

# Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen

*Notat, 14. september 2022*

Udarbejdet for Den Lægefaglige Tænk tank Atlas.

Forfattere: Frede Olesen, dr.med., fhv. leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og speciallæge i almen medicin, Gorm Greisen, professor emeritus og speciallæge i pædiatri, Jytte Rothmann Johansen, speciallæge i almen medicin og Else Smith, Ph.d. og speciallæge i samfundsmedicin.

# ALMEN PRAKSIS' ROLLE I FREMTIDENS SUNDHEDSVÆSEN

Det samlede sundhedsvæsen kommer af flere årsager under pres i de kommende år. De vigtigste er demografi, teknologiske muligheder, små fødselsårge og manglende mulighed for væsentlig personaleøgning uden at kannibalisere på andre velfærdsområder og det private arbejdsmarked. Hertil kommer mulige begrænsninger i samfundsøkonomisk formåen eller betalingsvillighed. Især sygehusvæsnet vil blive presset i dette fremtidsscenario, hvor opgaven bliver at sikre, at den begrænsede højt specialiserede kapacitet reserveres til borgere med behov for en højt specialiseret indsats.

Et af virkemidlerne til at håndtere denne udfordring er at styrke almen praksis og den primære sundhedstjeneste for at reservere den knappe sygehuskapacitet til det specielle.

Formålet med dette notat er at belyse delelementer i metoder til udvikling og styrkelse af almen praksis.

## **Notatets opbygning**

Vores anbefalinger er placeret først i notatet. Dernæst kommer selve notatets behandling af emnet. Til sidst, under punktet fakta, præsenteres en række udvalgte, men ikke udtømmende fakta om udviklingen i sundhedsvæsnet.

1. Vi, læger med erfaringer fra hele sundhedsvæsnet, står bag en radikal opprioritering af den primære sundhedstjeneste med lægefagligheden i centrum.
2. Det afgørende er en optimering af kontinuiteten i læge-patientforholdet, og dette skal derfor monitoreres som driftsmål.
3. Kernen i den primære sundhedstjeneste skal være lægelig, fordi diagnostik og ordination er lægefaglig, og netop visitation til sekundærsektoren er afgørende for hele systemets rationalitet.
4. Pga. det aktuelle efterslæb, skal udviklingen planlægges med klare delmål over en årrække for at opnå en troværdig og bæredygtig forbedring.
5. Organisationsformen (semi-liberalt erhverv eller offentlig ansættelse) må beslattes politisk, men beslutningen skal være langtrækkende for at give speciallæger i almen medicin rimelige betingelser for valg af levevej.
6. Det skal afgøres, hvor ressourcerne skal komme fra: Stærkere prioriterings-mekanismer i sekundærsektoren, fra andre velfærdsområder eller ved øget beskatning.
7. Brugerbetaling bør overvejes, men hvis det indføres, skal det gøres i et eksperimentelt design så effekten på overforbrug såvel som bivirkninger kan evalueres effektivt.

## UDVIKLING I SUNDHEDSVÆSENET

Antallet af læger er steget støt i Danmark, men stigningen er sket i sygehusvæsnet. I 2007 var der godt 13.000 hospitalsansatte læger, i 2021 var det steget til 18.000. Til sammenligning var der 3.653 alment praktiserende læger i 2007, og det var faldet til 3.315 i 2021. Befolkningstallet steg i perioden fra 5,4 mio. til 5,8 mio., delvist pga. en stigning i middellevetiden med 2-3 år i perioden, delvist pga. indvandring. I følge den seneste lægeprognose vil der i 2045 vil være 17.000 flere læger end i dag.

Antallet af patientkontakter i almen praksis er i perioden steget, og der er tilkommet en række nye faglige krav som følge af nye opgaver, guidelines, dokumentationskrav mv. Den demografiske og faglige merbelastning er i nogen grad kompenseret ved øget personalekapacitet, ligesom vagtbelastningen er reduceret, især i Hovedstaden. Men alt i alt har lægen over en årrække fået mindre tid til den enkelte ydelse og patient. Dette kan svække den umiddelbare tilgængelighed, behandlingskvaliteten, villigheden til at påtage sig nye opgaver, jobtilfredsheden og dermed rekrutteringsmulighederne.

Der er ikke tvivl om, at der også udføres flere behandlinger i hospitalsvæsnet, ligesom en stor del af meraktiviteten er nye behandlinger, som giver ekstra livskvalitet og leveår. Befolkningens forventninger til mulighed for og effekt af behandling er steget, hvilket også sætter sit præg på befolkningens brug af den praktiserende læge. Som et lille eksempel har flere danskere private sundhedsforsikringer. For at få en ydelse fra sundhedsforsikringen skal patienten ofte henvises af den praktiserende læge. Dette medfører ekstra kontakter til lægen selvom patientens ønske kan være mindre sundhedsmæssigt relevant, patienten tager tiden fra andre patienter og regningen for konsultationen kan gå til det offentlige.

## FRI OG LIGE ADGANG

Det særlige for den praktiserende læge er, at borgerne selv styrer efterspørgslen. Som svar på presset på de praktiserende læger og den kortere tid til hver kontakt, har man i mange lande forsøgt adfærdsregulerende incitamenter og forsøgt at substituere med ydelser fra andre faggrupper eller it-løsninger, men der er ingen entydigt effektive veje til varigt at påvirke den patientstyrede efterspørgsel, som er høj og givetvis også repræsenterer et vist 'overforbrug'. I Norge og Sverige er der brugerbetaling og i Danmark er vi vant til selv at betale en del hos tandlægen samt noget af apotekerregningen.

For den fri og lige adgang er det en styrke i organiseringen af dansk almen praksis, at lægenormeringen har været reguleret. For tiden er normeringen ca. en praktiserende læge per 1.600 borgere og således, at afstandskrav mellem lægeklinik og patient betød relativt ligelig geografisk fordeling af læger. Almen praksis har således i udgangspunktet haft en struktur som sikrede, at lægerne ikke klumpede sig sammen omkring storbyerne, som det ses i andre lande, og således som det historisk har været i dansk speciallægepraksis. Oprindeligt var der også i aftalesystemet mulighed for ekstranormeringer i belastede områder, eller hvis læger påtog sig ekstra opgaver, men denne fleksibilitet med særlige ekstraftaler er i væsentlig grad svækket i de senere år. Det er formentlig både en effekt af et mere anstrengt forhandlingsklima og en effekt af lægemangel i praksis.

De praktiserende lægers ansættelsesmodel er ofte beskrevet som en 'entreprenørmodel' hvor det offentlige i kontraktform (overenskomsten) aftaler, hvad entreprenøren (den enkelte praksis) forventes at yde. Modellens succes er betinget af, at entreprenøren leverer det aftalte, og at rekvirenten (regioner) forstår og respekterer modellen. Selvom en læge med autorisation altid har kunnet etablere en privat praksis uden ydernummer og udenom PLO, har den danske entreprenørmodel i realiteten i høj grad været en monopolmodel (for offentligt betalt lægehjælp), hvor der er en entreprenør med de facto monopol (PLO) og én rekvirent (regioner), som tilfører over 90 % af entreprenørens indkomst, hvilket udvander entreprenøranalogien. Ydelserne til de praktiserende læger fastsættes i denne kontrakt, men en egentlig nyudvikling og hensyntagen til at ydelsen følger med arbejdsomfanget vanskeliggøres af, at regionerne mere har haft fokus på hvilken procentmæssig samlet økonomistigning man kunne acceptere end på at udvikle almen praksis og vurdere og yde tilskud til de reelle omkostninger. På den anden side har PLO forsvaret sin forhandlingsposition og vanskeliggjort nye driftsformer, og samarbejdet har ikke altid været gnidningsløst. Alt i alt har det betydet at almen praksis – uden at skylden entydigt kan placeres hos den ene eller anden part – ikke har udviklet sig i samme grad som det omgivende samfund. Der er nu en bred erkendelse af at det samlede sundhedsvæsen lider under en relativt svækket primær sektor. Som eksempel på en u hensigtsmæssig udvikling kan nævnes, at mange praktiserende læger (foruden en stor klinisk aktivitet sammenlignet med omkringliggende lande) selv varetager de stigende administrative opgaver i praksis i form af ansættelser, MUS-samtaler, afregning af løn, regnskabsføring i praksis, IT-assistance osv. for at holde udgifterne til personale nede.

Den historiske grundstamme i praksisorganiseringen er blevet gradvist bøjet i løbet af de seneste årtier, og der har været tilbøjelighed til utilfredshed både hos rekvirent og leverandør. Almen praksis har vanskeligt kunnet leve op til idealkravene om fri og lige adgang for borgerne og rekrutteringen af ny læger til den klassiske model er også vanskelig.

Den væsentligste årsag er den relative mangel på praktiserende læger, hvor tilgangen hverken har kunnet opretholde status quo i lægekapacitet og slet ikke understøtte udvidelse af kapacitet. Den svage søgning til speciallægeuddannelsen i almen medicin skyldes ikke mindst andre specialers fremgang, baseret på ny behandlingsmetoder, aktive patientforeninger, støtte fra industrien og politisk medvind.

Resultatet er, at almen praksis har dårligere tilgængelighed med ventetider på konsultationer i konflikt med intentionerne i aftalesystemet, har korte konsultationer, og ført til vakancer i lægedækningen. Det har bl.a. derfor længe være svært at sælge en praksis og sikre generationsskifte i yderområderne, og som borger kan det være svært at finde en ny praktiserende læge, der har åbent for tilgang, hvilket de facto har begrænset det frie lægevalg, og en vis konkurrence om at være tilgængelig med en passende service, som ellers er en af modellens styrker.

Flere faktorer bidrager til manglen på praktiserende læger. Nyuddannede læger i deres kliniske basisuddannelse kan have set praktiserende læger der oplever at have for lidt tid til at gøre deres arbejde på en kvalitetsmæssigt tilfredsstillende måde og at blive pålagt attest- og dokumentationsarbejde mv, som

ikke opleves som almenmedicinsk relevante. Nyuddannede speciallæger i almen praksis kan være tøvende over for at skulle investere i og drive en virksomhed, hvor man selvstændigt må sikre, at indtægter og udgifter balancerer, og erkende at den praktiserende læge ved køb af praksis bliver stavnsbundet af investeringer i virksomheden. Det er et særligt problem for yderområderne at unge alment praktiserende læger ofte har børn og/eller ægtefæller som også skal flytte og etablere sig der. Som noget relativt nyt har regionerne ansat speciallæger i almen medicin på hospitalerne. Det bidrager yderligere til manglen i kernespecialet.

Det faktum, at lægen inden for den givne arbejdstid skal forsøge at balancere praksisøkonomien kan som utilsigtet bivirkning have haft, at investeringer i forbedret infrastruktur og praksisfaciliteter har været uden tilstrækkelige udviklingsincitamenter og for små. I storbyerne er det yderligere forstærket af vanskeligheder med at få tilladelser til udvidelse af lejemål mm. Det er faktorer der alle sammen kan bidrage til at den unge læge oplever praksissektoren som presset, stagnerende og med en usikker fremtid.

## ALTERNATIVE DRIFTSFORMER

Som en konsekvens af lægemanglen og det hæmmede generationsskifte i den eksisterende model er der kommet alternative driftsformer, dels regionsklinikker drevet af regionerne og dels private klinikker drevet af større organisationer, der ansætter læger, blandt andet såkaldte 'stråmandsklinikker', styret af forretningsinteresser. Ifølge de fleste analyser, har dette øget indkomsterne hos de ansatte og dermed omkostningerne til driften men samtidigt er der en påfaldende mangel på økonomisk transparens og på analyser af konsekvenserne af de nye ansættelsesformer. Dette driftssystem er udfordret af omkostninger ved kortere aftaler og ansættelser, større lønkrav fra løst ansatte læger, men mest afgørende er selve praksisfunktionen ofte udfordret af manglende kontinuitet mellem patient og behandler. Det er således en af de vigtigste kvalitetsindikatorer, at lægen kender patienten gennem længere tid, der trues af den nuværende udvikling. En praktiserende læge, som kender sine patienter, påvirker såvel levealder, antal indlæggelser samt omfanget af medicinforbrug i gunstig retning.

I starten var denne udvikling styret af nød og vakancer i yderområder. Det førte til at der var patienter uden mulighed for at finde en praktiserende læge, hvorfor regioner valgte "nødløsninger". Men siden er udviklingen også styret af, at visse regioner har ønsket at afprøve alternative organisationsformer og også i hovedstaden er der nu ydernumre som ligger længe i udbud. Det er svært at tolke udviklingen som andet end et symptom på, at arbejdet som alment praktiserende læge ikke kan konkurrere med andre beskæftigelsesmuligheder for læger, og som udtryk for manglende politisk bevågenhed om de negative effekter af mangel på lægedækning og almenmedicinsk speciallægetid i almen praksis.

## LYSPUNKTER I UDVIKLINGEN

Sundhedsreformen, der forhandles i 2022, indeholder et mål om stort løft af almen praksis, som i bedste fald kan afhjælpe generationsskifte- og lægedækningsproblemerne, og der er potentiale til, at læger igen kan opleve passende tid til arbejdet og den enkelte patient, ligesom der er potentiale til at lette opgaveglidning fra sygehus mod praksis jævnfør det behov, der er beskrevet i indledningen. Opnå målet om 5.000 praktiserende læger i 2035 kan man være på vej mod at bryde den negative spiral, der har præget organiseringen af praksis i en årrække. Men det kræver, at den valgte strategi implementeres – altså at komme fra målsætning til handling. Det vil også kræve, at man finder modeller, der særligt tilgodeser de geografisk og socialt mest udsatte områder, og at man får brudt det, englænderne har døbt "the inverse care law", hvor dem med de største behov får fået allokeret mindst lægekapacitet.

Men implementeringen af intentionerne i sundhedsreformens ønske om flere praktiserende læger byder på mange udfordringer. De kan opdeles i to hovedkategorier: kan der opnås enighed om, hvilke almenmedicinske kernefunktioner, der skal bevares og kan der opnås enighed om hvilken organisationsform, man ønsker at udvikle?

## ESSENTIELLE FAGLIGE OG POLITISKE VALG, NÅR FREMTIDENS PRAKSIS SKAL BESLUTTES

I det følgende beskrives kort hvad vi mener er de essentielle kvaliteter i funktionen som praktiserende læge, og det politiske spørgsmål bliver, i hvilket omfang man vil ønske at holde fokus på dem i en fremtidig model. Der er givet talrige beskrivelser af kernen i almen praksis, men to forhold er efter vores mening centrale for den kan udfylde sin rolle i det samlede sundhedsvæsen. Det er kontinuitet i læge-patientforholdet og princippet om, at indgangen til det specialiserede sundhedsvæsen skal gå gennem en læge med generalistkompetencer, som for ikke-akutte tilstande fungerer som gatekeeper eller med et bedre udtryk gate-adviser i forhold til patientens videre vej. Vi mener derfor at kernen i den primære sundhedstjeneste må være lægelig (i modsætning til de sidste årtiers vækst af det ikke-lægelige personale i almen praksis) for at sikre primær diagnostik og behandling og visitation af høj kvalitet og rationalitet.

Der er solid dokumentation for, at tryghed, tillid og forståelse i sig selv er både forbrugs- og symptomdæmpende og er forbundet med øget komplians og bedre forløb i sundhedsvæsenet. I et langvarigt læge-patientforhold er kommunikationen mere effektiv, det er lettere for lægen at hjælpe patienten med at træffe relevante beslutninger, det er lettere for lægen at skelne det der kræver henvisning fra det der ikke gør, og det er lettere for patienten af have tillid til lægens vurdering og de råd der bliver givet. Opfyldes kontinuitetens grundkomponenter er der ideelle muligheder for at få den bedst mulige effekt af "lægen som medikament". Kontinuitet består af tre grundelementer: Informationskontinuitet, organisationskontinuitet og relationskontinuitet, dvs. at man kender og har faglig tillid til sin læge. Førhen var de anførte grundkomponenter i høj grad 'automatisk' opfyldt og et frit valg mellem forskellige praksis var sikkerhedsventilen, hvis læge-patient forholdet ikke oplevedes at være optimalt.

