

Almen praksis analyser - kort fortalt

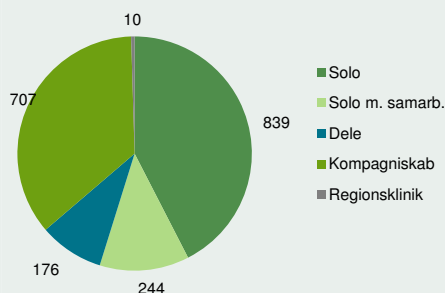
Hvor stor er praksissektoren?

Almen praksis består af ca. **3.500 fuldtidslæger** fordelt på knap **2.000 praksisser**.

Der er i gennemsnit **1.600 tilmeldte patienter** pr. fuldtidslæge. Region Syddanmark har 1.500 patienter pr. læge og dermed færrest, mens Region Nordjylland har 1.700.

Knap halvdelen af praksisserne er **solo praksis** med en læge, og en tredjedel er **kompagniskaber** med flere læger. Der er **kun 10 regionsklinikker** svarende til en ½ pct.

Figur: Fordeling af praksistype (antal praksis)



Hvor mange borgere har kontakt til almen praksis?

Over **8 ud 10 borgere** er årligt i kontakt med almen praksis (alm. konsultation, telefon eller e-mail).

Og knap **8 ud 10 borgere har en alm. konsultation**, og 6 ud af 10 har en telefonkonsultation.

For ca. 10 år siden havde kun et begrænset antal borgere en e-mail konsultation. I dag har **2 ud 10 borgere har en e-mail konsultation**.

Figur: Andelen af befolkningen med kontakt til almen praksis



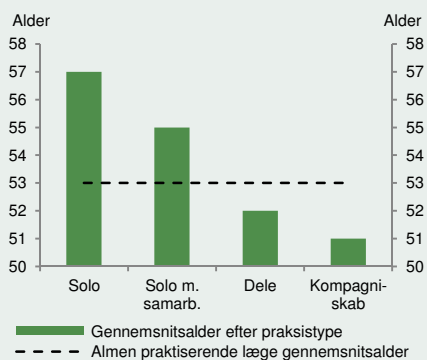
Hvem er den alment praktiserende læge?

Den **alment praktiserende læge er i gennemsnit 53 år**.

I Region Syddanmark er gennemsnitsalderen 52 år, og i Region Nordjylland er den 55 år.

Lægerne i solo praksis er i gennemsnit 6 år ældre end lægerne i kompagniskaber.

Figur: Gennemsnitsalder fordelt på praksistype

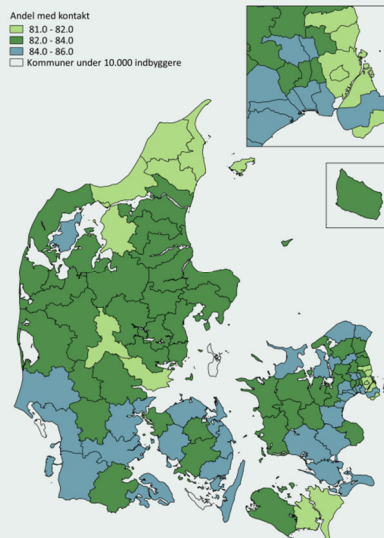


48 pct. af lægerne er kvinder. I Region Hovedstaden udgør kvinder 52 pct., mens de udgør 38 pct. i Region Nordjylland

Hvor mange borgere har kontakt på tværs af landet?

Der er små geografiske forskelle i andelen af borgere med en årlig kontakt til almen praksis.

I Tønder kommune har godt 85 pct. af borgerne kontakt til almen praksis, og i Gentofte er det godt 80 pct. af borgerne.

