal gruppe 1-sikrede: 5.330.452

**NI LABORATORIE-
YDELSER PR. LÆGE
PR. DAG**

Flest udgifter går til C-reaktivt protein (CRP), hæmoglobin og glukose, resistensbestemmelse for urin og elektrokardiografi (hjerterundersøgelse). I gennemsnit benytter en alment praktiserende læge omkring ni laboratorieydelser pr. dag.

YDELSER FRA ALMEN PRAKSIS

Tabel 17. Laboratorieydelser i dagtid i almen praksis i 2003 (Kilde:P.L.O.)

Laboratorieydelse	Antal	%	Udgift	%	Antal pr. 1.000 sikrede	Antal pr. læge
Blodanalyser m.m.						
Urinundersøgl. ved stix	1.055.763	17,6	12.521.344	4,5	198	308
Svangerskabsreaktion	143.699	2,4	6.817.077	2,4	27	42
C-reaktivt protein (CRP)	477.176	7,9	28.301.298	10,1	90	139
Se-kreatinin	32.507	0,5	1.927.990	0,7	6	9
Sænkingsreaktion	387.896	6,5	9.200.886	3,3	73	113
Leucocyttælling	9.481	0,2	337.335	0,1	2	3
Differentialtælling	62.497	1,0	6.671.555	2,4	12	18
INR (koagulationsfaktor)	165.238	2,8	17.639.159	6,3	31	48
Svælg-streptokok antigen	529.692	8,8	25.128.579	9,0	99	155
Tre us. for blod i fæces	10.997	0,2	652.232	0,2	2	3
B-hæmoglobin (fotom.)	690.854	11,5	32.774.089	11,7	130	202
B-glukose (fotom.)	882.518	14,7	41.866.693	15,0	166	258
Mikroskopi af biologisk materiale (lysfeltmikroskopi)						
I. Mikroskopi af urin	93.818	1,6	3.338.044	1,2	18	27
II. Mikroskopi af bakterier	14.350	0,2	510.574	0,2	3	4
III. Mikroskopi af andet	1.751	0,0	62.301	0,0	0	1
Spermaus. eft. sterilisation	1.731	0,0	102.666	0,0	0	1
Mikroskopi af biologisk materiale (fasekontrastmikroskopi)						
I. Mikroskopi af urin	221.188	3,7	10.493.135	3,7	41	65
II. Mikroskopi af bakterier	51.761	0,9	2.455.542	0,9	10	15
III. Mikroskopi af andet biologisk materiale	9.763	0,2	463.157	0,2	2	3
Dyrkning af biologisk materiale i eget laboratorium						
I. Bakterier	364.430	6,1	12.966.412	4,6	68	106
II. Svamp	7.150	0,1	254.403	0,1	1	2
III. Andet	1.472	0,0	52.375	0,0	0	0
Urin til resistensbestem.	301.340	5,0	21.446.365	7,7	57	88
Diverse undersøgelser						
EKG, uden præcord.afl.	3.678	0,1	261.763	0,1	1	1
EKG, med præcord.afl.	191.240	3,2	20.414.875	7,3	36	56
Lungefunkt.us./peak flow	136.623	2,3	4.861.204	1,7	26	40
Udvidet lungefunkt.us.	117.679	2,0	12.562.233	4,5	22	34
Dobbelt lungefunktionsundersøgelse for astma	14.821	0,2	3.164.284	1,1	3	4
Audiometriundersøgelse	22.244	0,4	2.638.361	0,9	4	6
I alt	6.003.357	100,0	279.885.931	100,0	1.126	1.753

Note: Antal læger (fuldtid): 3.424. Antal gruppe 1-sikrede: 5.330.452

7.7 SOCIALMEDICINSK SAMARBEJDE

Landsoverenskomsten giver mulighed for at honorere et samarbejde mellem alment praktiserende læger og kommunerne. I 2003 var der på landsplan 234.505 socialmedicinske telefonkonsultationer, svarende til 1,7% af lægernes samlede telefonkonsultationer i dagtid. Med hensyn til de øvrige socialmedicinske ydelser (møder mellem lægen og kommunens

YDELSER FRA ALMEN PRAKSIS

social- og sundhedsforvaltninger) var der i 2003 registreret 27.791 møder svarende til ca. 63.000 ydelser a 10 minutter, som dermed udgør 4% af konsultationerne i almen praksis.

Den totale udgift til det socialmedicinske samarbejde i 2003 var 19 mil. kr., hvilket er 0,6% af den samlede udgift til alment praktiserende læger. Ud over ydelserne i Landsoverenskomsten har almen praksis også et socialmedicinsk samarbejde i form af attester. Der findes ikke en samlet opgørelse over dette. I Omkostningsundersøgelsen 2002[1] angiver lægerne, at bl.a. attestarbejde bidrager til indtægten med gennemsnitligt 91.000 kr. på årsbasis. Hvor stor en del af dette, som stammer fra socialmedicinsk samarbejde, er ikke systematisk undersøgt.

Tabel 18. Ydelser vedr. antikonception givet i dagtid fra almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.)

Ydelse	Antal	%	Udgift	%	Antal pr. 1.000 sikrede*	Antal pr. læge
Kontrol af svangerskabsforebyggelse	222.150	61,3	9.656.857	40,8	173	65
Vejledning ved første henvendelse/overgang til anden form	118.738	32,8	10.323.084	43,6	93	35
Vejledning ved indlæggelse af spiral mv.	20.279	5,6	3.526.113	14,9	16	6
Vejledning hos anden læge	381	0,1	93.219	0,4	0	0
Vejledning ved indlæggelse af spiral hos anden læge	33	0,0	10.943	0,0	0	0
Kontrol hos anden læge	123	0,0	24.748	0,1	0	0
Telefonkonsultation hos anden læge	473	0,1	24.970	0,1	0	0
I alt	362.177	100,0	23.659.934	100,0	282	106

Noter: Antal læger (fuldtid): 3.424. *Antal gruppe 1-sikrede (kvinder 15-50): 1.282.048

7.8 FOREBYGGELSE

I kapitel 5 blev det forebyggende arbejde i almen praksis gennemgået.

LÆGEN VEJLEDER TO GANGE PR. UGE

For antikonception er det kontrol og vejledning ved første henvendelse, der udgør hovedparten af ydelserne (Tabel 18). Lægen vejleder i gennemsnit to gange ugentligt om antikonception. Det er yderst sjældent, at en anden end egen læge vejleder, selvom det er muligt.

EN SVANGREUNDER-SØGELSE PR. UGE

Næsten halvdelen af udgifterne til svangreomsorgen går til første lægeundersøgelse. Der er en god tilslutning til graviditetsundersøgelserne (Tabel 19)[2]. Tilslutningen til den fjerde lægeundersøgelse otte uger efter fødslen er 76,4%, hvilket skal ses i sammenhæng med, at nogle kvinder undersøges på sygehusene. Lægerne udfører i gennemsnit én graviditetsundersøgelse om ugen.

TO BØRNEUNDER-SØGELSER PR. UGE

En alment praktiserende læge udfører i gennemsnit godt to forebyggende børneundersøgelser om ugen (Tabel 20). Tilslutningen til børneundersøgelserne er høj i barnets første leveår (børneundersøgelsen en uge efter fødslen benyttes efter ambulante fødsler eller hjemmefødsler uden lægeundersøgelse ved fødslen).

TO BØRNEVACCINATIONER PR. UGE

Fra myndighedernes side er målsætningen med børnevaccinationerne en høj vaccinationsdækning (mindst 95%) for at undgå epidemier blandt uvaccinerede. Af Tabel 21 ses det, at tilslutningen er tæt på 95% for Di-Te-Ki-Pol-Hib og den første MFR-vaccination (se afsnit 5.3.4, side 65). Den anden MFR-vaccination kan også gives af kommunelægerne i forbindelse med skolesundhedsordningen, så dækningsgraden kan antages at være højere end de 88%. I gennemsnit vaccinerer lægerne to til tre børn om ugen.

YDELSER FRA ALMEN PRAKSIS

Tabel 19. Ydelser vedr. svangreomsorg givet i dagtid fra almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.)

Ydelse	Antal	%	Udgift	%	Antal af årgang*	Antal pr. læge
1. lægeundersøgelse (6-10 uger)	69.458	30,1	20.617.893	44,5	107,4†	20
2. lægeundersøgelse (24 uger)	57.186	24,8	8.593.904	18,5	88,4	17
3. lægeundersøgelse (34 uger)	54.454	23,6	8.183.343	17,7	84,2	16
4. lægeundersøgelse (8 uger eft. fødsel)	49.399	21,4	8.957.521	19,3	76,4	14
I alt	230.497	100,0	46.352.661	100,0	-	67

Noter: Antal læger (fuldtid): 3.424, *Antal fødsler i 2003: 64.682, † Over 100% pga. abort mv.

Tabel 20. Forebyggende børneundersøgelser givet i dagtid fra almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.)

Ydelse	Antal	%	Udgift	%	Andel af årgang*	Antal pr. læge
Børneundersøgelse (1 uge)†	9.803	2,4	1.778.950	2,4	15,3	3
1. børneundersøgelse (5 uger)	61.503	15,2	11.160.949	15,2	95,8	18
2. børneundersøgelse (5 mdr.)	60.943	15,1	11.059.326	15,1	95,0	18
3. børneundersøgelse (12 mdr.)	61.398	15,2	11.141.870	15,2	93,2	18
4. børneundersøgelse (2 år)	53.653	13,3	9.736.400	13,3	79,2	16
5. børneundersøgelse (3 år)	50.057	12,4	9.083.830	12,4	74,7	15
6. børneundersøgelse (4 år)	48.883	12,1	8.870.781	12,1	72,7	15
7. børneundersøgelse (5 år)	57.925	14,3	10.511.630	14,3	84,3	17
I alt	404.165	100,0	73.343.736	100,0	-	118

Noter: Antal læger (fuldtid): 3.424. *Andel (%) af antal børn i 2003 med anførte alder.
† Omfatter kun børn født ambulantly eller i hjemmet og som ikke er undersøgt på sygehus mv.

Tabel 21. Vaccinationer givet i dagtid fra almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.)

Ydelse	Antal	%	Udgift	%	Andel af årgang*	Antal pr. læge
1. Di-Te-Ki-Pol-Hib (3 mdr.)	60.941	12,1	2.501.627	10,6	95,0	18
2. Di-Te-Ki-Pol-Hib (5 mdr.)	60.855	12,1	2.498.098	10,5	94,8	18
3. Di-Te-Ki-Pol-Hib (12 mdr.)	61.347	12,2	2.518.289	10,6	93,1	18
Di-Te-Ki-Pol (5 år)	58.112	11,5	2.385.493	10,1	84,6	17
1. MFR-vaccination (15 mdr.)	61.416	12,2	2.521.118	10,6	93,2	18
2. MFR-vaccination (12 år)	58.448	11,6	2.399.282	10,1	87,8†	17
Tillæg til vaccination	143.218	28,4	8.885.216	37,5	72,9	42
I alt for børn	504.337	100,0	23.709.123	100,0	-	147
Influenzavaccination til 65+ år	156.450	100,0	19.172.205	100,0	19,6	46
I alt	660.787	-	42.881.328	-	-	193

Noter: Antal læger (fuldtid): 3.424. *Andel (%) af antal børn/ældre i 2003 med anførte alder.
† Nogle børn vaccineres af kommunelægerne og er ikke med her.

**INFLUENZA-
VACCINATION**

Næsten 160.000 ældre på 65 år og derover (20% af gruppen) blev i 2003 influenzavaccineret i almen praksis som en gratis ydelse. Dækningsgraden er dog højere, idet private udbydere også kan foretage vaccinationen. Andelen, der vaccineres hos egen læge er stigende.

**TO FOREBYGGELSE-
KONSULTATIONER
PR. MÅNED**

Alment praktiserende læger foretog i 2003 gennemsnitligt ca. to forebyggelseskonsultationer om måneden (Tabel 22). Ydelsen viser dog på ingen måde den reelle forebyggelsesindsats i almen praksis, idet megen forebyggelse sker i forbindelse med den almindelige kon-

YDELSER FRA ALMEN PRAKSIS

sultation. Antallet af forebyggelseskonsultationer må forventes at stige i takt med implementeringen af disse.

Undersøgelse for livmoderhalskræft benyttes både i forbindelse med amternes invitationer til screening for livmoderhalskræft og i forbindelse med undersøgelse på indikation (hvor symptomer nødvendiggør undersøgelse for denne kræftform). På landsplan er registreringen af disse ydelser dog meget usikre, hvorfor det falder uden for denne bogs formål at redegøre for disse ydelser. Deltagelsen i screening for livmoderhalskræft er typisk 70-90%.

Tabel 22. Forebyggelseskonsultationer og screening for livmoderhalskræft fra almen praksis i 2003
(Kilde: P.L.O.)

Ydelse	Antal	%	Udgift	%	Antal pr. 1.000 sikrede	Antal pr. læge
Forebyggelseskonsultation	30.570	41,6	3.211.894	17,6	7*	9
Forebyggelseskonsultation vedr. iskæmisk hjertesygdom	42.855	58,4	15.035.649	82,4	10*	12
I alt	73.425	100,0	18.247.543	100,0	17*	21

Noter: Antal læger (fuldtid): 3.424. *Antal sikrede i alderen 18+ år

FEMTEN FOREBYGGENDE KONSULTATIONER PR. UGE

I alt registreres der 2 mil. forebyggende ydelser i almen praksis på et år (udgift: 216 mil. kr.). Den mest udgiftstunge er de forebyggende børneundersøgelser, der inkl. vaccinationer koster omkring 100 mil. kr. Samlet set foretager alment praktiserende læger 470 registrerede forebyggende ydelser om året svarende til ca. 10 om ugen. Hertil kommer den forebyggende indsats i mange almindelige konsultationer, som ikke registreres.

7.9 SAMTALETHERAPI

ÉN SAMTALETHERAPI PR. UGE

I 2003 blev der givet 163.223 samtalerapiydelser (udgift: 58.786.149 kr.). Det svarer til 31 pr. 1.000 sikrede og 45 pr. læge pr. år. Der må højst gives syv samtaler inden for et år til samme patient. I Århus Amt blev der i 2003 givet i gennemsnit 2,15 samtaler til hver patient i terapi. Det svarer til, at omkring 76.000 patienter var i terapi i 2003 på landsplan.

7.10 HENVISNINGER TIL SPECIALLÆGER

Alment praktiserende læger henviser til speciallæger, når de finder, at patienten behøver en specialiseret lægefaglig indsats omkring diagnostik, behandling og kontrol. Brugen af speciallæge afhænger også af udbuddet i øvrigt i patientens område, f.eks. sygehusambulatorier.

TOLV HENVISNINGER TIL SPECIALLÆGE PR. UGE

I 2003 foretog alment praktiserende læger 1,7 mil. henvisninger til de ca. 1.100 speciallæger i Danmark. Af samtlige ydelser fra praktiserende speciallæger stod øre- og øjenlægerne, hvortil der ikke kræves henvisning, for 39% af alle kontakter. Herefter fulgte røntgen (14%), gynækolog (8%), kirurg (8%) og psykiater (7%)[3].

7.11 YDELSER I LÆGEVAGTEN

HVERT DØGN KONTAKTER TRE AF HVER LÆGES PATIENTER LÆGEVAGTEN

I lægevagten honoreres lægerne udelukkende pr. ydelse. I Tabel 23 er aktiviteten i lægevagten i 2003 vist. Omkring halvdelen af grundydelseerne er afsluttede telefonkonsultationer. En tredjedel afsluttes med en konsultation, og lidt mere end hver tiende kontakt sker i form af et besøg. Honoraret for at afslutte en patient med en telefonkonsultation er mere end dobbelt så stort som for en telefonvisitation, hvilket er et væsentligt incitament i retning af at afslutte patientkontakten med en telefonkonsultation.

I løbet af et år vil en læges gruppe 1-sikrede gennemsnitligt have omkring 1.200 kontakter til lægevagten (tre i døgn). Lægevagten koster 100 kr. pr. sikrede pr. år, udgør 10% af

YDELSER FRA ALMEN PRAKSIS

udgifterne til almen lægehjælp og udgør frontlinjen i 75% af almen praksis' 24-timers døgn-dækning.

Tabel 23. Ydelser i lægevagten i 2003. Alle konsultationer og besøg er forudgået af en telefonvisitation. Udgifterne var i alt 53.355.280 kr. (Kilde: P.L.O.)

Grundydelse	Antal	%	Udgift	%	Antal pr. 1.000 sikrede	Antal pr. læge
Konsultationer	987.951	33,7	234.826.079*	46,0	185	289
Telefonkonsultationer uden besøg/konsultation	1.552.581	53,0	151.641.807	29,7	291	453
Besøg	388.689	13,3	124.211.736†	24,3	73	114
I alt grundydelse	2.929.221	100,0	510.679.622	100,0	549	855
Tillægsydelse	116.313	36,2	16.441.545	66,6	22	34
Laboratoriedydelser	205.229	63,8	8.234.113	33,4	39	60
I alt i tillægs- og laboratorieus.	321.542	100,0	24.575.658	100,0	61	94

Antal læger (fuldtid): 3.424. Antal gruppe 1-sikrede: 5.330.452

* Heraf gik 41.348.025 kr. til den forudgående telefonvisitation

† Heraf gik 16.267.530 kr. til den forudgående telefonvisitation

7.12 PRAKSISVARIATION

De resultater, der bliver præsenteret i resten af dette kapitel, er ikke korrigeret for forskelle i patienternes køn, alder, sociale status, geografi og morbiditet. En sådan korrektion kan ændre tallene i begge retninger.

Variationer i den kliniske aktivitet er ikke i sig selv et tegn på dårlig kvalitet. En del er tilfældig variation, en del stammer fra forskelle i patientgrundlaget (alder, køn, sygelighed, sociale forhold og lægesøgningsadfærd), en del skyldes strukturelle forhold (adgang til det øvrige sundhedsvæsen) og registrering, og endelig skyldes en del grundlæggende systematiske forskelle mellem lægerne f.eks. i form af faglige og holdningsmæssige forskelle (Tabel 24).

Tabel 24. Årsager til variation i aktiviteten mellem praksis

Tilfældig variation, idet praksisaktiviteten altid vil variere over tid
Forskelle mellem praksis i patienternes alders- og kønssammensætning (se afsnit 6.2, side 73)
Forskelle mellem praksis i patienternes sociale forhold (se afsnit 6.2, side 73)
Forskelle i efterspørgsel (fra patienter, myndigheder, påvirkning af medier og kampagner)
Kulturelle forskelle
Strukturelle forskelle som by/land, transport, afstand, andre sundhedstilbud
Forskelle i registreringen af ydelser
Forskelle i lægernes lægefaglige viden og færdigheder
Forskelle i lægernes holdninger
Manglende sundhedsvidenskabelig viden/evidens (øger muligheden for variation)

VARIATION I FAGLIG KUNNEN

Den faglige variation skyldes primært to forhold. For det første kan der udøves god klinisk praksis med forskellig brug af ydelser. For det andet er der forskelle i lægernes faglige kunnen pga. tidsmæssigt forskellige uddannelser, forskellige grader af efteruddannelse og forskellige faglige interesseområder. Variationen mellem læger skal også ses i lyset af, at alment praktiserende læger skal kende egne faglige styrker og svagheder. Lægen, der føler sig fagligt svag på et område, kan - og skal - kompensere for dette ved bl.a. at henvise et øget antal patienter inden for dette område.

**VARIATION I
HOLDNINGER**

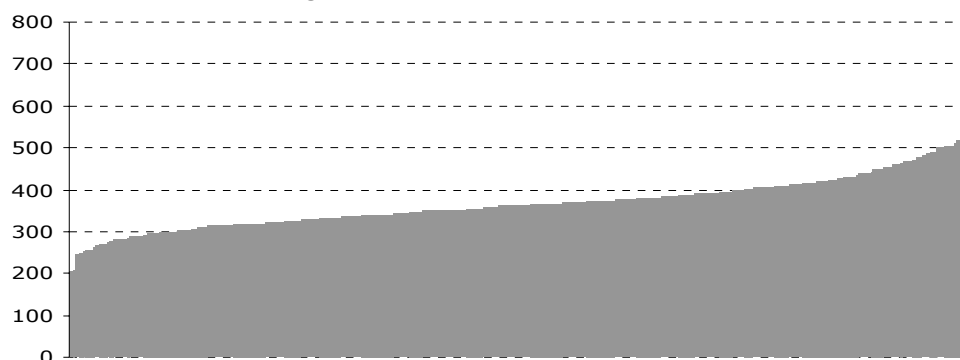
Den holdningsmæssige variation skyldes f.eks. forskellige faglige holdninger til, hvor aggressiv man skal være i udredningen af sygdomme. Hvor ofte skal man f.eks. kontrollere blodtryk, kolesterol, blodsukker, pøde fra halsen, måle CRP etc.? Holdningsforskelle kan f.eks. også ses i brugen af »defensiv medicin«. Nogle læger tager »for en sikkerheds skyld« nogle prøver, mens andre i højere grad afventer og benytter tiden som diagnostisk redskab (se afsnit 2.6, side 30). Der mangler i høj grad forskning, der kan give et evidensbaseret grundlag for at indsnævre store og måske uhensigtsmæssige forskelle i lægernes kliniske aktiviteter.

**VARIATION SOM
UDTRYK FOR HØJ
KVALITET**

I visse tilfælde vil man forvente, at der eksisterer en stor variation. Det er f.eks. i de tilfælde, hvor en gruppe læger har særlig kunnen sammenlignet med andre, der alene har den nødvendige kunnen for at drive ansvarlig klinisk virksomhed. Hvis der i sådanne tilfælde findes en variation mellem praksis, er det udtryk for, at lægerne benytter deres viden optimalt og samtidig er bevidste om deres faglige begrænsning.

Herunder gennemgås variationen i nogle af de overordnede grupper af ydelser. Beregningerne er foretaget for de 268 praksis i Århus Amt, der var aktive i hele 2003. Ud ad x-aksen er praksis rangstillet, så praksis med færrest ydelser pr. 100 patienter pr. år står først. Patienter er defineret ved at have haft mindst én grundydelse i løbet af 2003. Samtidig er 90%-variationen beregnet ved at tage de 5% mest ekstreme praksis væk i hver ende af skalaen (i alt 28 praksis) og derefter beregne, hvor mange gange større den højeste værdi er i forhold til den laveste.

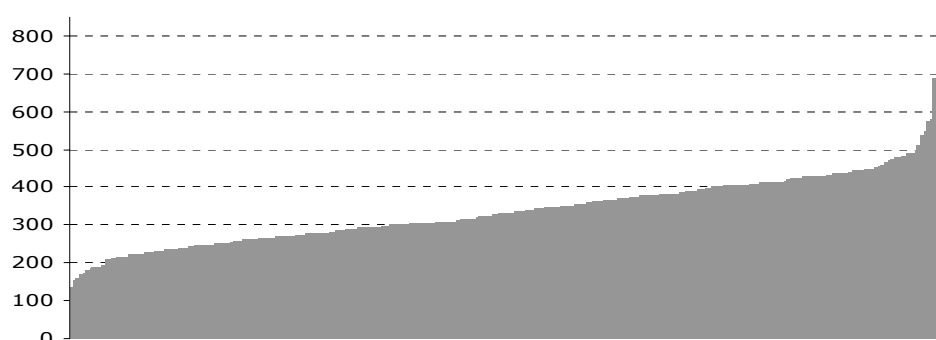
Figur 13. *Praksisvariationen i konsultationer i dagtiden pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 1,7*



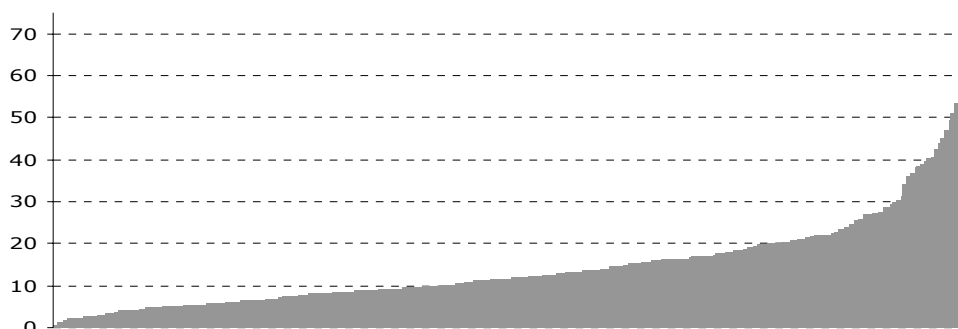
**VARIATION I
GRUNDYDELSER**

Brugen af grundydelse i en praksis afhænger dels af patientkarakteristika, dels af den måde lægerne i praksis påvirker patienter til at reagere ved sygdom mv. Administrative rutiner kan også påvirke fordelingen af grundydelse. Nogle læger benytter f.eks. konsultationer til at give prøvesvar, hvor andre i højere grad benytter en telefonkonsultation.