Det er muligt at tilnærme sig idealet om kontinuitet i nye og større praksisorganisations- former med tværfaglig personalesammensætning, men det er en udfordring både med hensyn til at sikre, at samme læge er i en praksis i så lang tid, at vedkommende kender patientpopulationen, og med hensyn til at sikre organisationskontinuitet og oplevet samarbejde inde i praksisorganisationen og i de eksterne relationer. Hertil kommer udfordringen med at udnytte moderne it og andre kommunikationsformer til at sikre maksimal intern og ekstern informationskontinuitet med dataudveksling mv., samtidigt med at tavshedspligt og fortrolighed i mødet mellem læge og patient bevares. Det kræver en meget bevidst organisationsudvikling at bevare og udvikle denne centrale funktion i almen praksis.

Værdien af at have en generalistuddannet læge i sundhedsvæsnets første linje har ofte været anfægtet, men der synes nu at være international konsensus om værdien af denne funktion, både i det indledende symptomtolkende og symptomudredende kliniske arbejde, som ofte er præget af en bio-psyko-social tolkningsramme, og som kræver særlige færdigheder, og i omsorgen for patienter med kroniske lidelser og multimorbiditet. Her mener vi at man skal forfine og udvikle generalistfunktionen i almen praksis, i stedet for at acceptere fragmentering af indsatsen afhængigt af symptomers og lidelsers art.

Gate-keeper-systemet kan opleves ufrit og systemstyret, og der er risiko for at systemet i for høj grad bliver 'keeper' frem for 'advisor'. Også på dette område bliver der i den fremtidige politiske styring af sundhedsvæsnets behov for valg og beslutninger om hvilke værdivalg der skal veje tungest. Er der nye opgaver, som bør have den almen praktiserende læge med? Skal den praktiserende læge tilbyde 'advanced care planning' samtaler til sine patienter og være med i konferencerummet, når der tales om undladelse eller indstilling af livsforlængende behandling på sygehuset? Selv med video-løsninger kræver det tid (og i et semi-liberalt system også takster), men de mulige gevinster er enorme.

## FREMTIDENS ALMENE PRAKSIS

Den samlede kapacitet og kvalitet i sundhedsvæsnets er i høj grad afhængigt af, at der skabes kapacitetsøgning, udvikling og ro omkring almen praksis og af, at den tilhørende infrastruktur udvikles og moderniseres. Der skal skabes rimelig enighed om opgavefordelingen internt i praksisorganisationen med dens forskellige personalekategorier og eksternt i forhold til sygehuse og kommuner, og der skal sikres rammebetingelser, som faciliterer den nødvendige udvikling af telefonisk rådgivning og brug af it og andre former for telekommunikation. Det kræver politiske valg både med hensyn til tilgængelighed af de nødvendige HR- og økonomiressourcer og til aftalerammer.

Det er afgørende, at man har erkendt behovet for vækst i praksissektoren, som kan genskabe balancen mellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsnets. De nye beslutninger om vækst i antal læger er et afgørende skridt i retning af at nå dette mål. Det bliver også afgørende, at man tager stilling til, om man vil organisere praksis, så den i videst muligt omfang tilgodeser de to grundlæggende kernekomponenter.

Der har været overvejelser og diskussioner om, hvorvidt man skal bevare den nuværende semi- liberale organisationsmodel. Der er ingen tvivl om, at denne model i sin ideelle og velplejede form rummer



potentiale til en hensigtsmæssig udvikling. Historien har imidlertid også vist, at både regionerne som rekvirent og lægernes organisationer som entreprenør historisk ikke altid har udvist fleksibilitet og vilje til at udvikle modellen. Regionerne har været fokuseret mod udvikling af sygehusvæsenet uden at tage tilstrækkeligt ansvar for at prioritere og fordele midler hensigtsmæssigt geografisk og mellem sektorer med blik for særomsorg for særligt truede områder i landet og særlige befolkningsgrupper.

Disse mangler har medført overvejelser om alternative organisations- og ansættelses-former. Ingen af disse modeller udskiller sig som særligt fordelagtige eller kvalitetsfremmende.

Vi anbefaler derfor at faglige og økonomiske fordele ved hver enkelt model belyses grundigt, inden det endelige valg træffes. Samtidigt må det understreges, at usikkerhed om den fremtidige model i sig selv er hæmmende for udvikling, hvorfor et politisk valg af udviklingsmodel bør have et langt tidsperspektiv, være klar og følges op af målrettet implementering, hvor der følges op på aftalte milepæle.

**VÆKSTEN I DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN – PIXI VERSION**

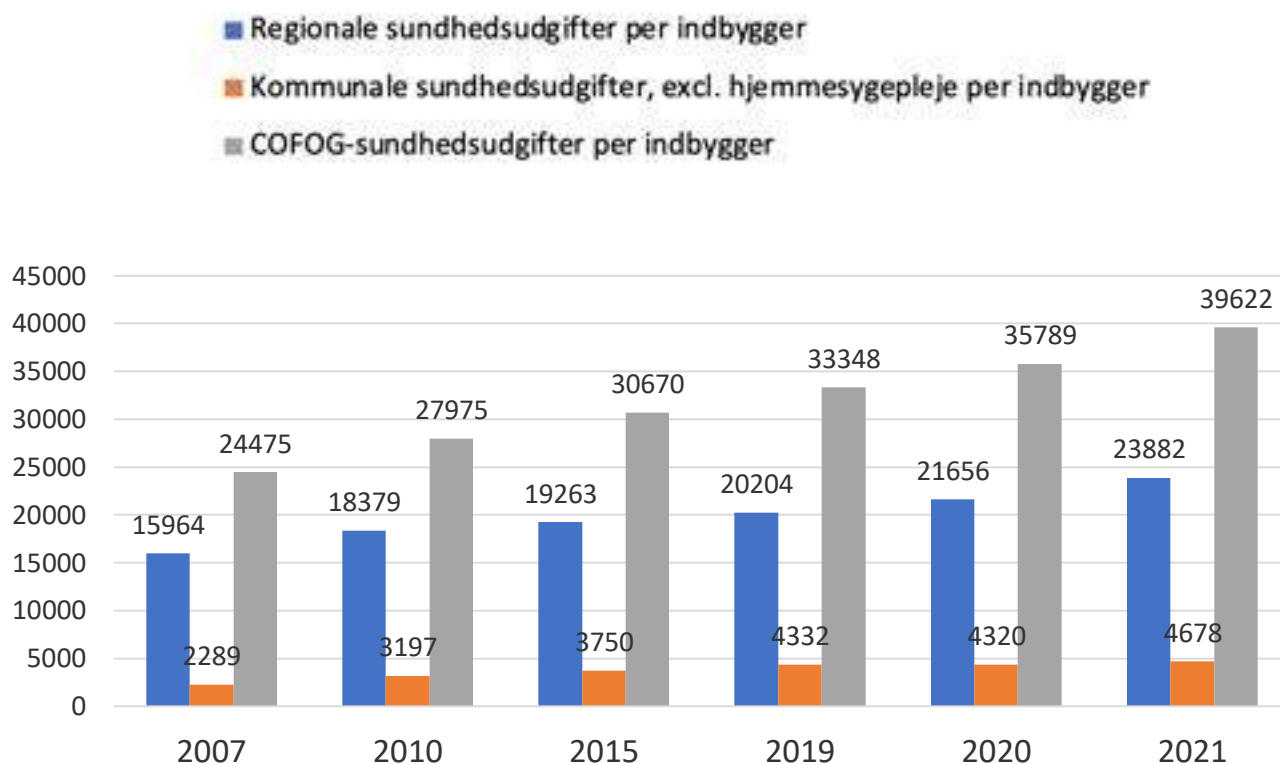
1. De offentlige sundhedsudgifter per indbygger i regioner og kommuner er steget med 50% 2007-2021, inkl. Corona, og med 33% i faste 2021-priser
2. De offentlige sundhedsudgifter per indbygger, inkl. bl.a. en del af plejehjems- og hjemmehjælpsudgifterne er steget med 58% fra 2000-2021, inkl. Corona og 42% i faste 2021-priser
3. Sundhedsudgifternes andel af de samlede offentlige udgifter har været stigende og var i 2019 16,9%, ekskl. Corona-tiden
4. Udgifterne til almen praksis per indbygger er steget med 36 procent 2007-2021
5. Udgifterne til almen praksis per indbygger er steget med 13 procent 2007-2021 i 2021-priser
6. Udgifterne til almen praksis udgjorde 7,2% i 2021 af de samlede sundhedsudgifter i regionerne og har været svagt faldende.
7. Andelen af bruttonationalproduktet, der går til sundhedsvæsenet, har været vigende siden 2010 og ligger under andelen i fx Norge, Sverige og Tyskland
8. Antal ansatte på de offentlige sygehuse er steget med 12,2% fra 4. kvartal 2013 til 4. kvartal 2021
9. Markant stigning i antal læger, fx 33% blandt reservelæger
10. Antal sygeplejersker er steget med 4,4%
11. De ansatte i det offentlige sundhedsvæsen udgjorde i 1. kvartal 26% af alle offentligt ansatte sammenlignet med 24% i 2013
12. Antal indlæggelser steg med 14% fra 2006-2018 sammenlignet med 0,3% indlagte personer.
13. Antal sengedage faldt med 22%
14. Antal ambulante undersøgelser steg med 37%
15. Antal kontakter til almen praksis steg med 5%

*Kilde: Kjeld Møller Pedersen – 2022*

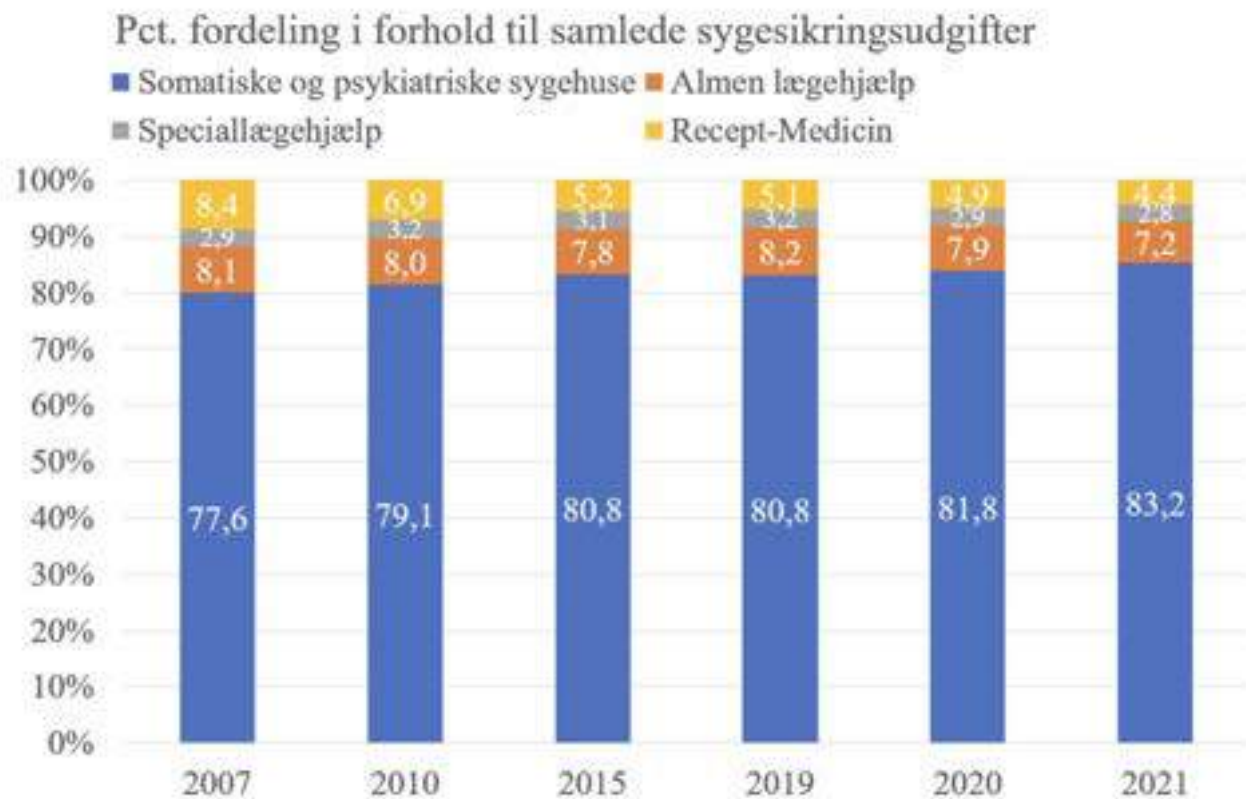
## SUNDHEDSUDGIFTER PER INDBYGGER

### Regnskabstal:

Region, kommune og samlede offentlige udgifter (COFOG) som bl.a. omfatter en del af plejehjemsudgifterne og udgifter til styrelser under sundhedsministeriet

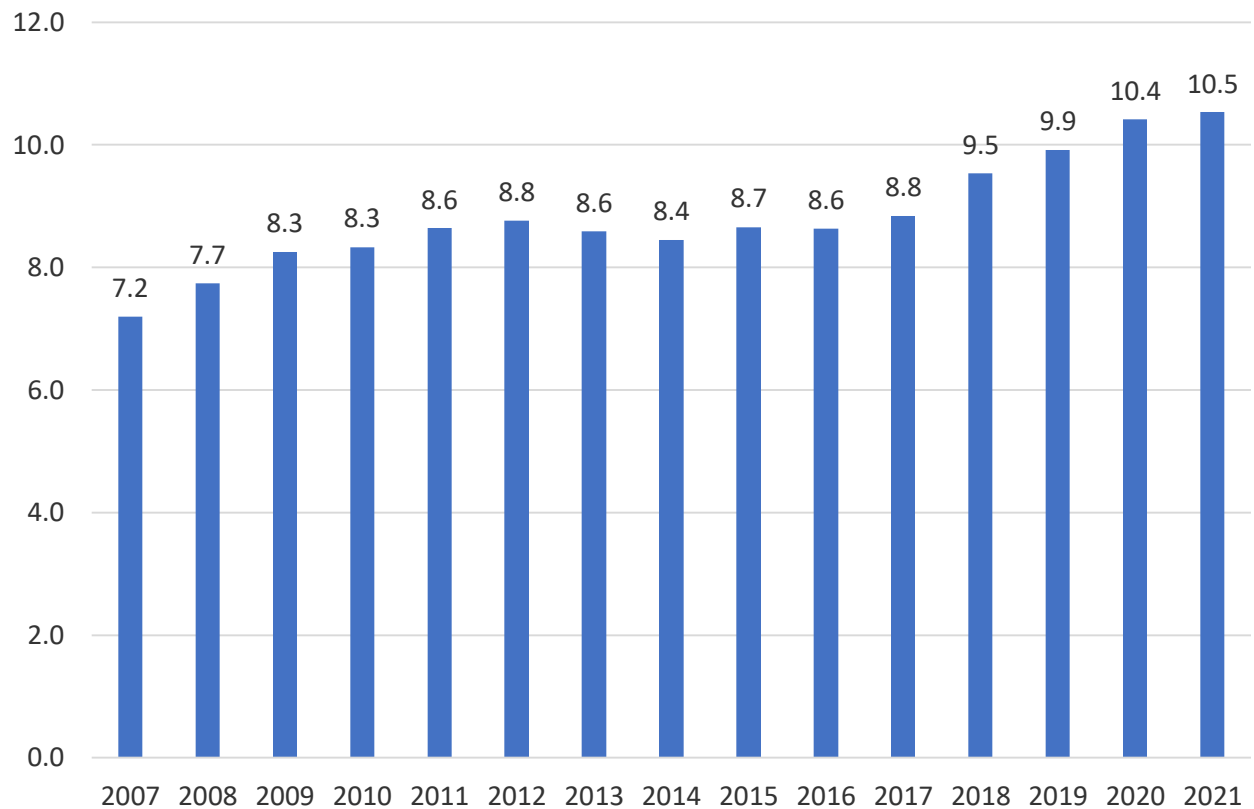


Kilde: Kjeld Møller Pedersen. Beregnet ud fra Statistikbanken, tabel OFF29, REGR31, REGK31. Kommunale udgifter omfatter ikke hjemmesygepleje, hvor udgifterne i 2021 var på 6, 1 mia. kr. – dog ikke tal for 2007, 2010 og 2015.