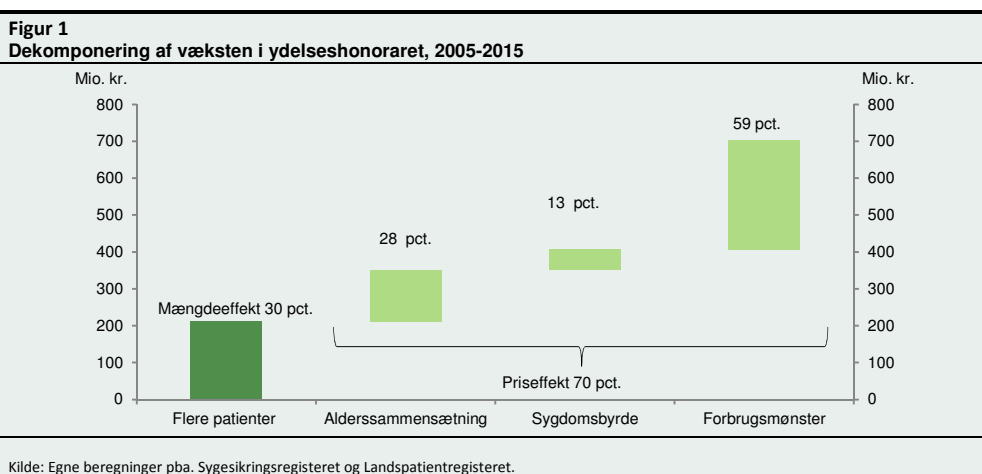


Flere borgere behandles og mere behandling af den enkelte

Honorarsystemet i almen praksis består overordnet set af et fast honorar pr. tilmeldt patient (basishonoraret) og et aktivitetsafhængigt honorar (ydeshonoraret), hvor den praktiserende læge aflønnes for behandlinger og undersøgelser af sine patienter fx en almindelig konsultation.

De aktivitetmæssige udgifter (ydeshonoraret) til almen praksis udgjorde i 2015 ca. 5 mia. kr. Siden 2005 er udgifterne steget med over 700 mio. kr. (2016-priser), svarende til en gennemsnitlig årlig stigning på 1,5 pct.

- Omkring 30 pct. (ca. 210 mio. kr.) af udgiftsudviklingen kan henføres til behandling af flere patienter (mængdeeffekten), *jf. figur 1*.
- De resterende 70 pct. af udviklingen (ca. 500 mio. kr.) kan henføres til, at den enkelte patient er blevet dyrere (priseffekten). Fordyrelse af behandlingen pr. patient kan tilskrives:
 - Flere ældre patienter (28 pct.)
 - Øget sygelighed blandt patienterne (13 pct.)
 - Ændringer i forbrugsmønstret (59 pct.): Den enkelte patient har flere kontakter og/eller den enkelte kontakt er blevet dyrere



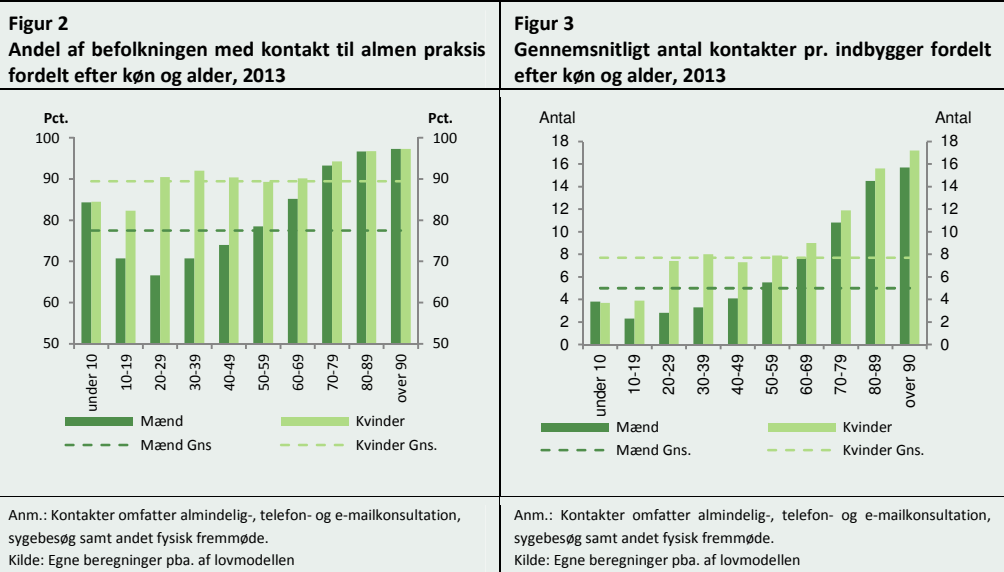
- Befolkningens ændrede forbrugsmønster kan primært henføres til ældre borgere på 80 år eller derover. De har flere kontakter og tillægsydelser i almen praksis end for ti år siden, og den enkelte kontakt er blevet dyrere. Det gennemsnitlige årlige ydeshonorar er steget både for ældre borgere uden kroniske sygdomme og for ældre borgere med få eller flere kroniske sygdomme.

Læs mere: *Udvikling i aktivitetsafhængige udgifter i almen praksis*

Kontakter afhænger af befolkningens alder og socioøkonomiske baggrund

Langt de fleste borgere er i kontakt med almen praksis i løbet af et år. Borgerens alder og køn spiller dog en væsentlig rolle for kontaktmønsteret.

- Der er forskelle i antallet af kontakter og andelen med kontakt til almen praksis på tværs af aldersgrupper.
- Andelen der har kontakt til alment praktiserende læge i løbet af et år er særlig høj for ældre over 80 år (97 pct.), jf. figur 2. I gennemsnit kontakter ældre over 80 år deres læge mere end 16 gange årligt, jf. figur 3.
- En relativ stor andel (84 pct.) af børn under 10 år er også årligt i kontakt med lægen, med omkring 4 årlige kontakter i gennemsnittet.
- En forholdsvis stor del af gruppen af unge mænd har ikke kontakt med deres læge over en periode på et år – ca. 35 pct. for de 20-29 årige mænd.



