

Brug af dansk almen praksis i dagtid

Status og perspektiver

Seniorforsker Peter Vedsted & professor Frede Olesen

Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus

For danskerne er almen praksis det sted, hvor man henvender sig med oplevede helbredsproblemer, der ønskes vurderet i sundhedsvæsenet. Lægen er den primære visitator (*gate keeper*), der håndterer omkring 90% af alle henvendelser uden inddragelse af det øvrige sundhedsvæsen.

Almen praksis opfylder en række krav om lighed ved bl.a. at være jævnt distribueret i forhold til befolkningstætheden, ved at brugen er vederlagsfri, ved at der er garanti for adgang til akut lægehjælp døgnet rundt, og ved at der er en overenskomstmæssig bestemmelse om den maksimale ventetid på en aftalt konsultation.

Dansk almen praksis er omkostningseffektiv for samfundet sammenlignet med almen praksis i andre lande [1]. I 2002 udgjorde amternes driftsudgifter til primær sundhedstjeneste 15,3 mia. kr. og til sekundær sundhedstjeneste 38,5 mia. kr. Mere end en tredjedel af udgifterne til den primære sundhedstjeneste gik til medicinrefusion (5,8 mia. kr.) og endnu en tredjedel til almen lægehjælp (5,4 mia. kr.), hvilket svarer til 1.000 kr. pr. indbygger pr. år. Udgifterne til almen lægehjælp udgjorde altså 10% af amternes samlede driftsudgifter til sundhedsvæsenet som helhed [2]. Udgifterne til almen praksis er styret via et tæt samarbejde mellem almen praksis og amterne omkring honorering, der baseres på både en grundtakst pr. tilmeldt borger og honorering pr. ydelse.

I de senere år har der været opmærksomhed på brugen af almen praksis. Nogle har ment, at flere borgere kontakter almen praksis med mindre betydende klager, mens andre har udtrykt frygt for, at de, der går mest til læge, optager for stor en del af resurserne i almen praksis. Ydermere er en begyndende lægemangel i almen praksis ved at vise sig. I de mest optimistiske prognoser forudses der en nettomangel på alment praktiserende læger mindst frem til 2020 [3]. Der er derfor behov for at se nærmere på, hvordan ydelserne i almen praksis fordeles til borgerne, hvilket kræver, at man søger indblik i forbrugsmønstrene og den historiske udvikling heraf.

Kontakter til almen praksis

Almen praksis er åben hele døgnet alle dage. Borgeren er sikret adgang til egen læge i dagtiden (kl. 8-16 på hverdage), og uden for dette tidsrum kan borgeren henvende sig til Lægevagten, der passes af alment praktiserende læger organiseret i

en regional vagtturnus. Lægevagten varetager således den primære håndtering af befolkningens helbredsproblemer i 75% af tiden, men står kun for 9% af kontakterne til almen praksis. Det følgende omhandler derfor kun kontakter til almen praksis i dagtiden.

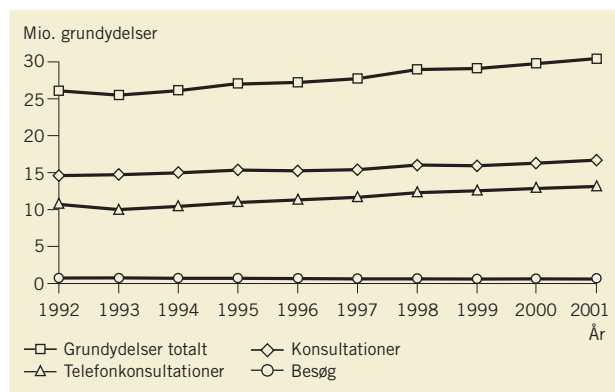
I beskrivelsen af brugen af almen praksis benyttes grundtydelser, der omfatter konsultationer, besøg og telefonkonsultationer. Fra 1995 og 1999 er der i konsultationer medregnet hhv. generelle forebyggelseskonsultationer og forebyggelseskonsultationer vedr. iskæmisk hjertesygdom. I de senere år er der årlig ydet omkring 30 mio. grundtydelser i almen praksis (**Figur 1**) [2]. I årene 2000-2001 udgjorde konsultationer 55%, telefonkonsultationer 43% og besøg 2% af alle grundtydelser. Fra 1992 til 2001 steg det totale antal grundtydelser med 17%. Konsultationer steg med 12%, telefonkonsultationer steg med 25%, og besøg faldt med 18% (**Figur 1**). Den relative stigning i konsultationer var kun omkring halvt så stor som stigningen i telefonkonsultationer. Stigningen i telefonkonsultationer har været jævn igennem årene, hvorfor afskaffelsen af honorar for receptfornyelser i 1991 næppe kan tillægges den fulde forklaring. Der kan være tale om, at befolkningen i højere grad har ønsket muligheden for at få korte telefoniske råd og/eller, at almen praksis i højere grad har ønsket at benytte sig af telefonisk kontrol og visitation.

