



Af: Claudia Haber og Randika Sivakumar, HU-læger i almen medicin, Region Midtjylland, og Morten Bondo Christensen, Forskningstræningen, Institut for Folkesundhed, AU, og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus - claudia.haber@outlook.com

FORSKNINGSTRÆNING

Den lille praksis med den store fordel

Kontinuitet har altid været en kerneværdi for familielægen. Gælder det også i større klinikfællesskaber?

Det gentagne møde mellem samme patient og læge fremmer relationskontinuiteten og opbygger en tryk og tillidsfuld alliance. Kontinuiteten bidrager med en akkumuleret viden om den individuelle patient, og undersøgelser peger på, at kontinuitet er associeret med lavere sygelighed, mindre dødelighed, færre indlæggelser, mindre kontakt til lægevagt/akutafdeling og bedre patienttilfredshed. Dertil kommer øget sundhedsfremme og compliance, reduktion af unødige undersøgelser, behandlinger og udgifter, færre lægefejl og øget arbejdsglæde. Diskontinuitet kan hos flere patienter skabe mistillid, skepsis, frygt for fejl, usikkerhed og illoyalitet over for egen læge.

Det moderne lægehus

Moderniseringen af almen praksis har budt på en udvikling mod større klinikker og en betydelig udfasning af sololægen. Øget forekomst af kronisk sygdom og kompleksitet, stigende forbrug af sundhedsydelser og politisk flytning af flere opgaver til almen praksis har spillet en rolle. Så hvad sker der med kontinuiteten, når flere læger deles om patienterne?

Den lille mod den store praksis

Vi indsamlede data fra en 2-mandssamarbejdspraksis i storbyen (praksis A) og en 5-mandskompagniskabspraksis fra en lille by (praksis B) i perioden januar 2021 til oktober 2023. Patienter over 18 år med isoleret angst/depression eller isoleret hypertension indgik i studiet. I alt blev 21 psykiatriske og 16 somatiske patienter inkluderet fra praksis A (fi-

gur 1 og 2), og 16 psykiatriske og 17 somatiske patienter blev inkluderet fra praksis B (figur 3 og 4). Graden af kontinuitet opgjorde vi som andelen af kontakter hos samme læge/mikroteam (læge + sygeplejerske) ud fra det samlede antal kontakter.

Den lille praksis som anfører

Som forventet havde den lille praksis en langt højere grad af kontinuitet sammenlignet med den store praksis – uanset diagnose. For begge patientgrupper gjorde det sig gældende, at de somatiske patienter lå lidt højere i kontinuiteten end de psykiatriske (97,8 % vs. 94,0 % i den lille praksis og 69,5 % vs. 55,7 % i den store praksis). Den lille praksis udmærkede sig ikke alene ved den høje kontinuitet, men i den grad også ved at bibeholde kontinuiteten til trods for et gennemsnitligt højere antal kontakter per patient (f.eks. 5 vs. 2,6 for de somatiske patienter) sammenlignet med den store praksis.

År i praksis baner vej for uovertruffen kontinuitet

Til trods for den generelt lavere kontinuitet i den store prak-

FORFATTERNE ANBEFALER

- Identificer patienter, der kan være særligt udsatte eller i risiko for at opleve diskontinuitet.
- Lav løbende audit på de patientgrupper, der kræver øget kontinuitet, f.eks. kronikere, sårbare, personer med lav socioøkonomisk status og lavt engagement i eget helbred.
- Udarbejd retningslinjer for visitation af de særligt sårbare patienter, f.eks. længere tider, en fast læge eller mikroteam, kontrol ved samme læge, før konsultationen er slut.

sis viste det sig, at den individuelle læges kontinuitet bl.a. afspejlede antallet af år, som lægen havde arbejdet i den store praksis: lægen, der havde arbejdet i 1 år, havde en kontinuitet på 37,9 % sammenlignet med en kontinuitet på 71,4 % hos den læge, der havde arbejdet der i 24 år. Denne positive sammenhæng mellem varighed af arbejde i praksis og kontinuitet, som vi finder, passer med fund i tidligere studier. Når lægens virke i praksis afbrydes (orlov, sygdom, ferie, generationsskifte mm.), falder kontinuiteten, og dette kunne vi ved en manuel gennemgang af alle inkluderede patienters kontakter også konstatere, da der i den store praksis både var afbræk i en læges virke grundet længere tids fravær og for en anden læge et generationsskifte. I sådanne tilfælde vil det i den store praksis uundgåeligt føre til overgangsperioder med "doctor shopping". Det kan ikke udelukkes, at den generelt lavere kontinuitet, som ses i den store praksis, formentlig havde været mindre udpræget, hvis studieperioden ikke havde indbefattet både længere tids fravær og generationsskifte hos lægerne.