Figur 14. *Praksisvariationen i telefonkonsultationer i dagtiden pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 2,2*



Figur 15. *Praksisvariationen i besøg i dagtiden pr. 100 patienter mellem 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 12,2*

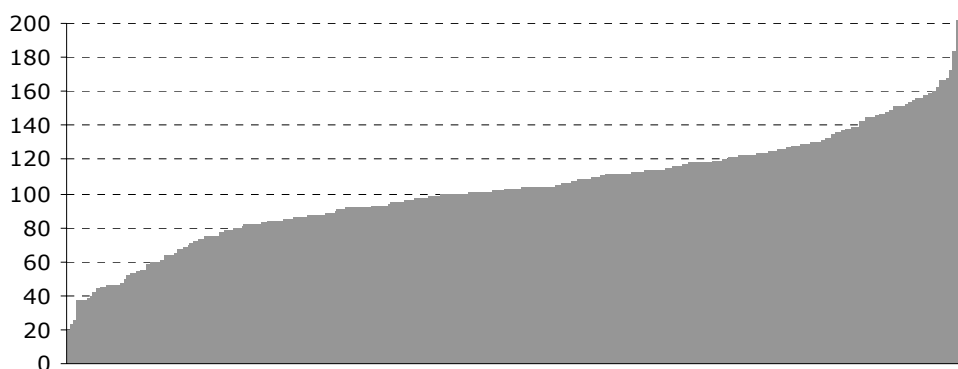


Der ses en variation i, hvor mange konsultationer, telefonkonsultationer og besøg de enkelte praksis benytter for at yde en passende almenmedicinsk omsorg for patienterne (Figur 13, Figur 14 og Figur 15). Nogle praksis bruger halvanden gange så mange konsultationer som andre. Det samme gælder for telefonkonsultationer, og for besøg ses der en faktor-12 variation, hvilket dog til dels kan forklares med, at nogle læger har flere ældre patienter.

**VARIATION I
TILLÆGSYDELSER**

Praksis varierer i brugen af tillægsydelser afhængigt af de muligheder, praksis har for at udføre ydelserne, og af muligheden for at få foretaget undersøgelserne i det øvrige sundhedsvæsen. Brugen afhænger desuden af patientkarakteristika.

Figur 16. *Variationen i antal tillægsydelser pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 3,3*



I Figur 16 ses det, at mens nogle praksis benyttede omkring 150 tillægsydelser pr. 100 patienter, benyttede andre kun 40. Blodanalyser m.m. var af størst betydning for denne variation med en 90%-variation på 13, hvilket til dels afspejler, at nogle praksis ligger så tæt på et sygehuslaboratorium, at lægen sjældnere tager blodprøver.

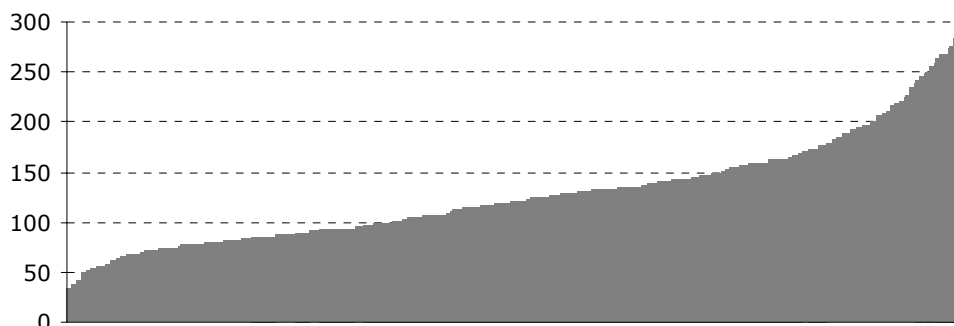
Podninger og vortebehandlinger var de næsthøjest benyttede tillægsydelser med 90%-variationer på hhv. 9 og 15. Variationen i disse to ydelser kan skyldes manglende videnskabelig viden og konsensus om god klinisk praksis. Det levner rum for faglig variation.

**VARIATION I
LABORATORIE-
YDELSER**

Som for tillægsydelserne bruges laboratorieydelser afhængigt af mulighederne i praksis, lægens og personalets kundskaber på området, det faglige behov for laboratorieundersøgelserne og mulighederne for at få udført undersøgelserne i det øvrige sundhedsvæsen (se afsnit 12.1, side 115). En faktor fire variation (Figur 17) betyder, at nogle praksis benytter 225 laboratorieydelser pr. 100 patienter, mens andre kun benytter 75. For gruppen af blodanalyser m.m. var 90%-variationen 4,3, hvilket til dels kan forklares med, at der inden for de seneste år er kommet nye laboratorieundersøgelser (f.eks. koagulationsfaktor (INR) og CRP (test for betændelse)). De kræver en stor investering, hvilket giver uens implemente-

ring med deraf følgende øget variation. Fireogtyve praksis (9%) registrerede ikke mikroskopiydelser (90%-variation for praksis der lavede mikroskopi: 208), mens alle praksis lavede dyrkningsundersøgelser (90%-variation: 21,3). I mange amter er der særlige kvalitetssikringsordninger med honorering af lægerne efter særlige kriterier.

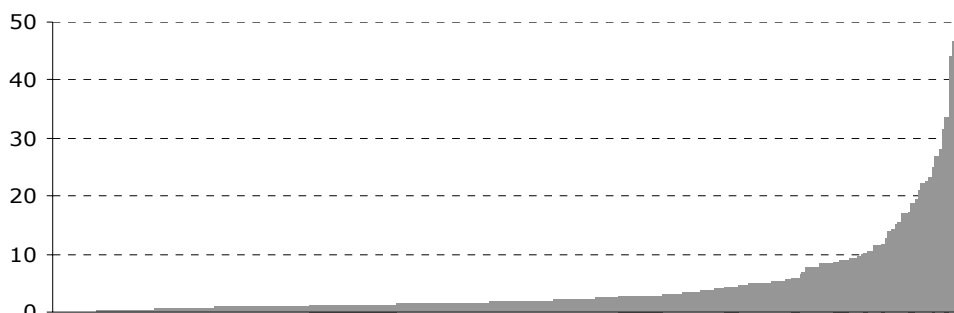
Figur 17. Praksisvariationen i laboratoriydelser pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 3,9



VARIATION I SOCIAL-MEDICINSK SAMARBEJDE

Kun otte (3%) praksis i Århus Amt benyttede ikke socialt samarbejde. Hovedparten af praksis havde dog kun få socialmedicinske ydelser, mens nogle få praksis havde mange (Figur 18). En del af denne variation skal forklares med, at nogle praksis har relativt mange socialt belastede patienter. Samtidig betyder socialforvaltningens tærskel for at bruge lægen og lægens interesse og viden noget for brugen af socialmedicinske ydelser.

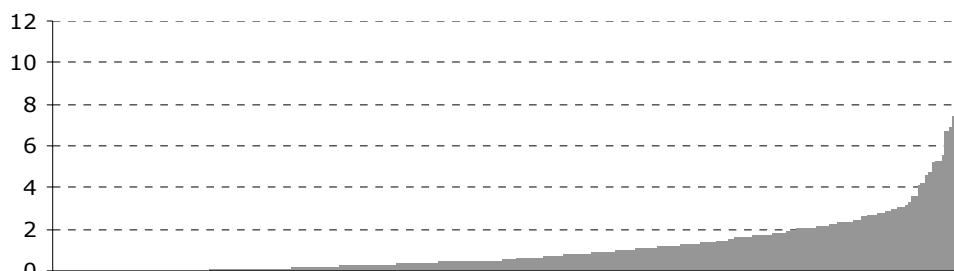
Figur 18. Praksisvariationen i ydelser vedr. socialt samarbejde pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 55,7



VARIATION I FOREBYGGELSES-KONSULTATIONER

Figur 19 viser en typisk variationskurve for implementeringen af en ny ydelse. I alt 78% af de forebyggende konsultationer vedrørende iskæmisk hjertesygdom. Nogle praksis har taget ydelsen til sig, mens andre ikke er startet (16% i Århus Amt i 2003).

Figur 19. Praksisvariationen i forebyggelseskonsultationer pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation for praksis, der havde benyttet forebyggelseskonsultation: 44,3



**VARIATION I
SAMTALETERAPI**

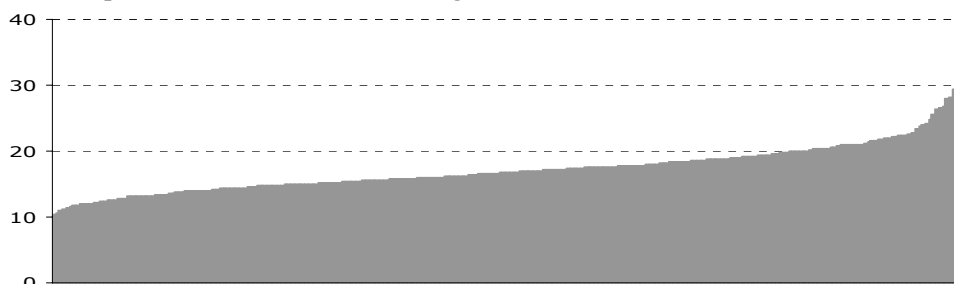
Der stilles generelt krav om, at lægen deltager i supervision for at kunne bruge denne ydelse. Det begrundes givetvis en del af den variation, der ses mellem praksis. I 2001 havde omkring 40% af alment praktiserende læger i Århus Amt deltaget i længerevarende efteruddannelse omkring samtalebehandling[4]. Kun 11 praksis (4%) i Århus Amt benyttede ikke samtaleterapi i 2003, men 90%-variationen på 17 for de øvrige praksis betyder, at nogle praksis tilbyder en del mere samtaleterapi end andre. Det skal naturligvis understreges, at samtaleterapi kan gives af andre faggrupper, og at lægen kan henvise til disse frem for selv at udføre terapien. Der mangler dog data til at belyse dette.

**VARIATION I
LÆGEVAGTEN**

Hensigten med lægevagten er, som nævnt i afsnit 3.5.6, side 48, at borgere med akut sygdom, der ikke kan vente til efterfølgende hverdag, skal have mulighed for at få en telefonisk visitation af en alment praktiserende læge. Borgerens egen læge har, som det gælder for kontakter i dagtiden, mulighed for at forebygge nogle af disse henvendelser. Typisk drejer det sig om kronisk syge, der oplever forværring af symptomer og sygdom. I disse tilfælde kan egen læge have informeret om og instrueret i egenomsorg, så brugen af lægevagten forebygges[5,6]. Med lægevagtens dårligere kendskab til patienten er der en øget risiko for, at patienten f.eks. indlægges, får uhensigtsmæssig medicin etc.

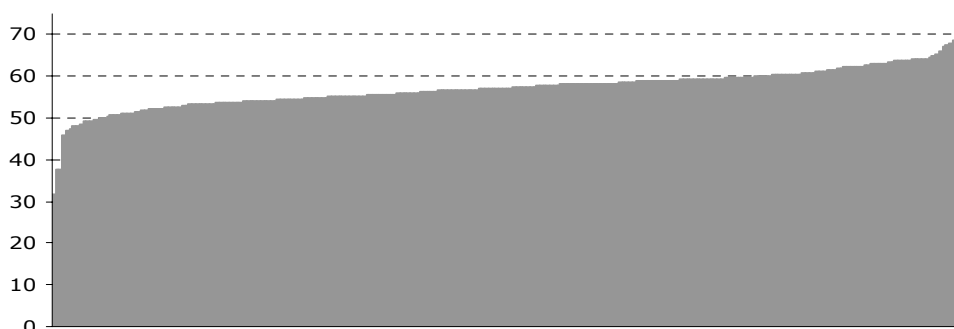
I Figur 20 ses, at næsten dobbelt så mange patienter fra nogle praksis benytter lægevagten sammenlignet med andre praksis. En del af variationen skyldes forskelle i sygelighed, men der er sandsynligvis også forskel på, hvordan patienter i forskellige praksis griber sygdom mv. an uden for dagtiden. Dette kan egen læge øve nogen indflydelse på.

Figur 20. Praksisvariationen i andel af patienter i praksis, der benyttede lægevagten i 2003. Fra 268 praksis i Århus Amt. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variationen: 1,8



Ser vi på variationen mellem praksis for andelen af patienter, der af lægevagten blev afsluttet med en telefonkonsultation, varierer den fra 32% til 75% (Figur 21). I de fleste praksis blev halvdelen afsluttet med en telefonkonsultation.

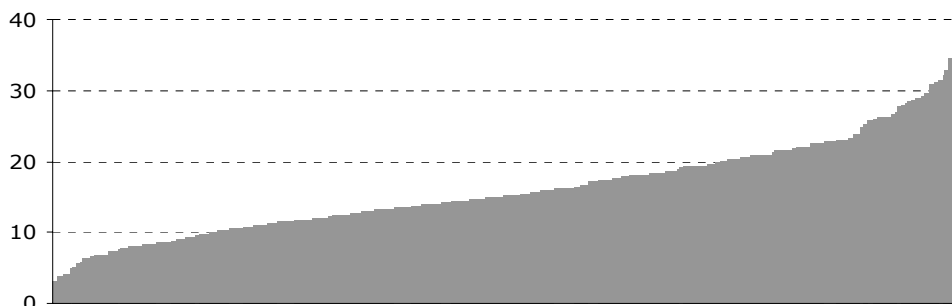
Figur 21. Praksisvariationen i andelen af, hvor mange patienter i lægevagten, som blev afsluttet med en tlf. konsultation. Vist for de 268 praksis i Århus Amt, hvis patienter benyttede lægevagten i 2003. 90%-variationen: 1,3



**VARIATION I
SPECIALLÆGE-
HENVISNINGER**

Som nævnt tidligere henviser alment praktiserende læger til speciallæge, når patientens symptomer og sygdom behøver en specialiseret tilgang. Dette forhold, samt meget varierende adgang til speciallæger[7], vil delvist kunne forklare variationen i antal henvisninger (Figur 22), men kan være en indikator på, at nogle alment praktiserende lægers funktion som visitator i forhold til funktionen som behandler er mere udpræget end hos andre (se også afsnit 2.8, side 34). Nogle praksis henviser ca. fem gange oftere end andre. Især for henvisning til gynækolog var der en større variation mellem praksis (90%-variation: 14,9).

Figur 22. Praksisvariationen i antal patienter, der blev henvist til speciallæge pr. 100 patienter i 268 praksis i Århus Amt i 2003. Praksis er rangstillet ud ad x-aksen. 90%-variation: 4,6



7.13 KONSEKVENSER AF PRAKSISVARIATIONEN

INTERVENTION

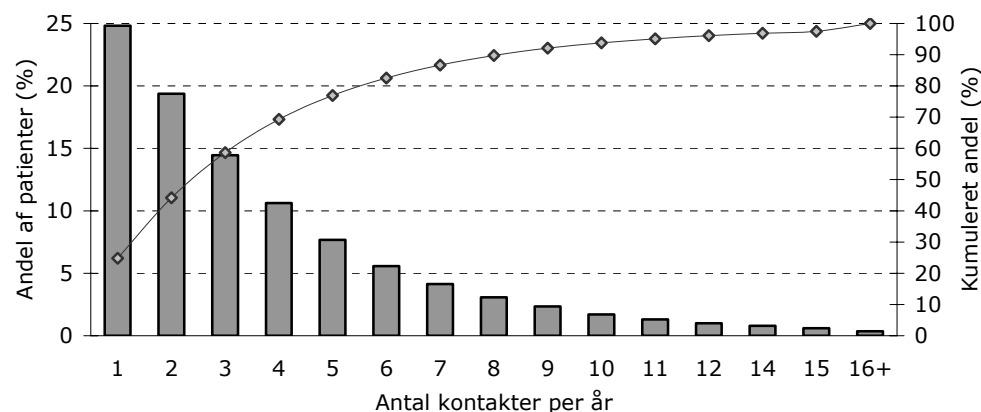
Hvor der er tale om uhensigtsmæssig variation pga. faglige og holdningsmæssige forskelle, kan det være naturligt at intervenere for at optimere den kliniske praksis. Det kræver et systematisk arbejde med variationskurverne og enighed om kriterier og standarder for god klinisk praksis. Ved implementeringen af kliniske vejledninger kan man ved hjælp af variationskurven vurdere, om man skal intervenere bredt, eller om man skal udvælge læger, der befinder sig i én ende af variationsspektret. Det målrætter indsatsen, så udbyttet måske øges. I de seneste år er der kommet flere kliniske vejledninger primært fra DSAM (afsnit 4.1.9, side 56). Der mangler dog i høj grad forskning i den type målrettede efteruddannelse.

Variationen mellem praksis kan være en indikator på en ydelses udbredelse. En vigtig forsknings- og udviklingsmæssig konsekvens af viden om variationen mellem praksis er, at der kan fokuseres på praksis, hvor klinikken ser ud til at følge en fagligt ønskværdig retning.

7.14 VARIATION MELLEM BØRGERNE

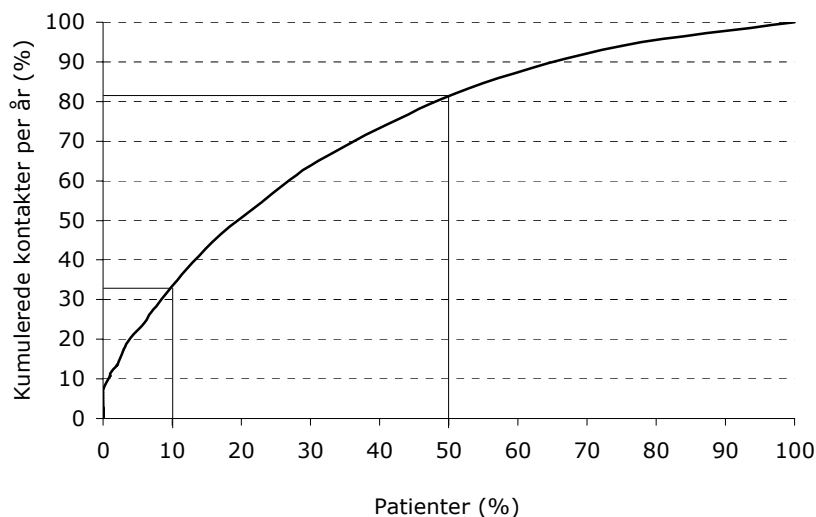
Det er naturligt, at patienternes brug af almen praksis varierer pga. helbredet, men også andre forhold fører til brug af læge (se afsnit 2.2, side 28).

Figur 23. Antal konfrontationsydelser (dagkonsultationer og -besøg) pr. år i almen praksis i Århus Amt



Figur 23 viser, at 25% af patienterne kun kommer én gang på et år, at 70% kommer fire eller færre gange, og at 4% af patienterne kommer 12 gange eller mere på et år. I et Lorenz-diagram ses det ydermere, at patienter med flest kontakter faktisk definerer en stor del af arbejdet i almen praksis (Figur 24). De 10% af patienterne, der kommer oftest, står for 33% af kontakterne på et år. Omvendt står den halvdel af patienterne, der har færrest kontakter, kun for 18% af alle konfrontationskontakter.

Figur 24. Lorenz-diagram med antal konfrontationskontakter (konsultationer og besøg) i løbet af et år i almen praksis i Århus Amt



BÅDE PATIENT OG LÆGE PÅVIRKER ARBEJDSBELASTNINGEN I PRAKSIS

Brugen af almen praksis er dels styret af borgernes lægesøgningsadfærd, dels af at lægen direkte og indirekte påvirker lægesøgningen hos sine patienter via råd om, hvornår og for hvad man søger læge. Som netop vist kommer tre fjerdedele af patienterne faktisk mere end én gang på et år, og de, der kommer mest, står for en stor del af konsultationerne. Den alment praktiserende læge har dermed en betydelig mulighed for at påvirke patienternes brug af sundhedsvæsenet (øge egenomsorgen mv.).

Brugen af tillægsydelser og laboratorieundersøgelser er også ulige fordelt mellem patienterne. Det er naturligt, at patienter med kroniske lidelser eller sværere forløb får taget flere blodprøver etc.

De 10% patienter, der fik flest tillægsydelser i 2003, fik 32% af alle tillægsydelser. Modsat fik den halvdel af patienterne, der fik færrest, 23% af alle tillægsydelserne. De 10% af patienterne, der fik flest laboratorieydelser, fik 38% af ydelserne, hvorimod den halvdel af patienterne, der fik færrest undersøgelser, kun modtog 16% af ydelserne.

VARIATION I BRUG AF LÆGEVAGTEN

For patienter, der henvender sig til lægevagten, gælder, at den halvdel af patienterne, der har færrest kontakter til lægevagten, kun står for 22% af kontakterne, hvorimod de 10% af patienterne, der har flest kontakter, står for 37% af alle kontakter.

7.15 KONSEKVENSER AF VARIATION MELLEM BORGERE

De fleste borgere går sjældent til læge (sjældne brugere), mens få går ofte til læge (hyppige brugere). Hver tredje patient i lægens venteværelse er således en hyppig bruger. Vi ved, at mange hyppige lægebrugere modtager den mest omfattende diagnostik, behandling og omsorg, men vi ved også, at en stor del af hyppige brugere er somatiserende (MUS, se afsnit 6.6, side 75). Der er god grund til at målrette indsatsen over for denne heterogene gruppe patienter mhp. at sikre, at lægekontakterne udnyttes optimalt for at bedre disse

patienters helbred og livskvalitet. Som for de øvrige aktiviteter er der fundet en faktor-17 variation mellem praksis i antallet af hyppige brugere i praksis[8].

Den stigende efterspørgsel efter ydelser fra almen praksis kan efterkommes ved at øge udbuddet af sundhedsydelser eller søge at dæmpe borgernes behov. En metode til at reducere brugen af almen praksis er at nedbringe antallet af »mindre nødvendige« kontakter ved hjælp af sundhedspædagogiske tiltag og ændret adgang, f.eks. ved brugerbetaling og visitation af sygeplejersker. Dette sidste vil dog afskaffe nogle af de helt centrale kernefunktioner ved dansk almen praksis såsom fri, uvisiteret og vederlagsfri adgang til en frontlinjelæge. Idet en begyndende lægemangel gør det vanskeligt at øge antallet af læger, kan udbuddet af sundhedsydelser i almen praksis øges ved at ansætte andre personalegrupper (f.eks. praksissygeplejersker). Der er dog ingen viden om disse muligheds betydning i dansk almen praksis for lægens arbejdsbyrde eller patienternes helbred. Bl.a. har resultaterne af udenlandske undersøgelser ikke været så positive, som man kunne forvente[9].

7.16 LITTERATUR

1. Omkostningsundersøgelsen 2002. København: P.L.O., 2003.
2. Statistikbanken. www.statistikbanken.dk, 2005
3. Statistikbasen. www.arf.dk/Vidensbank/Statistikdatabase.htm, 2005.
4. Nielsen JM, Vedsted P, Olesen F. Alment praktiserende lægers efteruddannelse inden for kommunikation og samtaleterapi. Ugeskr Læger 2002;164:895-9.
5. Christensen MB, Kristensen KA, Skafte-Holm P, Simonsen E, Larsen FK, Grubbe B et al. Vagtlæger vurderer patienters brug af lægevagt. Ugeskr Læger 1999;161:3910-3.
6. Andersen JS. Københavns lægevagt - aktivitet og kvalitet. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 1998.
7. Sundhedsstyrelsen. Kontakter til praktiserende læger under Sygesikringen 2003. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
8. Vedsted P, Sørensen HT, Nielsen JN, Olesen F. Variation in proportion of frequent attenders between Danish general practices. Scand J Public Health 2004;32:188-93.
9. Laurant MG, Hermens RP, Braspenning JC, Sibbald B, Grol RP. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. BMJ 2004;328:927.

Lægemedler i almen praksis

Kapitlet behandler almen praksis' betydning for befolkningens brug af lægemidler. Bl.a. i relation til sikkerhed og rationel farmakoterapi

Lægemedler er helt centrale i behandling, forebyggelse og palliation i almen praksis. Med en total omsætning på 15 mia. kr. i 2003 udgør receptpligtige lægemidler en stor del af udgiften til sundhedstjenesten. I alt 3.828.434 (71%) danskere var i løbet af 2003 i behandling med receptpligtige lægemidler, og 96% blev ordineret i almen praksis. Det anslås, at ca. 20% af alle utilsigtede hændelser i almen praksis alene skyldes brug af lægemidler[1]. I omkring 40% af alle kontakter til almen praksis laves en recept[2].