Kontakter i forhold til udviklingen i antal borgere og læger

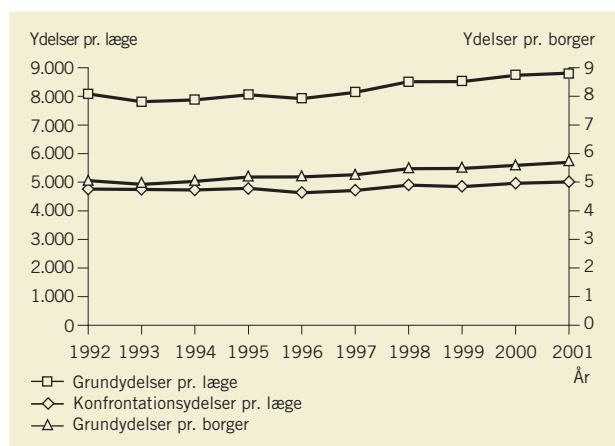
I perioden 1992-2001 steg indbyggertallet i Danmark med 3,6%. I samme periode steg antallet af alment praktiserende læger med 7,2% til i alt 3.459. Antallet af borgere pr. alment praktiserende læge faldt derfor med 3,4% fra 1.607 i 1992 til 1.552 i 2001 [2]. I 2001 havde hver læge således i gennemsnit 8.811 grundtydelser fordelt på ca. 220 arbejdsdage (40 pr. arbejdsdag).

I **Figur 2** ses udviklingen i det gennemsnitlige antal grundtydelser pr. læge og borger. Trods en større relativ stigning i antallet af læger end i antallet af borgere kunne det ikke kompensere for borgernes øgede brug af ydelser. Det årlige antal grundtydelser pr. læge steg gennemsnitligt med næsten 1.000. Der var derfor tale om en øget produktion af grundtydelser pr. læge i almen praksis på mere end 10%. Ser man alene på konsultationer og besøg (konfrontationskontakter), som er de mest resursekrævende ydelser, ses der derimod kun en stigning på 5% i produktionen (250 konfrontationskontakter pr. læge) (**Figur 2**). Siden 2000 har lægerne haft mulighed for at give indirekte ydelser via hjælpepersonale. Den øgede pro-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL



Figur 1. Grunddydelser i almen praksis i dagtid fra 1992 til 2001.



Figur 2. Det gennemsnitlige årlige antal grunddydelser og konfrontationsdydelser pr. alment praktiserende læge og pr. borger i årene 1992-2001.

duktion kan altså indeholde ydelser, der blev leveret af lægens personale, hvilket der desværre mangler data for at beskrive nærmere.

Forskelle i borgernes brug af almen praksis

Ikke alle borgere går til læge i løbet af et år, mange går lidt til læge (sjældne brugere) og få går ofte til læge (hyppige brugere). I **Figur 3** vises fordelingen af patienternes konfrontationskontakter i 2000 i Århus Amt. Der ses en skæv fordeling, hvor mere end 75% af patienterne havde mellem en og fem kontakter. Mindre end 3% af patienterne havde 12 eller flere konfrontationskontakter. Den andel af kontakterne, de sjældne og hyppige brugere stod for, viste derimod, at de 10% af patienterne, der kom hyppigst, stod for 33% af alle konfrontationskontakterne, mens de 50% af patienterne, der havde færrest konfrontationskontakter kun stod for 18%. Hver tredje patient i lægens venteværelse er altså en af de 10%, der kommer hyppigst.

