

Mangel på alment praktiserende læger stiger mest i socioøkonomisk udsatte kommuner

Mads Aage Toft Kristensen^{1,2} & Thorkil Thorsen¹

Der er mangel på alment praktiserende (AP)-læger i nogle områder af Danmark. Sundhedsstyrelsen forventer, at antallet af speciallæger i almen medicin fortsat vil falde frem mod år 2020 [1]. Konsekvenserne af lægemanglen er vikaretjente regionsklinikker og patienter, som ikke kan blive tilmeldt en fast AP-læge, såkaldte spøgelsespatienter.

Hypotesen *the inverse care law* blev introduceret i Lancet i 1971: »*The availability of good medical care tends to vary inversely with the need of the population served*« [2]. Argumenterne var, at AP-læger i områder med mest sygelighed og død havde mere arbejde, et større antal patienter og mindre støtte fra hospitaler end AP-læger i velstillede områder. Det tilsvarende gjaldt områdets hospitaler med hensyn til arbejds-mængde, udstyr, bygninger og personaleuddannelse. *The inverse care law* er stadig aktuel. I almen praksis viste et engelsk studie fra 2002, at der i socioøkonomisk udsatte områder var 28% flere akutte henvendelser i dagtid og 44% flere patientkontakter i vagttid end i de socioøkonomisk bedst stillede områder [3]. I et skotsk studie fra 2007 fandt man, at den større byrde af psykosociale problemer og kronisk sygdom i socioøkonomisk udsatte områder resulterede i længere ventetid for patienterne og mindre tid med lægen i konsultationen, og lægerne angav at have et højere stressniveau end læger i almen praksis i bedre stillede områder [4].

I Sundhedsstyrelsens rapport »Ulighed i sundhed – årsager og indsatser« fra 2011 blev det konkluderet, at den svigtende lægebemanding i lavindkomstområder var et af otte særlige ulighedsproblemer i det danske sundhedsvæsen [5]. Der er ikke publiceret danske opgørelser om mangel på AP-læger set i forhold til socioøkonomisk udsatte områder.

FORMÅL

Formålet var at undersøge, om antallet af AP-læger i Region Sjælland fra 2010 til 2013 faldt mere i socioøkonomisk udsatte kommuner end i resten af regionen. Det blev også undersøgt, om udviklingen i lægedækning fulgte *the inverse care law*, således at der blev flere patienter pr. AP-læge i socioøkonomisk udsatte kommuner.

Som illustrerende eksempel sammenlignedes

endvidere en socioøkonomisk udsat kommune med en velstillet kommune i Region Sjælland.

METODE

Region Sjælland består af 17 kommuner og havde pr. 1. oktober 2010 507 AP-læger på fuld tid. Lægedækningen blev opgjort 1. oktober 2010 og 1. marts 2013 ved at beregne antallet af patienter pr. AP-læge i hver kommune. Delepraksis blev omregnet til fuldtidsstillinger, og der blev ikke skelnet mellem sygesikringsgrupper, fordi 98% af befolkningen tilhører gruppe 1. Kommunernes befolkningstal blev indhentet for 4. kvartal 2010 og 1. kvartal 2013 fra Danmarks Statistik.

Socioøkonomisk udsatte kommuner blev defineret ud fra Region Sjællands Sundhedsprofil 2010 [6], som opdelte kommunerne i tre lige store kommunesocialgrupper (KSG) på baggrund af tre variable: 1) andel af kortuddannede borgere, 2) andel af borgere uden for arbejdsmarkedet og 3) gennemsnitlig bruttoindkomst for alle indbyggere. For hver variabel blev kommunerne rangordnet og inddelt i tre grupper, som tildeltes fra et til tre point, hvor tre point blev givet de seks kommuner med flest kortuddannede, flest uden for arbejdsmarkedet og lavest bruttoindkomst. Summen af point afgjorde, hvilken KSG den enkelte kommune blev placeret i. KSG 1 omfattede de fem kommuner med færrest point, dvs. de socioøkonomisk bedst stillede kommuner. KSG 3 omfattede de seks kommuner med flest point, dvs. de socioøkonomisk mest udsatte kommuner. Opdelingen i KSG tog ikke højde for aldersfordelingen, som er en vigtig variabel for forekomsten af kronisk