8.1 LÆGEMIDLER GENERELT

Lægemedelområdet er kendetegnet ved at være særligt overvåget, mht. hvilke lægemidler der benyttes på det danske marked, deres distribution og efterspørgsel, samt hvilke lægemiddeltilskud der kan gives til forskellige grupper af borgere.

8.1.1 INDELING AF LÆGEMIDLER

I 2003 var der 2.227 lægemidler på det danske marked. De inddeles efter den internationale Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC). Opdelingen bygger på, hvilket anatomisk område lægemidlet virker på. Dernæst inddeles lægemidlerne efter deres terapeutiske virkning, så lægemidler med den samme virkning er samlet. Endelig inddeles lægemidlerne efter det aktive stof i lægemidlet (det generiske navn). I alt har ATC-systemet fem niveauer, jf. eksemplet med hovedpinepiller herunder.

Tabel 25. Et eksempel på opbygningen af ATC-systemet til klassifikation af lægemidler. Som eksempel benyttes stoffet paracetamol i lægemidler mod smerter

ATC-niveau	Betegnelse
1	N, Centralnervesystemet
2	N02, Analgetika (smertestillende)
3	N02B, Svage analgetika
4	N02B E, Paracetamol, Proparacetamol
5	N02B E01, Paracetamol

ATC-SYSTEMET

VARENUMMER

ATC-systemet kan præcist angive, hvilket aktivt stof et lægemiddel indeholder, men ikke hvilket handelsnavn der er tale om. Til at adskille de enkelte handelsnavne benytter man det såkaldte »varenummer«. Varenumrene tildeles af Lægemedelstyrelsen og identificerer unikt lægemiddelnævnet, -formen, -styrken og pakningsstørrelsen.

8.1.2 GODKENDELSE OG KONTROL AF LÆGEMIDLER

Hvert år kommer der 30-40 nye lægemidler på det danske marked. Bestemmelserne om godkendelse og kontrol af lægemidler og de virksomheder, der fremstiller og håndterer lægemidler, er givet i Lægemiddelloven[3].

DOKUMENTATION OG GODKENDELSE

Inden et lægemiddel kan introduceres på markedet, skal der foreligge **sikker** videnskabelig dokumentation for lægemidlets virkning på patienten, lægemidlets kvalitet (renhed, ensartethed osv.) og sikkerhed (bivirkninger). Generelt skal et nyt lægemiddel have en sammenlignelig eller bedre effekt end midler, der allerede er på markedet. Den overordnede godkendelse af et lægemiddel kan foregå via lægemiddelmyndigheder i et andet EU-land eller via en central godkendelse af EU-Kommissionen, men i alle tilfælde skal den danske Lægemiddelstyrelse endeligt godkende lægemidlet mht. pakning, indlægsseddel etc.

REGISTRERING AF BIVIRKNINGER

Da det gælder befolkningens sikkerhed, er der løbende kontrol af lægemidlerne på markedet. Der tages stikprøver, og bivirkningerne registreres centralt. De danske CPR-baserede registre over lægemiddelforbrug har udgjort en internationalt anerkendt mulighed for at undersøge sammenhænge mellem bivirkninger og lægemiddelforbrug.

8.1.3 LOVE OG REGLER**RECEPTENS FUNKTION**

Kun læger (og delvist tandlæger) kan udstede recepter. I 2003 var 1.958 (88%) af alle lægemidler receptpligtige[3]. Resten er tilgængelige i »håndkøb«. Med recepten skal lægen sikre både patient og samfund på følgende områder:

- 1) At patienten modtager relevant og korrekt medicinsk behandling.
- 2) At patienten modtager information om lægemidlet og evt. bivirkninger.
- 3) At skadelige lægemidler (afhængighedsskabende, giftige, miljøskadelige) ikke er frit tilgængelige.
- 4) Recepten er patientens og apotekets »bevis« på ret til et tilskud fra sygesikringen.

Ved lægers ordination deles lægemidler i tre hovedgrupper. »Gruppe A« er kopiagtige medikamenter, hvor ordinationen indberettes til Sundhedsstyrelsen med henblik på særlig kontrol af forbruget. Det drejer sig om afhængighedsskabende lægemidler som morfin. »Gruppe B« omfatter de »almindelige« lægemidler på recept. Endelig er der »gruppe H«, som er håndkøbsmedikamenter, der er uden tilskud og kan købes uden recept. Dog kan lægen for nogle lægemidler i håndkøb anføre (klausulere) på recepten, at patienten benytter lægemidlet ved en varig lidelse, hvorved der opnås tilskud.

KONTROL AF LÆGERS ORDINATIONER

Alment praktiserende lægers ordination af lægemidler følges via sygesikringens register samt af Sundhedsstyrelsen. Ifølge Landsoverenskomsten gælder reglerne for årlige opgørelser af praksisaktivitet også her. Samarbejdsudvalget har mulighed for at undersøge en praksis nærmere, hvis ordinationen af lægemidler er for høj. Sundhedsstyrelsen overvåger sammen med embedslægerne lægernes ordinationer af bl.a. morfin og sovemedicin. Sundhedsstyrelsen kan efter drøftelse med lægen indskrænke lægens ordinationsret.

8.1.4 ELEKTRONISKE RECEPTER

Mere end 80% af recepter fra almen praksis sendes via det elektroniske patientadministrative system (se afsnit 12.5, side 118). Når en patient skal have en recept, kobles patientoplysningerne automatisk til recepten, til tidligere ordinerede lægemidler og evt. til patientens sygdom(me). Lægen oplyses om evt. bivirkninger, som patienten skal informeres om, evt. kontraindikationer mod det valgte lægemiddel, eller om patienten evt. ikke kan tåle det. Lægen kan vælge mellem de forskellige pakninger og styrker af lægemidlet og f.eks. vælge

det billigste præparat. I de tilfælde, hvor lægens sekretær eller sygeplejerske fornyer en recept, skal lægen godkende recepten, inden den sendes.

Når lægen sender den elektroniske recept til apoteket, sker det via det danske sundhedsdatanet (se afsnit 12.6.2, side 119). I 2004 var 78% af alle recepter fra almen praksis elektronisk afleverede med 1,1 mio. elektroniske recepter pr. måned.

Der foregår i disse år et, med delvis offentlig støtte, betydeligt udviklingsarbejde mht. at øge onlinetilgængeligheden af oplysninger om lægemidler. Det er lister over lægemidler (positivlister), der anbefales til forskellige sygdomme, adgang til vejledninger for rationel farmakoterapi samt adgang til at se, hvilke lægemidler en patient har fået på sygehus eller hos speciallæge. Allerede nu kan borgerne via Lægemedelstyrelsens register se, hvilke lægemidler de har købt, og hvilket tilskud de får. Danmark er førende på disse felter, og sikkerhed og effektivitet ved lægemiddelbrugen kan forventes at blive endnu højere i de kommende år.

8.1.5 APOTEKERNES FUNKTION

Et apotek drives som en almindelig forretning, men efter bestemmelserne i Apotekerloven, hvori det bestemmes, at det kræver bevilling at drive et apotek. For at få en bevilling kræves en farmaceutisk kandidateksamen og erfaring i at lede et apotek. Et apotek skal forhandle og informere om lægemidler samt levere data til sygesikringen og Lægemedelstyrelsen.

RECEPTENS BRUG PÅ APOTEKET

Når apoteket modtager en recept (af patient, pr. fax, telefon eller elektronisk), sikrer apoteket, at afsender er (alment praktiserende) læge. Ofte er der kun et eller få apoteker i nærheden af lægens praksis, hvorfor apotek og læge har et godt kendskab til hinanden. Apoteket kan foretage kontrolopkald til den ordinerende læge for at verificere ordinationen. Dette samarbejde udgør en vigtig sikkerhedsfunktion ved lægemiddelordination.

Dernæst skal apoteket tilse, at relevante oplysninger om patienten og lægemidlet er anført sammen med en beskrivelse af, hvorledes patienten skal benytte lægemidlet. Apoteket har også til opgave om muligt at finde et billigere lægemiddel med samme aktive stof (generisk substitution). Det sikrer udlevering af det billigste lægemiddel og tilskynder til priskonkurrence. Lægen kan anføre på recepten, at der ikke må foretages generisk substitution, hvilket kan være nødvendigt hos patienter, der bør/vil have den samme lægemiddelpakning. Tilskuddet er dog beregnet på basis af det billigste lægemiddel således, at patienten selv betaler en evt. merudgift. Det er tænkt som et incitament til, at patienten skal ønske det billigste lægemiddel. Endelig skal apoteket sikre, at patienten er informeret om brugen af lægemidlet samt om bivirkninger og sørge for, at patienten får det rette tilskud.

8.1.6 TILSKUDSORDNINGER

Overordnet er brugen af lægemidler i Danmark baseret på hel eller delvis egenbetaling. Danskernes egenbetaling til sundhed udgør i alt 18% af de samlede sundhedsudgifter og i 1999 udgjorde egenbetaling til receptpligtige lægemidler 64% af den samlede egenbetaling til sundhed (inkl. f.eks. tandlæge, fysioterapi, plejehjem, briller, kørestole etc. (Kilde: OECD)). Egenbetalingen skal sikre, at alment praktiserende læger og patienter forsøger at minimere forbruget. Det betyder dog også, at nogle patienter ikke kan eller ikke ønsker at bruge penge på nødvendige lægemidler.

Der ydes tilskud til de fleste receptpligtige lægemidler og enkelte lægemidler i håndkøb. Tilskuddet er gjort afhængigt af patientens udgifter til lægemidler og af, om der opnås yderligere tilskud grundet særlige helbredsmæssige og sociale omstændigheder. Tilskud gives derfor enten som:

- 1) Generelle tilskud
- 2) Individuelle tilskud:
 - a) Enkelttilskud til lægemidler uden generelt tilskud.
 - b) Forhøjet tilskud til lægemidler med generelt tilskud.
 - c) Tilskud til kronisk syge.
 - d) Tilskud til døende.
- 3) Tilskud efter pensionsloven, love om aktiv socialpolitik og lov om social service.

GENERELLE TILSKUD

Det generelle tilskud til receptpligtige lægemidler er enten 0% (<520 kr.), 50% (520-1.260 kr.), 75% (1.260-2.950 kr.) eller 85% (>2.950 kr.) af lægemidlets pris, afhængig af hvor store lægemiddeludgifter patienten har haft inden for ét år (grænser angivet i parentes). Beregningen af de generelle tilskud sker på basis af en national database, Lægemedelstyrelsens Centrale Tilskudsregister, hvortil alle apoteker sender og henter oplysninger om borgernes køb.

ENKELTTILSKUD

Individuelle tilskud søges i Lægemedelstyrelsen af patientens læge. Enkelttilskud gives i særlige tilfælde til patienter, hvor et lægemiddel uden tilskud er særligt indiceret. Tilskuddet gives til patienten for resten af livet. Et forhøjet tilskud kan komme på tale, hvis en patient ikke kan tåle (f.eks. pga. allergi) det billigste lægemiddel, men derimod et dyrere.

KRONIKERTILSKUD

Efter sygesikringsloven kan der ydes kronikertilskud ved kronisk sygdom, og når det samtidig ser ud til, at den samlede årlige udgift til tilskudsberettigede lægemidler vil overstige 19.567 kr. Tilskuddet betyder, at der gives 100% tilskud til den del af de samlede årlige lægemiddeludgifter, der overstiger 19.567 kr. Den årlige egenbetaling kan således ikke overstige 3.805 kr. Tilskuddet omfatter alle tilskudsberettigede lægemidler.

TERMINALBEVILLING

Døende kan efter sygesikringsloven få dækket udgifter til lægemidler. Den alment praktiserende læge eller sygehuset søger Lægemedelstyrelsen om en terminalbevilling. Samtidig registreres oplysningen i Lægemedelstyrelsens Centrale Tilskudsregister, så alle apoteker kan se bevillingen af gratis lægemidler.

SOCIALT BETINGEDE TILSKUD

Tilskud efter de sociale love gælder økonomisk vanskeligt stillede patienter (herunder særligt pensionister) og ved forsørgelse af handicappet barn/voksen i eget hjem. For økonomisk trængte foretages en individuel vurdering af de økonomiske forhold, herunder nødvendigheden af lægemiddeludgiften. Til handicappede gives tilskud til lægemiddeludgifter ud over det normale. Dette tilskud er uafhængigt af indtægtsforhold.

I forbindelse med de kommunale tilskud til lægemidler er det den alment praktiserende læge, der over for kommunen attesterer nødvendigheden af lægemidlet, og ofte er det patientens læge, der informerer om muligheden for tilskud. I 2003 udfærdigede almen praksis 6.778 ansøgninger om kronikertilskud og 1.664 ansøgninger om terminalbevilling.

8.2 LÆGEMIDELFORBRUGET

Hovedparten af danskerne har i løbet af et år behov for at indtage et lægemiddel. Det er nødvendigt hele tiden at følge dette forbrug, både som en del af overvågningen af befolkningens sundhedstilstand, men også som en del af den samlede sundhedsøkonomi.

8.2.1 MÅL FOR BRUG AF LÆGEMIDLER

REGISTERPRIS

Man kan følge lægemiddelforbruget ved at beregne udgifterne til lægemidler, typisk vha. »apotekets udsalgspris« (registerpris inkl. receptgebyr). Disse udgiftsberegninger er dog afhængige af indførelsen af nye og dyrere lægemidler og prisfald som følge af ophørt patent. Derfor benytter man oftest »Definerede DøgnDoser« (DDD). DDD fastsættes internationalt og baserer sig på den typiske døgn dosis for et lægemiddel. DDD er dog også

behæftet med usikkerheder, og DDD kan ikke umiddelbart omregnes til antal behandlingsdøgn.

DEFINERED DØGNDOSER (DDD)

DDD anvendes til at estimere, hvor mange pr. 1.000 indbyggere der hvert døgn modtager lægemidler. Man kan også beregne en »behandlingspris«, der er registerprisen pr. DDD, og herved følge f.eks. prisudviklingen for lægemidler. For at overvåge borgernes eksponering for lægemidler benyttes også andre mål som pakninger pr. patient, eller blot hvor mange personer der tager et lægemiddel i et bestemt tidsrum.

STANDARDISERE FOR ALDER OG KØN

Ved sammenligning af læger, praksis og geografiske områder er det vigtigt at anvende køns- og aldersstandardiserede mål, hvor der justeres for forskelle i befolkningens køn og alder, der har betydning for lægemiddelforbruget. Endelig skal det erindres, at de nævnte mål omfatter lægemidler hentet på apoteket og ikke udtrykker den præcise indtagelse.

8.2.2 BORGERENS LÆGEMIDELFORBRUG

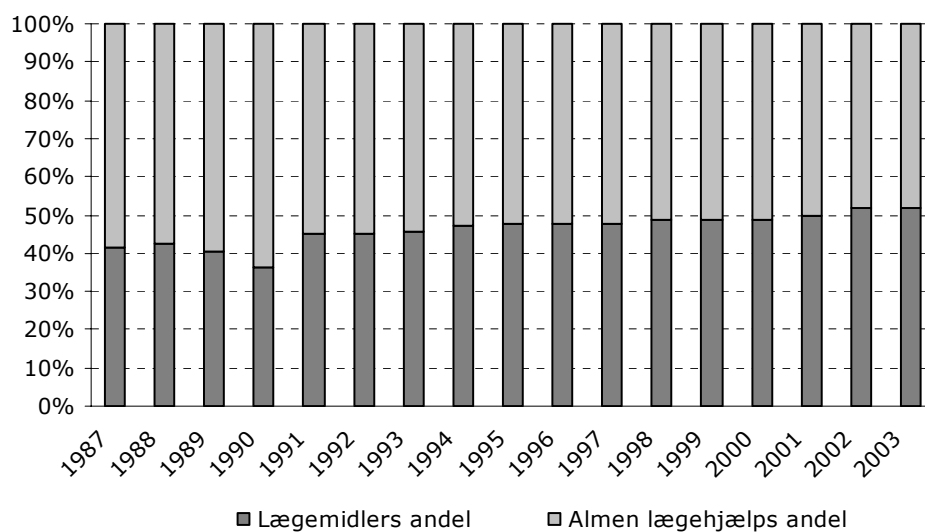
En tredjedel af befolkningen benytter til stadighed eller regelmæssigt lægemidler, og inden for en 2-ugers periode har en tredjedel af befolkningen indtaget receptpligtige lægemidler. Oftest er det hjertemedicin, smertestillende medicin og gigtmedicin[4]. Af håndkøbspræparater indtages oftest smertestillende lægemidler, idet 25% af befolkningen har taget smertestilende medicin i løbet af to uger.

8.2.3 UDGIFTER TIL LÆGEMIDLER

HVEM BETALER?

I 2003 var den **totale** omsætning af lægemidler (både recept- og håndkøbslægemidler) i primærsektoren 11 mia. kr. Heraf betalte sygesikringen 6,1 mia. kr. (56%), kommunerne 0,5 mia. kr. (5%) og patienterne 4,4 mia. kr. (39%). For de **tilskudsberettigede** lægemidler var omsætningen i 2003 8,3 mia. kr., hvoraf sygesikringen bidrog med 5,7 mia. kr. (69%), kommunerne med 0,4 mia. kr. (5%) og patienterne 2,2 mia. kr. (27%). Patienternes egenbetaling for receptpligtige lægemidler er altså lidt over en fjerdedel. Det skal erindres, at 25% (ca. 2 mia.kr.) af omsætningen er moms til staten.

Figur 25. *Udviklingen i sygesikringens tilskud til lægemidler som andel af samlede udgifter til almen lægehjælp (Kilde: Amdsrådsforeningen)*



NYE LÆGEMIDLER ER DYRE

Sygesikringens nettoudgifter til lægemidler steg fra 1990 til 2003 med 154%. I forbindelse med introduktionen af nye lægemidler, der viser sig effektive, men samtidigt dyre, øges fokus på sygesikringens udgifter til lægemiddeltilskud. Det er f.eks. set ved introduktionen af kolesterolsænkende og antidepressive midler, som benyttes til store patientgrupper. Da

medicinalfirmaer pga. meget store udviklingsomkostninger af industripolitiske hensyn har et relativt langvarigt patent på lægemidlet, er der ikke priskonkurrence de første år. Hvis lægemidlet kan ændre behandlingen i positiv retning, vil der ske en hurtig implementering, og sygesikringens udgifter stiger. Den andel af nettoudgifterne til almen lægehjælp, som sygesikringens medicintilskud udgør, steg omkring 1990, men har været rimelig konstant i de seneste 10 år (Figur 25). Sygesikringens udgifter til lægemidler synes således at følge en generel tendens mod et øget finansieringsbehov i den primære sundhedstjeneste.

8.3 ORDINATION AF LÆGEMIDLER I ALMEN PRAKSIS

STIGENDE FORBRUG

Fra 1999 til 2003 steg brugen af receptpligtige lægemidler i det primære sundhedsvæsen fra 924,4 DDD pr. 1.000 indbyggere til 1.091,7 (18%)[3]. Som det fremgår af Figur 26, er denne stigning i lægemiddelforbruget i høj grad forårsaget af en øget brug af lægemidler mod hjerte-kar-sygdomme (C), sygdomme i nervesystemet (inkl. smerter) (N), sygdomme i blodet (B) og sygdomme i fordøjelse og stofskifte (A). Figur 27 illustrerer, hvor mange der i løbet af et år fik et receptpligtigt lægemiddel. En sammenligning af de to figurer viser, at flest borgere eksponeres for lægemidler mod infektionssygdomme (J).

Sammenfattende gælder det, at gennem det seneste årti er befolkningens gennemsnitlige lægemiddelforbrug steget med ca. 4% årligt målt i DDD[5], og samtidig er sygesikringens udgifter til lægemidler ligeledes steget med 4% årligt målt i kr. Stigningen skal vurderes i lyset af, at der inden for de sidste 10 år er tilkommet nye lægemidler til forebyggelse og mere effektive lægemidler (kolesterolsænkende lægemidler og mavesårs- og allergilægemidler).

8.3.1 PÅVIRKNING AF ORDINATIONSPRAKSIS

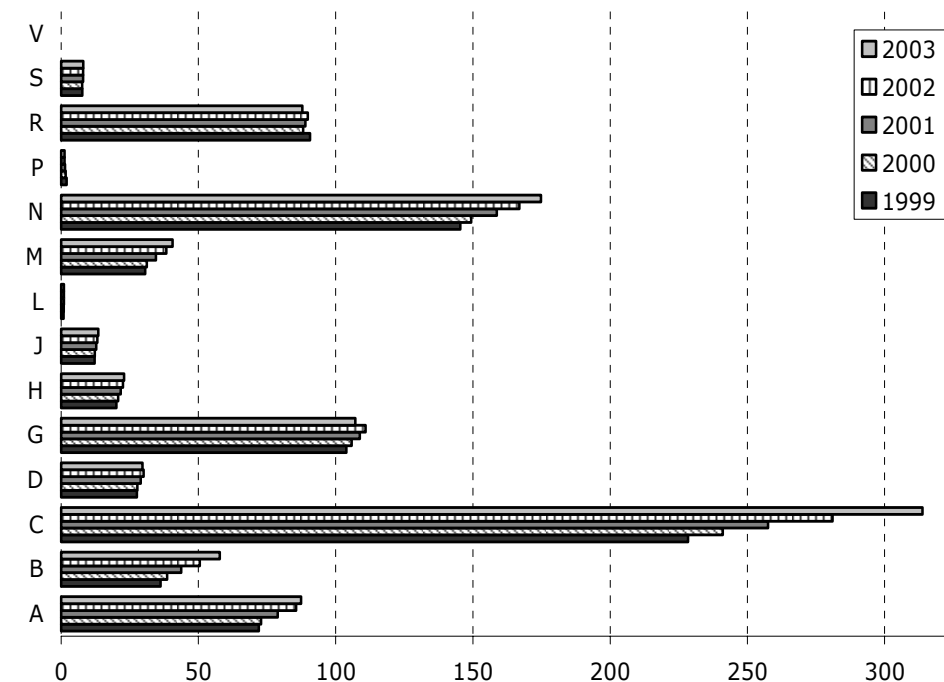
Lægen får en særlig funktion som »receptudsteder«, der tager udgangspunkt i den medicinske ekspert, ressourceforvalteren, rådgiveren og kontrollanten (afsnit 2.13, side 37). Ved lægens receptordinationer skal lægen på den ene side rådgive om og ordinere det lægemiddel, der er bedst for patienten. På den anden side kan en ordination påføre patienten og samfundet omkostninger, for hvilke lægen også har et ansvar. Det kan også ske, at der ikke er overensstemmelse mellem patientens ønsker og lægens, og evt. også sundhedsmyndighedernes, opfattelse af behovet for et lægemiddel. I disse tilfælde må lægen udøve »et samvittighedsfuldt og omhyggeligt skøn«.

ER ET HØJT ELLER LAVT FORBRUG BEDST?

Det er veldokumenteret, at klinisk arbejdende læger på sygehus og i almen praksis varierer i deres ordinationspraksis. Der er fundet 10-20-fold variationer. Det skyldes bl.a. lægernes tidsmæssigt forskellige uddannelser, at nogle læger i mindre grad end andre opdaterer deres viden, og at nogle læger er hurtige til at bruge ny viden (»early adopters«). Dog skyldes en stor del af variationen også forskelle i lægefaglige holdninger til, hvornår og i hvilken grad man skal behandle f.eks. banale (ufarlige) eller livsstilsrelaterede sygdomme medikamentelt. Det er naturligt, at en variation opfattes som tegn på mulige kvalitetsbrud, men udgangspunktet for en analyse af denne variation bør være, at man ikke nødvendigvis ved, hvilke læger der gør det korrekte. Er det gennemsnittet, eller dem i toppen eller bunden? Faktum er nok også, at der kan udøves god og effektiv lægegerning med både et relativt lavt og højt forbrug af lægemidler.

Variationen i lægemiddeludgifter betyder, at nogle lægemidler af prismæssige årsager bør ordineres frem for andre, idet lægen skal afbalancere en evt. øget effekt i forhold til en øget pris. Der kan også være et andet lægemiddel, der har samme virkning, men ikke med samme aktive stof, som er billigere og lige så effektivt (analog substitution).