Andelen af befolkningen, der søgte læge mindst en gang i løbet af et år, steg jævnt fra 80% i 1992 til 85% i 2001 [2]. Vi ved ikke, om denne udvikling skyldes et dårligere helbred i be-

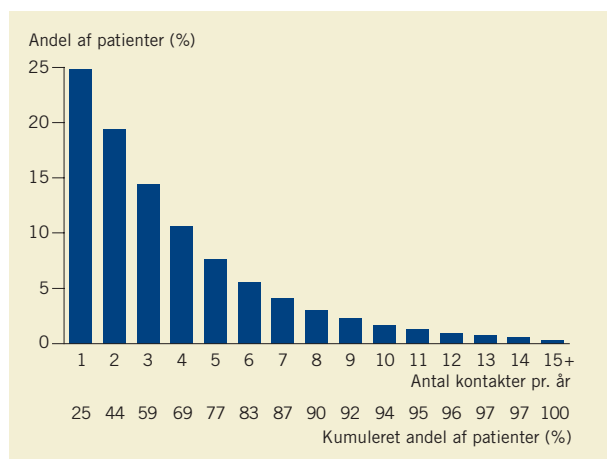
folkningen, en større andel af ældre i befolkningen, et udvidet arbejde i praksis (f.eks. forebyggelse, kontrol, koordinering og patienter fra sygehusvæsenet), eller om befolkningen har fået en lavere tærskel for lægesøgning (øget bekymring og/eller lavere mestring).

Hvis vi antager, at de nye lægebrugere benyttede grunddydelser i lighed med gennemsnittet for befolkningen, ville antallet af grunddydelser stige 6% over de ti år. Da den faktiske stigning var på 17%, skyldes den øgede brug af almen praksis altså også, at de borgere, der allerede gik til læge, øgede brugen af ydelser. Vi mangler dog viden om de bagvedliggende forklaringer.

Perspektiver for brugen af almen praksis

Borgernes forskellige behov for alment praktiserende lægers ydelser, en øget efterspørgsel og muligheden for lægemangel kan få den konsekvens, at samfundet må øge udbuddet af sundhedsydelser og/eller sænke borgernes behov for at bruge almen praksis. En metode til at sænke brugen af almen praksis er at nedbringe antallet af »mindre nødvendige« kontakter ved hjælp af sundhedspædagogiske tiltag og ændret adgang (f.eks. brugerbetaling og sygeplejerskevisitation). Sådanne tiltag er forsøgt i Europa, men vi kender ikke deres mulige konsekvenser i dansk almen praksis. Ud over at øge antallet af læger og udvide åbningstiden i praksis kan udbuddet af sundhedsydelser også øges ved f.eks. at ansætte praksissygeplejersker. Der er dog ingen viden om praksissygeplejerskernes betydning i dansk almen praksis for lægernes arbejdsbyrde eller patienternes helbred.

Vi ved, at de hyppige lægebrugere modtager den mest omfattende diagnostik, behandling og omsorg [4], men det er uvist, hvilken effekt det kan have på almen praksis, hvis man søgte at ændre hyppige brugeres kontaktmønster. Etableringen af en særlig indsats for kronisk syge er muligvis en strategi til afprøvning [5].



Figur 3. Andelen af patienter på 20 år og derover i almen praksis i Århus Amt i 2000 med et givet antal årlige konfrontationskontakter (grunddydelser ekskl. telefonkonsultationer).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Yderligere forskning

I denne artikel har vi benyttet administrative data, hvilket gav mulighed for at lave simple valide overordnede analyser. Hvis man ved hjælp af sundhedstjenesteforskningen i almen praksis derudover skal besvare nuancerede forskningsspørgsmål, er der behov for at indsamle mere specifikke data om kontakterne til almen praksis (bl.a. helbredsvariable og indikationer). Der arbejdes allerede med at implementere diagnosekodningen i almen praksis [6]. Det er ønskeligt, at hver læge og anden sundhedsperson i praksis kan identificeres i forhold til ydelsen. I dag ved vi ikke ud fra de administrative data, hvilken sundhedsperson i praksis der har givet den pågældende ydelse.