UDVIKLINGS-ARTIKEL

1) Forskningsenheden for Almen Praksis i København og Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
2) Arbejdsmedicinsk Afdeling, Køge Sygehus

Ugeskr Læger
2014;176:V08130497



Manglen på praktiserende læger har resulteret i vikaretjente regionsklinikker som f.eks. i Nykøbing Falster.
Foto: Ingrid Riis.

TABEL 1

Alment praktiserende (AP) læger og patientgrundlag i Region Sjælland.

	Kommunesocialgruppe			Samlet
	1	2	3	
AP-læger i 2010, n	148	169	190	507
AP-læger i 2013, n	144	167	178	489
Ændring i AP-læger 2010-2013, n (%)	-4 (-2,7)	-2 (-1,2)	-12 (-6,3)	-18 (-3,6)
Patienter pr. AP-læge i 2010, n	1.591	1.598	1.656	1.618
Patienter pr. AP-læge i 2013, n	1.648	1.616	1.737	1.669
Andel af patienter > 65 år i 2013, %	18,4	18,5	22,6	20,0
Kommuner	Greve	Faxe	Guldborgsund	
	Køge	Holbæk	Kalundborg	
	Lejre	Næstved	Lolland	
	Roskilde	Ringsted	Odsherred	
	Solrød	Sorø	Slagelse	
		Stevns	Vordingborg	

Kilde: Primær Sundhed, Region Sjælland og Danmarks Statistik.

TABEL 2

Socioøkonomiske forhold i Lolland og Roskilde Kommuner, 2012.

	Lolland Kommune	Roskilde Kommune
Fuldtidsledige, % af arbejdsstyrke	10,9	4,8
Ingen erhvervsuddannelse, % af 25-64-årige	32,2	17,4
Førtidspensionister, % af 15-64-årige	14,2	5,0
Beskatningsgrundlag pr. indbygger, kr.	147.716	185.364
Børn af enlige forsørgere, % af 0-17-årige	20,5	15,5
Andel af borgere over 65 år, %	24,5	17,4
Andel statsborgere fra ikkevestlige lande, %	2,6	3,2

Kilde: Danmarks Statistik.

sygdom i almen praksis. Vi har til brug for denne artikel derfor tilføjet andelen af borgere over 65 år for hver KSG pr. 1. kvartal 2013.

For at teste om reduktionen i mængden af AP-læger i perioden 2010-2013 var signifikant forskellige mellem de tre KSG, brugte vi Pearsons χ^2 -test. Da ændringerne i hver gruppe var forholdsvis små, er p-værdien beregnet eksakt ved en permutationstest med 2.000 permutationer.

RESULTATER

Fra 1. oktober 2010 til 1. marts 2013 blev der 18 færre AP-læger i Region Sjælland (Tabel 1). Nedgangen er signifikant forskellig mellem de tre KSG ($p = 0,022$), hvor den er signifikant størst for KSG 3 med 12 AP-læger (6,3%).

I de socioøkonomisk udsatte kommuner (KSG 3) skete der en stigning på 4,9% patienter pr. læge, mens stigningen i de bedst stillede kommuner (KSG 1) var på 3,6%. Andelen af borgere over 65 år var betydeligt højere i KSG 3.