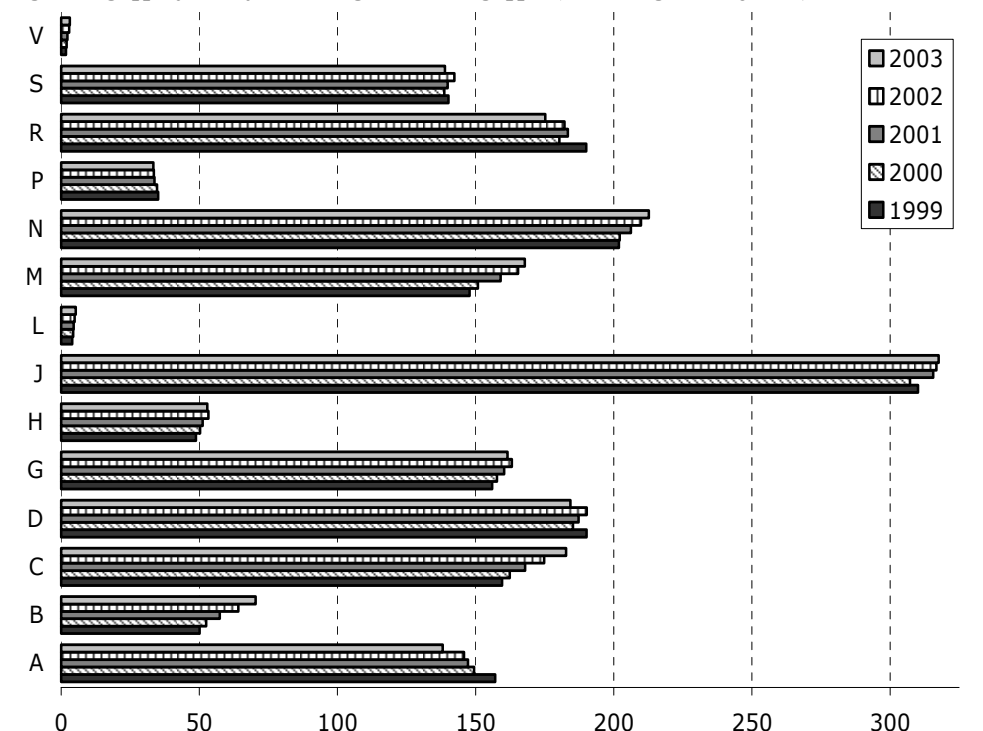
Figur 26. Udviklingen i solgte DDD pr. 1.000 indbyggere pr. døgn i primærsektoren 1999 - 2003 fordelt efter årstal og ATC-hovedgrupper (Kilde: Lægemedelstyrelsen)



ATC-hovedgrupper

A	Lægemedler til fordøjelse og stofskifte	L	Cancermidler
B	Lægemedler til blod og bloddannende organer	M	Lægemedler til muskler, led og knogler
C	Lægemedler til hjerte og kredsløb	N	Lægemedler til nervesystemet
D	Hudmidler	P	Lægemedler mod parasitter
G	Kønshormoner	R	Lægemedler til åndedrætsorganer
H	Hormoner til systemisk brug	S	Lægemedler til sansorganer
J	Lægemedler mod infektionssygdomme	V	Diverse lægemidler

Figur 27. Antal personer pr. 1.000 indbyggere, der i løbet af et år er i behandling med en af nævnte lægemiddelgrupper fordelt efter årstal og ATC-hovedgrupper (Kilde: Lægemedelstyrelsen)



**RATIONEL
FARMAKOTERAPI**

På den baggrund har man i flere amter i de seneste 10-15 år, og senere centralt via Institut for Rationel Farmakoterapi, arbejdet med at stimulere til rationel farmakoterapi (se afsnit 4.1.9, side 56). Det er sket ved en række forskellige metoder såsom feedback til lægerne om deres ordinationspraksis, efteruddannelse, vejledninger/retningslinjer og ved praksisbesøg. Det sidste har vist sig at være mest effektivt til både at ændre ordinationspraksis i retning af optimal farmakologisk behandling, men også i retning af billigere præparater[6].

**SYSTEMATISK
INFORMATION
VIRKER**

At det kan lade sig gøre at ændre, vedligeholde og udvikle en god ordinationspraksis skal illustreres med udviklingen i Danmark på antibiotikaområdet. Der blev tidligt fra både sygehuse og almen praksis gjort opmærksom på, hvor vigtigt det var kun at ordinere antibiotika, når det var indiceret og da kun de smalspektrede antibiotika. Det skulle hindre et overforbrug af antibiotika og sænke risikoen for udviklingen af resistente bakterier. Det er lykkedes at holde ordinationen af antibiotika relativt lav og rimeligt konstant gennem mange år. Til sammenligning udskrives der langt mere og dyrere antibiotika i landene omkring os, og der udvikles oftere resistens, hvilket vil sige, at bakterierne bliver modstandsdygtige.

**MEDICINALINDUSTRI
OG
EFTERUDDANNELSE**

Medicinalindustrien har naturligt valgt almen praksis til en systematisk markedsføringsindsats. Den omfatter tilsendelse af store mængder reklamemateriale, personlige besøg af lægemiddelkonsulenter, tilbud om kurser samt gaver. På baggrund af en viden om, at markedsføringen kan føre til et uhensigtsmæssigt ordinationsmønster, både hvad angår priser og indikationer, blev der i 2003 indgået en bindende aftale mellem Lægeforeningen og Lægemiddelindustriforeningen om vilkårene for samarbejdet. Tendensen går i retning af en erkendelse af, at læger og medicinalindustri ikke har sammenfaldende interesser mht. patienten og sundhedsøkonomien. Det er nu en overordnet tendens, at man søger at tilrette den information, lægerne tilbydes (f.eks. ved etableringen af Institut for Rationel Farmakoterapi og amternes formelle »enheder«), som skal bidrage til, at formidlingen til lægerne i højere grad baseres på uvildig kvalitetsudvikling og efteruddannelse. Endnu er der ubalance i kursusudbuddet til lægerne, hvilket kan føre til overeksponering for kurser, der omhandler behandling med nye og dyre lægemidler. Der er på dette område et stort behov for at støtte, styrke og vedligeholde det faglige og offentlige ansvar for lægemiddelforbruget.

8.4 LITTERATUR

1. Mikkelsen TH, Rubak J, Olesen F. Muligheder for kvalitetsudvikling i almen praksis gennem arbejdet med utilsigtede hændelser. Ugeskr Læger 2004;166:1770-4.
2. Ovesen L, Juul S, Mabeck CE. Sygdomsmønstret i almen praksis. Århus Amt 1993. Århus: Institut for Almen Medicin og Institut for Epidemiologi og Socialmedicin, 1997.
3. Forbrug og Statistik. www.laegemiddelstyrelsen.dk, 2005.
4. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
5. Nøgletal for amterne på sundhedsområdet. www.im.dk/publikationer/noegletal_paa_sundhed/, 2005
6. Nissen Aa. Personlige efteruddannelsesbesøg (PEB) - og andre metoder til kvalitetsudvikling af lægemiddelordinationer. København: Institut for Rationel Farmakoterapi, 2000.

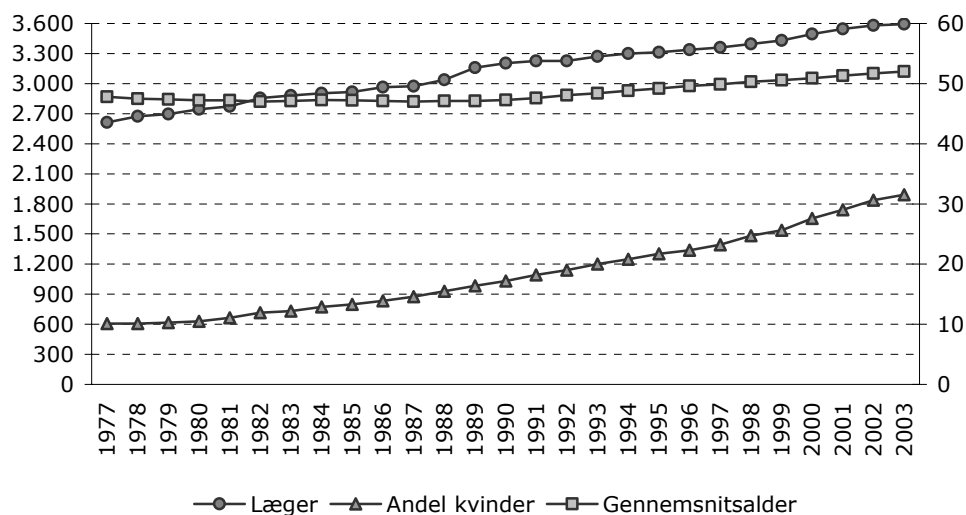
Lægerne i almen praksis

En forudsætning for en velfungerende almen praksis er et passende udbud af veluddannede læger og rammer for en livslang læring for at kunne udføre den til tiden bedste omsorg

9.1 UDBUDET AF LÆGER I ALMEN PRAKSIS

Antallet af læger i almen praksis er steget med 38% gennem de seneste 27 år (Figur 28). I samme periode er befolkningen øget med 6%, og antallet af borgere på 70 år og derover er steget med 25% (fra 8,9 til 10,6% af befolkningen). I sygehusvæsenet steg antallet af læger fra 1992 til 2002 med 18% mod 6% for almen praksis i samme periode[1]. Bortset fra et lidt øget indtag i årene 1989-90 har tilgangen af læger til almen praksis været rimelig konstant. Efter at have ligget ret konstant mellem 47 – 48 år i den første del af perioden fra 1977 er gennemsnitsalderen steget jævnt siden 1991 til 52 år i 2003. Det antyder, at væksten i antallet af læger i almen praksis bl.a. er sket ved, at lægerne er erhvervsaktive i flere år.

Figur 28. Udviklingen i antallet af læger i almen praksis, andelen af kvinder og lægernes gennemsnitsalder fra 1977 til 2003 (Kilde: P.L.O.s lægepopulation 1977-2003)



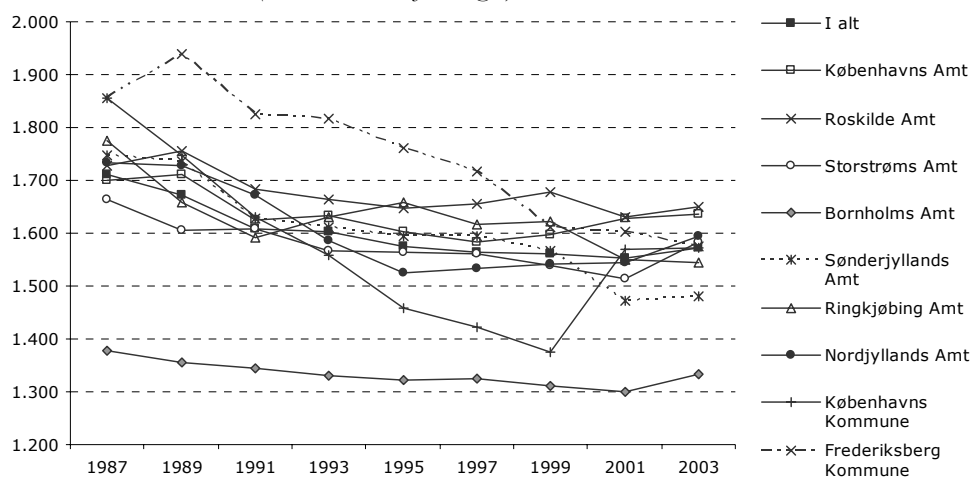
Andelen af kvindelige læger er steget markant gennem hele perioden. Fra omkring 10% i 1977 er andelen af kvindelige læger i almen praksis nu knap en tredjedel. Andelen vil fortsat stige, idet andelen af kvinder blandt nyuddannede læger er langt højere (ca. 65%).

LÆGEMANGEL

Aldersudviklingen for alment praktiserende læger betyder, at almen praksis inden for de nærmeste år vil få en øget afgang pga. pensionering. En deraf følgende øget arbejdsmængde kan tilskynde til yderligere pensionering, og sammen med et lavt antal nye almenmedicinske speciallæger vil det føre til lægemangel i almen praksis. Denne mangel ses allerede i form af ledige praksis i yderdistrikterne og alment praktiserende læger, der må opgive at få goodwill med fra deres praksis. Det er muligt at aflæse denne udvikling i de seneste tal for lægedækningen (Figur 29), idet antallet af indbyggere pr. alment praktiserende læge for

første gang i årtier steg fra 2002 til 2003. Stigningen er især sket i Nordjyllands og Storstrøms Amter, men samtidig skal det bemærkes, at Ringkjøbing Amt, som et tredje yderamt, har formået at fastholde den opnåede lægedækning. Det samme gælder Bornholms Regionskommune, der er begunstiget af en relativt høj lægedækning.

Figur 29. Udviklingen i lægedækningen (indbyggere pr. alment praktiserende læge) i udvalgte amter fra 1987 til 2003 (Kilde: Amtsrådsforeningen)



Ifølge en rapport udarbejdet af P.L.O. fremgår det, at selv med konservative forudsætninger for den forventede efterspørgsel af læger i specialet, kan udbuddet af praktiserende læger i de kommende 15 - 20 år kun opfylde den forventede efterspørgsel, hvis der sker en hurtig øgning af uddannelseskapaleten til almen praksis (mindst 210 uddannelsesstillinger), en kraftig øget rekruttering til almen praksis, og hvis de ældre alment praktiserende læger tilskyndes til at blive flere år i praksis. Omvendt er udsigten til vigende eller ingen goodwill i sig selv et godt økonomisk incitament til at fastholde ældre læger, idet tab af goodwill betyder et tab af en del af pensionsgrundlaget. Yderligere information om lægeprognose og rekruttering ses på P.L.O.s hjemmeside (www.plo.dk).

9.2 UDDANNELSE

Lægers uddannelse inddeles i en grunduddannelse, som er universitetsbaseret, turnus, specialuddannelse med henblik på at opnå speciallægeautorisation og sidst efteruddannelsen.

9.2.1 GRUNDUDDANNELSEN

Alle danske læger gennemgår en grunduddannelse, og hovedindholdet i grunduddannelsen er fastlagt af Undervisningsministeriet. Her er det bestemt, at faget almen medicin er et obligatorisk klinisk fag på lige fod med intern medicin og kirurgi.

Der uddannes læger ved universiteterne i København, Odense og Århus. Målsætningen med den almenmedicinske undervisning er, at den nyuddannede læge skal forstå funktionen af den primære sundhedstjeneste og af almen praksis i det samlede sundhedsvæsen samt have en forståelse af klinisk almen medicin, og hvilke ekstra dimensioner almen medicin tilfører sundhedsvæsenet på linje med andre specialer.

Som led i uddannelsen gennemgår de studerende alle et klinisk ophold i en almen praksis og modtager teoretisk undervisning om kerneindholdet i faget og den primære sundhedstjeneste. Dertil kommer undervisning om sygdomsspecifikke emner i samarbejde med andre relevante specialer, f.eks. lungesygdomme, hjertesygdomme, bevægeapparatlidelser og psykiatri. Eksamen eller lignende bedømmelse af studentens opnåede kundskaber ligger i lægeuddannelsens sidste semestre. Her lægges vægt på teoretisk viden om sygdomme, på

færdigheder i at fungere som alment praktiserende læge, og endelig vurderes studentens konkrete kliniske færdigheder og konsultations- og kommunikationsfærdigheder[2].

Den almenmedicinske undervisning har således også betydning som en praktisk træning i konsultations- og kommunikationsfærdigheder af betydning for al klinisk udøvelse.

Den almenmedicinske grunduddannelse ved Københavns Universitet eksemplificerer her kortfattet studiet: Undervisningen er inddelt i en del tidligt på studiet og en del ved studiets afslutning. Den tidlige del er med tidlig patientkontakt i et klinisk ophold. Det sker gennem en uges klinisk ophold samt 104 teoritimer i bl.a. sundhedspsykologi, førstehjælp og kliniske demonstrationer. Undervisningen indeholder bl.a. forhold omkring adfærds- og psykodynamiske teorier, stress- og kriseteori, samspillet mellem livsstil og helbred, betydningen af at betragte patienten som et helt menneske i spil med sine omgivelser (den bio-psykosociale sygdomsmodel) samt det vellykkede behandlingsforløb.

Det senere hovedkursus består af 10 dages klinisk ophold i almen praksis, 12 timers undervisning med studenternes egne konsultationsvideoer samt 33 timers teoriundervisning i almenmedicinske emner. Det er bl.a. forhold omkring diagnostik og beslutningsprocesser i almen praksis, psykosomatik og psykiske problemer, børn, egenomsorg, sygdomsadfærd, svangreprofylakse, sundhedsfremme, forebyggelse og kroniske helbredsproblemer. Kursus afsluttes med en klinisk mundtlig eksamen.

9.2.2 TURNUS

Samtlige nyuddannede læger skal gennemgå turnus bestående af seks måneders kirurgi, seks måneders medicin og seks måneder i almen praksis. I den periode tilegner lægen sig grundlæggende kliniske færdigheder inden for lægegerningens tre hovedområder. En national målbeskrivelse rådgiver om indholdet af turnusuddannelsen, men der udøves en betydelig mesterlære fra tutorlæge til nyuddannede læger i denne periode. Det har været en ubetinget styrkelse af lægeuddannelsen og muligheden for at opnå et sammenhængende sundhedsvæsen, at alle læger, uanset fremtidigt specialevalg, nu gennemfører en oplæring i klinisk almen medicin. Efter endt turnus opnår lægen ret til selvstændigt virke.

9.2.3 SPECIALEUDDANNELSEN

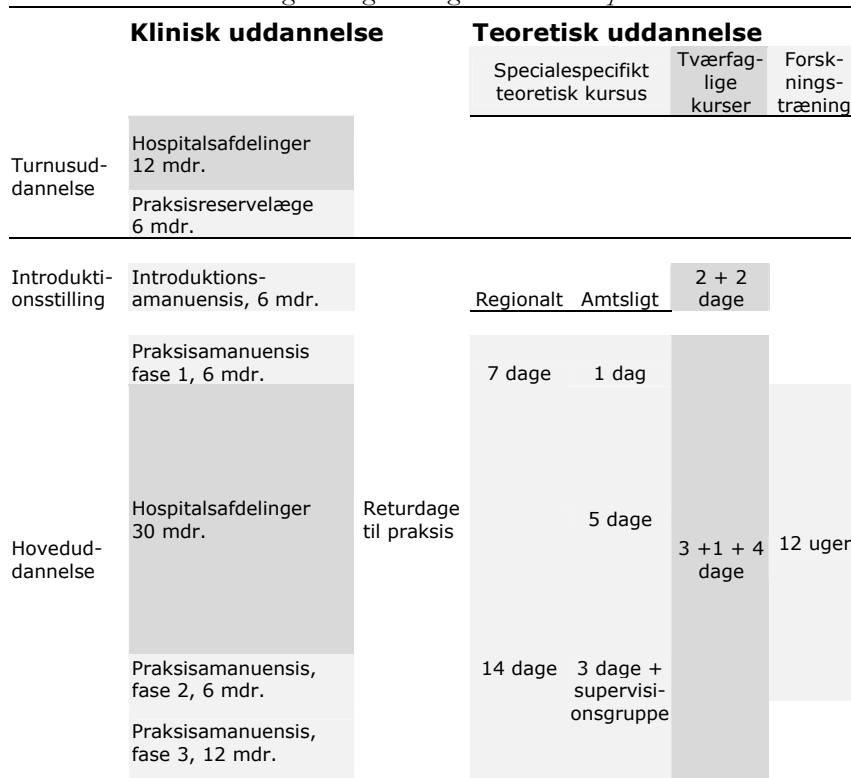
Den almenmedicinske specialeuddannelse kan påbegyndes efter turnus og tildeling af en hoveduddannelsesstilling (blokstilling). Specialeuddannelsen har både et teoretisk og et praktisk indhold. Den sigter mod, at lægen skal opnå speciallægeanerkendelse i almen medicin, og uddannelsen er principielt opbygget som de øvrige kliniske speciallægeuddannelser (Figur 30). Indtil 2003 var der 160 hoveduddannelsesstillinger årligt. Fra 2004 ansættes der 200 nye almenmedicinske uddannelseslæger pr. år.

Den obligatoriske teoretiske specialeuddannelse i almen medicin hører under Sundhedsstyrelsen og er placeret i tilknytning til afdelingerne for almen medicin ved Københavns, Syddansk og Aarhus Universiteter. Dele af den forventes i fremtiden yderligere regionaliseret. Ved hver teoretisk specialeuddannelse er der ansat en kursusleder, der er ansvarlig for, at specialekurserne afvikles og har det rette indhold. Den teoretiske uddannelse omfatter de sygdomme, som typisk ses i almen praksis, kerneindholdet i udøvelsen af almen medicin og færdighedstræning i bl.a. kommunikation og konsultationsproces. Indholdet og planlægningen af den teoretiske specialeuddannelse koordineres af Dansk selskab for almen medicin i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og kursuslederne.

Den kliniske specialeuddannelse består af ophold i almen medicin og en sideuddannelse på sygehusafdelinger. I forbindelse med den seneste revision af specialeuddannelsen blev den kliniske uddannelse i almen praksis øget betragteligt fra sammenlagt 12 måneder til nu 30

måneder. Det er sket ved at indføre en 6-måneders introduktionsstilling og en 12-måneders fase 3 svarende til andre specialers 1. reservelægetid. Aflønningen af lægerne under opholdet i almen praksis er sikret via fondsdannelser beskrevet i afsnit 4.1.5, side 54.

Figur 30. Skitse af specialeuddannelsen i almen medicin som den er planlagt pr. 2004. Forskningstræningen er dog endnu ikke implementeret



Hvert amt råder over et antal hoveduddannelsesstillinger til almen medicin. Disse hoveduddannelsesstillinger indeholder et af Sundhedsstyrelsen godkendt klinisk forløb. Hoveduddannelsesstillingerne opslås typisk hvert halve år. Blandt ansøgerne udvælges de bedst kvalificerede læger til en samtale med amtets videreuddannelsesudvalg for almen medicin.

**MÅLBESKRIVELSE
FOR ALMEN MEDICIN**

I slutningen af 1990'erne søgte man i Danmark at styrke den lægelige specialeuddannelse, som byggede på en betænkning fra Speciallægekommissionen i 2000[3]. Der blev udarbejdet en målbeskrivelse for specialeuddannelsen. Målbeskrivelsen er inddelt i forskellige roller, inden for hvilke lægen skal tilegne sig særlige kompetencer (professionel, kommunikator, leder og administrator, samarbejder, sundhedsfremmer, akademiker og medicinsk ekspert). Kravene til den almenmedicinske specialeuddannelse findes på Dansk selskab for almen medicins og Sundhedsstyrelsens hjemmesider (www.dsam.dk og www.sst.dk).

Det blev set som en styrkelse af specialeuddannelsen, at der var et obligatorisk forskningsmodul med det formål at opkvalificere de nye speciallæger til bedre at kunne søge, vurdere og udnytte faglitteratur. Den del af specialeuddannelsesreformen, der altså sigter mod livslang læring og efteruddannelse, er endnu ikke gennemført af finansieringsmæssige årsager.

For at sikre den administrative og pædagogiske tilrettelæggelse af specialeuddannelsen er der i amterne ansat uddannelseskoordinatorer og opstillet eksplicite retningslinjer for de uddannelsesansvarlige læger i praksis (tutorlæger).

AMU

Amtets almenmedicinske uddannelseskoordinator (AMU) er en deltidsansat, alment praktiserende læge, der fungerer som det enkelte amts koordinator af specialeuddannelsen i al-

men medicin. AMU'ernes opgaver er bl.a. at deltage i udvælgelse af læger til introduktionsstillinger og hoveduddannelsesstillinger. De godkender og underviser de alment praktiserende læger, der fungerer som tutorlæger. De har kontakt med de uddannelsesansvarlige overlæger på de relevante sygehusafdelinger og underviser uddannelseslægerne undervejs i deres uddannelse og fungerer som problemknusere i uddannelsesforløb, der kører skævt.

DYNAMU

I mange amter er opgaverne så omfattende, at der også er deltidsansat en DYNAMU (den yngre AMU). Det er en læge under uddannelse til speciallæge i almen medicin. DYNAMU'en varetager opgaver i forbindelse med undervisning og netværksdannelse.

**DECENTRAL
KOORDINATION AF
UDDANNELSEN**

Da antallet af læger, der begynder en speciallægeuddannelse i almen medicin, udgør en tredjedel af samtlige uddannelsesstillinger, er det, modsat i andre medicinske specialer, nødvendigt at arbejdet koordineres regionalt af alment praktiserende læger. F.eks. er der bare i Region Øst omkring 450 tutorlæger og 390 forskellige sygehusafdelinger, der tager del i uddannelsen af speciallæger i almen medicin.

