

Almen praksis - Hvad kan Danmark lære af Norge og Sverige?

Bolette Friderichsen, formand for Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Magnus Isacson formand for Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) og Marte Kvittum Tangen, formand for Norsk forening for allmennmedisin (NFA)

Hvordan skal fremtidens danske sundhedsvæsen se ud? For øjeblikket arbejder Sundhedsstrukturkommissionen med dette spørgsmål, for der er en række udfordringer for vores sundhedsvæsen, som skal løses. Alle bolde er i luften, også almen praksis, og måske er der store forandringer i vente.

Har vi brug for inspiration, kan vi blot kigge på de skandinaviske lande. På mange måder er vi ens, både politisk og økonomisk, men almen praksis er organiseret forbløffende forskelligt i de tre lande. Kan vi lære noget af vores skandinaviske kolleger?

De skandinaviske familielæger

I **Danmark** er 96% af lægerne selvstændig erhvervsdrivende, der selv deltager i patientarbejdet eller er ansat i sådan en klinik, ca. 1% regionsdrevne, og ca. 3% drives af koncerner, der ejes af (udenlandske) kapitalfonde. Disse tilsammen 4% har typisk vikarer ansat af kort eller længere varighed, hvorved antallet af borgere uden fast læge i dag er ca. 250.000. De 96% selvstændige lægeklinikker er fra 1 til 8 læger, men typisk 2-3. Der er i snit 1.650 patienter pr. læge, som gennemsnitlig har 1,3 praksispersonale til hjælp. Pris: 10,5 mia. DKK, svarende til 8% af sundhedsbudgettet. Herudover ingen egenbetaling.

Den danske befolkning er på 5,9 mio. mennesker, dvs. almen praksis koster det offentlige ca. 237 euro pr. indbygger.

I **Norge** har kommunerne en forpligtelse til at sørge for at tilbyde alle, der opholder sig i kommunen, nødvendige almen lægehjælp (allmennlegetjenester). Ca. 80% af lægerne (fastlegen) er selvstændige, mens 20% er ansatte, det sidste tal er stigende. De selvstændige har gennemsnitlig 0,8 praksispersonale, mens de kommunalt ansatte har 1,2 personaler. Det indikerer, at almen praksis, hvor lægen er selvstændig, bliver drevet mere effektivt, end de steder, hvor lægehusene (legekontorerne) er kommunalt drevne. Den gennemsnitlige patientliste for de norske fastleger er på omkring 987 og faldende, listen er kortest i de mindre kommuner. Legekontorene har fra 1 til 17 læger, men typisk 5 læger. Patienterne er altid tilmeldt en navngiven læge, hvorved kontinuiteten bliver høj. Herudover er alle kontraktligt forpligtet til at levere 1 dag om ugen til forskellige kommunale opgaver udenfor lægekontoret, hvis kommunen ønsker det, såsom skoler, plejehjem eller sundhedstilbud (helsestasjon) for børn og unge. I de større byer vil man formentlig se en del man ikke kender i forvejen, patienter i forbindelse med de kommunale opgaver, mens der i de mindre byer vil være en større kontinuitet og kendskab.

Ca. 216.000 nordmænd har ikke en fast læge, men i stedet adgang til en vikar. Pris: 17 mia. NOK svarende til ca. 6% af sundhedsbudgettet¹. Dertil en vis egenbetaling. Den norske befolkning er på godt 5,4 mio. mennesker, dvs. almen praksis koster det offentlige ca. 266 euro pr indbygger.

I **Sverige** er under 5% selvstændige praksislæger (privatpraktiserande läkare). Langt hovedparten, nemlig 70%, er regionalt ansatte. Dertil er 20-30% ansat i koncerner, der kan være ejet af udenlandske kapitalfonde, tallet er stigende. 75% af lægerne har deres egen patientliste, men pga. stor lægemangel er det kun omkring 25-30%, der har en fast egen læge. Listelængden er gennemsnitlig på 2.200 patienter, det højeste i Skandinavien. Patienterne kan frit vælge at konsultere andre lægeklinikker (vårdcentraler) end deres egen. Vårdcentralen har fra 1-25 læger, gennemsnitlig 6-10, og hertil gennemsnitlig 3-4 personaler pr. læge, af meget forskellig sundhedsfaglig baggrund. Udgiften til almen praksis i Sverige er 36½ mia. SEK, svarende til 17% af sundhedsbudgettet²³, men dette tal rummer også visse dele af rehabiliteringsindsatsen udenfor sygehus. Herudover er der en vis egenbetaling, fx på akutmodtagelsen i Stockholm er det 450 SEK (294 DKR).

Den svenske befolkning er på ca. 10½ mio. mennesker, dvs. almen praksis koster det offentlige ca. 303 euro pr. indbygger.

Gode råd fra de norske praktiserende læger til et dansk system

Den norske model for almen praksis (fastlegeordning) sikrer alle borgere opfølgning af en fast læge, og når det fungerer, er det den bedste måde at organisere almen lægetjeneste til en befolkning på. Vi ved, at kontinuitet i læge-patientforholdet reducerer antallet af henvisninger til speciallægehjælp, mindsker behovet for lægevagt, og det reducerer også den relative risiko for at dø. Informationens kontinuitet opretholdes ved, at der er en læge, der har koordineringsansvar, og faste læger håndterer 90% af alle henvendelser selv uden behov for henvisning videre. Borgerne er meget tilfredse med fastlegeordningen, og måske er den blevet lidt offer for sin egen succes. Der er meget ansvar for en læge, og hvilke opgaver, der gives til lægen, har ingen regulering. Vi savner en overordnet organisering, der kan varetage lægens interesser og prioriteringer.