Som eksempel sammenlignedes Roskilde Kommune fra KSG 1 med Lolland Kommune fra KSG 3 (Tabel 2). I 2013 havde hver lollandsk AP-læge i gennemsnit 1.777 patienter, mod 1.638 patienter pr. læge i Roskilde Kommune. I 2010 var der henholdsvis 1.597 og 1.586 patienter pr. læge i Lolland og Roskilde Kommuner. I Lolland Kommune var der i 2013 dobbelt så mange fuldtidsledige og kortuddannede samt næsten tre gange så mange førtidspensionister som i Roskilde Kommune. Desuden var der i 2013 i Lolland Kommune over 30% flere børn af enlige forsørgere og over 40% flere ældre over 65 år. I Roskilde Kommune var der procentuelt flere statsborgere fra

ikkevestlige lande, men andelen var relativt lille for begge kommuner.

DISKUSSION

I Region Sjælland faldt antallet af AP-læger mest i KSG 3-kommuner, hvor der allerede i 2010 var flest patienter pr. AP-læge. Udviklingen fulgte således *the inverse care law*, og der er grund til at antage, at det forholder sig på samme måde andre steder i Danmark. Manglen på AP-læger i socioøkonomisk udsatte kommuner betyder mere for arbejdet i almen praksis, end antallet af patienter pr. læge i sig selv viser, fordi patienterne har en betydelig højere forekomst af kroniske sygdomme og psykosociale problemer [4, 5]. Sundhedsprofilen for Region Sjælland 2010 viste f.eks., at andelen af borgere med henholdsvis KOL og artrose var signifikant højere i KSG 3- end i KSG 1-kommuner efter korrektion for alder og køn [6].

I 2011 anbefalede et rekrutteringsudvalg nedsat af Dansk Selskab for Almen Medicin og Praktiserende Lægers Organisation en indsats på flere niveauer for at løse manglen på AP-læger [7]: under studiet, i klinisk basisuddannelse, i introduktions- og hoveduddannelse samt over for speciallæger i almen medicin, som arbejder uden for almen praksis. Udvalget foreslog økonomisk kompensation for at rekruttere AP-læger til tyndt befolkede områder, men forholdt sig ikke til lægemangel i socioøkonomisk udsatte områder.

En indsats på lægestudiet kunne måske være en vej frem. En amerikansk oversigtsartikel fra 2002 viste, at en mere decentraliseret undervisning med større fokus på almen medicin gav bedre rekruttering og fastholdelse af AP-læger i socioøkonomisk udsatte

og tyndtbefolkede områder. Artiklen viste også, at en kombination af opvækst i de pågældende områder og interesse for almen medicin inden studiestart øgede sandsynligheden for, at lægestuderende senere ville arbejde som AP-læge i disse områder [8].

Rekruttering af nyuddannede speciallæger i almen medicin til lægepraksis i socioøkonomisk udsatte områder kan være vanskelig. En dansk undersøgelse fra 2010 viste, at læger sidst i den almenmedicinske hoveduddannelse forestillede sig, at der i disse områder var alt for mange belastede patienter, som var vanskelige at håndtere [9].

Uddannelseslægerne var bange for fagligt at brænde ud, og nogle mente, at de sociale problemer ikke var en del af lægearbejdet. Desuden havde lægerne oftest en alder, hvor det pga. familiære forhold ikke var attraktivt at skulle flytte. Både en økonomisk kompensation og en garanti for kommunalt medspil i håndteringen af de mest belastede patienter blev nævnt som faktorer, der måske kunne fremme lysten til at nedsætte sig i et socioøkonomisk udsat område.

Undersøgelsen omfattede også interview med AP-læger, der var nær pensionsalderen, og som ved at fortsætte nogle år længere end planlagt kunne modvirke lægemanglen i socioøkonomisk udsatte områder. Lægerne mente, at de kunne motiveres af en lettere arbejdsdag f.eks. gennem færre tilmeldte patienter og en garanti for ikke at få pålagt flere patienter. Der blev også foreslået en økonomisk belønning for at udsætte pensioneringen. Man konkluderede, at lægemangel i socioøkonomisk udsatte områder kunne illustreres som en negativ spiral, hvor der kunne sættes ind på et eller flere punkter.