TUTORLÆGE

Idet speciallægeuddannelsen i almen medicin foregår i almen praksis og på sygehusafdelinger, er det nødvendigt, at én person har overblik over uddannelsesforløbet. I hver uddannelsespraksis er der en tutorlæge, der varetager speciallægeuddannelsen i sin praksis, vejleder i at udfærdige en uddannelsesplan og sikrer, at denne plan følges. Tutorlægen godkendes af det amtslige videreuddannelsesråd efter indstilling fra AMU. Når uddannelseslægen er ansat på sygehus, overtager en hovedvejleder herfra[4].

Tutorlægen tilser, at uddannelseslægen har mulighed for at tilegne sig kompetencerne, men det er uddannelseslægens eget ansvar at sikre, at målbeskrivelsen opfyldes. Tutorlægen og vejlederne på sygehusene indsamler evalueringer og attesterer, at de enkelte mål nås. Disse mål er beskrevet for hver del af specialeuddannelsen (eksempel på uddannelsesprogram for specialeuddannelsen kan ses på www.udpro.dk).

9.2.4 EFTERUDDANNELSE

Det er karakteristisk for det danske sundhedsvæsen, at ingen lægelige specialer er undergivet krav om obligatorisk efteruddannelse. Omvendt er alle læger forpligtet af lægeløftet til stedse at vedligeholde deres kundskaber, bl.a. gennem efteruddannelse og selvstudier.

Alment praktiserende læger er erhvervsdrivende og får et indtægtstab, når de efteruddanner sig. For at kompensere for disse betydelige omkostninger har man i Landsoverenskomsten søgt at stimulere til, at alment praktiserende læger har en høj efteruddannelsesaktivitet. Det sker ved hjælp af Efteruddannelsesfonden, der i 2005 modtager omkring 43 mil. kr. til finansiering af alment praktiserende lægers efteruddannelse (se afsnit 4.1.6, side 55). Midlerne udbetales via Efteruddannelsesfonden for almen praksis for kurser godkendt af AMADEUS, som er sekretariat og faglig garant for kurserne. For 2005 har hver alment praktiserende læge 12.900 kr. til rådighed. Disse midler kan benyttes til dækning af tabt arbejdsfortjeneste (max. 2.500 kr. pr. hel kursushverdag), kursusgebyr samt udgifter i forbindelse med ophold (max. 1.900 kr. pr. godkendt kursusdag), transportudgifter (max. 1.000 kr. pr. kursusaktivitet), gruppemøde på hverdage (max. 1.100 kr. eller 550 kr. pr. møde hhv. før og efter kl. 15) samt studiemateriale (max. 25 % af rådighedsbeløb).

**FÆRREST BETALTE,
MEN I ALT MANGE
KURSUSDAGE**

Denne finansiering svarer til ca. 5 årlige kursusdage. I en opgørelse fra Lægeforeningen om lægers efteruddannelse var overlæger garanteret lønmæssig kompensation for ti kursusdage, men kun i begrænset omfang for kursusudgifter. Alment praktiserende læger er således den gruppe læger, der fik kompensation for færrest kursusdage[5]. Alligevel benyttede alment praktiserende læger gennemsnitligt 12 kursusdage årligt, hvilket svarer til det antal, som sygehusansatte overlæger benyttede. Hvor stor en del af den yderligere efteruddannelse,

som alment praktiserende læger deltager i, der evt. er medfinansieret fra andet sted (f.eks. lægemiddelindustrien), vides ikke.

EFTERUDDANNELSES-GRUPPER

Efteruddannelsen er organiseret i forskelligt regi. I hvert amt er der en eller to efteruddannelseskoordinatore, der har medvirket til organiseringen af over 90% af de alment praktiserende læger i efteruddannelsesgrupper (tolvmandsforeninger). Det er alment praktiserende læger fra et geografisk område, der sammen arrangerer efteruddannelsesaftener, hvor f.eks. en særligt sagkyndig inviteres. En gruppeleder sikrer den administrative ledelse af efteruddannelsesgruppen. Efteruddannelseskoordinatorerne er alment praktiserende læger, der på deltid honoreres for at hjælpe med at oprette og vedligeholde aktiviteten i efteruddannelsesgrupperne, kommer med idéer til faglig udvikling og godkender, at grupperne har mulighed for at få andel i de efteruddannelsesmidler, der er afsat til grupperne.

Der er i amterne taget en række initiativer til at styrke kvalitetssikringen og den tilhørende efteruddannelse således, at mange praksisenheder, kvalitetssikringsenheder o.l. nu har en stor efteruddannelsesaktivitet, herunder efteruddannelse i tilslutning til besøg af såkaldte facilitatorer i lægens praksis (se afsnit 4.1.9, side 56). Der tilbydes også efteruddannelsesaktivitet i forbindelse med den almenmedicinske forskning, der foregår ved universiteterne og forskningsenhederne for almen praksis. Forskerne underviser både inden for deres særlige emne, men også inden for generelle emner som kritisk litteraturlæsning etc.

Endelig er der et stort regionalt og nationalt kursusudbud, der anvendes i lægernes individuelt tilrettelagte efteruddannelse. Lægeforeningen støtter i samarbejde med Dansk selskab for almen medicin efteruddannelsen med et intensivt kursusudbud til alment praktiserende læger. Dertil kommer et betydeligt udbud fra medicinalindustrien. Sidstnævnte tilbud ligger naturligt inden for områder, hvor der findes nye lægemidler[6].

MANGE KURSER FRA INDUSTRIEN

En undersøgelse i Århus Amt viste, at alment praktiserende læger i løbet af 1999 modtog 66 tilbud om efteruddannelse, overvejende (78%) fra medicinalindustrien. Kurser i hjertekar-sygdomme udgjorde en stor andel (16%) efterfulgt af kurser i luftvejssygdomme (10%) og muskel- og skeletsygdomme (9%). Sammenlignet med sygdomsmønsteret var især øre-næse-hals, øjne og hud underrepræsenteret i tilbuddene[6]. En endnu større mangel var der på områder, hvor lægemidler ikke nødvendigvis indgik (forebyggelse af livsstilssygdomme).

9.3 FRA SPECIALLÆGE TIL ALMENT PRAKTISERENDE LÆGE

Når Sundhedsstyrelsen har godkendt en læges uddannelse til speciallæge i almen medicin, har lægen ret til at nedsætte sig i en praksis. Der er ikke fri nedsættelsesret, og udvidelse eller praksiskøb og -salg skal godkendes i bl.a. Samarbejdsudvalget. Købet foregår i overvejende grad ved, at lægen køber en andel af praksis af en alment praktiserende læge, der går af. I forbindelse med oprettelse af delepraksis eller tilgang af et ekstra ydernummer er det også muligt, at speciallægen kan købe en del af en praksis.

Ikke alle nedsætter sig efter speciallægegodkendelsen. I P.L.O.s rekrutteringsundersøgelse fra 1998 fandt man, at kun 60% af færdiguddannede speciallæger ville nedsætte sig i almen praksis. Derimod fandt Yngre Lægers uddannelsesenquete fra 2001, at 80% ville nedsætte sig. Man taler om »rekrutteringsreserven«, som i 2002 var på 192 speciallæger[7].

125-150 HANDLER ÅRLIGT

I 2003 afgik 78 alment praktiserende læger, mens 93 nedsatte sig[8]. Det er det laveste antal afgående læger i mindst 26 år og den laveste tilgang siden 1992. Gennemsnitsalderen for nynedsatte var 42 år, hvilket er den højeste i mindst 26 år. Årligt gennemføres mellem 125 – 150 praksishandler (127 i 2003). Antallet af handler i forbindelse med delepraksis (afsnit 3.5.1, side 44) er øget markant siden 1997 og udgjorde 31 (24%) handler i 2003.

I valget af praksis skal den nye speciallæge tage hensyn til familie, fagligt netværk og overordnede forhold omkring praksisform, beliggenhed mv. Vigtigst er dog selve praksis. Er der tale om en flerlægepraksis, skal man naturligvis kunne arbejde sammen med kollegaerne og have passende sammenfaldende idéer og behov mht. driften af praksis. Det kan f.eks. være tilrettelæggelsen af arbejdsdagen, brugen af laboratorieudstyr, faglig supervision mv.

Den nye speciallæge bliver typisk ansat som amanuensis eller vikar i den pågældende praksis med henblik på senere køb. I en prøvetid på f.eks. tre måneder ser man hinanden an og afgør herefter, om man skal handle. Det er traditionen, at det er de tilbageværende læger i praksis, der har den endelige godkendelse af en ny kompagnon.

EN PRAKSISHANDEL

- Goodwill
- Inventar
- Lokaler

Økonomisk omfatter en praksishandel goodwill, inventar og evt. bygninger. Der er fri prisfastsættelse på goodwill, men i overenskomsten er det aftalt, at goodwill maksimalt må være 136% af gennemsnittet af de seneste tre års bruttoindtjening. Pga. lægemangel er den gennemsnitlige goodwill faldet fra 120% i 2000 til 90% i 2003, lavest i Nordjyllands Amt (61%) og højest i Frederiksborg Amt (128%). Sælgende læge laver en fuldstændig liste med inventar og dokumenterer dets værdi, hvis værdien overstiger 80.000 kr. Næsten halvdelen af praksis ejede egne lokaler i 2003, i hvilke tilfælde en del eller hele ejendommen indgår i en handel. Her skal der også være dokumentation for en pris højere end den offentlige vurdering. I flerlægepraksis indgår man en kontrakt om, hvordan man bl.a. forholder sig ved forskellige situationer i driften, herunder afbrydelse af arbejdsfællesskabet.

P.L.O. spiller en stor rolle ved handler. P.L.O. er interesseret i, at køber, sælger og områdets øvrige læger får et optimalt udbytte af en praksishandel. P.L.O. har udarbejdet informationsmateriale, opstillet kollegiale regler og udarbejdet kontrakter mv. For at opnå en fornuftig løsning bistår P.L.O. parterne med juridiske og økonomiske råd. Lægerne skal indberette handlen til berigtigelse hos P.L.O., der iværksætter behørig information af sygesikringen. Den købende læge har pligt til at henvende sig til praksisudvalget i amtet for vejledning.

9.4 LITTERATUR

1. Statistikbasen. www.arf.dk/Vidensbank/Statistikdatabase.htm.
2. Østergaard I, Lauritzen T, Christensen B, Witt K, Andersen JS, Damsbo N, (Red.). Almen medicin. København: Munksgaard, 2003.
3. Speciallægekommissionen. Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommissionen. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2000.
4. Jensen G, Maagaard, RR, Andersson H, Flachs L, Christensen FO, Kjær NK, m.fl. Vejledning for tutorlæger. København: Dansk Selskab for Almen Medicin og Praktiserende Lægers Organisation, 2004.
5. Lægers efteruddannelse. København: Den Almindelige Danske Lægeforening, 2000.
6. Lous J, Nielsen JE, Olesen F. Efteruddannelsesstilbud til praktiserende læger i Århus Amt. Ugeskr Læger 2004;166:2047-50.
7. P.L.O. Lægeprognosen 2002 - almen praksis. Efterspørgsel og udbud af alment praktiserende læger 2002 - 2020. København: Praktiserende Lægers Organisation, 2002.
8. Praksistælling 2003. København: Praktiserende Lægers Organisation, 2003.

Undervisningsplaner for almen medicin ved universiteterne kan findes på

København: www.pubhealth.ku.dk/am

Odense: www.sdu.dk/health/download/uddannelser/kandidatmed.pdf

Århus: www.alm.au.dk

Patientevaluering i almen praksis

Dette kapitel præsenterer patienternes evaluering af dansk almen praksis

For at en given ydelse har en høj kvalitet, skal nogle opstillede målsætninger for ydelsen opfyldes. Diagnostik og behandling (den lægefaglige kerneydelse) skal være af høj kvalitet, sundhedsvæsenet skal som organisation fungere effektivt, og omkostningerne skal være acceptable i forhold til den opnåede effekt. I de senere år er der sat fokus på at medinddrage patientens evaluering i vurderingen af sundhedsvæsenets kvalitet. Dette er sket ud fra erkendelsen af, at et offentligt finansieret, demokratisk styret sundhedsvæsen skal kunne levere en ydelse, som i passende omfang evalueres godt af forbrugeren.

**PATIENTENS
VURDERING EN DEL
AF KVALITET**

Også i almen praksis er der iværksat systematiske undersøgelser af patienternes evalueringer af den samlede omsorg. Patientens tilfredshed lader sig som globalt begreb ikke direkte måle, men man kan måle patienternes evaluering af aspekter af tilfredsheden.

10.1 DANPEP

I fælleseuropæisk regi blev der fra 1995 til 1999 gennemført et udviklingsarbejde kaldet EUROPEP (European Patients Evaluate Practice), der udviklede et valideret spørgeskema til at undersøge patienters evalueringer af almen praksis. Udviklingen byggede på videnskabelige metoder, der bl.a. omfattede litteraturoversigter og kvalitative og kvantitative empiriske undersøgelser. Arbejdet havde dansk deltagelse, og en dansk version kaldet DanPEP (Danske Patienter Evaluerer almen Praksis) blev i 1999 introduceret i almen praksis med en forsøgsperiode til 2005. Spørgeskemaet består af 23 spørgsmål fordelt på fem aspekter af kvalitet (den lægefaglige ydelse, læge-patient-forholdet, information og støtte, praksistilgængelighed og organisering). Spørgsmålene besvares af patienterne ved markering på en 5-punktskala fra »dårlig« til »fremragende«.

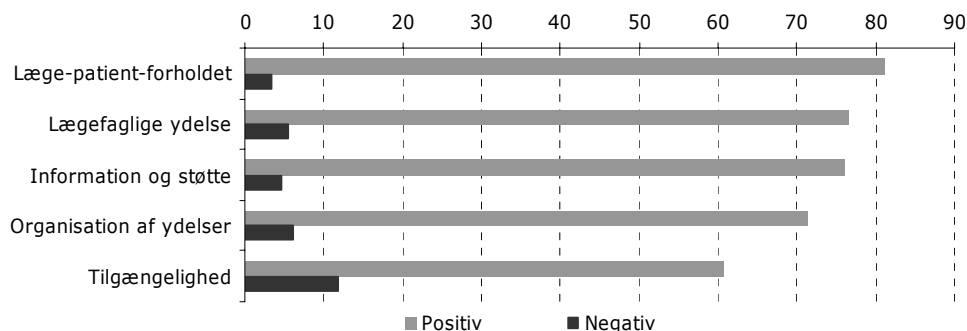
**TILFREDSHED HAR
FLERE ASPEKTER**

Ved udgangen af 2004 har 597 læger og ca. 48.000 patienter fordelt på 12 deltagende amter deltaget i patientevalueringer af almen praksis.

**HØJ TILFREDSHED,
PROBLEMER MED
TILGÆNGELIGHED**

Generelt viser resultaterne af DanPEP, at patienternes evaluering af almen praksis overvejende er god (Figur 31). Kun mellem 3-6% af patienterne evaluerede de fire første dimensioner direkte negativt. Mht. tilgængeligheden var der derimod 12%, der evaluerede negativt, og tilgængeligheden til praksis er den dimension, der evalueres dårligst. Det er velkendt fra patienttilfredshedsundersøgelser, at patienter mere overordnet kan udtrykke en høj grad af tilfredshed samtidig med, at der udtrykkes utilfredshed med mere specifikke emner (spørgsmålet om tilgængelighed i praksis). P.L.O. har da også ved udgangen af 2004, efter selv at have gennemført yderligere undersøgelser af tilgængeligheden til praksis, iværksat initiativer, der skal forbedre tilgængeligheden (se afsnit 3.5.5, side 47).

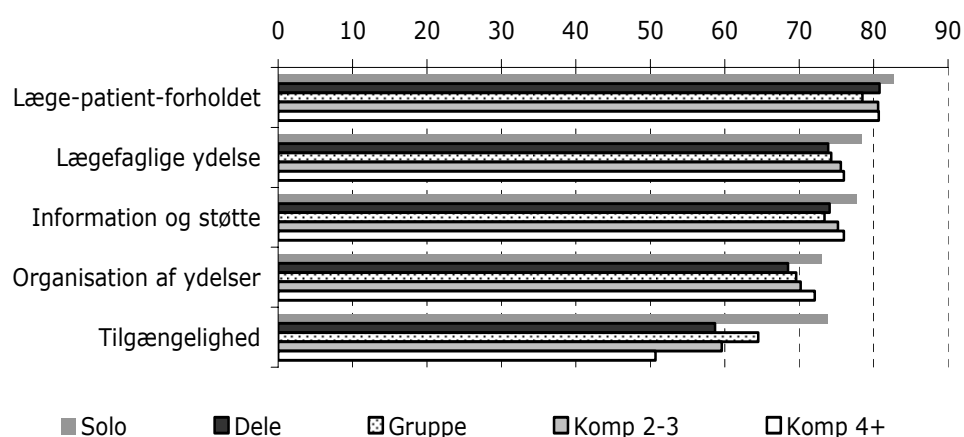
Figur 31. Patientevalueringen af de fem aspekter af kvalitet i almen praksis. Andelen af patienter, der angav positiv eller negativ evaluering. I alt ca. 48.000 patientbesvarelser (Kilde: DanPEP)



**SOLOPRAKSIS
EVALUERES POSITIVT**

Ved en sammenligning af forskellige praksisformer (Figur 32) ses det interessante forhold, at solopraksis bliver evalueret mere positivt end praksis med flere læger. Det skal formentlig tilskrives en tættere relation mellem patient og læge i solopraksis, og at patienter i solopraksis måske har andre forventninger til lægen end patienter i kompagniskabspraksis. Samtidig ses det, at en praksis, der deles af to læger (delepraksis), evalueres lavt i forhold til andre praksisformer. Det ses, at store kompagniskabspraksis evalueres bedre end mindre kompagniskabspraksis bortset fra tilgængeligheden, hvor små kompagniskaber evalueres bedre.

Figur 32. Patientevalueringen af de fem aspekter af kvalitet i almen praksis i fordelt på praksisform. Andel, der angav positiv evaluering. I alt ca. 48.000 patientbesvarelser (Kilde: DanPEP)



**KRONISK SYGE
EVALUERER GODT**

Patienter med kroniske sygdomme, som alt andet lige har en forholdsvis stærk tilknytning til almen praksis, evaluerer almen praksis lidt mere positivt end patienter uden en kronisk sygdom (Figur 33). Specielt mht. tilgængeligheden er der forskel på patienter med og uden en kronisk sygdom. Det kan skyldes, at kronisk syge patienter tilgodeses af praksis, eller at de blot er mere øvede i at komme i kontakt med praksis.

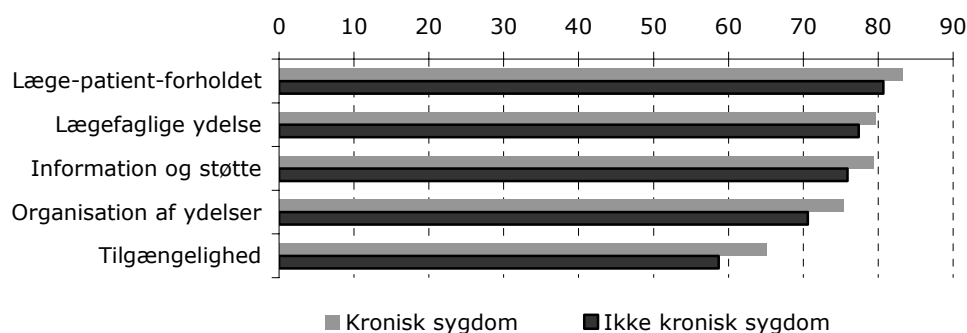
DanPEP har også givet indblik i forskelle mellem yngre og ældre læger, hvor der er en tendens til, at yngre alment praktiserende læger evalueres dårligere end ældre læger (efter korrektion for forskelle i patientalder, idet ældre læger typisk har en ældre patientpopulation).

**OVERGANGE ER
PROBLEMATISKE**

Resultaterne af DanPEP-undersøgelsen skal ses i relation til de systematiske patienttilfreds- hedsundersøgelser, som er gennemført blandt patienter på sygehusene. Her er det interes- sant, at patienterne oplever samarbejdet mellem sygehus og almen praksis i udskrivningssi- tuationen som værende mindre tilfredsstillende (28% fandt, at egen læge var dårligt infor- meret). Det tyder på, at der skal fokuseres mere på »afleveringsforretningen«, når patienter- ne udskrives fra sygehus[1]. Der savnes tilsvarende undersøgelser, der viser, hvordan pati-

enter oplever henvisningssituationen fra almen praksis til sygehus, men blandt sygehuspatienterne mente 9%, at sygehuset var dårligt informeret om patientens situation ved indlæggelsen.

Figur 33. Patientevalueringen af de fem aspekter af kvalitet i almen praksis opdelt på, om patienten havde en kronisk sygdom. Andel, der angav positiv evaluering. I alt ca. 48.000 patientbesvarelser (Kilde: DanPEP)



10.2 LÆGESKIFT

I Danmark er der frit lægevalg. Dog på en sådan måde, at borgerne kun kan vælge en praksis, der er åben for tilgang og ligger inden for 15 km fra bopælen (se afsnit 3.5.4, side 46). I Danmark ved vi meget lidt om årsagerne til lægeskift. I afsnit 3.5.4 så vi, at 3,6% af borgerne årligt skifter læge inden for et amt. Størsteparten af disse skift skyldes flytning, men omkring 0,5% af borgerne skifter læge uden at skifte adresse[2], hvilket for nogle skyldes utilfredshed med den alment praktiserende læge. En undersøgelse fra 1992 viste, at især kvinder skifter læge ved utilfredshed med den lægefaglige ydelse, læge-patientrelationen og for lidt tid i konsultationen[3]. En undersøgelse fra 2003 viste, at patienter, der får en alvorlig diagnose (kræft), ikke skifter læge oftere end baggrundsbefolkningen[2].

10.3 PATIENTKLAGER

Antallet og alvorligheden af patientklager kan være to blandt flere indikatorer for kvaliteten i sundhedsvæsenet. I 2003 oprettede Patientklagenævnet 2.850 klager over læger, hvoraf 508 (18%) rettede sig mod almen lægepraksis. Af disse udgjorde klager over lægevagten 26% af klagerne. Af de afgørelser, der blev foretaget af nævnet i 2003 for almen praksis, var der for 13% sket en lovovertrædelse, hvilket svarer til gennemsnittet på 14% for alle lægelige specialer[4]. Af de afgørelser, der gav anledning til kritik af alment praktiserende læger, fandt Patientklagenævnet ikke grund til at rejse tiltale mod alment praktiserende læger i dagtid, og i lægevagten blev der rejst tiltale i én sag.

Ser man på antallet af klager i forhold til antallet af patientkontakter (grundydelse), er hyppigheden af klager i almen praksis 1,2 pr. 100.000 kontakter, og i lægevagten 4 pr. 100.000 kontakter.

En umiddelbar sammenligning med de øvrige dele af sundhedsvæsenet er ikke mulig, idet der skal tages højde for alvorligheden og kompleksiteten af de medicinske problemer, som lægerne stilles overfor. I 2003 var der i alt 7,9 mil. kontakter (udskrivninger og ambulante besøg) til sygehusvæsenet, hvilket giver en risiko for en patientklage på 21 klager pr. 100.000 kontakter, og for speciallæger med 1,9 mil. kontakter fra speciallægepraksis er risikoen for en patientklage 11 pr. 100.000 kontakter.

**KUN FÅ SKIFTER
LÆGE**

**1,2 KLAGER PR.
100.000 KONTAKTER**

**LÆRE AF
UTILSIGTEDE
HÆNDELSER**

Holdningen blandt alment praktiserende læger til patientklager er yderst konstruktiv. Således har halvdelen af alle alment praktiserende læger oplevet en patientklage inden for de seneste fem år, typisk gennem Patientklagenævnet. Hovedparten (80%) af lægerne ændrede klinisk adfærd som følge af patientklagen. Samtidig mener to tredjedele af de alment praktiserende læger, at man systematisk skal opsamle viden fra patientklager til at optimere kvaliteten af den almenmedicinske omsorg[5]. Det kan f.eks. tænkes kombineret med registrering af utilsigtede hændelser i almen praksis[6].