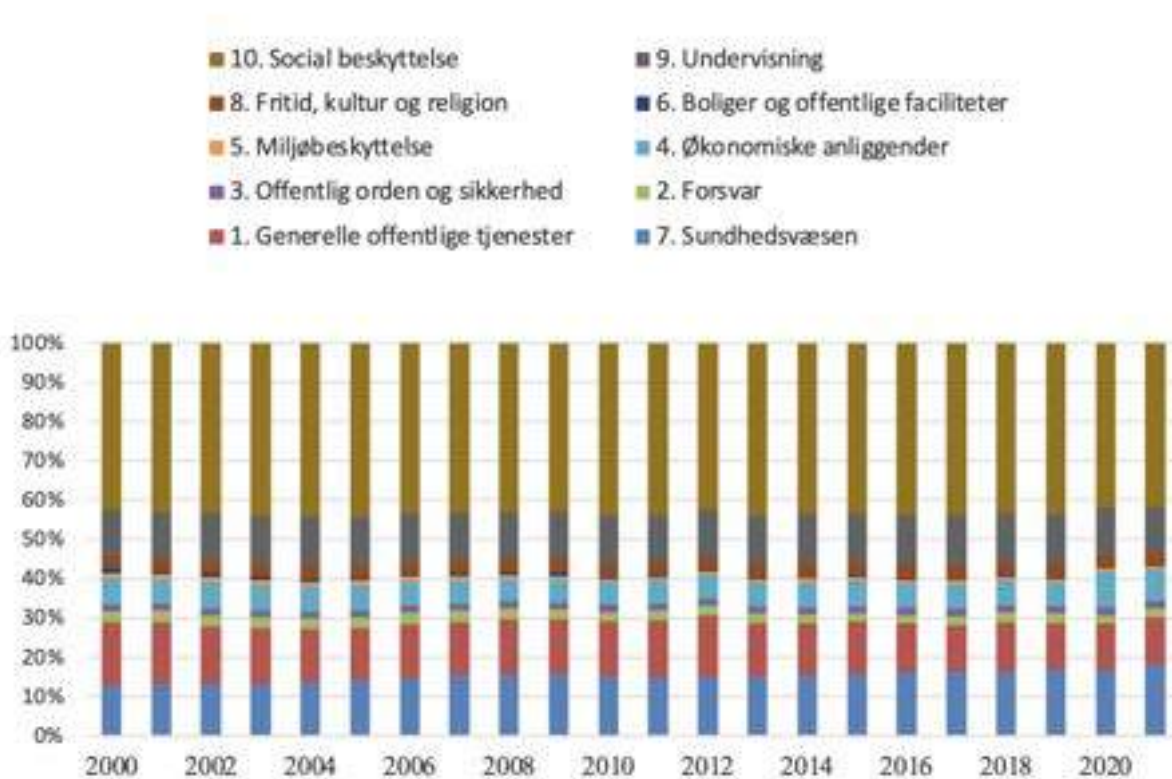
Kilde: Kjeld Møller Pedersen, beregnet ud fra Statistikbanken, REGR31

ALM. PRAKSIS, INCL. PROFYLAKTISKE SVANGERUNDERSØGELSER,  
LÆGEUNDERSØGELSE BØRN, VACCINATION - MIA. KR., LØBENDE PRISER



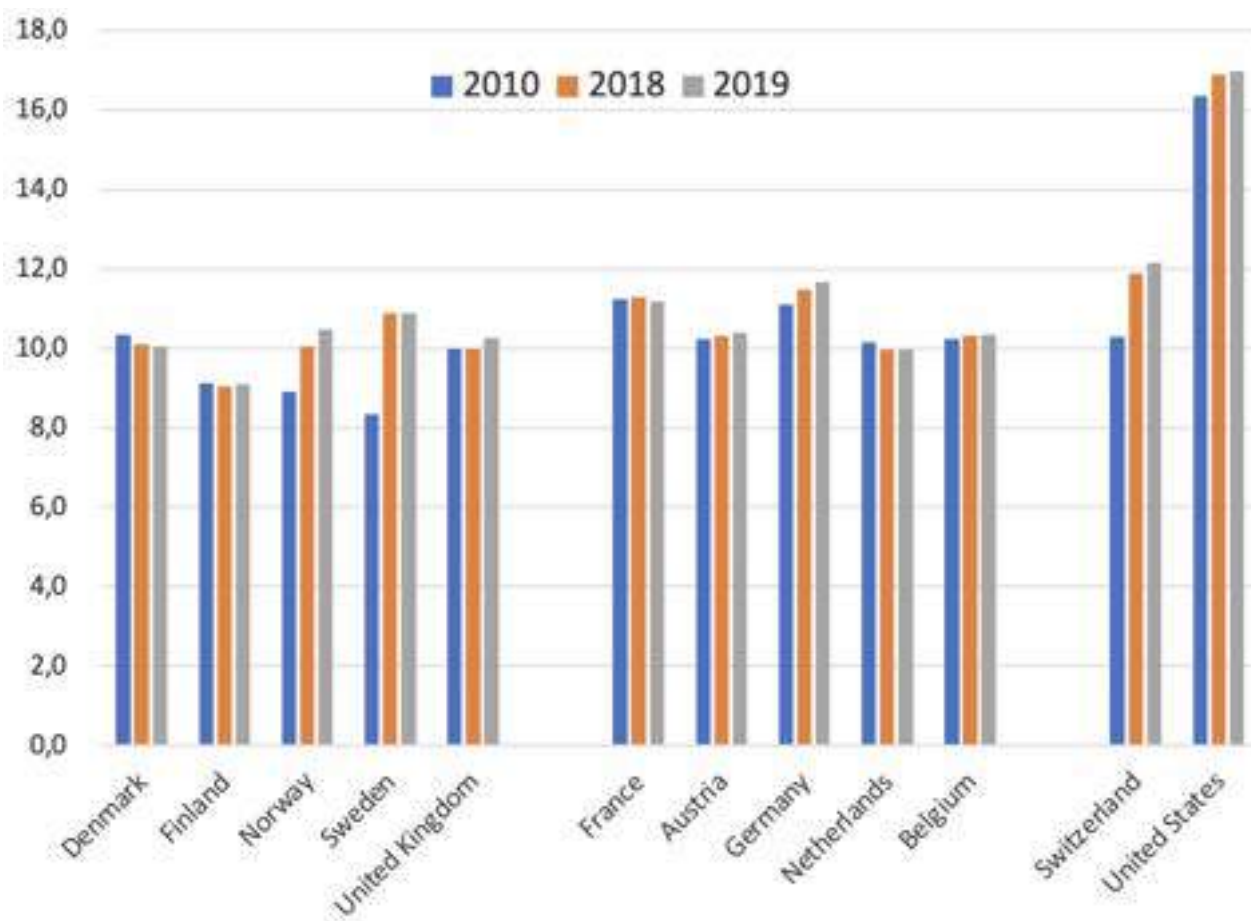
Kilde: Kjeld Møller Pedersen

## PROCENTVIS FORDELING AF DE OFFENTLIGE UDGIFTER



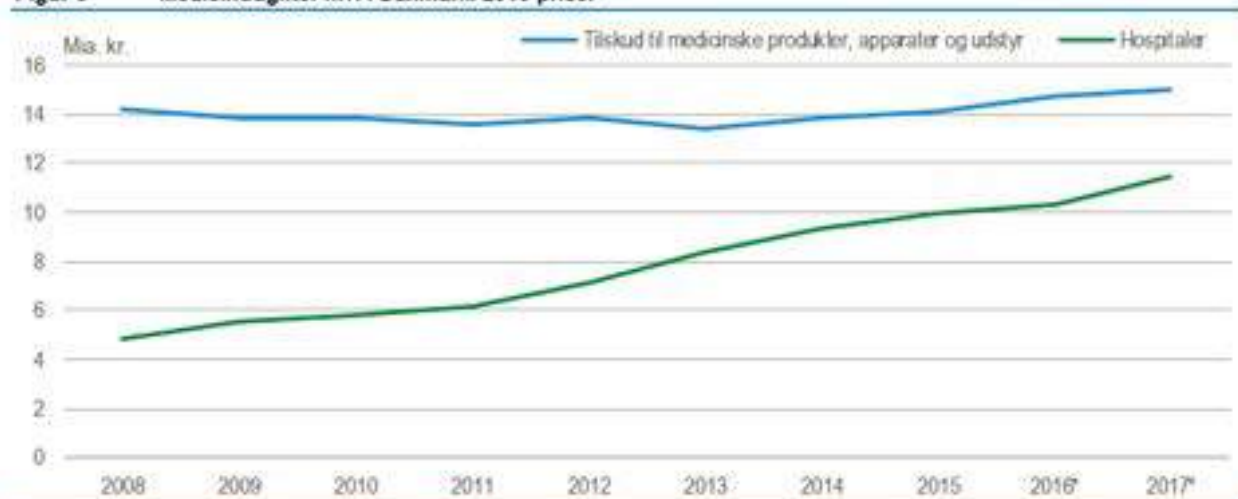
*Kilde: Kjeld Møller Pedersen & Statistikbanken, OFF29. Udgifter omfatter bl.a. også en andel af plejehjems-og hjemmehjælpsomkostninger*

## SUNDHEDSUDGIFTERNES %-ANDEL AF BRUTTONATIONALPRODUKTET I FORSKELLIGE LANDE



Kilde: Kjeld Møller Pedersen & OECD Health Data

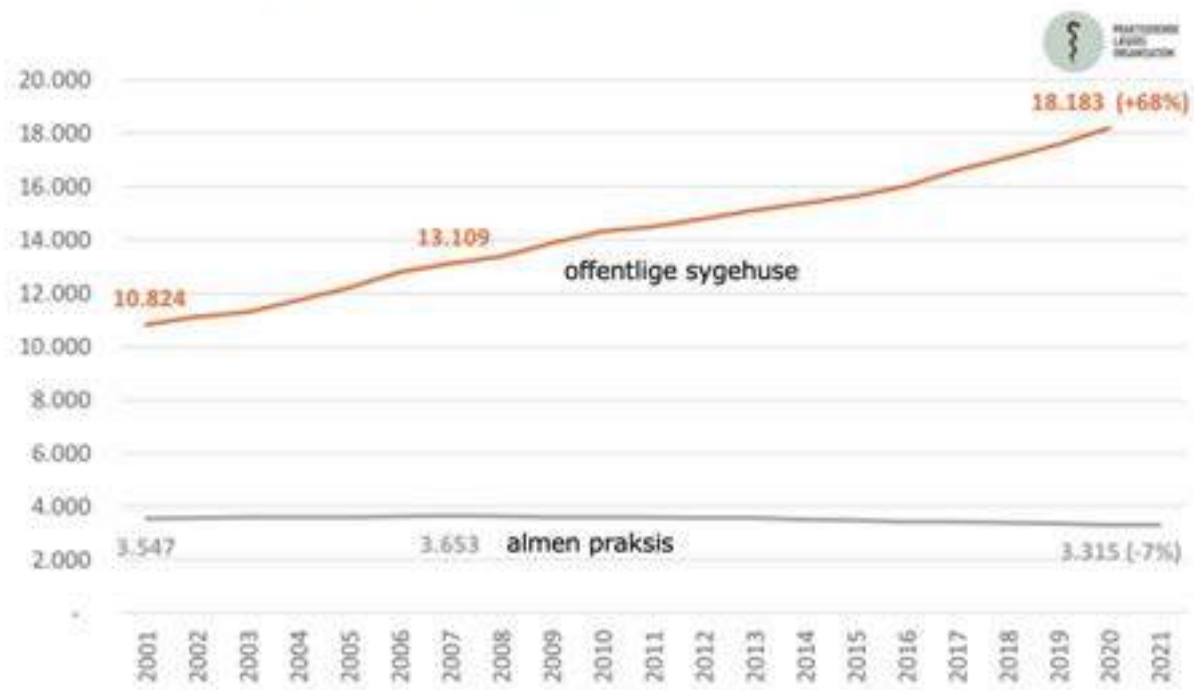
**Figur 6 Medicinudgifter mv. i Danmark. 2010-priser**



Kilde: Tallene i 2010-priser er opgjort med udgangspunkt i [statistikbanken.dk/OFF29](http://statistikbanken.dk/OFF29) samt særudtræk fra statistikken over regionernes regnskaber.



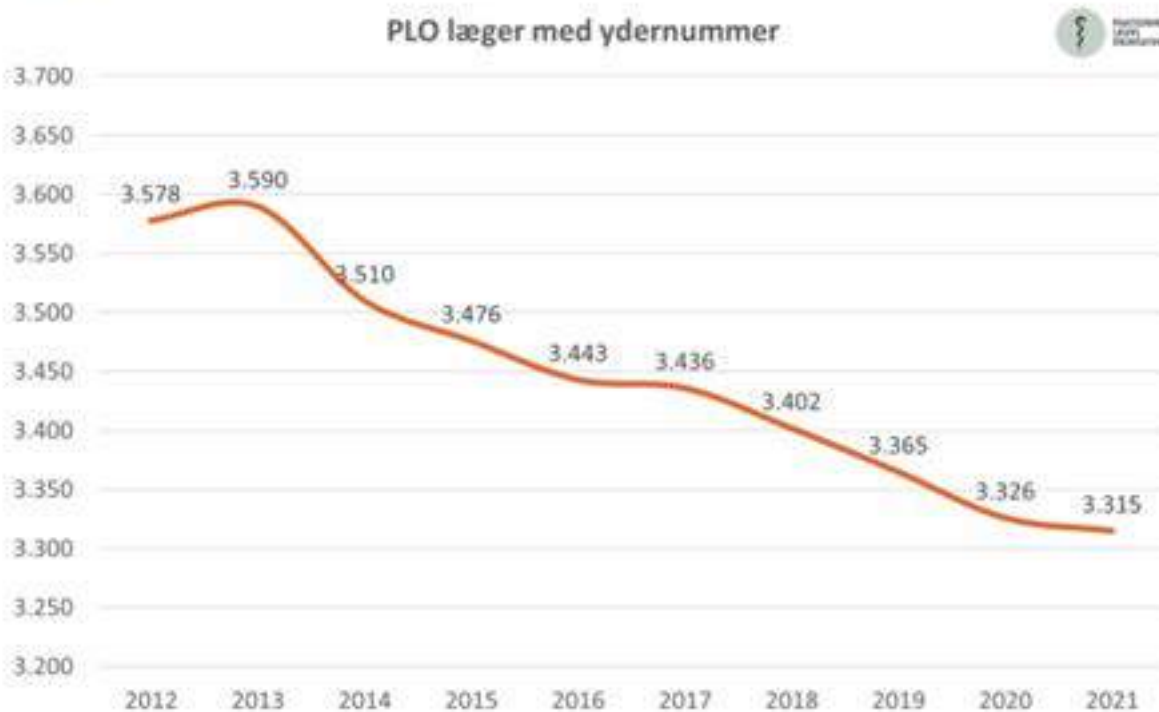
6.2. Antallet af læger i praksis og på hospital



Kilde: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2021\\_september\\_2021.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf)