Rådet fra de norske praktiserende læger til Danmark er at sikre patient-lægekontinuitet og bevare kapacitet, så alle opgaver, der kan løses inden for almenmedicin, varetages af en læge, der kender patienten. Bæredygtigheden i en offentlig sundhedstjeneste i velfærdsstaten afhænger af en organisering med almenlægen som gatekeeper for at sikre alle borgere lige adgang til nødvendige sundhedstjenester og bedst mulig sundhed. Helprivate aktører, der sælger sundhed som en vare, bør ikke kunne bruge de offentlige sundhedskroner og må reguleres.

¹ Det norske sundhedsbudget er på omkring 453 mia. NOK, men det kan ikke direkte en-til-en sammenlignes med det danske eller svenske, da de tre lande ikke opgør det helt ens. Se også fodnote 2.

² Tallene mellem Sverige, Norge og Danmark kan ikke direkte sammenlignes på grund af forskellige opgørelsesmetoder, og internt er der også forskellige opgørelsesmetoder. Den svenske lægeforening, SFAM, anslår, at almen praksis får 17% procent af sundhedsbudgettet. SFAM oplyser endvidere, at det er svært at udskille, hvor meget sundhedscentrene får, da de har forskellige opgaver i forskellige regioner, og primærpleje defineres på forskellige måder.

³ De 36½ mia. SEK er kun direkte knyttet til almen praksis, derudover kommer der udgifter til andre pleje-, behandlings- og rehabiliteringsopgaver, som ikke er en del af 36½ mia. SEK.

Gode råd fra de svenske praktiserende læger til et dansk system

Sverige har omvendt en mindre grad af læge-kontinuitet end de andre skandinaviske lande, og en stor lægemangel trods meget personale og lange patientlister. Lægen er typisk offentligt ansat, og der er stor løbende udskiftning mange steder. Begge dele bidrager til ringe kontinuitet, og lægen har dermed ikke noget stærkt personligt ansvar for behandlingen. Det har flere negative konsekvenser.

Da ansvaret ikke er entydigt placeret, betyder det, at man skubber problemerne videre til andre, og patienterne ikke ved, hvor de skal henvende sig, hvis de har brug for en læge. Som en reaktion på de manglende læger er der indført "netläker"⁴ (online-læger) samt specialiserede sygeplejersker inden for fx KOL eller diabetes, hvilket giver en fragmenteret omsorg. En anden udfordring er, at store koncerner "vårdføretag" etablerer sig på området. Brugen af netläker koster ca. 1 mia. SEK om året, og ofte ender en konsultation hos dem i, at man som patient bliver sendt videre til fx hospitalet.

Herudover har de svenske myndigheder (Socialstyrelsen på vegne af regeringen) efter et grundigt analysearbejde kommet frem til, at en patientliste på 1.100 er passende - det giver et konkret mål at arbejde efter.

Det vigtigste råd fra Sverige, baseret på vores nationale erfaringer, må være, at hvis Danmark skal omstrukturere almen praksis, så skal I ikke give køb på principperne om egen læge, og at lægen er selvstændig. Denne model er med til at fastholde det personlige ansvar for patienterne. Fra svensk side misunder vi Danmark for, at I har et sådant system og en tradition for det. Forsøg på at afhjælpe udfordringerne med lægemangel med netläker er i hvert fald ikke en effektiv løsning.

Hvad kan vi lære?

Selv om vi i Skandinavien på mange måder er ens som lande og med ens samfundssystemer, så har vi alligevel valgt forskellige modeller for, hvordan vi organiserer det nære sundhedsvæsen – altså almen praksis. Anbefalinger til Danmark fra vores svenske og norske kolleger er i hvert fald, at vi skal holde fast i, at lægen er selvstændig, og at det er den praktiserende læge, der er gatekeeperen på sundhedsområdet. På den måde kan vi også sikre, at patient-lægekontinuiteten opretholdes, da den har en stor betydning for patienternes helbred.

Erfaringerne fra Norge og Sverige er, at de steder, hvor almen praksis er ejet af lægerne selv, der bliver de drevet mere effektivt, end der, hvor det offentlige driver klinikken.

I Norge har en læge typisk knap 1.000 listepatienter og i Sverige er anbefalingen omkring 1.100 patienter – i Danmark er tallet 1.650 patienter pr. læge. I Danmark er der i dag et politisk ønske om at vi skal have 5000 praktiserende læger i 2035, hvorved vi vil opnå en gennemsnitlig liste på 1180. Der er dog ikke nogen samlet plan eller finansiering på plads endnu. Antallet af hoveduddannelsesstillinger til specialet er øget til 350 pr. år, men beregninger viser det burde være 400, hvis målet skal nås.

⁴ De svenske netläker koster ca. 1 mia. SEK årligt.

Data

Norge: Der findes data for de norske sundhedsudgifter i tabellen "Helseregnskap" - <https://www.ssb.no/statbank/table/10814/> fra Statistisk sentralbyrå

Sverige: Statistikmyndigheten SCB i tabellen "Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter hälso- och sjukvårdsändamål (HC). År 2001 - 2021" og Allmän läkarvård finns inom HC 1.3.1. Som det fremgår af tabellen ligger det også en lang række andre elementer her.