Der synes at være et stort behov for sundhedstjenesteforskning, der sigter mod systematisk at indsamle viden om forbrug, dennes indflydelse på sundhed og sygelighed og på muligheder for at påvirke forbruget af almen praksis.

Validitet, bias og statistisk præcision

Dataene var baseret på et administrativt materiale (Sygesikringernes yder- og ydelsesdatabaser) og eksterne statistikleverandører. I en række studier er det vist, at netop disse data kan anses for at være valide [7-9]. Dette gælder især for store populationer, som i denne undersøgelse, hvilket også giver undersøgelsen stor statistisk præcision.

Den reelle stigning i lægernes produktion kan være større end fundet her, idet vi ikke kunne justere for, at der kan være sket en stigning i antallet af læger på nedsat tid. Omvendt kan ydelser være overført fra læger til hjælpepersonale, hvilket vi heller ikke kunne justere for. Siden afskaffelsen af honoraret for receptfornyelse i 1991 har der ikke været væsentlige ændringer i grundydelse. Vi talte forebyggelseskonsultationerne med som konsultationer, idet man må forvente, at sådanne konsultationer ellers ville blive regnet for almindelige konsultationer.

Konklusion

Brugen af dansk almen praksis steg jævnt gennem ti år. Det skyldtes både, at borgerne gik mere til læge, og at en større andel af borgerne gik til læge. Trods et mindre antal borgere pr. alment praktiserende læge steg den gennemsnitlige produktion af grundydelse pr. læge med mere end 10%. Relativt steg antallet af telefonkonsultationer dobbelt så meget som antallet af konsultationer, hvilket indikerer, at borgerne og lægerne i højere grad ønskede at benytte denne ydelse.

Borgerne bruger almen praksis forskelligt. Således stod de 10% af patienterne, der kom hyppigst for 33% af alle konfrontationskontakter, hvorimod de 50% af patienterne, der kom færrest gange, stod for 18% af kontakterne.

Der er behov for sundhedstjenesteforskning, hvor man udvikler metoder til en mere fuldstændig dataindsamling og undersøger metoder til at optimere udbud og efterspørgsel i

dansk almen praksis samt ser på, om man kan og skal omfordele resurserne mellem patientgrupper.

Korrespondance: *Peter Vedsted*, Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Aarhus Universitet, Vennelyst Boulevard 6, DK-8000 Århus C.
E-mail: p.vedsted@alm.au.dk

Antaget: 5. december 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Olesen F, Vedsted P. Dansk almen praksis – en international succes. *Ugeskr Læger* 1995;157:1550-3.
2. Beregninger foretaget på grundlag af Amtsrådsforeningens Statistikdatabase. www.arf.dk/Vidensbank/Statistikdatabase.htm /aug 2004. Og Danmarks Statistikbank. www.statistikbanken.dk /aug 2004.
3. P.L.O. Lægeprognosen 2002 – almen praksis. Efterspørgsel og udbud af alment praktiserende læger 2002-2020. København: P.L.O., 2002.
4. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care. *Publ Health* 2005;119:118-37.
5. Wagner EH, Groves T. Care for chronic diseases. *BMJ* 2002;325:913-4.
6. Schroll H, Thomsen L, Eriksson T et al. Datafangst og sentinelregistrering i almen praksis – en bedre måde at fremme kvalitet og forskning? *Practicus* 2003;27:76-7.
7. Sørensen HT, Schulze S. Danish health registries. *DMB* 1996;43:463.
8. Sørensen HT. Regional administrative health registries as a resource in clinical epidemiology. *Int J Risk Safe Medicine* 1997;10:1-22.
9. de Fine Olivarius N, Hollnagel H, Krasnik A et al. The Danish National Health Service Register. *Dan Med Bull* 1997;44:449-53.