## 1. Karakteristika for praktiserende læger

### 1.1. Antal

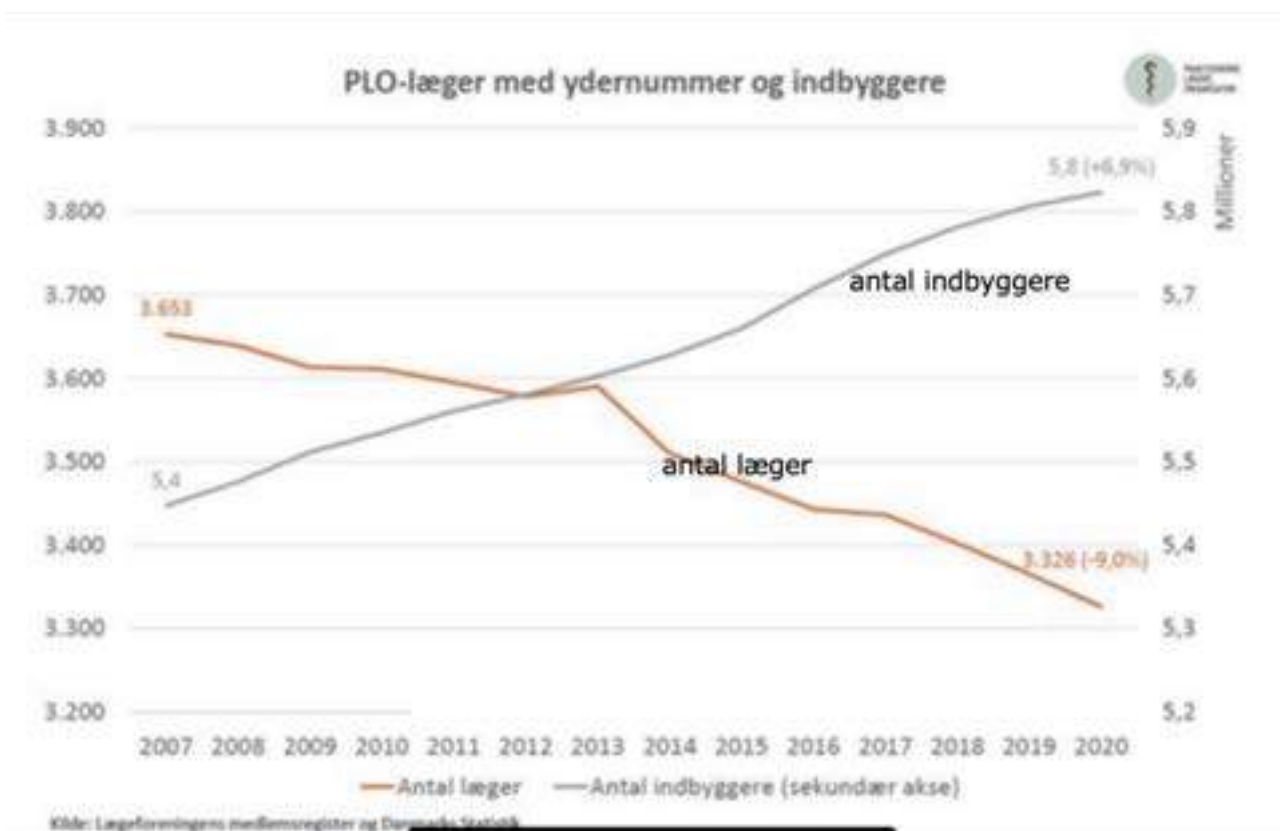


Kilde: Lægeforeningens medlemsregister

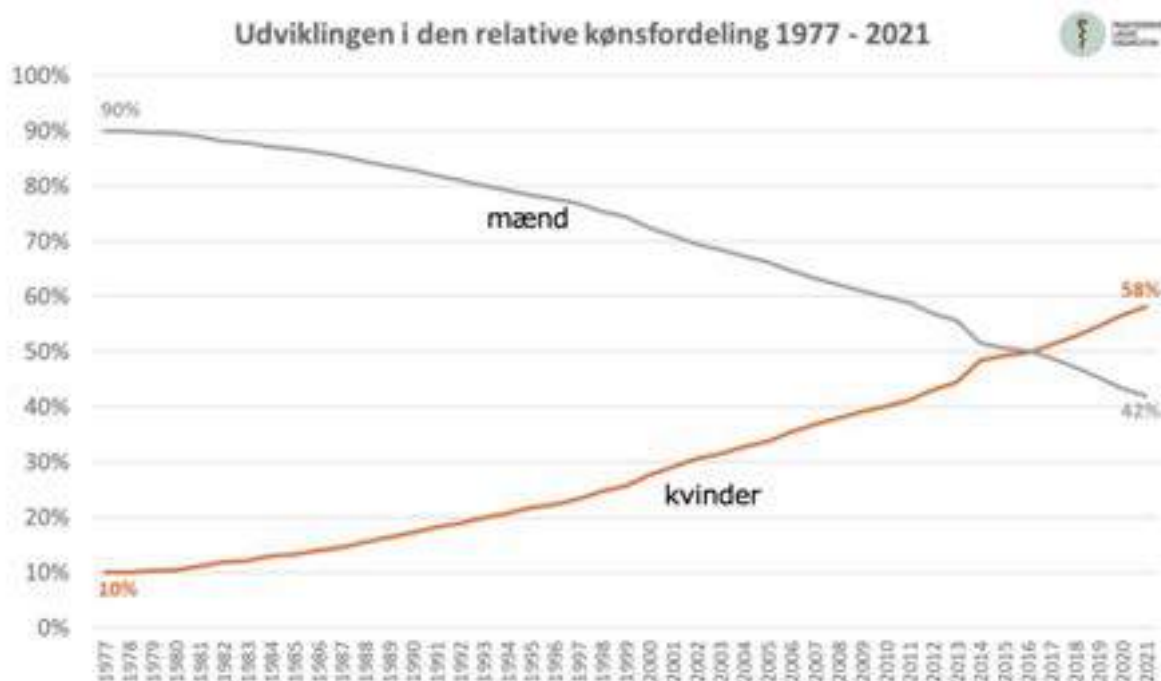
Antallet af praktiserende læger har været faldende de seneste år. Ifølge Lægeforeningens medlemsregister er antallet af læger med ydernummer i perioden 2012 til 2021 faldet med 263 medlemmer, fra 3.578 medlemmer til 3.315 medlemmer, svarende til et fald på 7,4 procent.

Kilde: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2021\\_september\\_2021.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf)

## PLO-LÆGER MED YDERNUMMER OG INDBYGGERE



## UDVIKLING I RELATIV KØNSFORDELING

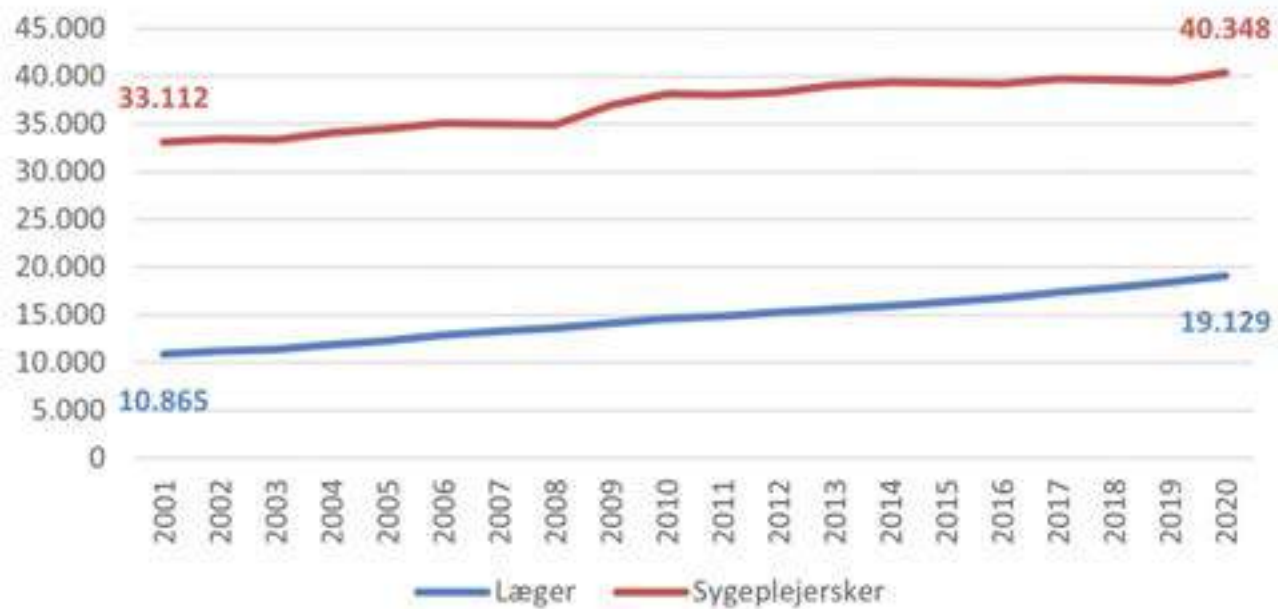


Kilde: Lægeforeningens medlemsregister

Kvindens andel af praktiserende læger er siden 1977 steget fra at udgøre cirka en tiendedel af den samlede population til i 2021 at udgøre over halvdelen.

Kilde: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2021\\_september\\_2021.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf)

## ANTAL BESKÆFTIGEDE PÅ OFFENTLIGE SYGEHUSE



Kilde: eSundhed.dk

## ”DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN” – EN MULIG DEFINITION

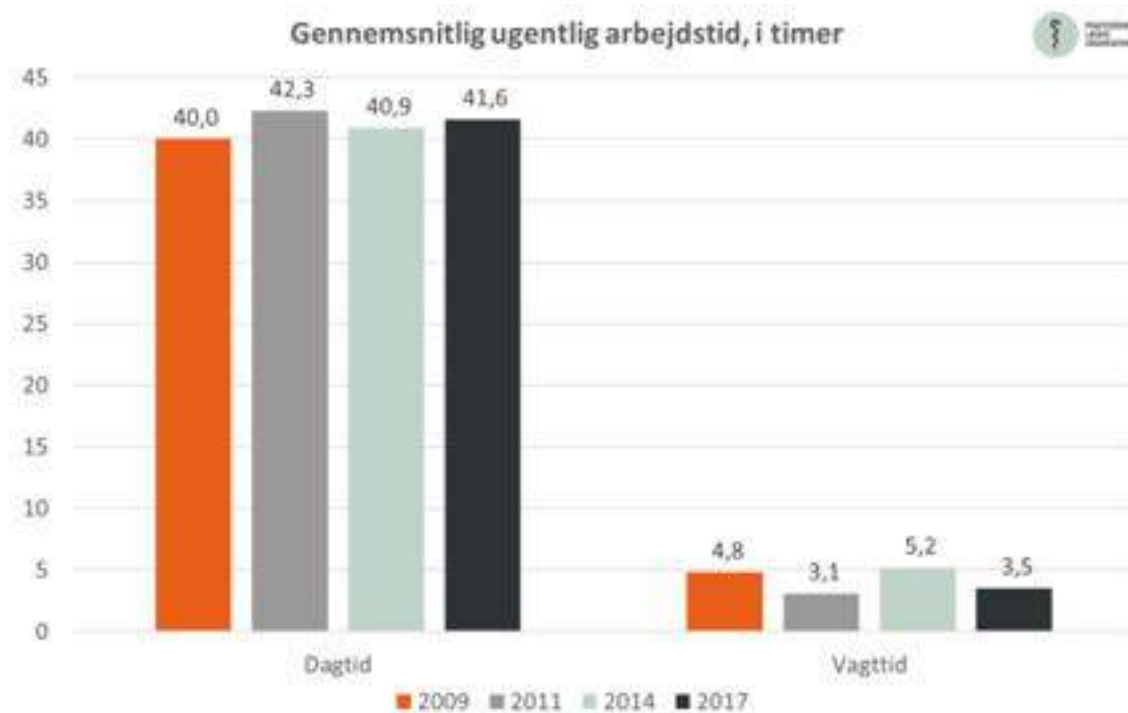
De sundhedsydelse, der leveres i og omkring en borgers hjem af sundheds- og socialvæsen mv. af professionelle, som ikke udgår fra sygehusvæsenet, men gerne med maksimal støtte fra sygehuse:

- praktiserende læger
- hjemmesygepleje – hjemmepleje
- fysioterapi, ergoterapi. mv.
- socialvæsen inkl. psykologer med fokus sygdom/sundhed
- etc.

”Det nære sundhedsvæsen” – et virkemiddel i det samlede og sammenhængende væsen

## DEN PRAKTISERENDE LÆGES KERNEOPGAVER

- Diagnosticere og behandle klassisk sygdom - absolutte indikationer – fx halsbetændelse eller alvorlig sygdom fx kræft
  - Asymmetri: mød eksperten
- Indsatsen mod kroniske sygdomme og lidelser
- Rådgiver og fortolker af bekymringer, oplevelser og symptomer – fx ondt i maven
- Håndtere ubehag og lidelse – de relative indikationer – fx overgangsalder og slidgigt
  - Mødet mellem eksperter – den forhandlede indikation
- Forsikringstanken – dialog og undersøgelse af (den oplevede) risiko
  - Undersøgelse for risikofaktorer fx forhøjet kolesterol eller blodtryk
  - Screening fx for livmoderhalskræft - folkeundersøgelser
- Myndighedsperson – fx sygemeldinger – patientens læge/samfundets læge
- Forebyggelse – børn, gravide, antikonception osv.



Kilde: PCO's omkostningsundersøgelser 2009, 2011, 2014 og 2017

### 3.3. Nordisk sammenligning af arbejdet i praksis

#### Antal patientkontakter face-to-face i klinikken på en normal dag

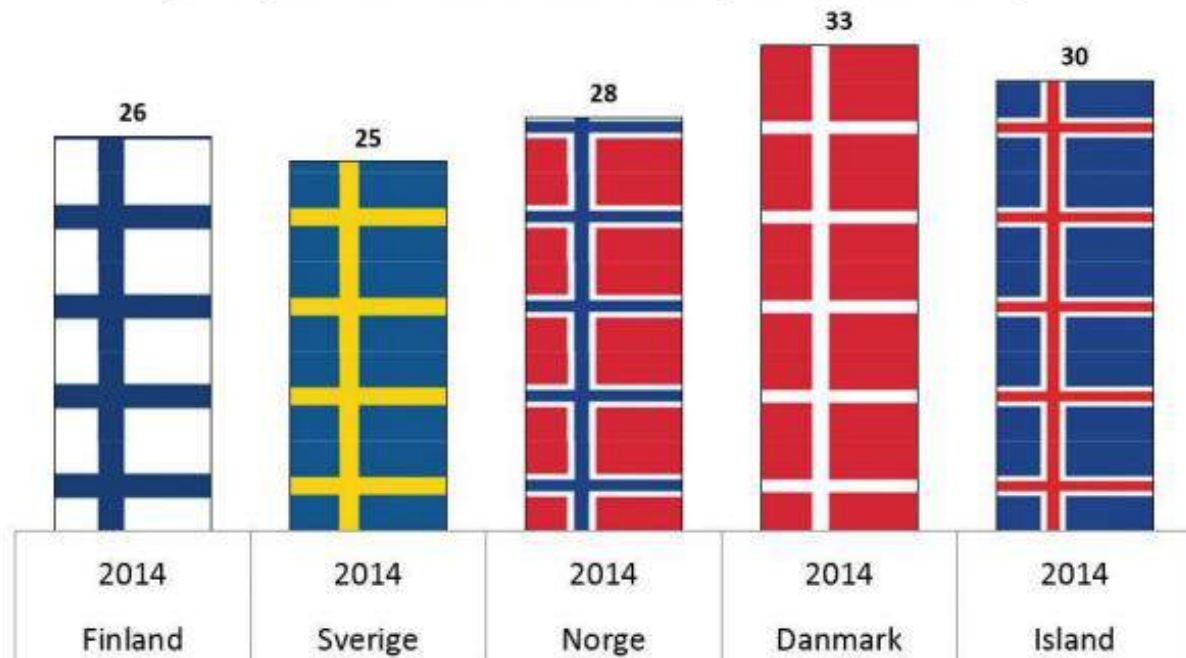


Beregninger fra QUALICOPC, Peter Vedsted, Fonkringsenheten for Almen Praksis, Aarhus Universitet

I en nordisk analyse foretaget af QUALICOPC, opgøres antallet af face-to-face patientkontakter til 24 i klinikker i Danmark 2014, hvilket er noget højere end, hvad man ser i de øvrige nordiske lande, hvor både Finland, Sverige og Island ligger på næsten det halve. At patientkontakter face-to-face i klinikken er væsentlig lavere i de andre nordiske lande kan skyldes, at der i Finland, Norge og Sverige er brugerbetaling på lægebesøg.