10.4 LITTERATUR

1. Patienters vurdering af landets sygehuse 2002. Glostrup: Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt, 2003.
 2. Drachmann TT, Storgaard L, Olesen F. Skifter patienter hyppigere læge efter diagnostik af cancersygdom og andre alvorlige sygdomme? Ugeskr Læger 2003;165:2743-6.
 3. Bjerrum L, Sørensen AS. Hvorfor skifter patienter læge? Ugeskr Læger 1992;154:3587-9.
 4. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Statistiske oplysninger 2003. København: Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, 2004.
 5. Medlemmernes holdninger. Enquete 2001. København: Praktiserende Lægers Organisation, 2001.
 6. Mikkelsen TH, Rubak J, Olesen F. Muligheder for kvalitetsudvikling i almen praksis gennem arbejdet med utilsigtede hændelser. Ugeskr Læger 2004;166:1770-4.
- DanPEP findes på www.danpep.dk

Økonomien i almen praksis

Som selvstændige erhvervsdrivende er alment praktiserende læger selv ansvarlige for driften af deres klinik. Dette kapitel giver indblik i økonomien i denne virksomhed

Almen praksis er en integreret del af sundhedsvæsenet og finansieres hovedsageligt via skatterne. Men på samme tid er almen praksis en selvstændig virksomhed på kontrakt med det offentlige og skal tjene penge ved at udbyde tid og viden. I dette kapitel præsenteres de økonomiske mekanismer og overordnede økonomiske tal for almen praksis.

11.1 DET MAKROØKONOMISKE PERSPEKTIV

Tabel 26 viser amternes driftsudgifter (altså uden anlægsudgifter) til sundhedsvæsenet (inkl. H:S). Amternes udgifter er i alt 63 mia. kr. svarende til ca. 12.000 kr. pr. indbygger per år. Driften af det somatiske sygehusvæsen er langt den mest udgiftstunge del med knap to tredjedele af de samlede udgifter.

1.000 KR. ÅRLIGT PR. INDBYGGER

Amternes udgifter til den offentlige sygesikring udgør tilsammen en fjerdedel af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet. Udgifter til almen lægehjælp udgør 9% af sundhedsvæsenets driftsudgifter. For godt 1.000 kr. om året er hver dansker sygeforsikret med gratis almen lægehjælp døgnet rundt alle årets dage (3 kr. om dagen). Udgifter til medicintilskud ses at være den største selvstændige udgift for sygesikringen.

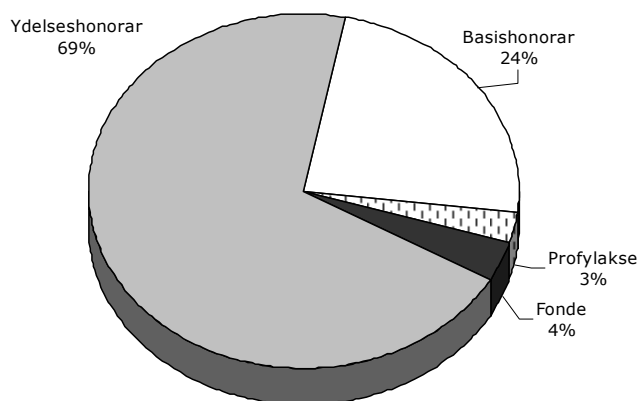
Tabel 26. Amternes driftsudgifter i kr. til det danske sundhedsvæsen i 2003 (regnskab). (Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Nøgletal)

Sundhedstjeneste	Udgift	%	Udgift pr. indbygger
Sygesikring	16.101.800.000	25,5	3.021
Almen lægehjælp	5.699.000.000	9,0	1.069
Praktiserende speciallægehjælp	1.956.600.000	3,1	367
Medicin	6.070.100.000	9,6	1.139
Andre ydere under sygesikringen	2.376.100.000	3,8	446
Sygehusvæsen	46.980.995.000	74,5	8.814
Somatisk sygehus	39.161.413.000	62,1	7.347
Psykiatrisk sygehus og distriktpsykiatri	5.143.423.000	8,2	965
Sygehusapoteker	260.100.000	0,4	49
Andre (jordemoder, service etc.)	2.416.059.000	3,8	453
I alt	63.082.795.000	100,0	11.834

11.2 INDTÆGTER I PRAKSIS

Indtægterne i almen praksis stammer i overvejende grad fra ydelseshonoreringen og basis-honoraret (se afsnit 3.5.7, side 49). Dertil kommer honoraret for profylaktiske ydelser og tilskud fra de forskellige fonde under almen praksis (Figur 34).

Figur 34. Den relative fordeling af indtægter fra sygesikringen i almen praksis i 2003 (Kilde: P.L.O.)



Basis-honoraret udgør en fjerdedel af det samlede honorar. Vagthonoraret udgør 12% af honoraret.

BRUTTOINDTÆGT PÅ 1,5 MIL. ÅRLIGT

Ser vi på den enkelte praksis' indtægter, viser Tabel 27, at en alment praktiserende læge gennemsnitligt har en bruttoindtægt på 1,5 mil. kr. pr. år. Mere end 90% af denne stammer fra sygesikringen. Indtægter fra praksis i øvrigt omfatter attestarbejde såsom kommunale attester, motorattester, forsikringsattester mv. Ifølge Landsoverenskomsten honoreres lægerne med et årligt praksisomkostningshonorar, der udgør 10.000 kr. pr. læge.

Tabel 27. Praksisindtægt opgjort pr. læge for almen praksis i 2002 (Kilde: P.L.O.s omkostningsundersøgelse 2002)

Indtægtskilde	Kr.	%
Sygesikringen, undtagen profylakse	1.353.771	90,5
Profylakse (børne- og graviditetsundersøgelser)	33.493	2,2
Sygedagpenge (læge og personale)	8.829	0,6
Refusion for efteruddannelse	4.851	0,3
Tilskud til uddannelseslæge	4.360	0,3
Indtægter fra praksis i øvrigt	91.248	6,1
Praksisindtægter i alt pr. læge	1.496.552	100,0

Det skal nævnes, at indtægter fra f.eks. Efteruddannelsesfonden indgår som indtægt i praksis og som sådan også i den samlede skatteberegning. Bruttoindtægten for kompagniskabs-læger er 17.000 kr. højere om året end for læger i solopraksis[1].

11.3 UDGIFTER I PRAKSIS

Da alment praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende, er de selv ansvarlige for driften af deres praksis. Lægen skal af sin bruttoindtægt afsætte midler til praksis' drift. Undtaget er dog udgifter til visse lægemidler, vacciner og forbindsstoffer i praksis og på vagt, som kan bestilles hjem til praksis på sygesikringens regning.

OMKOSTNINGS- PROCENT PÅ 44

De gennemsnitlige omkostninger pr. læge pr. år ved at drive en praksis er vist i Tabel 28. Omkring 650.000 kr. går til omkostninger, hvoraf lønudgifter til klinikpersonalet (ansatte læger, sygeplejersker, sekretærer, laboranter mv.) udgør 50%. En anden betydende udgift er lokaleudgifter. I alt 44% af bruttoindtægten går til omkostninger ved at have egen praksis.

For læger i kompagniskabspraksis er omkostningerne ved praksisdrift ca. 64.000 kr. lavere end for læger i solopraksis. Omkostningsprocenten falder lidt med antallet af læger i praksis. I solopraksis er omkostningsprocenten således 47%, og i praksis med flere læger er den 4-6% lavere.

Tabel 28. *Praksisudgifter opgjort pr. læge for almen praksis i 2002 (Kilde: P.L.O.s omkostningsundersøgelse 2002)*

	Kr.	%
Lønudgifter, klinikpersonale	325.978	49,9
Klinikomkostninger	135.660	20,8
Lokaleomkostninger	95.765	14,7
Øvrige omkostninger	95.516	14,6
Omkostninger i alt	652.919	100,0

11.4 LÆGERNES INDKOMST

**NETTOINDTÆGT PÅ
844.000 KR.**

Nettoindtægten for en alment praktiserende læge er altså gennemsnitligt 843.633 kr. Af dette skal lægen betale pension, ferie/fridage og afdrage på den gæld, der er stiftet i forbindelse med købet af praksis. Alment praktiserende lægers nettoindtægt varierer dog således, at 90% af lægerne har en nettoindtægt på over 558.000 kr. og 25% en nettoindtægt på over 969.000 kr. På grund af relativt lavere omkostninger og højere indtjening er kompagniskabslægers årlige indkomst ca. 81.000 kr. højere end sololægers.

Tager man som udgangspunkt, at læger i en slutstilling skal have nogenlunde samme betaling, kan man f.eks. sammenligne med overlægslønninger. En overlæges årsløn var i 2002 650-750.000 kr. (inkl. pension) afhængigt af funktionen. Dertil kommer evt. vagtindtjening og indtægt fra private attester mv. Alment praktiserende læger arbejdede i slutningen af 90'erne omkring 42 timer (ekskl. vagt) om ugen[2].

I kompagniskabspraksis og i delepraksis og deres kombinationer aftales i en privat kontrakt regler for, hvordan indtægter og udgifter fordeles. Man søger oftest at stille alle parter lige i forhold til den leverede arbejdstid. Praksis udbetaler typisk et månedligt acantobeløb til hver læge. Når regnskabsåret gøres op, reguleres den endelige overskudsdeling.

11.5 LITTERATUR

1. Omkostningsundersøgelsen 2002 København: P.L.O., 2003.
2. Vedsted P, Olesen F. Danske alment praktiserende lægers arbejdstid sammenlignet med udvalgte europæiske lande. Ugeskr Læger 1998;160:1067-70.

Medikoteknisk udstyr og edb i praksis

En effektiv og moderne almen praksis kræver medikoteknisk udstyr og edb-faciliteter. Dette kapitel beskriver faciliteterne og deres udbredelse

For at sikre borgerne omsorg af høj kvalitet på laveste effektive omkostningsniveau skal almen praksis udføre visse medicinske undersøgelser, eller praksis skal have umiddelbar og let adgang til nødvendige ydelser i det sekundære sundhedsvæsen. Det er med til at øge sikkerheden af den kliniske beslutningsproces, øge graden af afsluttede patientforløb allerede i praksis og fremme patientudredningen forud for en evt. henvisning.

Der gælder særlige regler for journalføring og den omfattende kommunikation til og fra almen praksis. Danmark et af de lande i verden, hvor flest praksis benytter edb-systemer, hvilket er med til at give en sikker og effektiv arbejdsgang.

12.1 DIAGNOSTIK OG KONTROL I ALMEN PRAKSIS

I afsnit 2.6 beskrev vi nogle grundlæggende forhold omkring diagnostik i almen praksis. I den kliniske dagligdag benytter den alment praktiserende læge ofte specifikke medicinske undersøgelser i diagnostikken og kontrollen af sygdomme. F.eks. foretager alment praktiserende læger i gennemsnit otte undersøgelser pr. dag i eget laboratorium (kapitel 7, side 77).

De medicinske undersøgelser i almen praksis kan inddeles i biokemiske analyser, mikroskopi, biologisk dyrkning og fysiologiske undersøgelser. Disse undersøgelser kræver særligt udstyr og personale til at betjene det. Alligevel er det i en lang række tilfælde både praktisk og økonomisk fordelagtigt at udføre undersøgelserne i almen praksis frem for i specialiserede laboratorier, ambulatorier og speciallægepraksis.

Derfor søger man i Landsoverenskomsten at give incitamenter til, at praksis udfører relevante medicinske undersøgelser. Det er praksis selv, der afgør, hvilket niveau laboratoriefunktionen skal have. Det afhænger dels af lægens faglige kunnen og interesse, dels af om investeringen i det medikotekniske udstyr er rentabel. Endelig er tilgængeligheden af undersøgelser på sygehusene af stor betydning for praksis' valg af laboratorieniveau.

12.2 SYGEHUSENES UDBUD AF UNDERSØGELSER

Det er en integreret del af driften af almen praksis, at sygehusene stiller ambulante undersøgelser til umiddelbar rådighed for patienter fra almen praksis. Det drejer sig om relevante laboratorie-, mikrobiologi- og patologiundersøgelser samt billeddiagnostiske undersøgelser. Sygehusenes service på dette område er oftest tilgængelig for patienter henvist fra almen praksis således, at diagnostik og behandling fortsat foregår i almen praksis. En del prøver kan tages i almen praksis og så sendes til relevante afdelinger. Med en passende logistik kan der oftest sendes elektronisk svar til lægen senest dagen efter, prøven er taget. Dette forhold reducerer naturligvis nødvendigheden af at drive eget laboratorium i større målestok.

Billeddiagnostik (oftest røntgenbilleder), kræver specialiseret udstyr og betjening og er af den grund centraliseret på sygehusene og enkelte røntgenklinikker. Flere billeddiagnostiske afdelinger har en god, direkte tilgængelighed for patienter henvist fra almen praksis.

Størst fordel af egne laboratoriefaciliteter har den alment praktiserende læge i de tilfælde, hvor lægen har behov for et umiddelbart svar til brug i den konkrete konsultation (»bedside«). Det støtter lægens beslutningsproces hen mod optimal diagnostik og kontrol.

12.3 MEDIKOTEKNIK I ALMEN PRAKSIS

I alt 99% af alle praksis i Danmark har en laboratoriefunktion[1]. Alligevel er der stor forskel på, hvilke undersøgelser der foretages og hvor ofte. I afsnit 7.12, side 85, beskrev vi f.eks., at brugen af blodprøvetagning varierede med en faktor 17 mellem praksis.

Tabel 29. Udbredelsen af medicinske undersøgelser og medikoteknisk udstyr i almen praksis i 2003. Baseret på sygesikringsregisteret i Århus Amt i 2003*

	Udbredelse i praksis (%)
Biokemisk analyse	
PP/INR	24,3
CRP	77,9
Kreatinin	1,1
Blod-glukose (fotometer)	96,4
Blod-hæmoglobin (fotometer)	98,2
Svangerskabsreaktion (HCG)	99,6
Svælg-streptokok-antigen (Strep-A)	98,9
Fæces for blod	34,4
Sænkingsreaktion	86,2
Centrifuge til forberedelse af blodprøver	89,1
Fysiologiske undersøgelser	
Peakflow	80,8
Spirometri (udvidet lungeundersøgelse)	84,4
EKG med præcordialafledninger	83,3
Tympanometri (undersøgelse af mellemøret)	55,4
Audiometri (høretest)	61,2
Priktest (allergitest)	0,0
Hjemmeblodtryksmåling	93,1
Biologisk dyrkning	
Resistensbestemmelse, urin	75,7
Dyrkning af bakterier	87,3
Dyrkning af svamp	14,9
Mikroskopi	
Lysfeltmikroskop	23,2
Fase-kontrastmikroskop	66,3
Leucocyter (tælling af hvide blodlegemer)	5,1

* P.L.O.s praksistælling[1] indeholder tal for laboratoriefunktionen i almen praksis, men er udeladt her, idet den var behæftet med tabelfejl.

I Tabel 29 ses udbredelsen af medikoteknisk udstyr og medicinske undersøgelser målt som den andel af praksis i Århus Amt, der har adgang til udstyret eller undersøgelserne i eget laboratorium.

MEST UDBREDTE UNDERSØGELSER

Der er stor udbredelse af undersøgelser af glukose (blodsukker), hæmoglobin (blodprocent), graviditetstest, test for halsbetændelse (svælg-streptokok-antigen), sænkingsreaktion, CRP, fase-kontrast-mikroskopi samt dyrkning af bakterier. Disse undersøgelser er typiske

for konsultationer i almen praksis, hvor man som led i udredning og kontrol kan foretage disse undersøgelser relativt nemt og, bortset fra dyrkning af bakterier, relativt hurtigt.

Mindre udbredelse ses der for undersøgelser for blod i afføringen (fæces), den lille lungeundersøgelse (peakflow), tympanometri (undersøgelse af mellemøret), audiometri (høretest) og resistensbestemmelse ved blærebetændelse. Disse undersøgelser er da også lidt mere komplicerede eller tidskrævende.

De mindst udbredte undersøgelser er koagulationsmåling (PP/INR), måling af nyrefunktion (kreatinin), leucocyttælling (tælling af hvide blodlegemer), dyrkning af svamp samt priktest (allergitest). Enten er disse undersøgelser af mindre værdi eller sjældent indicerede, eller også er det økonomiske incitament til at benytte dem for ringe. Dog gælder det for koagulationsmåling (PP/INR), at det er en ret ny undersøgelse i almen praksis, hvor anskaffelse af udstyr kræver en større investering.

**AMTSLIGE
FORSKELLE**

For især priktest, tympanometri og peakflow er der forskelle mellem amterne i udbredelsen i almen praksis[1]. Det skyldes primært den amtsligt organiserede kvalitetssikring og efteruddannelse. Som beskrevet i afsnit 4.1.9, side 56, kan der i nogle amter være en særlig indsats omkring nogle emner. Således har man i nogle amter i højere grad end i andre fokuseret på almen praksis' rolle i udredningen af astma, allergi, mellemørelidelser etc. Pga. deres lægefaglige betydning er disse ydelser blevet indføjet i Landsoverenskomsten. Disse eksempler illustrerer, at diagnostiske undersøgelser, der ønskes udført i almen praksis, bør følges af særlige incitament og efteruddannelse for at blive ensartet indført i hele landet.

12.4 KVALITETSSIKRING

For brugen af medikoteknik i almen praksis gælder, som for resten af sundhedsvæsenet, at måleinstrumenter og andet apparatur skal leve op til krav på følgende områder:

- 1) **Relevans.** Det er muligt at få en lang række medikotekniske hjælpemidler. Deres brug i almen praksis er dog primært betinget af, at resultaterne kan bruges fornuftigt i den almenmedicinske klinik.
- 2) **Pålidelige resultater.** Undersøgelsen skal give et korrekt resultat, og flere apparater skal nå frem til samme resultat for samme test. Som gennemgået i afsnit 2.6, side 30, gælder det, at en test aldrig er fuldstændig pålidelig, og at pålideligheden afhænger af, om undersøgelsen foretages på grupper, hvor få eller mange er syge. Derfor skal medikoteknisk udstyr, der introduceres i almen praksis, være testet på patienter i almen praksis.
- 3) **Omkostningseffektive.** Medikoteknisk udstyr til almen praksis skal være omkostningseffektivt, og prøvetagning, håndtering af apparatur og brug af resultatet skal helst kunne foregå inden for rammerne af en konsultation.

**LABORATORIE-
ORDNINGER**

For at sikre pålideligheden af apparaturet i almen praksis har der for en del apparater været laboratorieordninger med kalibrering og besøg af laboratoriekonsulenter til at sikre korrekt brug. På mange områder er man enedes om at benytte et bestemt apparat, hvortil der fra det lokale sygehuslaboratorium tilbydes ekspertise og kalibrering.

SKUP

Med henblik på yderligere rådgivning og information om medicinsk apparaturs pålidelighed, omkostninger og relevans i almen praksis, er dansk almen praksis tilknyttet den fælles-skandinaviske ordning »Skandinavisk afprøvning af laboratorieudstyr til primærsektoren« (SKUP). I Norge og Sverige har man, pga. sundhedstjenestens anderledes struktur, større erfaring med laboratorieudstyr i almen praksis. Ved dels at fremskaffe dokumentation for udstyrets kvalitet og brugervenlighed, dels ved at foretage egne afprøvninger, kan SKUP

informere om laboratorieudstyr til lægepraksis bl.a. via internettet (www.skup.dk). Intentionen er, at amterne skal støtte projektet med kvalitetsudviklingsmidler.

12.5 EDB-SYSTEMER I ALMEN PRAKSIS

Dansk almen praksis er langt i integreringen af en sammenhængende informations- og kommunikationsteknologi. Udviklingen er blevet understøttet af et edb-honorar til de praksis, der gik over til elektronisk afregning med sygesikringen. Overordnet omfatter IT i almen praksis de patientadministrative systemer og brugen af internettet. Brugen af de patientadministrative systemer er mest omfattende, men brugen af internettet til f.eks. tidsbestilling, e-mail-konsultationer og faglig information er i hastig vækst og udvikling.

OBLIGATORISK EDB FRA 2005

Det har indtil 2005 været frivilligt, om praksis ønskede at benytte edb i det daglige arbejde. Der har dog været en betydelig vilje blandt alment praktiserende læger til at effektivisere arbejdet og kommunikationen med det øvrige sundhedsvæsen, godt båret frem af et tidligt iværksat nationalt arbejde med at definere standarder for IT i almen praksis (afsnit 12.6.2, side 119). Fra 2005 skal alle praksis benytte edb ved f.eks. afregning med sygesikringen.

93% HAVDE EDB- SYSTEM I 2003

I 2003 benyttede 93% af alle praksis et patientadministrativt system. Stort set alle kompagniskabspraksis har et edb-system, hvorimod 10% af solopraksis ikke har. Forskellen skyldes, at flere læger i solopraksis snart påregner at gå af (manglende incitament til investering i edb-system), og at brugen af edb-systemer i kompagniskabspraksis giver den største gevinst. I 2003 var den gennemsnitlige udgift pr. læge til IT omkring 38.300 kr.

12.6 PATIENTADMINISTRATIVE EDB-SYSTEMER

Der findes i dag 10-15 producenter af edb-systemer til almen praksis, hvoraf de seks største står for op mod 80% af lægesystemerne. Fælles for dem alle er, at de indeholder moduler til journalføring, tidsstyring (dagskema), afregning, elektronisk kommunikation samt standardformularer.

»DEN PAPIRLØSE PRAKSIS«

Journaldelen består af en central patientdel, hvor de senest opdaterede oplysninger om tilmeldte patienter er registeret. Her kan der endvidere gøres overordnede notater om diagnoser, allergier, pårørende mv. (se afsnit 6.1, side 72). Til denne patientdel er der så knyttet continuationer (journal), medicinskema, laboratorieskema, sendte og modtagne henvisninger, udskrivningskort (epikriser) og lægevagtsnotater. Desuden er der i forskelligt omfang indbygget skabeloner for en børnejournal (følger børneundersøgelserne), svangreundersøgelser eller for særlige sygdomme (astma, diabetes etc.). De fleste systemer har også indarbejdet grafiske moduler således, at laboratedata kan afbildes for lægen og patienten.

I det daglige arbejde benytter både læge og praksispersonale lægesystemet i tilrettelæggelsen og udførelsen af arbejdet. Patienterne sættes til på tidsskemaet, der laves receptfornyelser og udskrivningsbreve, lægevagtsnotater og laboratoriesvar føres automatisk ind.

ELEKTRONISK RECEPT

I lægesystemerne er der indbygget sikkerhedsrutiner for at sikre en standardiseret arbejdsgang samt undgå, at der opstår fejl. Eksempelvis skal alle recepter godkendes af en læge, inden de sendes til apoteket. Alle udskrivningskort og prøvesvar skal ses af en læge, før de bliver arkiveret i patientens elektroniske journal. Medicinskemaet sammenholder de forskellige ordinationer og angiver, hvis der er en uheldig eller skadelig interaktion mellem lægemidler, hvis lægemidlet udskrives hyppigere, end ordinationen foreskriver (misbrug), og hvis et lægemiddel ikke bør gives ved en bestemt sygdom.

ELEKTRONISK AFREGNING

Hver gang en patient afsluttes i konsultationen, foretages via afregningsmodulet en registrering af, hvilke ydelser der er givet. Landsoverenskomstens ydelser og takster kan hentes

frem, og indbyggede regler sikrer, at kun gyldige ydelser og kombinationer af dem registreres. Registreringerne udlæses hver uge og sendes via EDI eller på diskette til sygesikringen.

I lægesystemerne er der efterhånden blevet lavet formularer for de fleste attester, henvisninger etc. Sekretæren kan nemt kalde den relevante formular frem, udfylde den efter lægens diktat og sende den elektronisk eller skrive den ud. Formularerne henter automatisk de relevante data om patienten, og det er nemt at indsætte andre oplysninger (f.eks. hvilken medicin patienten får).

12.6.1 JOURNALFØRELSE

PLIGTER

Læger har pligt til at føre journal vedrørende sygdoms- og ulykkestilfælde, når lægen skønner, at det offentlige kunne tænkes at ville spørge lægen vedrørende diagnose og behandling. Derudover er læger ifølge lægeloven forpligtet til at vise omhu og samvittighedsfuldhed, hvilket indebærer, at lægen skal føre relevante optegnelser.

FUNKTIONER

Journalen har flere formål:

- 1) **Patientsikkerhed.** Journalen er først og fremmest et arbejdsredskab, der danner grundlag for de undersøgelser, behandlinger mv., som patienter gennemgår. Derfor er journalen af stor betydning for patientens sikkerhed.
- 2) **Sikring af kontinuiteten.** Som beskrevet i afsnit 2.3, side 29, kræver kontinuitet, at relevante informationer er tilgængelige fra gang til gang og især, hvis flere behandlere er involveret.
- 3) **Informationsgrundlag for patienten.** Journalen giver mulighed for, at patienten kan bede lægen om at resumere et sygdomsforløb, og i forbindelse med patientens ret til aktindsigt (afsnit 3.4, side 42) danner journalen grundlaget.
- 4) **Kommunikation mellem læger.** I almen praksis har man typisk én bestemt læge, men ved ferie o.l. skal en anden kunne tage over i patientens forløb. Yderligere skal journalen danne basis for at kunne videregive relevante oplysninger i forbindelse med en henvisning.
- 5) **Dokumentation.** I forbindelse med at skulle redegøre for et patientforløb er journalen dokumentationsgrundlag. Det sker i forbindelse med tilsyn og kontrol af lægens faglige virksomhed og ved behandling af sager i Patientklagenævnet.
- 6) **Faglig udvikling.** Journalen er et overordentligt vigtigt redskab i forbindelse med kvalitetsudvikling og forskningsprojekter.

