

Hvem kommunikerer almen praksis med?

Praktiserende lægers kontakter med social- og sundhedsvæsenet

Professor Flemming Bro, professor Kjeld Møller Pedersen, seniorforsker Dorte Gilså Hansen, professor Jakob Kragstrup & alment praktiserende læge Anders P. Munck

Syddansk Universitet, Forskningsenheden for Almen Medicin, Sundhedsøkonomisk Forskningsenhed, Audit Projekt Odense og Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense

Resume

Introduktion: I forbindelse med Strukturkommissionens overvejelse om en kommunalreform blev det blandt andet foreslået at adskille administrationen af almen praksis fra det øvrige sundhedsvæsen ved en placering i kommunalt regi. Formålet med denne undersøgelse var at beskrive den aktuelle tilknytning til henholdsvis sygehusvæsenet og den kommunale sektor, som den kom til udtryk gennem kommunikationen til og fra almen praksis.

Materiale og metode: Data blev indsamlet ved selvregistrering i almen praksis i fem amter (7.565 kontakter hos 295 læger) og ved dataudtræk vedrørende Fyns Amt fra det danske sundhedsdatanet MedCom og Sygesikringsregistret.

Resultater: Mere end 90% (95% konfidensinterval (CI): 90,5-91,7) af kontakterne vedrørte det øvrige sundhedsvæsen, og mindre end 10% (95% CI: 8,3-9,5) vedrørte kommunerne. Lægefaglig viden blev af lægerne vurderet som vigtig både i kontakten til sundhedsvæsenet og kommunerne, men vigtigst i kontakten til sundhedsvæsenet.

Konklusion: Undersøgelsen viste, at kommunikationen primært involverede det øvrige sundhedsvæsen. Med henblik på *gatekeeper*-funktionen for almen praksis og det stigende fokus på sammenhængende behandlingsforløb for den enkelte patient, vil der formentlig i fremtiden blive stillet stadigt større krav til integration mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Der er dog samtidig behov for en styrkelse af samarbejdet med det kommunale niveau.

I 1973 blev Sygekasserne nedlagt, og Sygesikringen blev oprettet i amtsligt regi. Sygesikringen fik ansvaret for administrationen af almen praksis, hvis tilknytning til amterne siden har været uændret. Sundhedsvæsenets udvikling siden 1973 blev i 2003 analyseret af Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg for Sundhedsvæsenet, som foreslog en regionsmodel med 6-8 »storamter« [1].

I forbindelse med Strukturkommissionens overvejelser om en kommunalreform blev den administrative indplacering af almen praksis diskuteret. I debatten blev det blandt andet foreslået at adskille administrationen af almen praksis fra det øvrige sundhedsvæsen ved at placere almen praksis i kommunalt regi [2]. Almen praksis arbejder sammen med såvel det øvrige sundhedsvæsen som kommunerne, men hvilket om-

fang og hvilken karakter dette samarbejde har, er i dag kun sparsomt belyst. Viden herom er en nødvendig forudsætning for en informeret debat om det fremtidige tilhørsforhold for almen praksis.

Formålet med nærværende undersøgelse var at beskrive kontaktmønstret i almen praksis i relation til henholdsvis det øvrige sygehusvæsen og den kommunale sektor, som den kom til udtryk gennem kommunikationen til og fra almen praksis. Endvidere ønskedes en vurdering af emnet for denne kommunikation.

Materiale og metoder

Data vedrørende almen praksis' kontakter til og fra det øvrige sundhedsvæsen samt kommunale instanser blev indsamlet via: 1) en selvregistreringsundersøgelse i almen praksis i fem amter, 2) det danske sundhedsdatanet MedCom og 3) Sygesikringsregistret, Fyns Amt.

Selvregistreringsundersøgelse

Registreringen blev foretaget som en konsekutiv registrering af visse af almen praksis' kontakter med det øvrige sundhedsvæsen og med kommunale instanser i dagtiden i en arbejdsuge; 15.-19. september 2003. Alle praktiserende læger i København, Roskilde, Ringkjøbing, Nordjyllands og Fyns Amter blev inviteret til at deltage i registreringen, og 295 læger (21,5%) registrerede i perioden i alt 7.565 kontakter omfattende: 1) lægens henvendelser til det øvrige sundhedsvæsen vedrørende sygehusindlæggelser, ambulatorium, røntgen og fysioterapi, 2) brevkontakter og telefoniske forespørgsler fra det øvrige sundhedsvæsen, men ikke epikriser, laboratorie- og røntgensvar og tilbagemeldinger fra speciallæger og 3) alle kontakter mellem læge og kommune bortset fra receptfornyelser og kontakter med praksispersonalet, hvor lægen ikke var involveret.