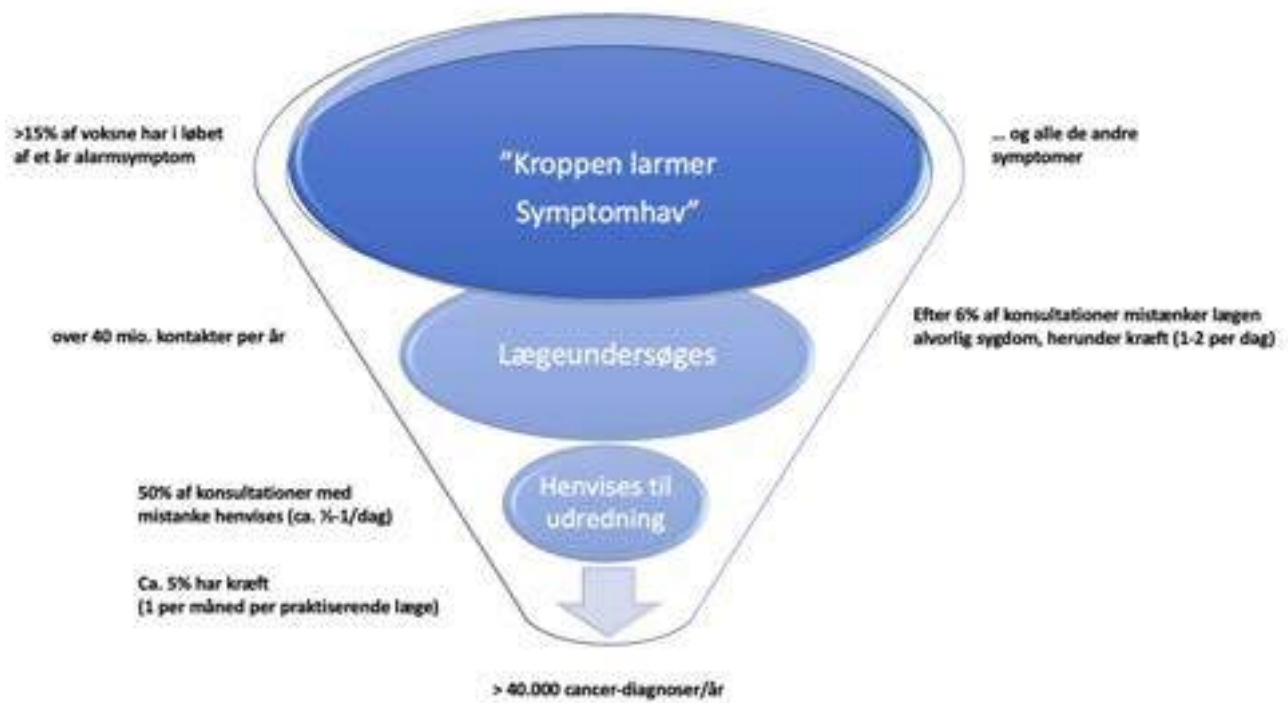
## Ugentligt antal timer med direkte patientbehandling



Beregninger fra QUALICOPC, Peter Vedsted, Forskningsenheden for Almen  
Praksis, Aarhus Universitet

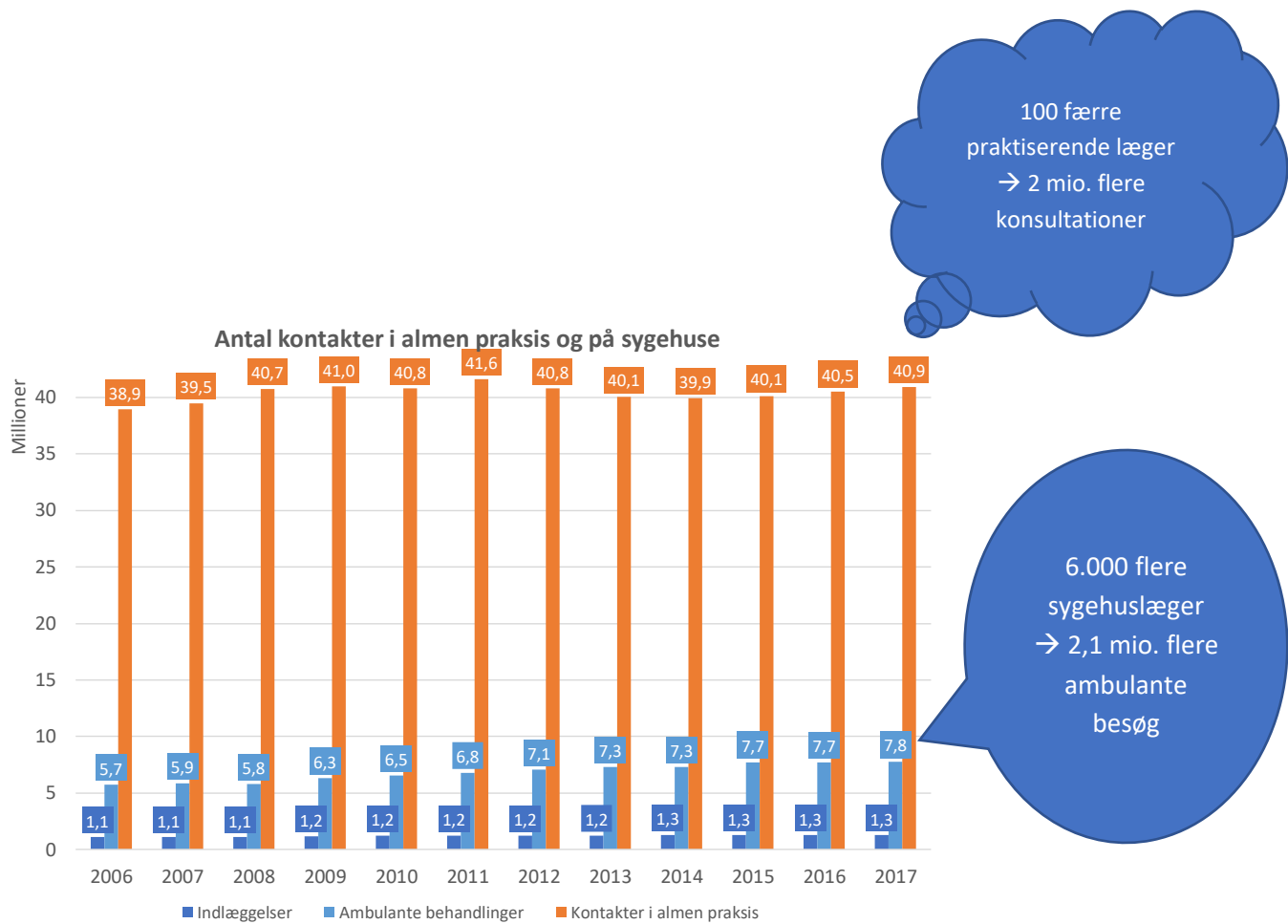
Kilde: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2021\\_september\\_2021.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf)

Speciallægen – fra symptom til begrundet mistanke om sygdom - fx diagnostik af kræft.

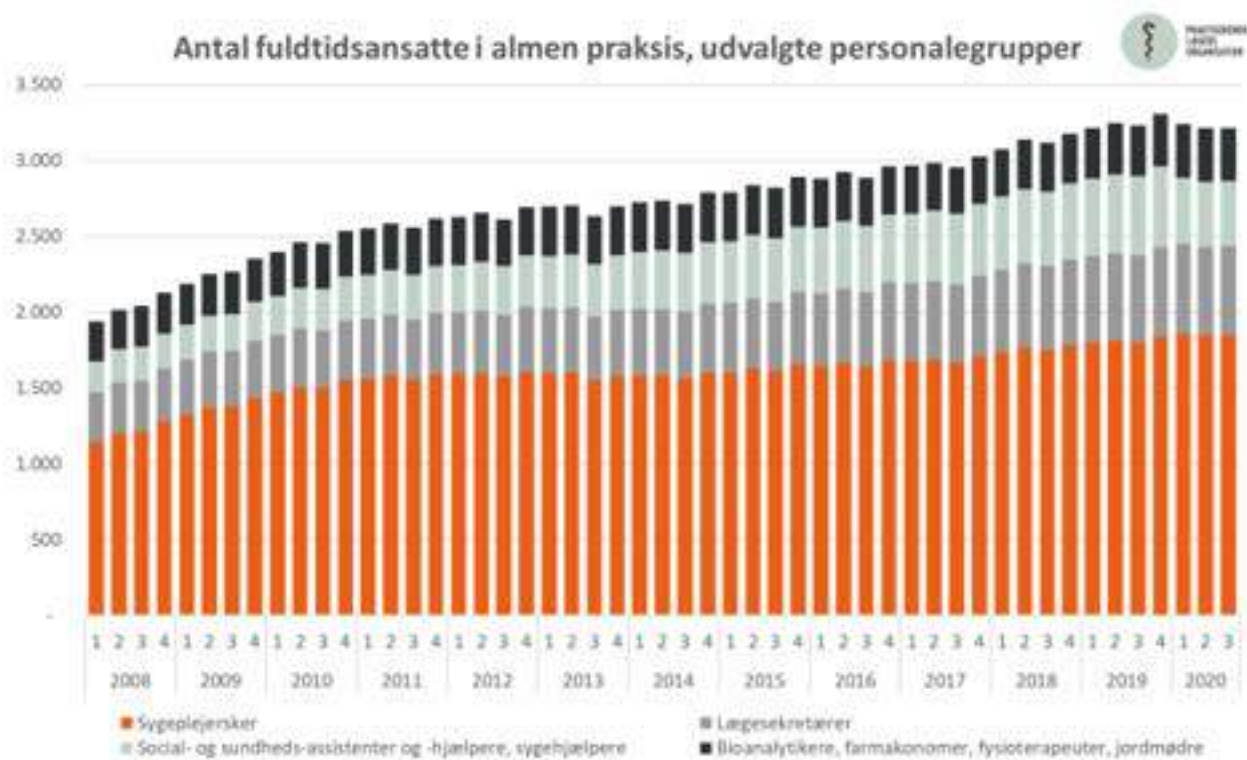


Kilde: Olesen F, Vedsted P

Almen praksis har +80 % af aktiviteten



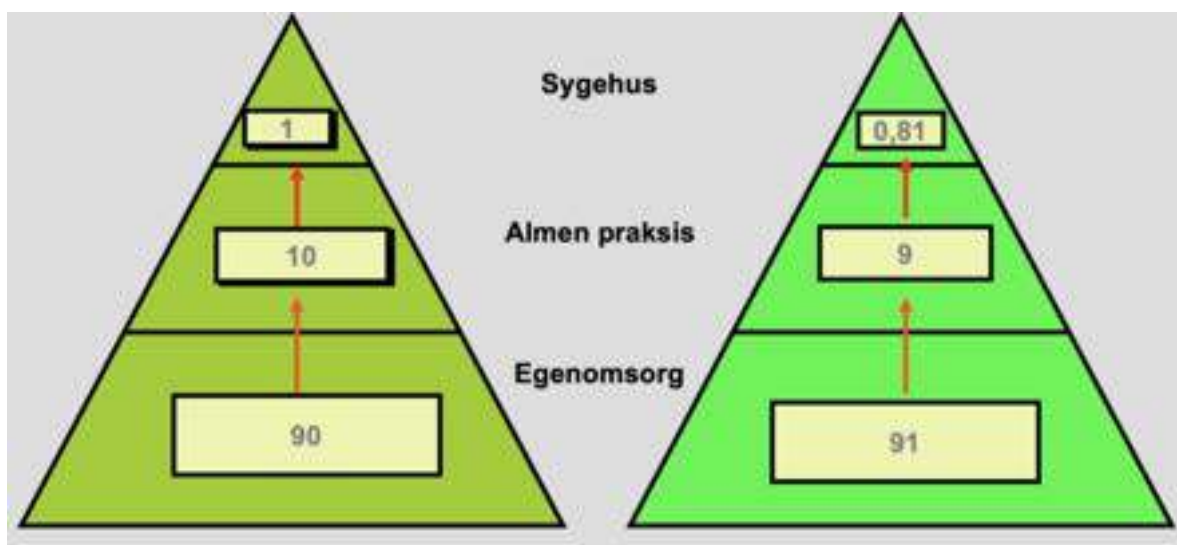
## FULDTIDSANSATTE I UDVALGTE PERSONALEGRUPPER

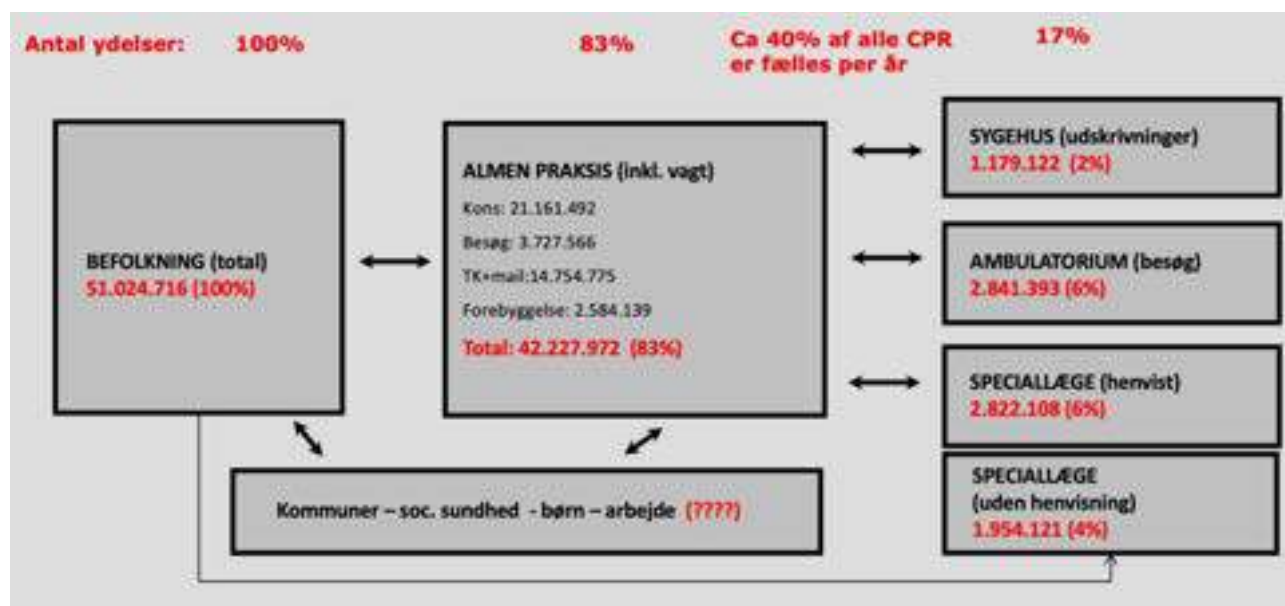


Kilde: Udtræk fra Danmarks Statistik.

### Grænser og aktivitetsvariation

- Kan vi øge egenomsorg og indsats i praksis?
- Og hvad vil det medføre på sygehuse?





Kilde: P. Vedsted & Sundhedsstyrelsen, Danmarks statistik, Danske Regioner 2006/2007

### Kontekst

- *Informationskontinuitet:* Patienten skal opleve, at der er tilstrækkelige oplysninger om tidligere helbredsmæssige begivenheder, og at disse oplysninger indgår i valget af aktuelle handlinger. Der skal både være oplysninger om sygdommen og om patientens ønsker, værdier og behov.
- *Organisationskontinuitet:* Patienten skal opleve, at organisationen af sundhedsvæsenets enkelte tiltag har sammenhæng og rettidighed i forhold til tidligere og planlagte fremtidige tiltag, og at de er tilpasset det aktuelle behov.

### Person

- *Relationskontinuitet:* Patienten skal opleve at have en fagligt orienteret, personlig relation til en eller flere af sundhedsvæsenets aktører

*Kilde: Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003;327:1219-21.*

## Fast praktiserende læge som 'medikament'

- reducerer vagtlægebrug 13-30%
- reducerer akutte indlæggelser med 12 -28%
- reducerer mortalitet med 8 -25%

Accepted Manuscript

### *British Journal of General Practice*

Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway

Sandvik, Hognø, Hetlevik, Øystein, Blinkenberg, Jesper, Hunskaar, Steinar

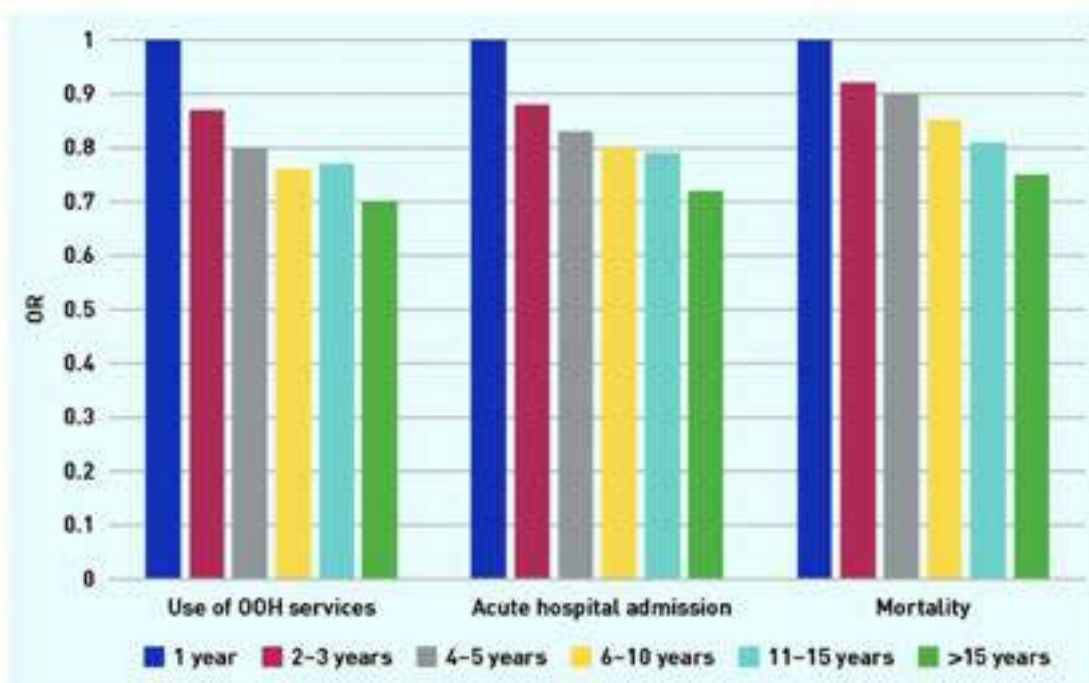
DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

**Results** Compared with a one-year GGP patient relationship the OR for use of OOH services decreased gradually from 5.87 (95% CI 4.88–7.00) after 2–3 years duration to 5.75 (95% CI 4.71) after more than 15 years. OR for acute hospitalization decreased gradually from 2.68 (95% CI 2.30–3.10) after 2–3 years duration to 2.72 (95% CI 2.35–3.10) after more than 15 years. OR for dying decreased gradually from 0.53 (95% CI 0.48) after 2–3 years duration to 0.71 (95% CI 0.65–0.78) after an GGP patient relationship of more than 15 years.