Alment praktiserende lægers behov for journalføring adskiller sig fra andre lægers. Der er ofte tale om lange forløb mellem patient og læge, hvor lægen ikke hver gang kan lave en fuldstændig registrering af diagnostiske, behandlingsmæssige og plejemæssige overvejelser og fund. Derfor er alment praktiserende lægers journal ofte stykket sammen af en række notater optaget over en periode. Den alment praktiserende læge skønner, hvilke oplysninger der er relevante i journalen baseret på den enkelte patients forløb.

Ifølge lægeloven skal journaler opbevares i mindst 10 år regnet fra sidste notat. I forbindelse med en praksis' ophør (død, pensionering) ophører denne opbevaringspligt, og alle optegnelser kan destrueres. Det synes dog, for patienternes skyld, overordentlig fornuftigt at videregive journaler til patienternes nye læge, hvis patienten giver lov.

12.6.2 ELEKTRONISK KOMMUNIKATION

MEDCOM

I starten af 1990'erne øgedes mulighederne inden for IT, i særdeleshed omkring overførsel af data mellem sundhedsvæsenets parter. Med udgangspunkt i almen praksis startede man i

1995 de første projekter med at udvikle elektroniske standarder for de hyppigst anvendte meddelelser mellem alment praktiserende læger og det øvrige sundhedsvæsen. Det førte til oprettelsen af MedCom («det danske sundhedsdatanet»). MedCom blev i 1999 gjort permanent og er et samarbejde mellem offentlige og private interessenter (bl.a. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, Socialministeriet, P.L.O., Danmarks Apotekerforening og Dan Net).

MedCom står for udviklingen, afprøvningen, udbredelsen og kvalitetssikringen af elektronisk kommunikation og information i sundhedssektoren (EDI: Electronic Data Interchange). Idet MedCom så tidligt kom ind i billedet, er det lykkedes at få standarder for stort set alle elektroniske overførsler af patientdata. Disse standarder skal være indbygget i de forskellige edb-systemer, der benyttes i sundhedsvæsenet. På den måde kan al information udveksles uanset edb-system (henvisninger, udskrivningsbreve, recepter, afregning med sygesikringen, rekvisitioner til patologi og mikrobiologi, laboratoriesvar samt notater fra vagtlægen). Den elektroniske kommunikation sker ved, at de enkelte edb-systemer har et lokationsnummer. Via en godkendt algoritme krypteres meddelelserne og forsynes med afsenders identitet. Centrale servere sørger for, at meddelelserne når den rette modtager.

PR. MÅNED: 2,7 MIL. MEDDELELSER

Via sundhedsdatanettet overføres i dag omkring 1,1 mil. recepter, 0,8 mil. udskrivningskort og 0,6 mil. laboratoriesvar pr. måned. I december 2004 blev der sendt i alt 2.734.099 meddelelser, svarende til 79% af alle meddelelser. Dette tal er hastigt voksende. I Tabel 30 ses andelen af alle meddelelser, som foregår elektronisk i almen praksis, samt andelen med edb-systemer. Det skal bemærkes, at samtlige apoteker i Danmark er tilsluttet, mens kun en tredjedel af meddelelser til kommunen kan foregå elektronisk.

Tabel 30. Den elektroniske kommunikation omkring almen praksis i december 2004
(Kilde: MedCom)

Kommunikation	Andel af mulige
Meddelelser, der formidles elektronisk	
Udskrivningskort til egen læge	79%
Henvisninger til sygehusvæsenet	40%
Laboratoriesvar til egen læge	86%
Laboratorierekvisitioner fra egen læge	5%
Afregning med sygesikringen	75%
Recept fra egen læge	81%
Til kommuner fra egen læge	37%
Praksis med elektronisk kommunikation (EDI)	
Almen praksis	93%
Speciallæger (heltid)	67%
Speciallæger (deltid)	44%
Apoteker	100%

E-MAIL-KONSULTATION

I de senere år er der kommet yderligere tiltag i form af e-mail-konsultationer, online-booking (tidsbestilling) samt information til patienterne om praksis via internettet. I 2003 indførte man e-mail-konsultationen i Landsoverenskomsten, og 31% af praksis benyttede denne mulighed i alt ca. 11.000 gange i 2003. Omkring en tredjedel af praksis har en hjemmeside med information til patienterne, og omkring to tredjedele af disse giver patienten mulighed for online-booking af tider.

INTERNETADGANG

Omkring 86% af almen praksis har internetadgang, og næsten halvdelen af praksis benytter adgangen dagligt[1]. Der findes ikke en sikker registrering af, hvad lægerne bruger internettet til, men nogle initiativer med hjemmesider specifikt til alment praktiserende læger har vist, at lægerne ved brug af internettet hurtigt kan finde relevant faglig og organisatorisk

information. På dette område foregår der en hastig udvikling i forbindelse med den begyndende udvikling af portalen »sundhed.dk«.

12.6.3 EDB I LÆGEVAGTEN

Som beskrevet i afsnit 3.5.6 er lægevagten baseret på elektronisk kommunikation mellem de visiterende læger, lægerne i konsultationerne og de læger, som kører besøg. Der blev på basis af et eksisterende system udviklet et edb-system specifikt til lægevagten. Systemet bygger på, at hver læge har en computer, for besøgs-lægernes vedkommende en bærbar med mobil opkobling. I edb-systemet er alle borgere indlæst fra CPR-registret med seneste oplysninger om adresse mv. Endvidere er tidligere notater i lægevagten registeret sammen med evt. notater fra egen læge (terminal patient o.l.). I øvrigt fungerer systemet som andre lægesystemer med en journaldel med medicinmodul, elektronisk receptafgivelse mv.

NOTATER FRA LÆGEVAGTEN

Alle notater fra lægevagten sendes automatisk via lægevagtens opkobling på sundhedsdata-nettet til patientens egen læge, så denne har informationen næste arbejdsdag.

12.7 DATASIKKERHED

Centralt for brugen af elektronisk kommunikation har været, med hvilken sikkerhed dette sker. Det er overordentligt vigtigt, at et sådant system ikke bryder sammen med tab af data til følge og ikke giver uvedkommende adgang.

BACKUP

Stort set alle praksis (98%) tager backup, og af disse gør 83% det dagligt og 12% månedligt. I alt 148 (8%) af praksis med edb-system havde indtil 2003 oplevet at miste data[1]. Systemer til sikring af data er under stadig udvikling, og nu tilbyder mange systemproducenter brug af fjernserver e.l., der for en stor dels vedkommende spejles konstant således, at risikoen for tab af data bliver minimal.

Respekten for patienten kræver, at man på bedste vis begrænser muligheden for, at patientens data bliver tilgængelige for uvedkommende. Journalen skal derfor opbevares sikkert på alle tidspunkter. Både Justitsministeriet (bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000) og Datatilsynet har udarbejdet materiale om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger. Ved overførsel af personfølsomme oplysninger skal der anvendes kryptering. Samtidig skal der være sikkerhed for afsenders og modtagers identitet samt de overførte oplysningers ægthed (f.eks. vha. elektronisk signatur eller adgangskoder).

FIREWALL OG ANTIVIRUS

I 2003 havde op mod 90% af praksis et antivirusprogram og 61% havde en firewall[1]. En firewall er primært af betydning ved overførsel af data på internettet, men skal også hindre hackere i, via internettet, at få adgang til praksis' edb-system. I 2003 angav 3% af praksis, at de havde oplevet hackere i praksis.

Der fremkommer hele tiden nye hjælpemidler både i form af software og hardware, og det er derfor en betydelig udfordring for mange praksis at skulle holde sig opdateret mht. udviklingen og sikkerheden. P.L.O. arbejder løbende med rådgivning på området, og samtidig har nogle amter ansat edb-konsulenter, der skal servicere almen praksis med f.eks. vejledning om nyinvesteringer, brugen af edb og om de sikkerhedsmæssige forhold. På den måde vil man kunne bygge videre på den danske tradition med at standardisere brugen af edb i almen praksis og således opnå stordriftsfordele, funktionalitet og høj sikkerhed.

12.8 LITTERATUR

1. Praksistælling 2003. København: Praktiserende Lægers Organisation, 2003.

Forskning, udvikling og dokumentation i almen praksis

Sundhedsvæsenets aktiviteter bør baseres på sikker og opdateret viden. Forskning bidrager med ny viden, udvikling indarbejder den nye viden i daglig klinisk praksis, og med dokumentation gøres status for klinisk praksis

Det er centralt for almen praksis' funktion, at det kliniske arbejde bygger på forskningsbaseret viden (evidens). Samtidig må organiseringen af sundhedsvæsenet baseres på forskning om de bedst mulige samarbejdsmetoder. Denne erkendelse har ført til forskning i almen praksis og på grænsefladen mellem praksis og sygehuse. Det er overordentlig vigtigt, at der forskes i symptomer og sygdomme blandt almen praksis' patienter, idet en generalisering af f.eks. sygehusforskningen til almen praksis indebærer en stor risiko for fejlbehandling. Dette skyldes at, 90% af alle kontakterne til almen praksis ikke kommer videre i sundhedsvæsenet (se kapitel 6, side 72) og derfor ikke er med sygehusenes forskningsmateriale.

De multifacetterede problemstillinger i almen praksis har gjort det nødvendigt at benytte forskningsmetoder, der bredt kan besvare disse problemstillinger, spændende fra klassiske biomedicinske, over epidemiologiske metoder til medicinsk-humanistiske metoder.

13.1 FORSKNING

I en gennemgang af sundhedsvidenskabelig forskning må der skelnes mellem forskningens formål, fokus og metode. Forskningens formål kan inddeles som vist i Tabel 31[1].

Tabel 31. Videnskabelig forskning inddelt efter formål

Grundforskning:	Eksp eksperimenterende eller teoretisk arbejde, der giver ny viden uden en bestemt anvendelse i sigte
Anvendt forskning:	Eksp eksperimenterende arbejde, der giver ny viden rettet mod en bestemt anvendelse
Udvikling:	Anvendelse af ny viden til at frembringe eller forbedre konkrete produkter eller ydelser

I dansk sundhedsvidenskabelig forskning blev 46% af alle årsværk i 2002 tildelt grundforskning, 39% klinisk forskning og 15% udvikling[2]. Andelen, der går til grundforskning, er steget jævnt gennem de seneste ti år, modsat klinisk forskning og udvikling.

Den sundhedsvidenskabelige forsknings fokus inddeles i biomedicinsk forskning, klinisk forskning og forskning i folkesundhed og sundhedstjeneste (samfundsmedicin). Biomedicinsk forskning har fokus på de fysiologiske, kemiske og biologiske processer i funktionen

af f.eks. organer og proteiner. I den kliniske forskning efterprøves grundforskningens viden under kontrollerede omstændigheder. Det er ikke nok, at en behandling logisk set burde virke, det skal også bevises i den kliniske forskning. Derved opnår man ny viden om optimering af diagnostik og behandling af patienter (f.eks. lægemiddelforsøg).

Tabel 32. Sundhedsvidenskabelig forskning inddelt efter fokus

Biomedicinsk forskning:	Ny viden om og forståelse af biologiske processer og forståelse af sygdomsprocesser
Klinisk forskning:	Ny viden omkring diagnostik og behandling af patienter
Forskning i folkesundhed og sundhedstjeneste:	Ny viden om sundhed og sygdom i befolkningen og sundhedsvæsenets funktion og organisation ved forebyggelse, behandling, rehabilitering og palliation

Forskning i folkesundhed og sundhedstjeneste omfatter på den ene side undersøgelser af befolkningens sundhed og sygdom (f.eks. i relation til køn, alder og socialgruppe) samt livsstil og levevilkår som årsager til sygdom. På den anden side fokuserer sundhedstjenesteforskningen på behovet for ydelser og sundhedsvæsenets organisation og funktion med henblik på at optimere sundhedsvæsenets effektivitet i forebyggelse og behandling.

Sundhedsvidenskabelig forskning har en særlig stor tilskyndelse og forpligtelse til, at forskningens resultater kommer patienterne til gode. Derfor arbejdes der systematisk med at evaluere, om de opnåede forskningsresultater skal benyttes i klinikken (medicinsk teknologivurdering (MTV)), og om de opstillede mål nås (medicinsk kvalitetssikring).

**MEDICINSK
TEKNOLOGI-
VURDERING (MTV)**

En MTV vurderer, om en særlig viden, proces eller teknik skal anvendes. Det sker ved eksplicit at beskrive dokumentationen for teknologiens effekt, de sundhedsøkonomiske konsekvenser af brugen, de nødvendige organisatoriske forhold i sundhedsvæsenet for at bruge teknologien og endelig, hvordan patienterne evaluerer teknologien.

**MEDICINSK
KVALITETSSIKRING**

I medicinsk kvalitetssikring vurderes det, om de opstillede mål nås, og forskning bidrager her også med metoder til evaluering. Sundhedstjenesteforskningen er således grundlæggende nødvendig for at kunne føde både MTV og medicinsk kvalitetssikring.

Biomedicinsk forskning og forskning i folkesundhed og sundhedstjeneste kan udføres som grundforskning, anvendt forskning og udvikling. Bedst kendt inden for sundhedsvidenskabelig grundforskning er den biomedicinske grundforskning. Det må imidlertid understreges, at der også er behov for grundforskning i folkesundhed, hvor man f.eks. tager udgangspunkt i patienter som en del af et samfund, deres deraf følgende behov, adfærd og etik mv. [3]. Det vil kunne danne grundlag for teorier om, hvordan lægesøgning og udbyttet af denne bedst tilgodeses, organiseres og optimeres.

**8% AF FORSKERÅR
TIL FOLKESUNHED OG
SUNDHEDSTJENESTE**

I 2002 udgjorde den biomedicinske forskning 39% og den kliniske forskning 27% af alle årsværk inden for sundhedsvidenskabelig forskning i Danmark. Øvrig sundhedsvidenskabelig forskning (odontologi, farmakologi mv.) stod for 26% af alle årsværk. I påfaldende kontrast hertil stod forskning i folkesundhed og sundhedstjeneste kun for 8% af alle forskerårsværk [2]. Det betyder, at under hver tiende sundhedsvidenskabelige forsker arbejder med at beskrive f.eks. befolkningens behov for sundhedsydelser og reaktion på sygdom, den lægesøgende adfærd, sundhedstjenestens funktion og opnåede mål mv.

Endelig kan sundhedsvidenskabelig forskning inddeles efter den benyttede forskningsmetode (Tabel 33). Der er vist eksempler på forskellige metoder, der benyttes til at udforske facetterne af, i dette tilfælde, kræft i befolkningen.

Tabel 33. *Eksempler på forskellige metoder i sundhedsvidenskabelig forskning*

Metoder	Eksempel
Bioteknologiske metoder	Kortlægning af menneskets arvemasse. Opdage stoffer, der hæmmer kræftcellers vækst
Medicinsk-humanistiske metoder	Interviewundersøgelse af patienter om, hvorfor de ikke søgte læge for en kræftknode
Medicinsk sociologi	Beskrive sammenhængen mellem socialklasse og forekomsten af kræft
Epidemiologiske metoder	Registerforskning. Finde sammenhænge mellem brug af alkohol og kræft
Sundhedspsykologi	Beskrive personlighedstyper og forekomsten af kræft
Metoder til kvalitetssikring	Opgørelse af, hvor mange patienter der ikke har fået besked om planen for deres kræftoperation ved udskrivelse fra sygehus (audit). Kliniske databaser
Medicinsk teknologivurdering (MTV)	Integreret bedømmelse af patientperspektivet, teknologien, økonomien og organisationen ved indførelse af en metode til tidlig kræftdiagnostik (f.eks. screening)

Det er karakteristisk, at almenmedicinsk forskning beskæftiger sig med multifacetterede problemstillinger. Derfor er almen medicin nødt til at benytte metoder, der kan besvare disse problemstillinger, spændende fra klassiske biomedicinske over epidemiologiske til medicinsk-humanistiske metoder. Almenmedicinsk forskning har derfor haft en rolle i metodeudviklingen omkring f.eks. medicinsk sociologi, sundhedspsykologi og især medicinsk-humanistisk forskning med interview, fokusgrupper og deltagerobservationer. I flere almenmedicinske forskningsprojekter benyttes både kvantitative og kvalitative metoder. Kvalitative metoder kan bidrage med en større forståelse af kendte kliniske sammenhænge, og har en relativt stor betydning for almenmedicinsk grundforskning[4,5].

**HVAD SKAL DER
FORSKES I?**

I sundhedsvidenskabelig forskning genereres ny viden, som i sidste ende skal bedre patientbehandlingen i almen praksis. Forskningsindsatsen skal derfor omfatte spektret fra sundhedsfremme (raske) til lindring og palliation (døende). Sygdomme skal forstås både i en biologisk, psykologisk og social forståelsesramme (se afsnit 2.6.2, side 33), og god diagnostik og behandling kræver, at konsultationsprocessen fungerer optimalt (afsnit 2.5, side 30), og at lægen behersker gode kommunikationsteknikker og gode teknikker til at opnå en terapeutisk relation til patienten (afsnit 2.4, side 29). Endelig kan den samlede indsats kun optimeres, hvis behovene for sundhedsydelser afdækkes, og hvis selve sundhedsvæsenets organisation systematisk udvikles på et forskningsbaseret grundlag.

Det indebærer, at sundhedstjenesteforskning, der er underprioriteret i dansk sundhedsvidenskabelig forskning, bør fremmes. Almen praksis har som fag traditionelt stor interesse i sundhedstjenesteforskning, idet en stor del af lægens aktivitet er at være aktør og koordinator i forsøget på at skabe hensigtsmæssige, sammenhængende patientforløb.

Det er vigtigt at understrege, at hovedparten af den lægefaglige viden, som benyttes i almen praksis, er resultatet af den biomedicinske grundforskning og kliniske forskning udført på bl.a. universitetssygehuse og i laboratorier (se afsnit 2.1, side 26). Forskningen er baseret på sygehuspatienter, der er særligt udvalgt til indlæggelse på de forskningsaktive afdelinger, og forskningsresultaterne herfra kan ikke umiddelbart generaliseres til patienter i almen praksis, hvorfor der må suppleres med almenmedicinsk klinisk forskning. Et eksempel er lungebetændelse, der relativt sjældent fører til indlæggelse på sygehus. Kun de sværeste tilfælde hvor der f.eks. er konkurrerende sygdomme, ses på sygehusafdelingerne. Det vil således være forkert at generalisere sygehusforskning i lungebetændelse til almen praksis.

13.2 DOKUMENTATION OG KONTAKTMØNSTERUNDERSØGELSER

Til brug for planlægning af almen praksis' fremtid og til brug for den løbende faglige indsats i og omkring almen praksis er det vigtigt, at der foreligger et alsidigt, løbende dokumentationsmateriale for almen lægepraksis.

**BEHOV SKAL
OVERVÅGES OG
DOKUMENTERES**

Hvor man i sygehusvæsenet har gode muligheder ved hjælp af Landspatientregisteret for at beskrive sygdomsbilleder og patientkontakter og vurdere produktivitet, mangler man i dag et ordentligt planlægningsmateriale for almen lægepraksis (se kapitel 6, side 72). Der findes ikke løbende kontaktmønsterundersøgelser, som man kender det fra andre lande, hvor man følger henvendelser, kontaktmønstre og lægernes diagnoser, henvisninger og behandlinger.

I mange andre lande foretages der overvågning (f.eks. ved forsikringsselskabers opgørelser eller via institutioner for folkesundhed og almen medicin) for løbende at kunne dokumentere behovet for og effektiviteten af almen praksis. I Danmark har vi uudnyttede muligheder i et af verdens bedste systemer til dokumentation og overvågning i almen praksis.

13.3 EVALUERING OG UDVIKLING

Evaluerings og udvikling er to tæt forbundne procedurer i sundhedsvæsenet. I almen praksis er der via Landsoverenskomsten mulighed for at evaluere alment praktiserende lægers aktiviteter. Det har dog primært været en kontrolfunktion, hvor læger med et særligt stort aktivitetsniveau kunne få en henstilling fra amtets samarbejdsudvalg (se afsnit 3.5.7, side 49). Der er dog i de senere år kommet flere muligheder for at udnytte de indsamlede data til en mere målrettet udviklingsindsats. Det er f.eks. de amtslige lægemiddelkonsulenter, der på basis af lægernes ordinationsmønstre laver målrettede praksisbesøg. Endvidere er der i nogle amter facilitatorbesøg, laboratoriekonsulenter mv. (afsnit 4.1.9, side 56).

**MÅLSÆTNINGER SKAL
VÆRE
VIDENBASEREDE**

Evaluerings i sundhedsvæsenet bør indebære en systematisk vurdering af sundhedsvæsenets indsats mht. behov, strukturer, processer, gennemførelse, resultater og udbredelse. Der er imidlertid ikke en veldefineret tilgang til evaluering, hvorfor der er et stort behov for forskning på området. Kvalitetssikring er dog gennem flere års indsats blevet en del af det danske sundhedsvæsen trods en vis usikkerhed om dens forskningsbaserings. I almen praksis er der oprettet regionale kvalitetsudviklingsfonde, og med Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg (se afsnit 4.1, side 52) er der banet vej for evaluering og udvikling i almen praksis. Den nationale forsøgsordning med patientevalueringer i almen praksis og en kommende registrering af utilsigtede hændelser er vigtigt i dette arbejde (se kapitel 10, side 108).

Det er nærliggende, at en udbygning af dokumentation og kontaktmønsterundersøgelser i almen praksis vil kunne give yderligere fremdrift til f.eks. evalueringsopgaver omkring den kliniske kvalitet i almen praksis og efterlevelsen af nationale/lokale vejledninger.

13.4 ORGANISATIONEN AF ALMENMEDICINSK FORSKNING

Dansk almenmedicinsk forskning er relativt ung i forhold til andre lægelige specialer. Forskningen er primært bygget op omkring de tre almenmedicinske afdelinger ved Københavns, Syddansk og Århus Universiteter samt de tilknyttede forskningsenheder for almen praksis. Afdelingerne for almen medicin er kliniske universitetsafdelinger med forsknings- og undervisningspligt. For at understøtte og øge den almenmedicinske forskning etablerede Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd i 1970'erne Central forskningsenhed for Almen Lægepraksis. Der blev senere ved en overenskomstmæssig aftale mellem SFU og P.L.O. oprettet en forskningsfond (se afsnit 4.1.3, side 54). Forskningsfonden skulle primært drive forskningsenhederne i København, Odense og Århus. Ved afdelingerne og forskningsenhederne er der tilknyttet forskere svarende til omkring 45 årsværk.

**AFDELINGER OG
FORSKNINGS-
ENHEDER**

**FORSKNINGS-
KONSULENTER**

I starten af 90'erne udvidede man den decentrale understøttelse af forskning i almen praksis med tre forskningskonsulenter associeret til de tre universitetsmiljøer. Det er i dag forskningskvalificerede, alment praktiserende læger, der vejleder alment praktiserende læger, som ønsker at gennemføre et forsknings- eller kvalitetsudviklingsprojekt. Forskningskonsulenterne er hver ansat en dag om ugen.

DSAM

Ud over den skitserede organisation finder almenmedicinere fagligt sammen via Dansk selskab for almen medicin (DSAM), som arbejder med at udvikle almen medicin inden for uddannelse, forskning, kvalitetsudvikling og international erfaringsudveksling. Omkring 2.500 aktive alment praktiserende læger og 500 yngre læger er medlemmer. DSAM repræsenterer specialet almen medicin i en række internationale og nationale sammenhænge. Til varetagelse af de løbende opgaver har DSAM stående udvalg (forskningsudvalg, uddannelsesudvalg, kvalitetsudviklingsudvalg og internationalt udvalg). En væsentlig årsag til, at dansk almen praksis i et internationalt perspektiv har udviklet og fortsat udvikler sig overordentligt fornuftigt er et nært samarbejde mellem almen praksis, P.L.O. og DSAM. Det har betydet, at de forsknings- og udviklingsmæssige behov i DSAM har kunnet implementeres via Landsoverenskomsten forhandlet gennem P.L.O.