Registreringen foregik efter hver kontakt ved simpel afkrydsning på et Audit Projekt Odense-skema (APO-skema) [3]. I alt syv dimensioner blev belyst (Figur 1).

Det danske sundhedsdatanet MedCom

For de 76 læger (23% af de inviterede) på Fyn, der deltog i selvregistreringen, blev data vedrørende udvalgte elektroniske kontakter til praksis i samme uge indhentet fra MedCom. I de i alt 6.849 kontakter i perioden indgik: epikriser, ambulante notater, røntgensvar, laboratoriesvar (klinisk kemi, mikrobiologi), bookingsvar, cervixcytologiske undersøgelser mv. To af de fynske praksis (tre læger), der deltog i selvregistreringen, var ikke tilmeldt MedCom.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Figur 1. APO (Audit Projekt Odense)-skema, der blev anvendt til selvregistrering af almen praksis' kontakter med det øvrige sundhedsvæsen og kommunale instanser.

Læge: _____
 Dato:

AUDIT om praktiserende lægers kontakter med social- og sundhedsvæsenet

Fødselsdag	Køn				Til mig	Sygdomsproblem	Medicinproblem	Socialt problem	Alment problem	Andre	Ubestemt	Mere end 15 min.	Meget vigtig	Mindre vigtig	Slet ikke vigtig	Bemærkninger			
	Dag	Md.	Ar	Å													Kv	1	2
					Ialt														

Copyright: Audit Projekt Odense, Winsløwparken 19 · 5000 Odense C, DK

Sygesikringsregistret

Oplysninger om antal læger i praksis og antal tilmeldte patienter blev indhentet fra Sygesikringsregistret, Fyns Amt.

Analyse

Data fra selvregistreringen i de fem amter blev anvendt til analyse af kontakternes emne. I analyserne af det relative forhold mellem antal kontakter med henholdsvis det øvrige sundhedsvæsen og kommunale instanser indgik udelukkende data vedrørende læger i Fyns Amt. Data fra MedCom forelå på praksisniveau, og analyserne omfattede kun praksis, der havde foretaget selvregistrering og modtog data fra MedCom. I nogle praksis deltog ikke alle læger, og antallet af kontakter fra MedCom til disse blev justeret svarende til andelen af deltagende læger.

Resultater

I løbet af registreringsperioden på fem arbejdsdage havde de 76 fynske læger 6.849 elektroniske kontakter fra sundhedsvæsenet, og i auditundersøgelsen registreredes 1.203 kontakter med sundhedsvæsenet. I auditundersøgelsen registreredes endvidere 797 kontakter til eller fra kommunen. I alt var der

tale om 8.849 kontakter, svarende til 23 kontakter pr. læge pr. dag.

Af **Tabel 1** fremgår det, at kontakter til det øvrige sundhedsvæsen vedrørte sygdom og medicinproblemer i 96,1% (95% konfidensinterval (CI): 95,6-96,7) af tilfældene, mens kontakter til kommunale instanser vedrørte andre forhold i 43,2% (95% CI: 41,3-45,1) af tilfældene. Lægefaglig viden blev vurderet som vigtig eller meget vigtig i forbindelse med 86,9% (95% CI: 85,9-87,8) af kontakterne med det øvrige sundhedsvæsen sammenlignet med 78,6% (95% CI: 77,0-80,1) i forbindelse med kontakter med kommunale instanser.

Figur 2 viser fordelingen af kontakter med kommunale instanser henholdsvis det øvrige sundhedsvæsen: I alt 91,1% (95% CI: 90,5-91,7) af kontakterne vedrørte det øvrige sundhedsvæsen, og 8,9% (95% CI: 8,3-9,5) vedrørte kommunale instanser.