**Conclusion** Length of GGP patient relationship is significantly associated with lower use of out-of-hours services, fewer acute hospitalizations, and lower mortality. The associations are dose-dependent and probably causal.



Associations between continuity measured as years with the same RGP and odds for use of OOH services, acute hospital admissions, and mortality during 2018.



Hogne Sandvik et al. Br J Gen Pract  
doi:10.3399/BJGP.2021.0340

©2021 by British Journal of General Practice

British Journal of General Practice  
http://www.bjgp.org

Open access

Research

# BMJ Open Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality

Denis J Pereira Gray,<sup>1</sup> Kate Sidaway-Lee,<sup>1</sup> Eleanor White,<sup>1,2</sup> Angus Thorne,<sup>1,3</sup> Philip H Evans<sup>1,2</sup>

**To cite:** Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, et al. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8:e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161

► Prepublication history and additional material for this paper are available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>).

Received 19 December 2017  
Revised 15 March 2018  
Accepted 20 April 2018

## ABSTRACT

**Objective** Continuity of care is a long-standing feature of healthcare, especially of general practice. It is associated with increased patient satisfaction, increased take-up of

health promotion, greater adherence and decreased use of hospital services. We sought to examine whether there is a relationship between receipt of continuity of doctor care and mortality.

**Design** Systematic review with meta-analysis.

**Data sources** MEDLINE, Embase, Cochrane, and Scopus from 1996 to 2017.


**Eligibility criteria for selecting articles** Primary research articles, published in English, reporting measured continuity of care and mortality of patients from any kind of doctor, in any setting, were included. Studies related to measured mortality of patients were included. Cross-sectional and most adjusted for confounding factors. These studies

## Strengths and limitations of this study

► The first systematic review of continuity of care and mortality.

**Conclusions** This first systematic review reveals that increased continuity of care by doctors is associated with lower mortality rates. Although all the evidence is observational, patients across cultural boundaries appear to benefit from continuity of care with both generalist and specialist doctors. Many of these articles called for continuity to be given a higher priority in healthcare planning. Despite substantial, successive, technical advances in medicine, interpersonal factors remain important.

BMJ Open: first published as 10.1136/bmjopen-2017-021161 on 19 December 2017.



**SBU UTVÄRDERAR**  
PUBLIKATION NR. 329  
PUBLICERAD: 19 AUGUSTI 2021  
MEDLEDDAD: 27 AUGUSTI 2021

## Kontinuitet i vården

En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter

**Slutsatser**

Vid jämförelse av högre i förhållande till lägre relationskontinuitet har följande framkommit:

**För personer med astma eller KOL ger högre relationskontinuitet i vården:**

- lägre risk att dö i förtid (låg tillförlitlighet)
- lägre risk för sjukhusinläggning i måttlig till hög utsträckning (måttlig tillförlitlighet)
- lägre risk för akutmottagningsbesök (låg tillförlitlighet)
- lägre hälso- och sjukvårdskostnader (låg tillförlitlighet).

Utifrån hälsoekonomiska scenarionalyser baserade på resultaten på värdnyttjande medför högre relationskontinuitet för personer med astma eller KOL:

- 30–60 procent färre sjukhusinläggningar. I Sverige skulle detta kunna innebära besparingar i storleksordningen 235–470 miljoner kronor per år för sjukhusvården.

**För personer med allvarig psykisk sjukdom ger högre relationskontinuitet i vården:**

- lägre risk att dö i förtid (låg tillförlitlighet)
- lägre risk för akutmottagningsbesök (låg tillförlitlighet)
- förbättrad livskvalitet (låg tillförlitlighet).

Utifrån hälsoekonomiska scenarionalyser baserade på resultaten för värdnyttjande medför högre relationskontinuitet för personer med allvarig psykisk sjukdom:

- 5–15 procent färre akutmottagningsbesök. I Sverige skulle detta kunna innebära besparingar i storleksordningen 2–7 miljoner kronor per år för den typen av besök.

- Färre indläggelser
- Färre för tidligt döde
- Mindre omkostningar
- Bedre livskvalitet

**SBU august 2021**

**Jacqueline Vejstrup**

Effekten af COC (continuity of carer) er nemlig stor. Også på svangreområdet, hvor forskning viser at gravide, som følges af kendte jordemødre gennem svangerskab fødsel og barsel har:

- 16% mindre risiko for at miste sin baby under graviditeten
- 19% mindre risiko for at miste sin baby før 24 uger
- 15% mindre risiko for at få epidural blokade
- 24% mindre risiko for at føde for tidligt
- 16% mindre risiko for at få et klip i mellemkødet\*

Med disse effekter må man spørge sig om det overhovedet er etisk forsvarligt ikke at give alle gravide kendte jordemødre ... eller økonomisk forsvarligt.

Reference: Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review)

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D

<https://www.cochranelibrary.com/.../1465185.../epdf/abstract>

TABEL 1. SAMMENHÆNGEN MELLEM SAGSBEHANDLERSKIFT OG BESKÆFTIGELSE/ UDDANNELSE

	BESKÆFTIGELSE	BESKÆFTIGELSE • UDDANNELSE
Andel i job/uddannelse	6% kommer i job inden for et år	10% kommer i job eller uddannelse inden for et år
Sådan påvirker et sagsbehandlerskift	Sandsynligheden for at komme i job inden for et år falder med 1,3 procentpoint. Det svarer til en reduktion på 22%.	Sandsynligheden for at komme i job eller påbegynde uddannelse inden for et år falder med 1,6 procentpoints. Det svarer til en reduktion på 16%.

**Vi mangler forskning i betydningen af kontinuitet, relation og interaktion**

- Det vi har tyder dog på, at det er en faktor vi i disse år overser
- er teamtilgang altid godt?

**SAGS-  
BEHANDLERENS  
BETYDNING  
FOR UDSATTE  
BORGERES  
JOBCHANCER**

HOVEDPUNKTER  
MARTS 2017



AARHUS  
UNIVERSITY  
BORNHOLM HØJESKOLEN  
Department of Health Services Research



VÆKSTHUSET  
FORSKNINGS-CENTER

Nye måder at organisere hjemmepleje - ligner på mange måder den typiske selvstyrende praksisorganisering.

- Selvstyrende grupper med 10-12 veluddannede hjemmesygeplejersker
  - ansvar i defineret optageområde – typisk 50-60 klienter
- Ingen specialisering – fokus på relation, kontinuitet og helhed
- Tæt samarbejde med almen praksis – kendskab og relation
- Tæt samarbejde med kortlagt netværk
- Tovholder
- Socialmedicinsk
- Egenomsorg/empower
- Fokus på at forebygge 'events'



Kilder:

[www.buurtzorgnetherlands.org](http://www.buurtzorgnetherlands.org)

[https://www2.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/618231/02.15-The-Buurtzorg-Nederland-home-care-provider-model.-Observations-for-the-UK.pdf](https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/618231/02.15-The-Buurtzorg-Nederland-home-care-provider-model.-Observations-for-the-UK.pdf)

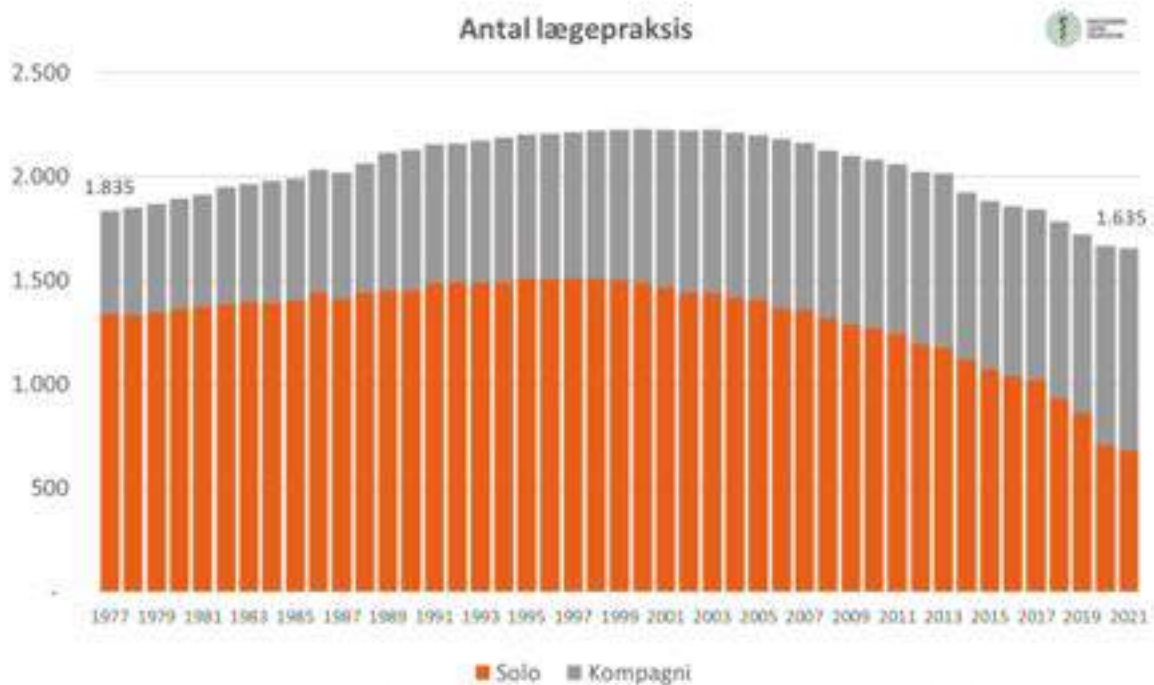
**Research**  
**Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship**  
Karin Schelle van der Aalst · Dariusz Szlachetko · Annette Renwick

**Abstract**  
**Objective** To explore conceptions of continuity of care among family physicians in traditional practice, family medicine-oriented practices working in specialty care, and family medicine residents to better understand the emotional effects on physicians of establishing long-term relationships with patients as a starting point for developing a tool to measure the qualitative connection between physicians and their patients.  
**Design** Qualitative descriptive study using focus groups.  
**Setting** Traditional family practice, family medicine residency training, and specialty care settings in England, UK.  
**Participants** Three groups of first-year family medicine residents (n=14), 2 groups of family physicians in established traditional practice (n=9), and 2 groups of family physicians working in specialty care settings (n=10).  
**Methods** Using focus groups, a semistructured discussion guide, and a phenomenologic approach, we explored residents' and practicing physicians' conceptions about continuity of care, predominantly exploring the emotional effects on physicians of providing care for a group of patients over time.  
**Main findings** Providing care for patients over time and developing a deep knowledge of, and often a deep connection to, patients affected physicians in various ways. Most of these effects were rewarding: feelings of connection, trust, curiosity, enhanced professional competence (diagnostically and therapeutically), personal growth, and being cared for and respected. Some, however, were distressing: anxiety, grief, frustration, boundary issues, and negative effects on personal life.  
**Conclusion** Family physicians experience mental emotions connected

**EDITOR'S KEY POINTS**  
• Provides insights into the emotional effects of continuity of care on physicians.  
• Explores the effects of continuity of care on physicians in various settings.

**Main findings** Providing care for patients over time and developing a deep knowledge of, and often a deep connection to, patients affected physicians in various ways. Most of these effects were rewarding: feelings of connection, trust, curiosity, enhanced professional competence (diagnostically and therapeutically), personal growth, and being cared for and respected. Some, however, were distressing: anxiety, grief, frustration, boundary issues, and negative effects on personal life.

**EDITOR'S KEY POINTS**



Kilde: Lægeforeningens medlemsregister. Note: Fra 2020 opgøres også kompagniskabspraksis med kun én læge. At en kompagniskabspraksis kun har én læge kan skyldes, at praksis har en ledig kapacitet, eller at der er ansat en læge i praksis, som ikke er medlem af PCO.