I Sverige og England sker der en omfordeling af resurserne i det primære sundhedsvæsen efter behovet for sundhedsydelse. Det kan ske ved et differentieret basishonorar på baggrund af sociodemografi. I England forpligtes AP-lægerne mod at få et differentieret basishonorar til f.eks. at foretage særlig børne- og svangreprofylakse, sikre screening for livmoderhalskræft, tilbyde særlig kronikerindsats samt deltage i efteruddannelse. Siden 1980'erne er der internationalt udviklet modeller, hvormed man kan opføre, hvor stor en andel af en patientpopulation, der karakteriseres ved lav socioøkonomisk status og et øget behov for en sundhedsfaglig indsats. Differentieret Almenmedicinsk Patientindeks er en tilsvarende dansk model [10], som er baseret på patientlister for almen praksis og data fra Danmarks Statistik. En ændring i honorarstrukturen kunne tilføre almen praksis i socioøkonomisk udsatte områder flere resurser til at håndtere den højere forekomst af kronisk sygdom og psykosociale problemer, men det har ikke umiddel-

bart været muligt at finde specifikke undersøgelser af effekten af et differentieret basishonorar.

Antallet af speciallæger i almen medicin vil fortsat falde, og med den beskrevne udvikling i lægedækning forventes en yderligere skævhed, hvis der ikke sættes målrettet ind for at bremse lægemanglen i socioøkonomisk udsatte områder. I modsat fald må en fortsat udhuling af almen praksis i disse områder frygtes at resultere i en forværring af sundhedstilstanden.

KORRESPONDANCE: Mads Aage Toft Kristensen, Forskningsenheden for Almen Praksis i København og Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 5, Postboks 2099, 1014 København K. E-mail: mads.kristensen@sund.ku.dk

ANTAGET: 3. december 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 10. marts 2014

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på danmedj.dk

TAKSIGELSER: Volkert D. Siersma, Forskningsenheden for Almen Praksis i København, takkes for statistisk vejledning. Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond takkes for økonomisk støtte til udarbejdelsen af artiklen.

LITTERATUR

1. Lægeprognose 2012-2035. 2013. www.sst.dk/publ/Publ2013/02feb/Laegeprogn2035.pdf (8. okt 2013).
2. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971;1:405-12.
3. Carlisle R, Avery AJ, Marsh P. Primary care teams work harder in deprived areas. *J Public Health Med* 2002;24:43-8.
4. Mercer SW, Watt GC. The inverse care law: clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *Ann Fam Med* 2007;5:503-10.
5. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. 2011. www.sst.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf (8. okt 2013).
6. Sundhedsprofilen 2010. Region Sjælland, 2010. www.regionsjælland.dk/Sundhed/hvordanhardudet/sundhedsprofilen-2010/resultaterne-fuld-rapport/Sider/default.aspx (8. okt 2013)
7. Sørensen P. Lægemangel kræver rekruttering og fastholdelse – nyt fra rekrutteringsudvalget. *Practicus* 2011;208:196-7.
8. Brooks RG, Walsh M, Mardon RE et al. The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. *Acad Med* 2002;77:790-8.
9. Thorsen T, Dyhr L. Rekruttering af yngre læger og fastholdelse af ældre læger i almen praksis i såkaldt sårbare områder. 2010. www.regionh.dk/NR/rdonlyres/60F7CB96-A0CA-413B-BDC9-9DCB161CE51B/0/Rapportomrekrutteringogfastholdelse_maj_2010.pdf (8. okt 2013).
10. Vedsted P, Sørensen T. Praksisscore på DAMP baseret på praksispopulationer i 2006, differentieret almenmedicinsk patientindeks (DAMP-indeks). Fagligt Udvalg vedrørende Almen Praksis, 2009. www.dsam.dk/files/129/differentieret_patientpopulation.pdf (8. okt 2013)