Diskussion

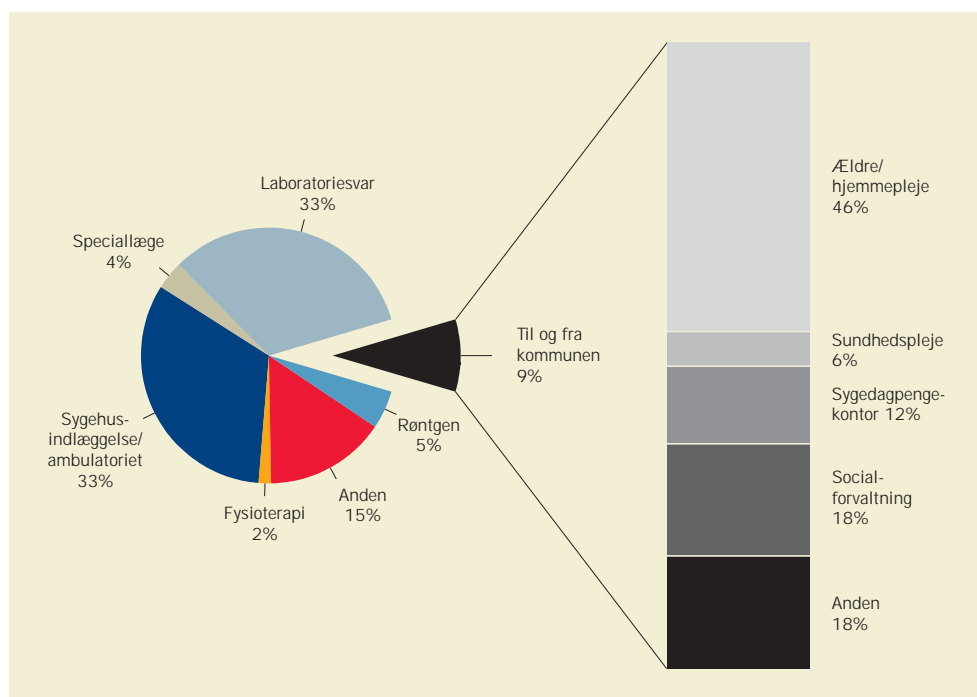
Undersøgelsen viste, at kommunikationen til og fra almen praksis var omfattende, og at kommunikationen til daglig i langt højere grad var med det øvrige sundhedsvæsen end med kommunale instanser. Lægefaglig ekspertise blev af lægerne

Tabel 1. Emne for 295 praktiserende lægers kontakter med sygehuse, speciallæger/fysioterapeuter samt kommunale instanser angivet ved selvregistrering (n = 7.437). 95% konfidensintervaller i parentes.

	Sygehus n = 2.781 %	Speciallæge/ fysioterapi n = 1.887 %	Kommune n = 2.769 %	Total n = 7.437 %
Sygdomsproblem	93,4 (92,4-94,3)	96,5 (95,5-97,2)	39,0 (37,2-40,8)	73,9 (72,9-74,9)
Medicinproblem	2,1 (1,6-2,7)	0,6 (0,3-1,0)	17,8 (16,4-19,3)	7,6 (7,0-8,2)
Plejeproblem	0,1 (0,02-0,3)	0,3 (0,1-0,7)	4,3 (3,6-5,1)	1,7 (1,4-2,0)
Socialt problem	0,5 (0,3-0,8)	0,5 (0,2-0,9)	12,1 (10,9-13,4)	4,8 (4,3-5,3)
Attest	0,2 (0,08-0,5)	0,4 (0,2-0,8)	21,1 (19,6-22,7)	8,0 (7,4-8,6)
Andet	3,7 (3,0-4,5)	1,8 (1,3-2,5)	5,6 (4,8-6,5)	3,9 (3,5-4,4)

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Figur 2. Fordelingen af 76 fynske praktiserende lægers kontakter med det øvrige sundhedsvæsen, henholdsvis kommunale instanser (n = 8.849).



vurderet som vigtig i hovedparten af kontakterne med begge instanser, dog hyppigst for kommunikationen med det øvrige sundhedsvæsen.