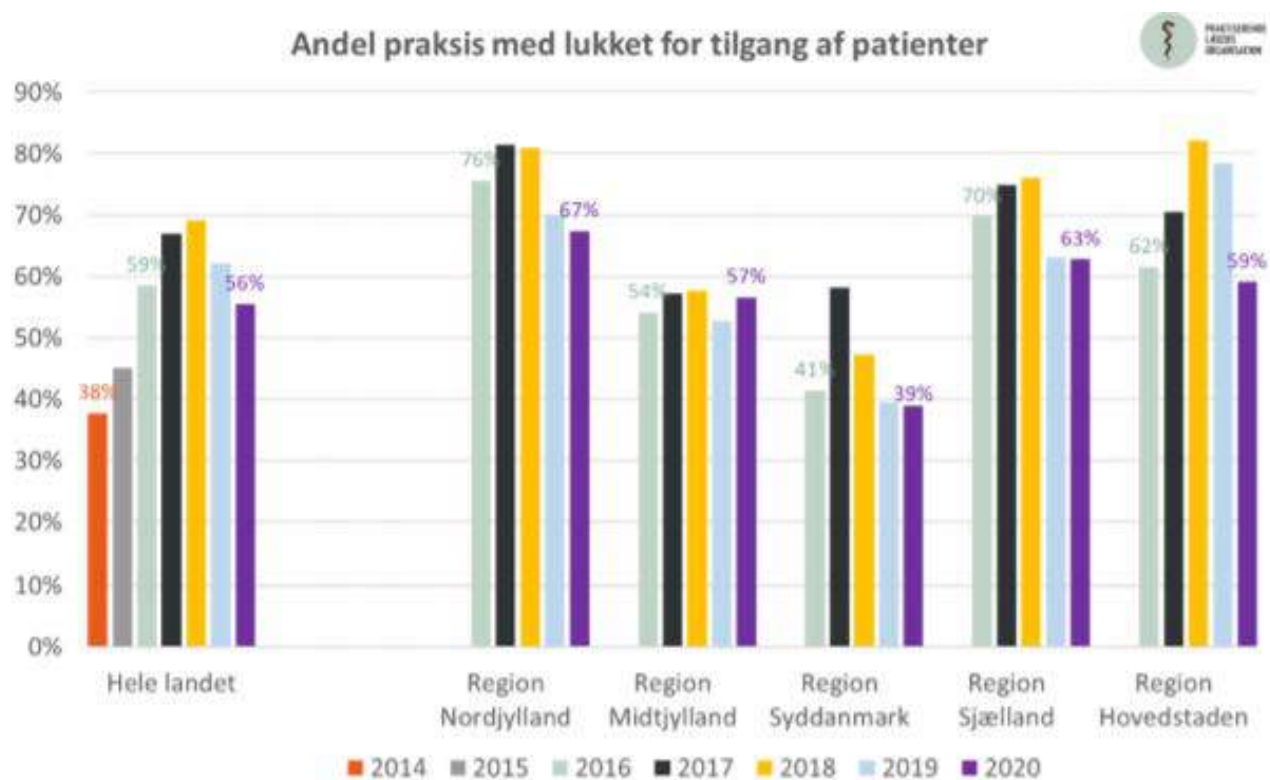


## ANDEL FORDELT PÅ PRAKSISSTØRRELSE



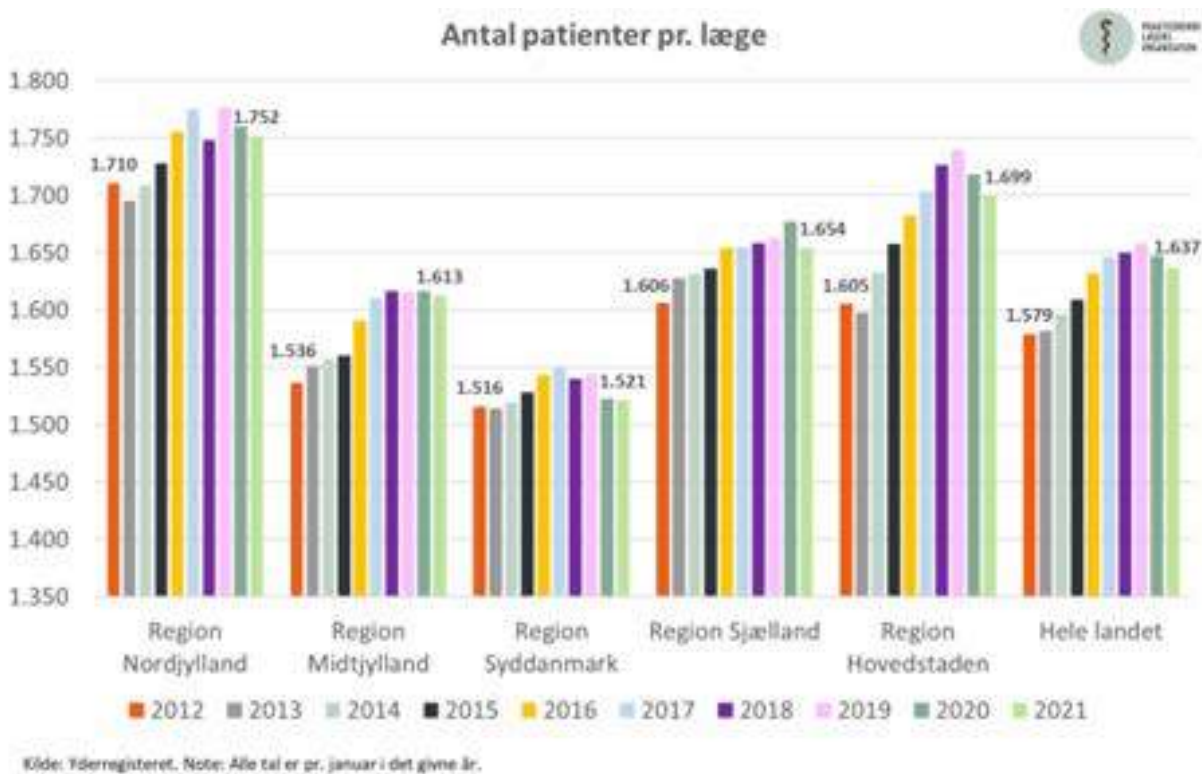
Kilde: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2021\\_september\\_2021.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf)

## ANDEL PRAKSIS MED LUKKET FOR TILGANG AF PATIENTER



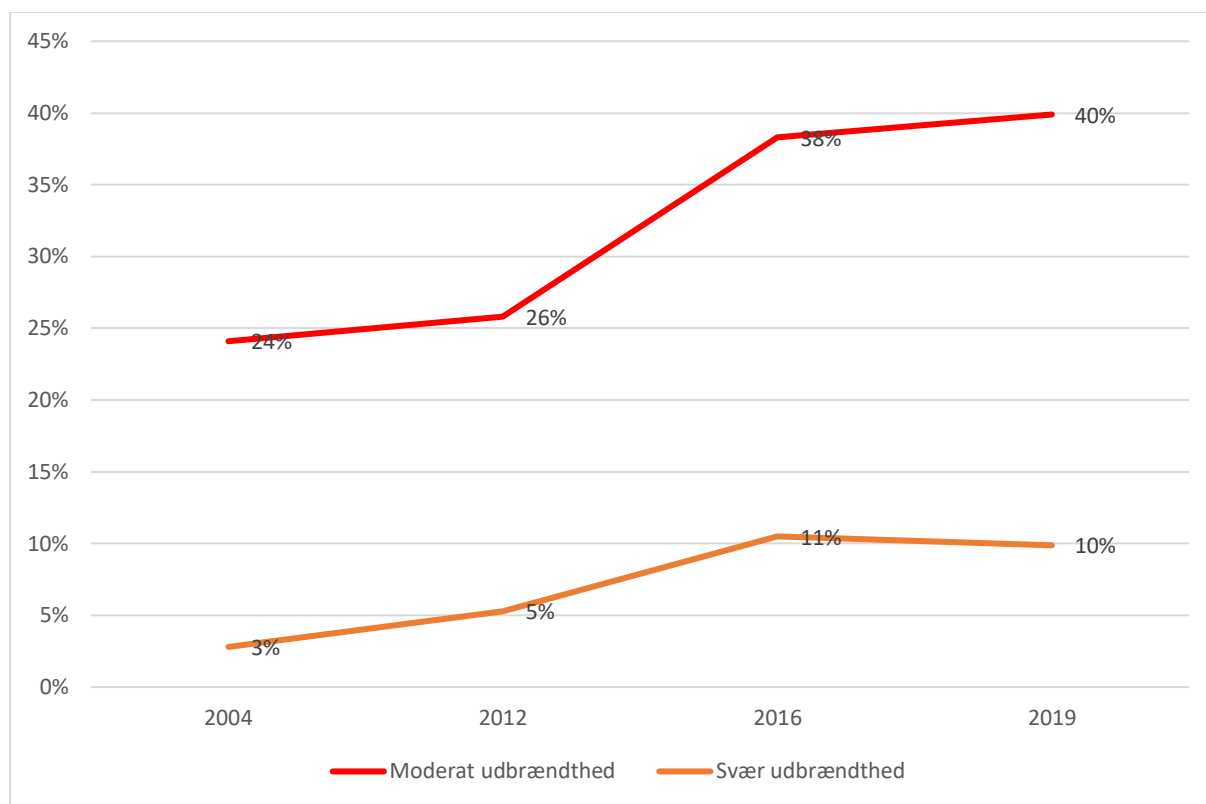
Kilde: Yderregisteret. Note: Der findes ikke data på regionsniveau for 2014 og 2015. Data for udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

## ANTAL PATIENTER PR LÆGE



Kilde: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2021\\_september\\_2021.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf)

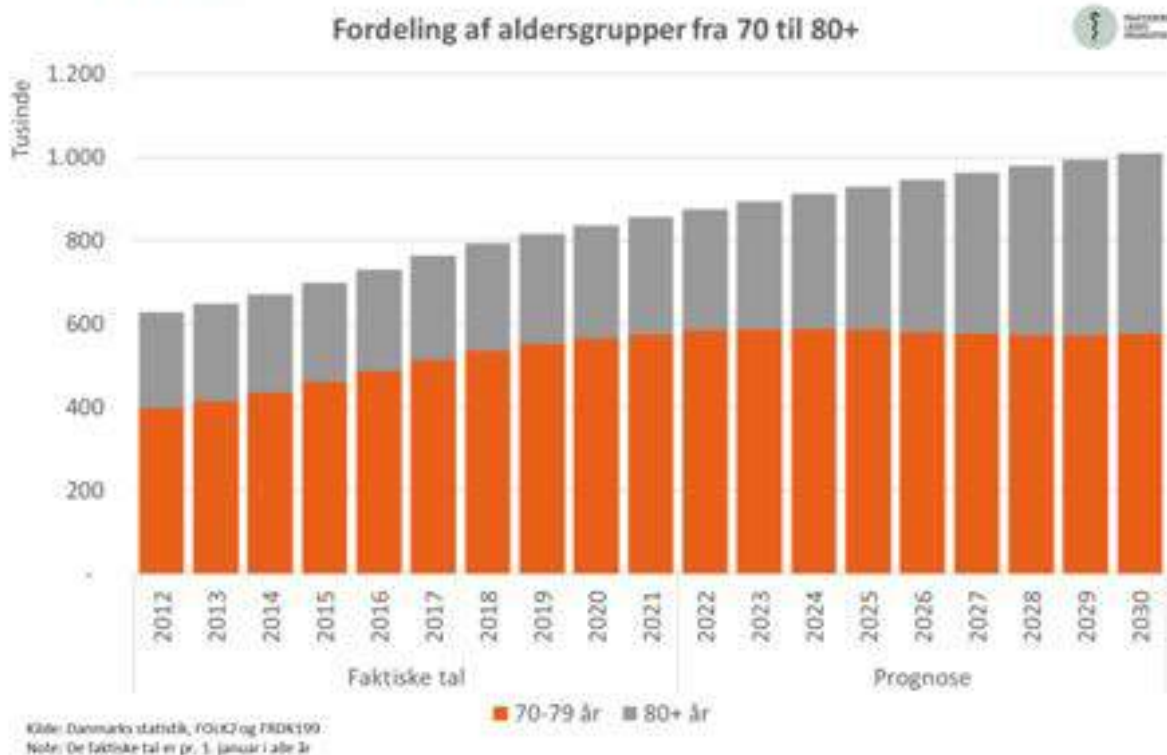
## UDBRÆNDTHED HOS PRAKTISERENDE LÆGER



Kilde: Anette Fischer Pedersen m fl.



### 4.2. Flere ældre patienter



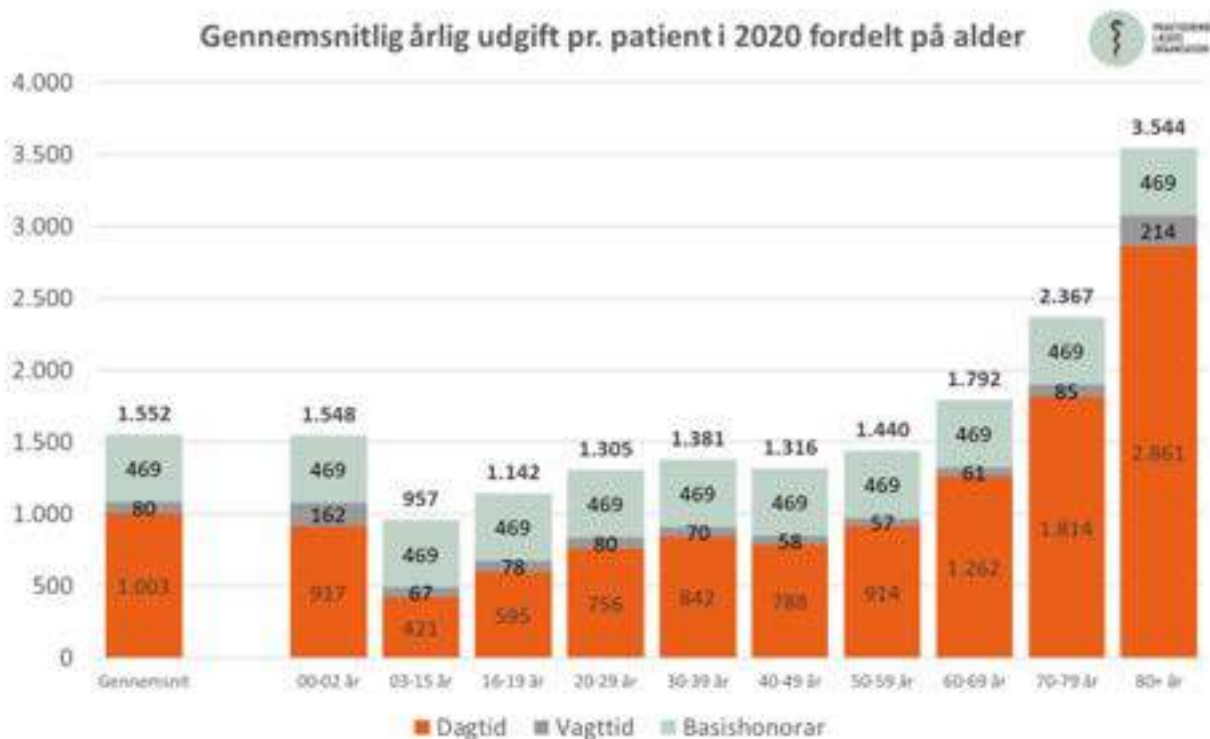
## KONSULTATIONER EFTER ALDER



Kilde: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2021\\_september\\_2021.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf)

### 5.3. Patientudgift

Der er stor forskel på, hvor meget man som patient besøger sin egen læge, og hvilke typer undersøgelser man får foretaget. En større andel af de ældre patienter har kroniske sygdomme og kommer derfor oftere hos lægen og får taget flere kontroller. Det betyder en større udgift for regionerne. Mens specielt unge patienter kommer mindre hyppigt hos lægen, og dermed udgør en mindre andel af udgifterne hertil.



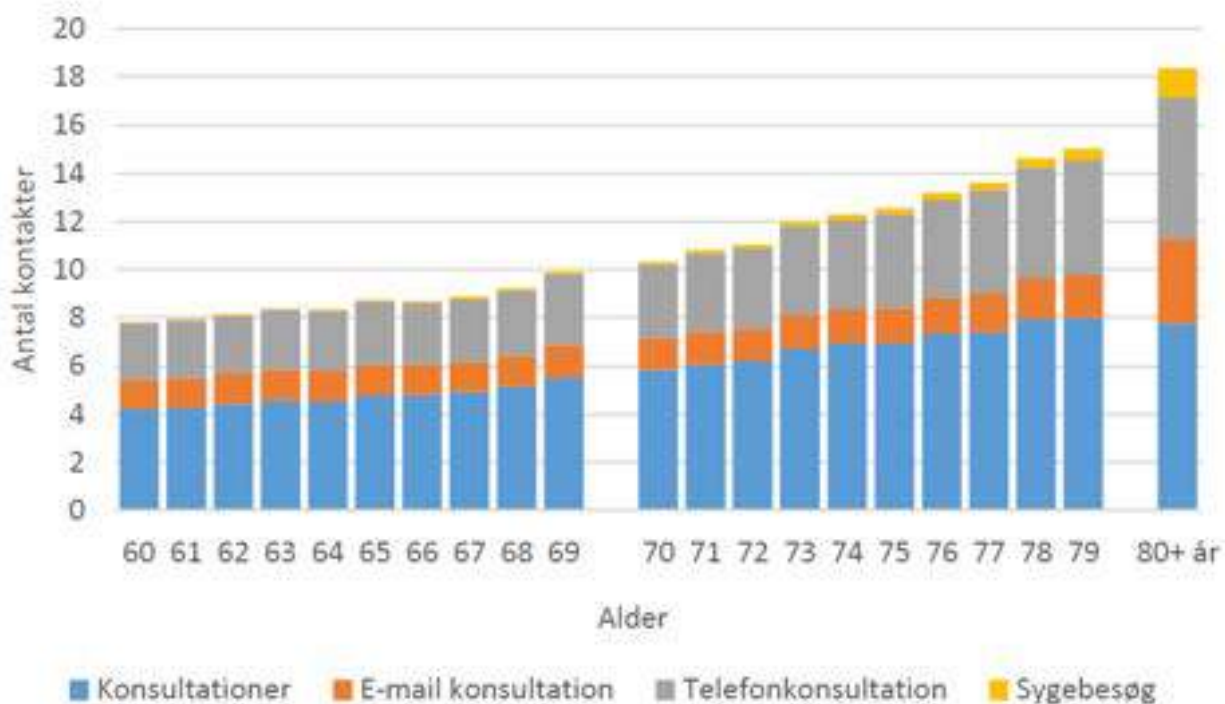
Kilde: Ydelsesregisteret. Note: Afgrænset til såringsgruppe 1. Data for udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Den gennemsnitlige danske patient har kontakt til sin læge ca. 7,7 gange om året<sup>7</sup>, hvilket svarer til en årlig udgift på 1.552 kr. Patienterne på 80 år eller derover besøger lægen oftere og har en gennemsnitlig udgift på 3.544 kr. årligt, mens patienterne på mellem 3-15 år ser lægen mindst og har en udgift på 957 kr. om året. Patienterne i aldersgrupperne 60 år eller mere er i øvrigt de eneste, der har højere udgifter pr. patient end gennemsnittet. Udgiften pr. patient er beregnet på ydelser givet i både dag- og vagttid<sup>8</sup>.