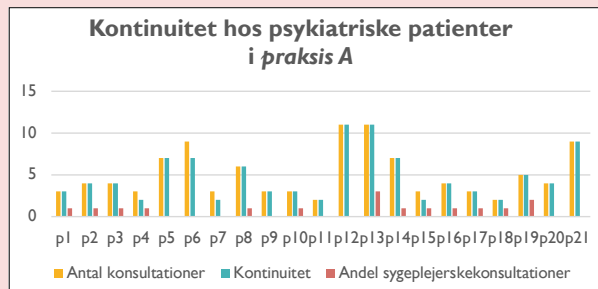
Når lægens tilgængelighed gør forskellen for patienten

De patienter, der har opnået en tillidsfuld og tryk relation til deres faste læge, kan oftere acceptere længere ventetid på opfølgning. Tilgængeligheden af den faste læge formodes således at spille en mindre rolle her. I den lille praksis har patienterne én fast læge, sjældent en uddannelseslæge. I den store praksis, med 9 læger og ca. 2,5 gange flere tilmeldte patienter, er den faste læge typisk booket langt frem af både "faste" og "nye" patienter. Her kommer bl.a. vikarer, uddannelseslæger og til dels øvrigt personale i spil med ledige tider, og der opstår let en diskontinuitet, når akut forværring af kroniske sygdom varetages af en person, som patienten ikke nødvendigvis kender. I den store praksis fandt vi således flere patienter med parallelle forløb ved forskellige læger. Det kunne være interessant at undersøge om patienterne – og lægerne – her er tilbøjelige til at miste overblikket og fejlagtigt få den opfattelse, at der er "styr på hele patienten"; patienten har jo "lige været ved lægen".

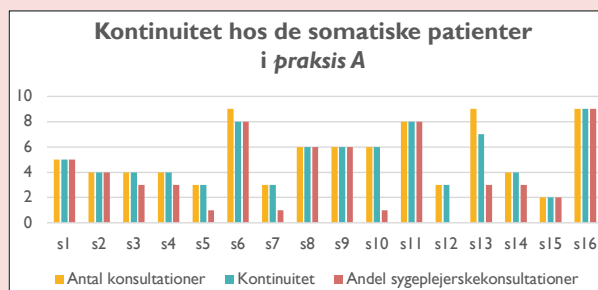
Fælles front for en styrket kontinuitet

For at styrke kontinuiteten må man dykke ned i de praksis- og patientkarakteristika, der har betydning for den relationelle kontinuitet i netop den enkelte praksis. Det kunne være praksisstørrelse, ansættelsesvarighed, geografi, lægens præferencer og uddelegering af opgaver til andet personale. Derudover kan patientpopulationens helbredsmæssige og socioøkonomiske sammensætning samt patienternes præferencer have betydning.

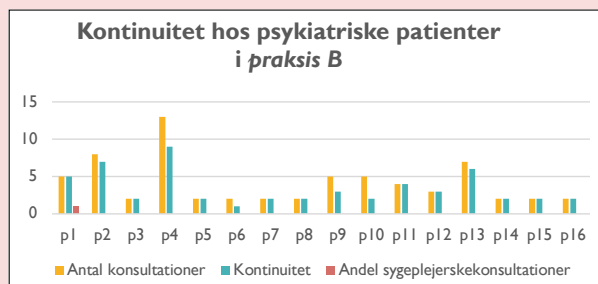
I sidste ende er vi fælles om at værne om kontinuiteten for at nyde godt af dens positive konsekvenser. //



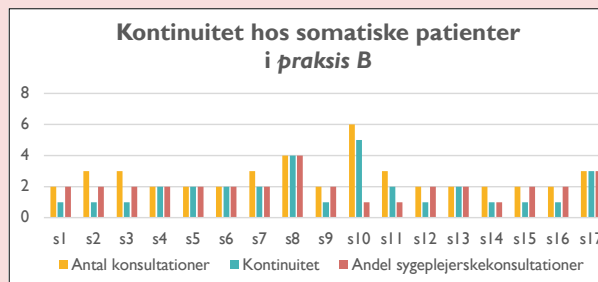
Figur 1: Antal konsultationer (gul) og fordelingen af disse ved samme mikroteam som udtryk for kontinuiteten (blå). For eksempel har p4 i alt 3 kontakter, hvor 2 af disse er ved fast mikroteam, og 1 af det totale antal kontakter er ved sygeplejerske. Kontinuiteten er således hos p4 66,7 %. Samlet ses en kontinuitet på 94,0 %. Andelen af sygeplejerskekonsultationer udgør 18,4 %.



Figur 2: Antal konsultationer (gul) og fordelingen af disse ved samme mikroteam som udtryk for kontinuiteten (blå). For eksempel har s8 i alt 6 kontakter, hvor alle 6 af disse er ved fast mikroteam, og alle kontakterne er ved den samme sygeplejerske. Kontinuiteten er således hos s8 100 %. Samlet ses en kontinuitet på 97,8 %. Andelen af sygeplejerskekonsultationer udgør 70,5 %.



Figur 3: Antal konsultationer (gul) og fordelingen af disse ved samme læge som udtryk for kontinuiteten (blå). p1 ses med en enkelt sygeplejerskekonsultation som del af et mikroteam. For eksempel har p9 i alt 5 kontakter, hvoraf 3 af disse er ved fast mikroteam. Kontinuiteten er således hos p9 60 %. Samlet ses en kontinuitet på 55,7 %. Andelen af sygeplejerskekonsultationer udgør 1,5 %.



Figur 4: Antal konsultationer (gul) og fordelingen af disse ved samme behandler som udtryk for kontinuiteten (blå). For eksempel har s2 i alt 3 kontakter, hvor 1 af disse er ved fast mikroteam, og 2 af kontakterne er ved 2 forskellige sygeplejersker, som ikke er en del af mikroteamet. Kontinuiteten er således hos s2 33,3 %. Samlet ses en kontinuitet på 69,5 %. Andelen af sygeplejerskekonsultationer udgør 75,6 %.