Validiteten af resultaterne afhæng først og fremmest af, om alle kontakter til de forskellige parter havde samme sandsynlighed for at blive registreret. For at minimere lægernes arbejde ved dataindsamlingen blev oplysninger om kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen baseret på både selvregistrering og data fra den elektroniske kommunikation. Der manglede imidlertid registrering af alle kontakter med f.eks. apoteker, kiropraktorer og alternative behandlere samt de fleste tilbagemeldinger fra praktiserende speciallæger. Derimod blev ingen kontakter til det primærkommunale niveau systematisk udeladt, idet lægernes selvregistrering omfattede alle kontakter med det primære kommunale niveau. Man kunne forestille sig, at lægernes selvregistreringer var behæftet med en række forglemmelser, mens den automatiserede registrering af elektronisk kommunikation var mere komplet. Sammenligning af data for de kontakter, der var registreret med begge metoder, viste imidlertid uoverensstemmelser på mindre end 10%. Sammenfattende kan det derfor antages, at undersøgelsen overordnet set var retvisende med hensyn til fordelingen af kontakter til sundhedsvæsen og primærkommuner, men i et vist omfang blev antallet af kontakter mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen undervurderet.

Undersøgelsens repræsentativitet afhæng af repræsentativiteten af de fem involverede amter (Københavns, Roskilde, Ringkjøbing, Nordjyllands og Fyns Amter), men primært af om de elektroniske data for Fyn var repræsentative for Danmark. Selvregistreringerne viste ikke store forskelle mellem de fem amter, som var udvalgt med henblik på repræsentativitet.

Elektronisk kommunikation er i dag udbredt i alle amter [4], og Fyns Amt afviger demografisk ikke afgørende fra landsgennemsnittet. Det vurderes derfor, at undersøgelsens resultat i vidt omfang vil kunne generaliseres til landsplan.

Litteratursøgninger viste et stort antal studier, som har vurderet kvaliteten af henvisninger og udskrivningsbreve inden for sundhedsvæsenet, men vi fandt ikke andre studier, som har søgt at kvantificere den relative hyppighed af kommunikation mellem almen praksis og henholdsvis primærkommuner og det øvrige sundhedsvæsen.

De praktiserende læger definerede i 1974 deres egen rolle på følgende måde: *The general practitioner is a licensed medical graduate who gives personal, primary and continuing care to individuals, families and a practice population irrespective of age, sex and illness. It is the synthesis of these functions which is unique* [5]. Inden for de seneste år er den praktiserende læges rolle redefineret, senest i 2002 af de praktiserende lægers verdensorganisation WONCA [6]. Den nye definition lægger fortsat vægt på individorientering, på at almen praksis håndterer ethvert helbredsproblem, og på at tilgangen er flerdimensional, men det pointeres, at den praktiserende læge er første kontaktperson for patienten i forhold til sundhedsvæsenet, ligesom lægens rolle som forvalter og koordinator af sundhedsvæsenets resurser præciseres.

Den praktiserende læge opfatter således først og fremmest sig selv som en integreret del af sundhedsvæsenet med en koordinerende rolle. I denne undersøgelse blev det bekræftet, at det er denne rolle, der dominerede. Sundhedspolitisk og administrativt er tendensen gennem de senere år også gået mod en sammenbinding af almen praksis og sygehusene. Således har hovedparten af landets amter i dag etableret fælles politi-

ske sundhedsudvalg for sygesikrings- og sygehusområdet, ligesom forvaltningen inden for disse områder er blevet samlet. På det faglige plan begyndte man i 1991 i Fyns Amt at arbejde med praksiskonsulenter, hvor en praktiserende læge danner bindeled til hospitalsafdelingerne med henblik på at forbedre koordination og samarbejde mellem almen praksis og sygehuse [7]. I dag har denne konstruktion bredt sig til hele landet med mere end 300 praksiskonsulenter [8]. Med stigende fokus på samlede behandlingsforløb for den enkelte patient vil der stilles stadigt større krav om, at sundhedsvæsenet fungerer som en helhed på tværs af organisatoriske forhold, og vi kan derfor forvente, at samarbejdet og integrationen mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen vil styrkes yderligere i fremtiden.