MPU

DSAM og P.L.O. har i fællesskab oprettet et udvalg vedrørende multipraksisundersøgelser i almen praksis (MPU). Det er intentionen, at undersøgelser, der skal gennemføres i almen praksis og dermed kræver tid af alment praktiserende læger, skal være godkendte. Godkendelsen afhænger af, om undersøgelsen er videnskabeligt velfunderet med et relevant formål og har en passende mulighed for at kunne gennemføres. Desuden vurderer udvalget, hvilken arbejdsomæssig belastning undersøgelsen giver lægerne. Udvalget kan således anbefale, at lægerne honoreres for arbejdet.

**ANDRE FORSKER
OGSÅ I ALMEN
PRAKSIS**

Foruden den interne almenmedicinske forskning foregår der også eksternt en del væsentlig forskning med fokus på almen lægepraksis. Det sker f.eks. på institutter for folkesundhed samt i miljøer, der fokuserer på sundhedsøkonomi og organisationsteori. En række kliniske hospitalsmiljøer inkluderer aspekter af patientforløb i almen praksis i forskningen. Der foregår også en del samarbejde mellem alment praktiserende læger og lægemiddelindustrien, hvor alment praktiserende læger er dataindsamlere ved afprøvning af nye lægemidler.

13.4.1 ALMEN PRAKSIS VED UNIVERSITETERNE (APU)

**KLINIK, FORSKNING
OG UNDERVISNING
MÅ HÆNGE SAMMEN**

Det er vigtigt, at dele af forskningen og den akademiske undervisning i almen medicin også udøves af klinisk aktive speciallæger i faget. For at understøtte traditionen med universiteters sædvanlige kobling mellem forskning og uddannelse er der taget initiativ til etablering af Almen Praksis ved Universiteterne (APU). Der etableres i 2004-05 en praksis ved hvert universitet, hver med en klinikleder. Disse praksis skal udøve en normal almenmedicinsk, klinisk funktion, men skal give plads for klinisk ansættelse af forskere, der er uddannede speciallæger i almen medicin, eller som er under uddannelse i almen medicin. Forskerne skal være ansat ved forskningsenhederne for almen praksis eller ved universitetsafdelingerne for almen medicin. Fordelen er, at det nu bliver muligt at udøve en kombineret forsknings- og undervisningsfunktion, og at forskerne bindes ikke til den enkelte praksis, hvilket ville hæmme den fri mobilitet mellem universiteterne.

13.5 FINANSIERING AF ALMEN MEDICINSK FORSKNING

Fonden vedrørende finansiering af forskning i almen praksis og sundhedsvæsenet i øvrigt (»Forskningsfonden«, se afsnit 4.1.3, side 54) finansierer, ud over Forskningsenhederne for Almen Praksis og forskningskonsulenterne, nogle ph.d.-studier samt giver finansiell støtte til projekter efter ansøgning.

Typisk finansieres forskningen i almen medicin ved projektf finansiering. Det betyder, at forskere og ph.d.-studerende mv. på baggrund af en udarbejdet protokol for det planlagte projekt søger en række fonde om økonomisk støtte. De steder, der oftest søges, er Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, Forskningsfonden, Kræftens Bekæmpelse, Helsefonden, CEMTV, amternes kvalitetsudviklingsfonde, det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Derudover kommer en række små og store fonde, der med mellemrum medfinansierer projekter. Fasen med at opnå projektf finansiering er ofte langvarig og usikker for den forsker, der er afhængig af økonomisk hjælp for at kunne starte f.eks. et ph.d.-forløb.

13.6 PUBLICERINGSAKTIVITET

Traditionelt måler man aktiviteten i lægevidenskabelig forskning som det antal publikationer, der produceres (disputatser, ph.d.-afhandlinger og videnskabelige artikler). Traditionen inden for store dele af sundhedsvidenskaben er at tillægge de videnskabelige artikler, som publiceres i internationale tidsskrifter, størst værdi. Det betyder, at noget af den almenmedicinske forskning overses, idet der her er tradition for at udgive forskningsresultater i bøger, disputatser o.l. Det får også betydning, når man benytter ensidige bibliometriske mål som Impact Factor (IF), der vægter en artikel efter, hvor ofte et tidsskrifts artikler citeres. Almenmedicinske tidsskrifter har en lav IF i forhold til tidsskrifter specialiseret i en særlig biomedicinsk disciplin, hvilket dog ikke afspejler kvaliteten af forskningen, men derimod at almenmedicinsk forskning er meget bredt funderet.

**FÆRREST
KVALIFICERED
FORSKERE**

Dansk selskab for almen medicin præsenterede i 1998 en undersøgelse af udviklingen i dansk almenmedicinsk forskning fra 1986 til 1997[6]. I perioden steg antallet af forskeruddannede (ph.d.) årligt med to til fire. Alligevel var almen medicin i 1998 stadig det medicinske speciale med færrest forskeruddannede læger. I forhold til f.eks. intern medicin (42%), kirurgi (23%) og psykiatri (6%) var kun 0,5% forskerqualificerede i almen medicin.

**TREDOBLING AF
VIDENSKABELIGE
ARTIKLER**

Ved hjælp af søgninger i den mest omfattende database med lægevidenskabelige artikler (PubMed) ses gennem de seneste to årtier en tredobling i antallet af publicerede videnskabelige artikler pr. år fra dansk almen praksis.

Almenmedicinsk forskning er som anført meget tæt knyttet til sundhedstjenesteforskningen og den daglige kliniske anvendelse af forskningsresultaterne. En stor del af den almenmedicinske forsknings betydning udgøres derfor af formidlingen af forskningen i forbindelse med planlægning af og lovgivning om sundhedsvæsenets funktion. På dette punkt har dansk almenmedicinsk forskning stærkt stigende betydning.

13.7 POTENTIALET I ALMENMEDICINSK FORSKNING

Som et speciale med en relativt ny forskningstradition er almen medicin stadig i en opbygningsfase hen mod et passende antal kompetente forskere. I takt med, at gruppen af almenmedicinske forskere vokser, overskrides på et tidspunkt grænsen for en nødvendig kritisk masse til at sikre specialet et selv bærende og forsvarligt forskningsmæssigt grundlag. I de senere år har flere yngre læger ønsket at lave almenmedicinsk forskning. Samtidig viste en holdningsundersøgelse udført af DSAM og P.L.O., at 74% af alment praktiserende læger gerne ville deltage i forskningsprojekter som dataindsamlere mod et honorar, og 64% fandt, at der var behov for kurser for ikke-forskende praktiserende læger i kritisk vurdering af forskningsresultater i det kliniske arbejde[7]. Der er altså et behov for en faglig opkvalificering inden for den forskningsmæssige disciplin og en vilje til at deltage i dataindsamling.

Der er således alt i alt et betydeligt potentiale til at udbygge den almenmedicinske forskning, som dog er fuldstændig afhængig af den økonomiske støtte og de givne rammer.

I denne bog er det ofte vist, at der på en række områder inden for sundhedstjenesteforskningen endnu ikke tilvejebringes den nødvendige viden til, at sundhedsmyndighederne kan danne sig et kvalificeret indtryk af status og til, at man på et evidensbaseret grundlag kan foreslå ændringer og vurdere konsekvenserne af foreslåede ændringer. Det er paradoksalt, at det danske sundhedsvæsens overordnede funktion, herunder funktionen i almen praksis med relationer til det øvrige sundhedsvæsen er så svagt udforsket. F.eks. blev det i afsnit 3.5, side 44, beskrevet, hvordan almen praksis årligt har kontakt til 85% af befolkningen og samtidig kun henviser 10% af patienterne til det øvrige sundhedsvæsen. Tabel 10, side 34, illustrerede, at en øget henvisningsrate på kun én procent ville betyde 10% flere patienter i det sekundære sundhedsvæsen. Det synes derfor naturligt at udbygge sundhedstjenesteforskningen i almen praksis, så der kan ske en løbende kvalificeret vurdering af behovet for og aktiviteten i almen praksis, så nye behandlingstilbud systematisk kan udvikles, og så der kan foretages eksperimenter med måden, almen praksis og sundhedsvæsenet organiserer arbejdet på. Udenlandske erfaringer viser, at en satsning på sundhedstjenesteforskning har betydet markante forbedringer i sundhedsvæsenets dækning af patienternes behov og ikke mindst et kvalitetsløft samtidig med et fald i udgifter[8].

På kræftområdet har man i de senere år øget forskning og udvikling, herunder også i almen praksis (Kræftplan I og II). Det er et område, hvor kvaliteten af almen praksis' særlige funktion i det danske sundhedsvæsen er afgørende. Områder som forebyggelse, lægesøgningsadfærd, diagnostik (herunder delay), henvisning og ventetider, rehabilitering og palliation samt opgavefordeling og organisation skal udforskes og udvikles. Her har almenmedicinsk forskning en forpligtelse til at bidrage, og især sundhedstjenesteforskningen kan vise sig at blive vigtig. Det har givet grundlag for at arbejde med dannelsen af almenmedicinske videncentre, der bl.a. skal samle nødvendig forskning, udvikling og efteruddannelse.

Det bliver i fremtiden en stor udfordring for almen praksis, regioner og kommuner at tilvejebringe formelle og praktiske rammer for en udforskning af metoder til at optimere den samlede funktion af almen praksis som en integreret del af det danske sundhedsvæsen.

13.8 LITTERATUR

1. Dansk Center for Forskningsanalyse. Forskning og udviklingsarbejde i sundhedssektoren. Forskningsstatistik 2002. Metodebeskrivelse. Århus: Dansk Center for Forskningsanalyse, 2004.
 2. Dansk Center for Forskningsanalyse. Forskning og udviklingsarbejde i sundhedssektoren. Forskningsstatistik 2002. Tabelsamling. Århus: Dansk Center for Forskningsanalyse, 2004.
 3. Lægevidenskabelig forskning. En Introduktion. København: FADL, 1987.
 4. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358:483-8.
 5. Hollnagel H. Forskning i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2003;165:321.
 6. Forskning og udvikling i almen praksis. København: Dansk selskab for almen medicin og Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegerning, 1999.
 7. P.L.O. Medlemmernes holdninger. Enquete 2001. København: Praktiserende Lægers Organisation, 2001.
 8. Lomas J. Health services research. *BMJ* 2003;327:1301-2.
- På www.almen.dk findes semesterrapporter fra Forskningsenhederne for Almen Praksis

Sammenligning med almen praksis i udlandet

Det er nyttigt at fortage en sammenligning med andre lande for dels at vægte vor egen almen praksis, dels for at blive inspireret til forbedringer mv.

På en lang række områder er struktureringen og organiseringen af dansk almen praksis mere fordelagtig og foran andre lande:

- 1) Der er en mere end hundredårig tradition for, at hele befolkningen skal have let og hurtig adgang til bred, lægelig kompetence i form af den alment praktiserende læge.
- 2) Befolkningen skal have mulighed for at søge læge uanset økonomisk formåen, og penge mellem patient og læge er via lovgivningen fjernet. Desuden er der frit lægevalg, og med listesystemet sikres det, at alle borgere har deres »egen læge«. Lægerne er fordelt geografisk efter befolkningstæthed.
- 3) Almen praksis er frontlinje i det danske sundhedsvæsen. Den alment praktiserende læge er gatekeeper og definerer patientens behov for yderligere brug af det specialiserede sundhedsvæsen. Almen praksis har således en »rationeringsopgave« i forhold til de sygehusbaserede og praktiserende speciallæger samt adgangen til at få tilskud til medicin. Desuden er en lang række sociale ydelser betinget af udtalelser fra almen praksis.
- 4) Almen praksis er den sundhedsmæssige service i det danske samfund, der har den største berøringsflade med befolkningen og er baseret på princippet om »familielægen«.
- 5) Dansk almen praksis og sygehusvæsenet finansieres via den samme driftsorganisation (amterne), hvilket sikrer et ensartet og stringent princip om omsorg på lavest mulige omkostningsniveau.
- 6) Dansk almen praksis består af ca. 3.500 alment praktiserende læger, der er organiseret i ca. 2.200 praksis, men alligevel overordentligt homogent struktureret. Alle læger er speciallæger i almen medicin, har kontrakt med sygesikringen via en centralt forhandlet Landsoverenskomst og har en indkomst på niveau med andre læger i slutstilling.
- 7) Den elektroniske patientjournal er reelt indført, og den papirløse praksis er en realistisk mulighed. Dansk almen praksis er formentlig førende i verden vurderet på nationalt niveau.

På internationalt niveau har der løbende været analyser af, hvordan et sundhedsvæsen mest hensigtsmæssigt kan opbygges, og der er stigende konsensus om, at man opnår den mest rationelle drift af et sundhedsvæsen, hvis man har en generel adgang til lægehjælp for alle i form af en frontlinjefunktion (almen praksis), og hvis man har et højt specialiseret sundhedsvæsen, hvortil patienterne kan henvises efter visitation[1]. I en sammenligning af 13 industrialiserede landes sundhedsvæsen i relation til almen praksis blev Danmark således placeret i top tre sammen med Holland og England[2].

SAMMENLIGNING MED UDLANDET

Kun i få lande har befolkningen fri adgang til frontlinjefunktionen som i Danmark. Den forholdsvis velstrukturerede udvikling af det danske sundhedsvæsen er formentlig en af grundene til, at det danske sundhedsvæsen sammenlignet med internationale forhold generelt har været omkostningseffektivt trods et princip om gratis og lige adgang til sundhedsydelser for alle[3]. Nedenfor ses en række karakteristika for sundhedsvæsenet i Danmark sammenlignet med lande, som helt eller delvist også har en frontlinjefunktion.

Tabel 34. Mål for sundhedsvæsenet i udvalgte europæiske lande (kilder: WHO og OECD)

	Danmark	Norge	Finland	Sverige	Holland	England
Offentlig sundhedsudgift pr. indbygger (US\$)	2.580	3.083	1.943	2.517	2.643	2.160
Egenbetaling af totale sundhedsudgifter (%)	17,6	14,5	24,4	14,8	36,7	17,8
Andel af sundhedsudgifter til medicin	9,2	9,2	15,9	13,1	10,4	15,8
Alm. prakt. læge er gatekeeper	Ja	Ja	Delvis	Nej	Ja	Ja

Generelt er det danske sundhedsvæsen i relation til overordnede mål blandt et af verdens bedste. Sammenlignes vi med andre skandinaviske lande samt England og Holland, er det værd at bemærke, at Holland har offentlige udgifter til deres sundhedsvæsen svarende til Danmarks, men at befolkningen alligevel har en meget høj egenbetaling. Faktisk betyder den danske organisation med en offentlig sygesikring og en almen praksis som frontlinje, at Danmark er et af de lande i verden, hvor betalingen af sundhedsudgifterne i forhold til behovet fordeles mest retfærdigt.

MODERATE OMKOSTNINGER

Norge er det OECD-land, der bruger flest offentlige midler på sundhedsvæsenet, hvor Danmark ligger på linje med Sverige og Holland. Det skal bemærkes, at andelen af sundhedsudgifter, der benyttes til medicin, er lav i Danmark sammenlignet med de øvrige lande.

Tabel 35. Karakteristika for almen praksis i udvalgte lande i 1995 [4-6]

	Danmark	Norge	Finland	Sverige	Holland	England
Patienter på liste	1.587	304	1.241	486	2.335	2.124
Patienter ikke på liste	44	1.462	2.340	2.770	65	156
Patienter per læge	1.631	1.766	3.581	3.256	2.400	2.280
Alm. prakt. læge er gatekeeper	Ja	Ja	Delvis	Nej	Ja	Ja
Andel med sekretær (%)	94	93	98	94	98	100
Andel med sygeplejerske (%)	31	47	92	88	3	95
Andel med laborant (%)	17	71	76	79	16	5
Fastlønnede (%)	0	41	99	99	7	1
Selvstændig på kontrakt (%)	100	55	1	1	82	92
Passer selv alle vagter (%)	3	1	0	0	3	12
Deltager ikke i vagt (%)	28	19	15	11	2	7
Ugentlig arbejdstid med vagt	49	50	47	43	67	71
Minutter afsat pr. patient	14	19	18	25	10	8
Konsultationer pr. dag	24	19	18	15	31	33

Almen praksis i Norge, Sverige, Finland, England og Holland er blandt de mest udviklede i Europa og de bedst integrerede i det øvrige sundhedsvæsen. Alligevel har selv disse sundhedsvæsener ikke den danske tradition for at have en lettilgængelig frontlinjefunktion, der visiterer til det øvrige sundhedsvæsen, og dermed muligheden for at kunne opnå et sammenhængende sundhedsvæsen.

I Tabel 35 ses forskellige karakteristika for almen praksis fra midten af 90'erne, hvor Danmark deltog i en stor europæisk kortlægning af almen praksis. Der findes desværre ikke nyere pålidelige data, idet data indhentet via f.eks. EU og OECD er behæftet med store usikkerheder grundet forskelle i definitioner.

Danmark er det land, der har den bedste dækning af alment praktiserende læger per indbygger og den mest homogent organiserede almen praksis, idet alle alment praktiserende læger er på kontrakt. I f.eks. Sverige, hvor hovedparten af lægerne er fastlønnede har man en lav produktivitet (kun halvt så mange konsultationer som i England og Holland). Det er da også i Sverige og Finland, at lægerne har den korteste arbejdstid.

Et andet væsentligt område er vagtdækningen. I Danmark har lidt over en fjerdedel af lægerne mulighed for at vælge vagter fra, hvilket er den højeste andel sammenlignet med de øvrige lande (se afsnit 3.5.6, side 48).

Den flotte internationale bedømmelse af dansk almen praksis forhindrer naturligvis ikke, at den danske udvikling også har været drevet frem af væsentlig international inspiration mht. delelementer i andre landes sundhedsvæsener. Det forhindrer heller ikke, at andre landes sundhedsvæsener på udvalgte områder er foran os. Dansk almen praksis skal derfor have en god international kontakt, hvor man henter inspiration.

De nævnte strukturelle incitamenter til at etablere en integreret primær- og sekundærsektor i Danmark er yderligere understøttet af, at der i de seneste tyve år i stigende grad er allokeret forsknings- og kvalitetsudviklingsmidler til praksissektoren, ligesom der har været incitamenter til løbende systematisk efteruddannelse.

14.1 LITTERATUR

1. WHO. The World health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
2. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002;60:201-18.
3. Olesen F, Vedsted P. Dansk almen praksis. En international succes. *Ugeskr Læger* 1995;157:1550-3.
4. Vedsted P, Olesen F. Danske alment praktiserende lægers arbejdstid sammenlignet med udvalgte europæiske lande. *Ugeskr Læger* 1998;160:1067-70.
5. Vedsted P, Olesen F. Det daglige kliniske arbejde i dansk almen praksis sammenlignet med almen praksis i udvalgte lande. *Ugeskr Læger* 1998;160:1362-4.
6. Vedsted P, Olesen F. Forebyggelse og opfølgning i dansk almen praksis sammenlignet med almen praksis i udvalgte lande. *Ugeskr Læger* 1998;160:1531-3.

Indeks

A

Administration.....	23
Administrationsudvalget	55;58
Aftenkonsultation	23
Almen medicin.....	7
Almen Praksis ved Universiteterne	54;126
AMADEUS	8;105
Amanuensisfonden	13;54
Amtsrådsforeningen	44;58;120
AMU	8;104;105
Antikonception	64
Antivirus.....	121
Anvendt forskning.....	122
Apparatfejl.....	33
ATC.....	93;99
Attester.....	60

B

Backup	121
Behandling	33;80
Behov	28;125
Billeddiagnostik	116
Biomedicinsk forskning	122;123
Bio-psyko-social.....	33
Børneundersøgelse	83

C

CfK.....	56
CKI.....	8;53;58
CRP.....	80;81;87;116

D

DADL.....	8;46
Dagtid.....	47
DAK-projektet.....	53
DanPEP	17;108-111
Dansk selskab for alm. med.	54;57;66;103;126
Datafangst	73
Datasikkerhed.....	121
Definerede Døgnoser	96-99
Delepraksis	45
Diagnostik	30;32;76;115
Dokumentation.....	18;119;125
DYNAMU.....	8;105

E

Edb	73;118;121
Edb-systemer.....	73;118
EDI.....	120
Efteruddannelse	58;105
Efteruddannelsesfonden	13;55;58;105
Egenbetaling.....	130
Elektronisk afregning	118
Elektroniske recepter.....	94
E-mail.....	79;120
Enkelttilskud	96
Evaluerings	18;125

F

Fagligt udvalg.....	53
Fast læge.....	46
Firewall	121
Folkesundhed	38;61;70;100
Folkesygdomme	70;71;76
Forebygge.....	13;36;62
Forebyggelse	13;36;41;62;74;82
Forebyggelseskonsultationer	66;84
Forskning.....	18;53;56;122
Forskning i folkesundhed og sundhedstjeneste	123
Forskningsfonden	54;58;126
Frontlinjelæge.....	37
FUAP	56

G

Gatekeeper.....	7;37
Generelle tilskud	96
Goodwill.....	16;107
Grundforskning	122
Grunduddannelsen.....	102
Grundtydelser	79

H

Henvisning	43
Honorarbrøken	50
Honorering	40

I

ICPC.....	14;53;72;73;76
Impact Factor.....	127
Indtægter	113
Internetadgang.....	120
Inventar	107
Isbjergets top	27
IT	17;46;53;56;118;119

J

Jerntrekanten	49
Journal.....	24

K

Klinisk forskning.....	123
Kliniske vejledninger	56;57
Kommunale kontaktudvalg	60
Kommuner.....	46
Kommunernes Landsforening	46;120
Konfrontationsydelser	78
Konsultationsprocessen	30
Kontaktårsag.....	74
Kontinuitet.....	10;29
Kontrollant	38
Koordinator	37
Kronikertilskud.....	96

Kronisk syge.....	24;59;109
Kvalitetssikring	117;125
Kvalitetsudvikling	53;55;56
Kvalitetsudviklingsudvalg.....	58

L

Laboratorieudstyr	56
Laboratorieydelse.....	79;81;85
Landsoverenskomst	9;44;129
LEON	8;34
Listesystemet.....	46
Lorenz-diagram	77;91
Lægemangel	101
Lægemiddelstyrelsen.....	93;95;96;99
Lægemedler	15;43;93;99
Læge-patient-relation	29;30
Lægeskift.....	46;110
Lægesøgning	28
Lægevagtsreform.....	78;79
Lægevalg	46

M

MedCom.....	119;120
Medicinalindustri	100
Medicinsk teknologivurdering.....	123;124
Medicinsk uforklarede symptomer.....	75;76;91
Medikoteknik	116
Motivation	67
Motivationssamtalen	70
MPU	126
Målbeskrivelse	104

N

NORDKAP	56
---------------	----

P

P.L.O. ...	8;12;41;44;52;55-58;106-108;120;127
Palliativ indsats	36;59
Patientevaluering	16;108
Patientklager	110
Patientsikkerhed	119
Praksisamanuensis.....	104
Praksisbesøg	57
Praksisenheden	56
Praksiskonsulenter.....	61
Praksisreservelæge	104
Priktest	116
Primær forebyggelse.....	64
Prognose	63
Publiceringsaktivitet.....	127

R

Rationel farmakoterapi	100
------------------------------	-----

Receipt.....	120
Registerpris	96
Rehabilitering	35;64

S

Samfundsmedicin	70
Samtaleterapi.....	84
Screening.....	64;68
Sekundær forebyggelse	64;68
Sensitivitet.....	31
SKUP	8;56;117
Socialmedicinsk samarbejde.....	60;81
Solopraksis	17;109
Specialeuddannelsen	16;103
Spirometri.....	116
Sundhedsbrøken	29
Sundhedsfremme	64;65;67
Sundhedsstyrelsen	65;94;103;106;120
Sundhedstjeneste	112
Sundhedstjenesteforskning	124
Svangreomsorg.....	70
Sygdom	7;28;31;63
Sygebesøg	23;60
Sygesikringens Forhandlingsudvalg	8;44;53-55
Symptom	7;26;27

T

Tavshedspligt	43
Telefonkonsultation	82
Terminalbevilling	96
Tertiær forebyggelse.....	70
Tilfredshed	108
Tilgængelighed.....	47
Tillægssydelser	79;80;85
Tilskudsordninger.....	95
Turnus	103
Tutorlæge	105
Tympanometri	116

U

Uddannelse	102
Udgifter	97;112;113
Udskrivningsbreve.....	44
Udvikling.....	53;56;122

V

Vagt.....	23
Vagttid.....	48
Variation.....	73;85-92
Vejleder	37

Å

Årsag	63
-------------	----