Kilde: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2021\\_september\\_2021.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf)

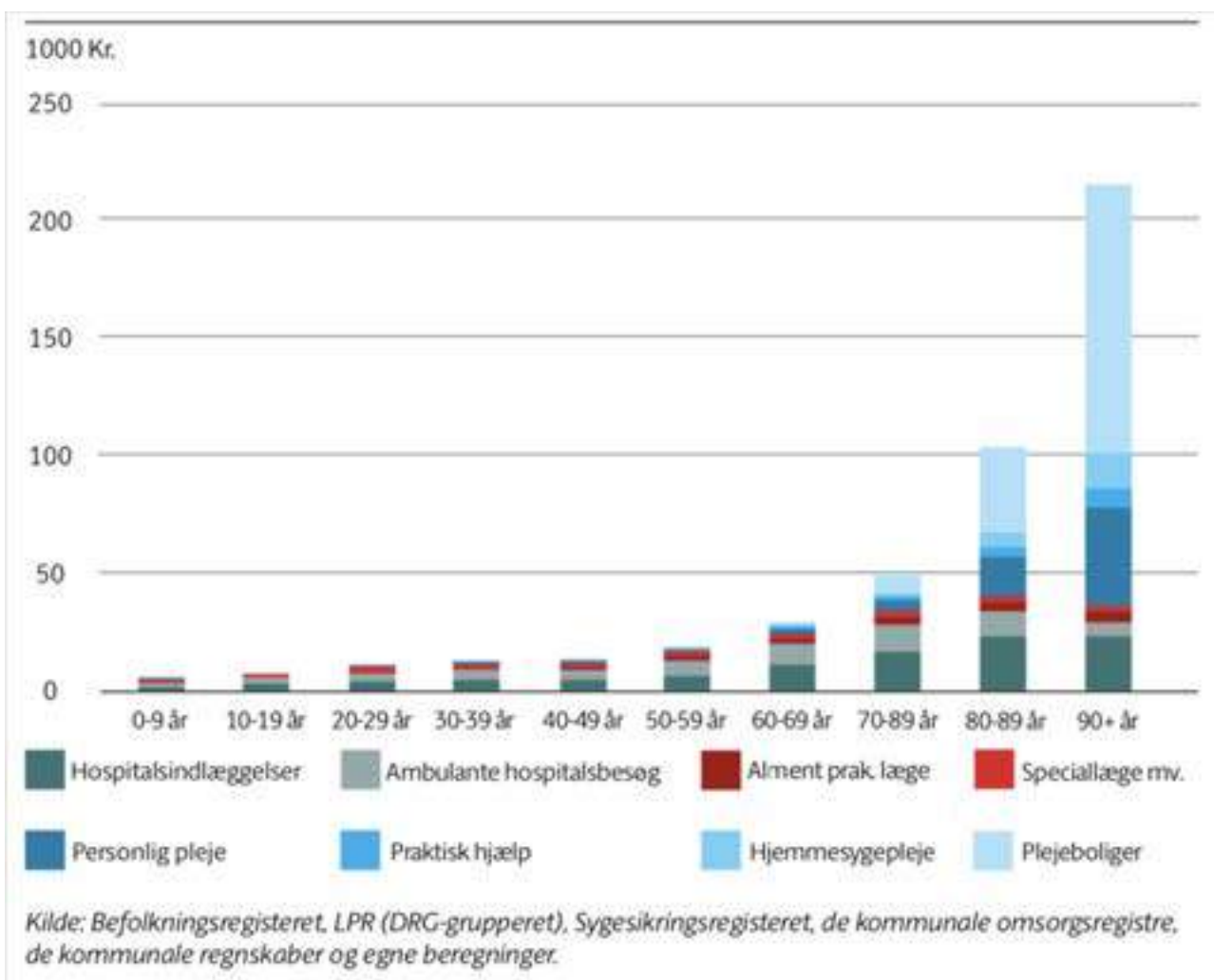


**Figur 3: Gennemsnitlig antal årlige kontakter for patienter på 60 år eller derover i 2015**



Da behovet for lægeydelser stiger med alderen, betyder det, at der fra 2015 og frem til 2025 bliver brug for ca. 350 flere praktiserende læger – alene som følge af væksten i ældrebefolkningen.

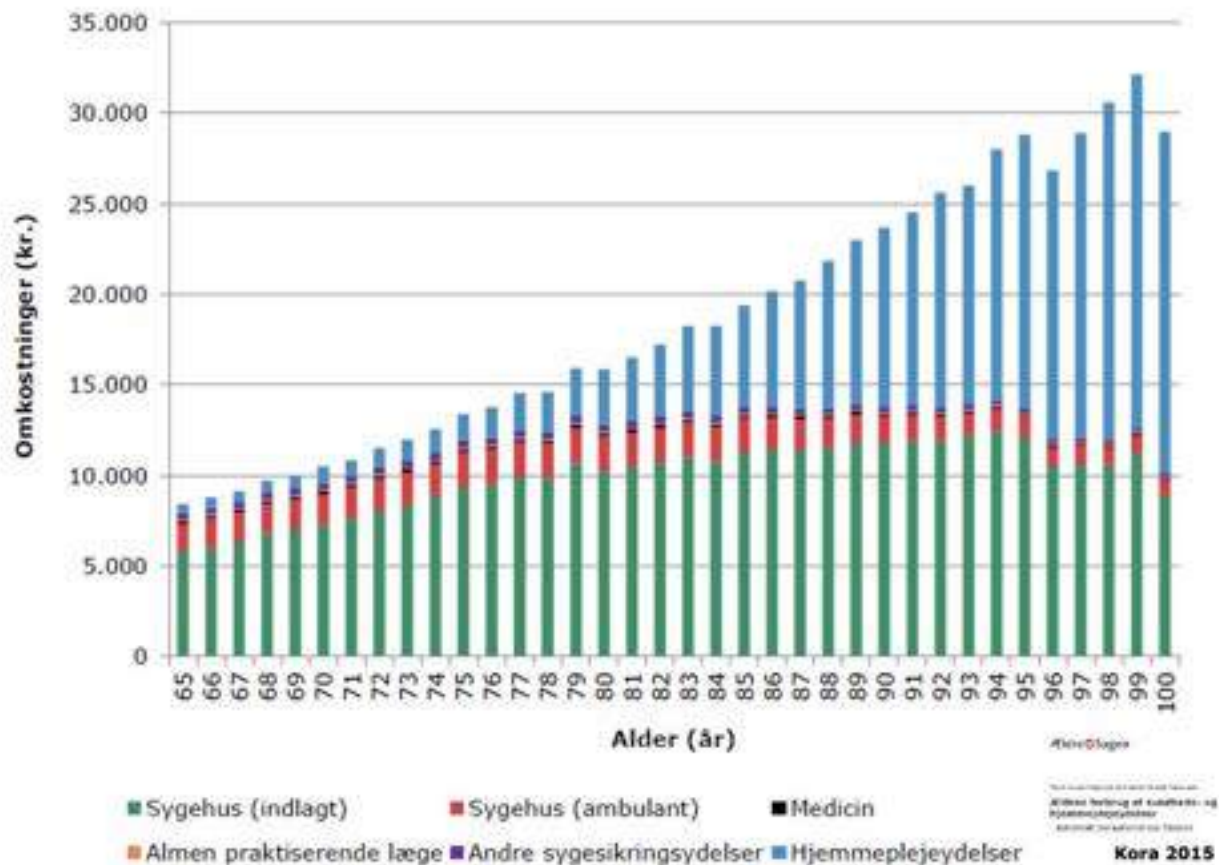
## HVAD KOSTER EN BORGER?



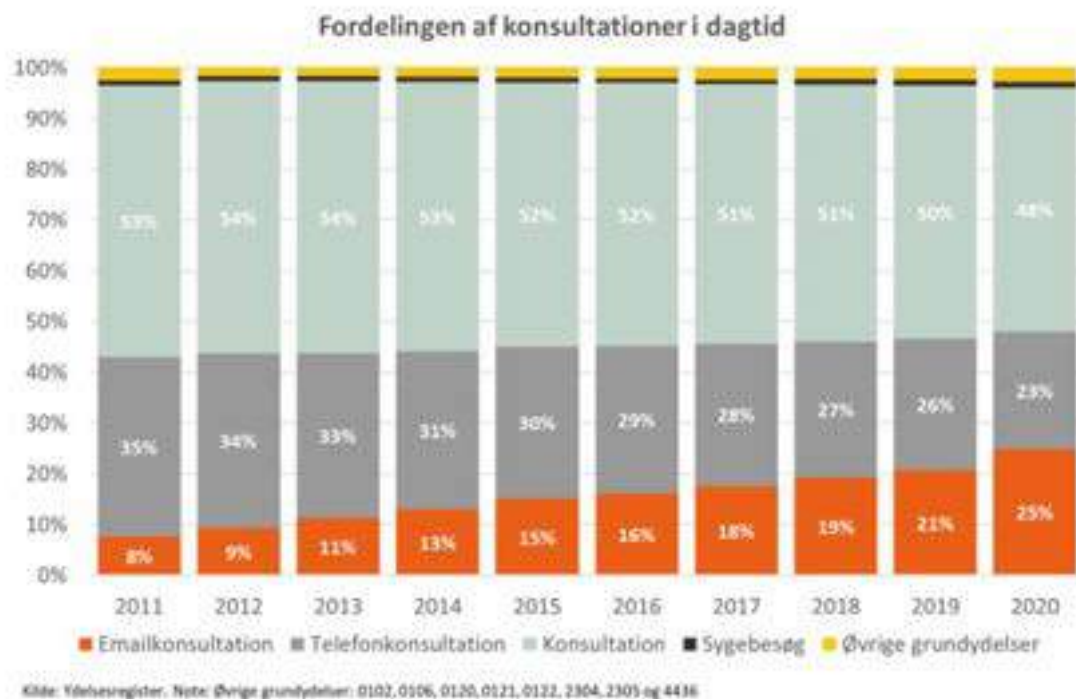
## HVEM OG HVAD KOSTER MEST?

Hvem og hvad koster mest – og er sundhedsvæsnet indstillet efter dette?

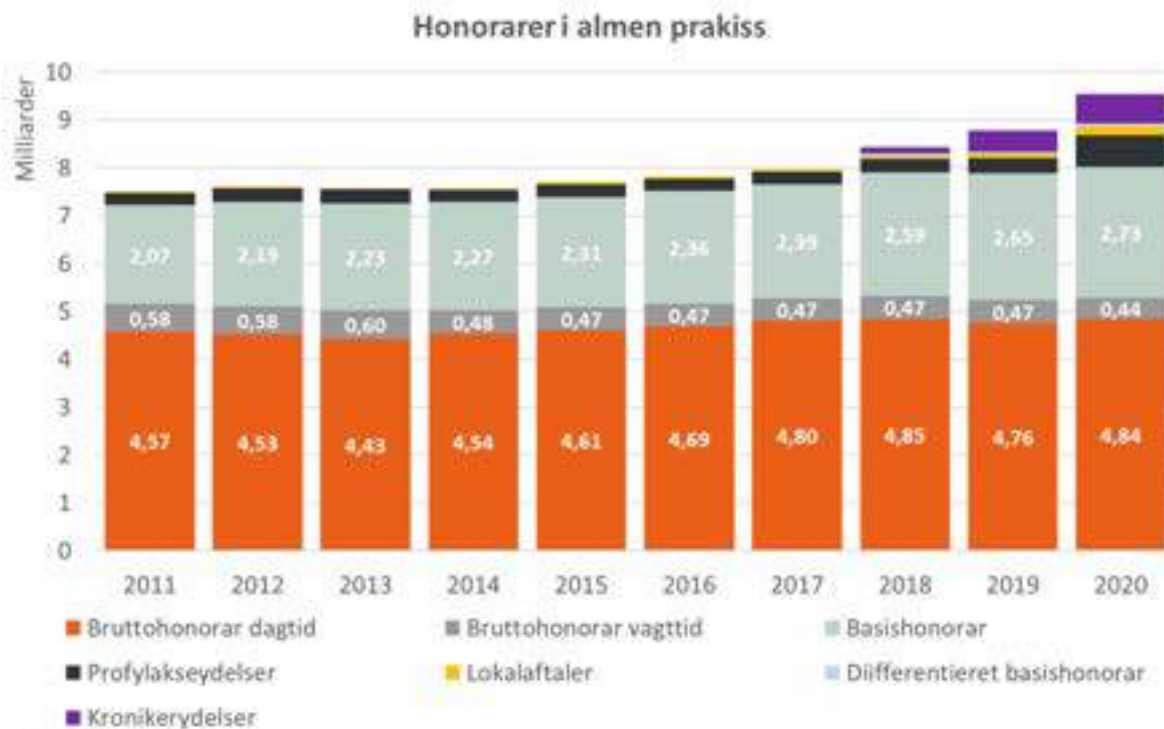
**Figur 4.1** De samlede gennemsnitlige omkostninger pr. person ved forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser hos 65-100-årige personer fordelt på alder og ydelsestype. Danmark. 2012. (Kr.)



## FORDELING AF KONSULTATIONER I DAGTID



Kilde: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2021\\_september\\_2021.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf)



Kilde: Ydebesregisteret

Kilde: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/aktivitet\\_og\\_oekonomi\\_2020.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/aktivitet_og_oekonomi_2020.pdf)

## PRAKTISERENDE LÆGERS GENNEMSNITSALDER

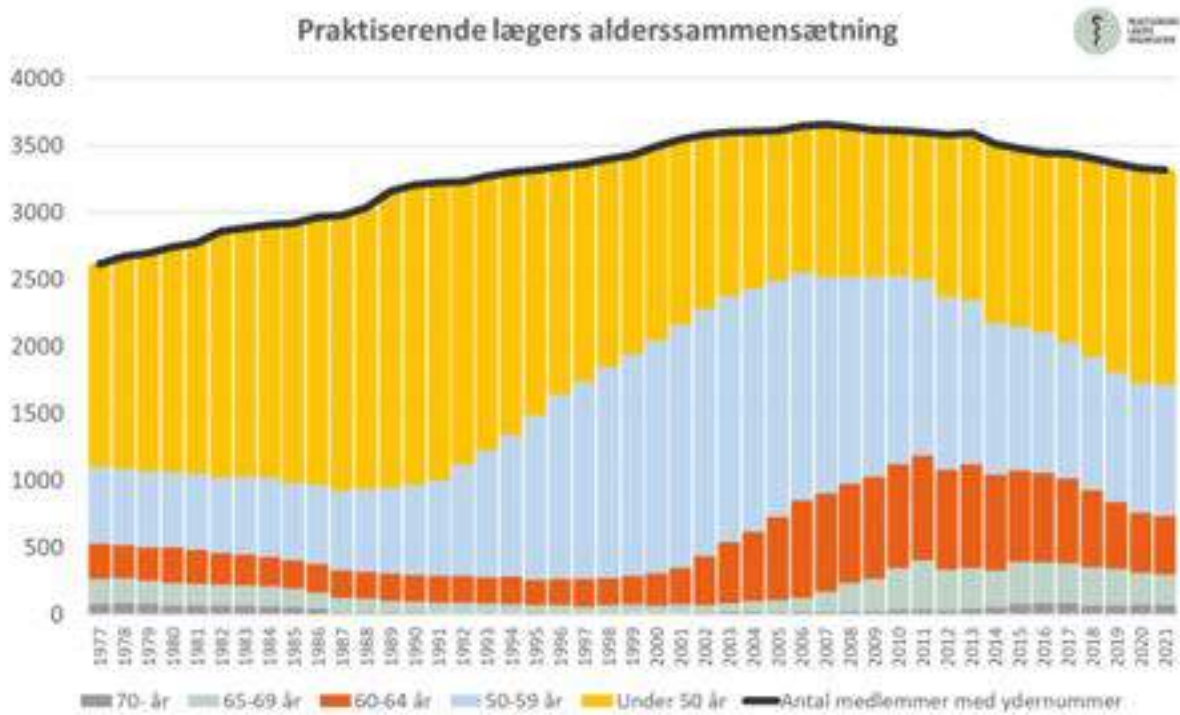


Kilde: Lægeforeningens medlemsregister

Gennemsnitsalderen i 2021 på 51,5 år er 2,9 år lavere end i 2011, hvor gennemsnitsalderen for de praktiserende læger toppede med en gennemsnitsalder på 54,4 år. For 44 år siden i 1977 var gennemsnitsalderen for en praktiserende læge 47,8 år.

Kilde: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2021\\_september\\_2021.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf)

1.4. Alder



Kilde: Lægforeningens medlemsregister

Kilde: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2021\\_september\\_2021.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2021_september_2021.pdf)