Kontakten til kommunen var mindre omfattende og repræsenterede dels udførelse af ydelser for kommunens sygedagpengekantor, som f.eks. attestudstedelse, men hyppigst kommunikation med ældre-/hjemmeplejen, om behandling af patienter. Også i kontakten med kommunens ansatte var lægerne således i overensstemmelse med deres egen opfattelse af deres rolle, der kunne karakteriseres som individorienteret. Kommunens ansatte optræder på vegne af den enkelte borger, når den syge selv eller dennes pårørende ikke kan varetage kontakten til lægen. Men den praktiserende læge har ingen formel tilknytning til den kommunale myndighed i

denne forbindelse, og for langt de fleste borgere – uanset alder – foregår håndteringen af helbredsmæssige problemer mellem den enkelte og den praktiserende læge. I hovedparten af kontakterne med kommunen vurderede lægerne, at deres lægefaglige viden var vigtig. Selv om almen praksis' kontakter helt overvejende var rettet mod sundhedsvæsenet, er der ingen tvivl om, at der også er brug for et tæt samarbejde mellem praksissektoren og det kommunale niveau.

Korrespondance: *Flemming Bro*, Forskningsenheden for Almen Medicin, Syddansk Universitet, DK-5000 Odense C. E-mail: fbro@health.sdu.dk

Antaget: 21. oktober 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg. Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitament, amter og alternativer. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.
2. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sektoranalyse på sundhedsområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.
3. Munck AP, Damsgaard JJ, Hansen DG et al. APO-metoden – en populær form for kvalitetsudvikling i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2002;164:5390-3.
4. <http://www.medcom.dk/november2004>.
5. Heyrman J, Spreeuwenbergh C, eds. Vocational training in general practice. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, 1987.
6. <http://www.globalfamilydoctor.com/publications/woncapub.htm> nov. 2004.
7. Fyns Amt. Evaluering efter 10 år med praksiskonsulenter. Praksiskonsulentordningen i Fyns Amt 1991-2000. Odense: Fyns Amt, 2001.
8. Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Evaluering af praksiskonsulentordningerne i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.

Vægttab som behandling af artrose i knæled hos adipøse patienter – sekundærpublikation

Cand.scient. Robin Christensen, forskningsdiætist Lise Stigsgaard, professor Arne V. Astrup & professor Henning Bliddal

H:S Frederiksberg Hospital, Parker Institutet, og Den Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole, Institut for Human Ernæring, Levnedsmiddelcentret

Resume

Introduktion: Patienter med knæledsosteoartrose (OA) vil ofte blive fanget i en ond cirkel af smerte, nedsat funktionsevne og vægtøgning, som medfører øget mekanisk stress i knæet, hvilket igen forværrer smerten. For denne kategori af patienter synes et større vægttab at være den mest rationelle terapi.

Materiale og metoder: Firs adipøse patienter med knæ-OA, heraf 71 kvinder (89%), blev inkluderet og randomiseret. Patienterne blev randomiseret, stratificeret efter køn, *body mass index* (BMI) og alder, med en gennemsnitlig BMI (standarddeviation (SD)) på 35,9 (5,1) kg pr. m² og en gennemsnitsalder på 62,6 (11,1) år,

til otte uger med enten lavenergidiet (LED), 3,4 MJ pr. dag, eller kontrol diæt, ca. 5 MJ/dag. Initialt modtog begge grupper to timers undervisning i sund slanke kost. LED-gruppen havde herefter ugentlige møder med diætisten, hvorimod kontrolgruppen fik udleveret en mappe med gode vægttabsprincipper uden supplerende undervisning. Kropssammensætningen blev vurderet før og efter de otte ugers intervention, hvor ændringen i kropsvægt og kropssammensætning blev benyttet som uafhængige prædiktorer af ændringer i knæ-OA-symptomerne. Symptomerne blev monitoreret med Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC)-OA-indeks.

Resultater: Begge grupper opnåede vægttab, og patienterne i LED-gruppen og i kontrolgruppen tabte gennemsnitlig (SE) hhv. 11,1% (0,6%) og 4,3% (0,6%), med en middelforskel på 6,8% (95% sikkerhedsgrænser: 5,5-8,1%; $p < 0,0001$). 50% i LED-gruppen tabte mere end 10%, hvilket ingen i kontrolgruppen gjorde ($\chi^2_{\text{Yates}} = 24,1$; $p < 0,0001$). Patienternes fedtprocent faldt 2,2 procentpoint (1,5-3,0 procentpoint) mere i LED-gruppen end i kontrolgruppen. Det totale WOMAC-indeks viste en klar for-