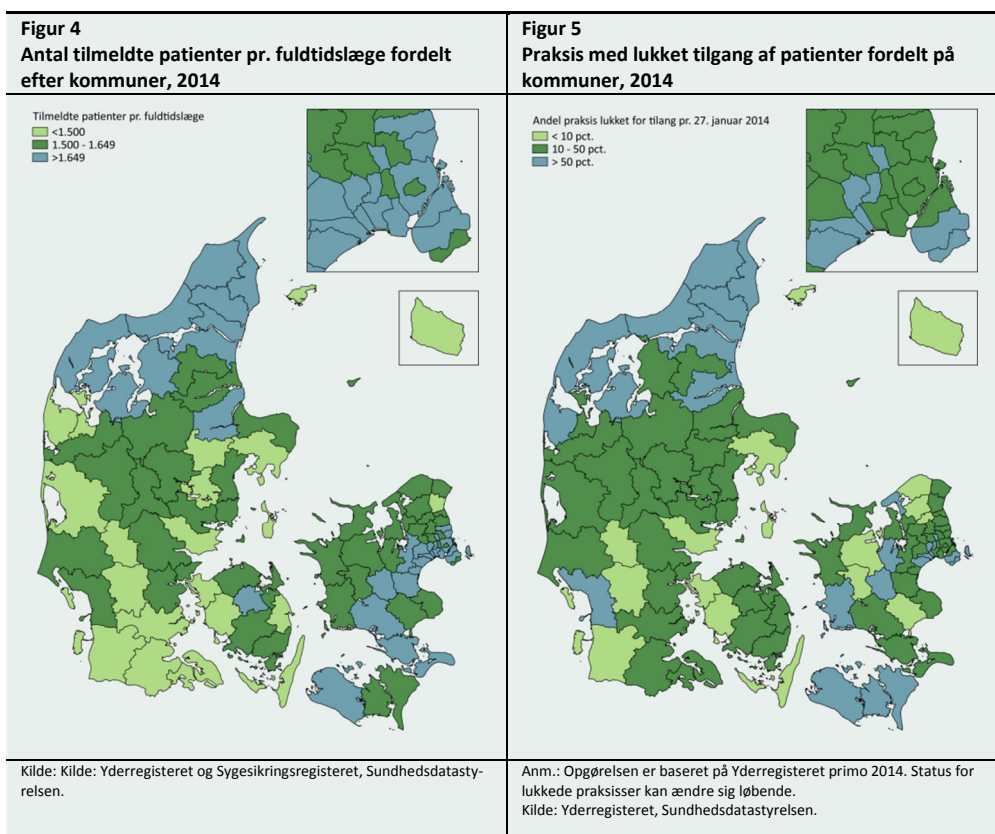
Der er endvidere forskel på, hvor ofte man kontakter lægen afhængigt af uddannelsesbaggrund, indkomst, arbejdsmarkedstilknøytning mv.

Læs mere: *Befolkningens kontakter til almen praksis*

Geografiske forskelle i tilrettelæggelsen af almen praksis

Det er vigtigt at sikre den nødvendige kapacitet, så sektoren kan løfte nuværende og fremtidige opgaver. Det skal bl.a. ske gennem en hensigtsmæssig fordeling af læger på tværs af landet og en effektiv ressourceanvendelse. Der er geografiske forskelle i lægernes kapacitetsanvendelse og arbejdstilrettelæggelse, herunder:

- Der er i gennemsnit tilmeldt knap 1.600 patienter pr. fuldtidslæge i almen praksis. Der er imidlertid nogen variation på tværs af landet. En stor del af nordjyske kommuner havde over 1.650 tilmeldte patienter pr. læge. Det samme ses i en række kommuner i Region Hovedstaden og Region Sjælland, mens de fleste sønderjyske og sydfynske kommuner havde under 1.500 tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge, *jf. figur 4*.
- I Region Nordjylland er ca. to ud af tre praksisser lukket for tilgang af nye patienter, mens det gælder ca. hver fjerde praksis i Region Syddanmark. Flere steder i Region Sjælland og Region Hovedstaden, samt en enkelt kommune i Region Syddanmark er mere end halvdelen af praksisserne i kommunen også lukket for tilgang af patienter, *jf. figur 5*. På landsplan er dette tilfældet for ca. 40 pct. af praksisserne.
- Der er også geografiske forskelle i praksisstørrelsen, dvs. praksisser med færre end to fuldtidslæger tilknyttet. Generelt er praksisser mindst i Region Hovedstaden og størst i Region Syddanmark.

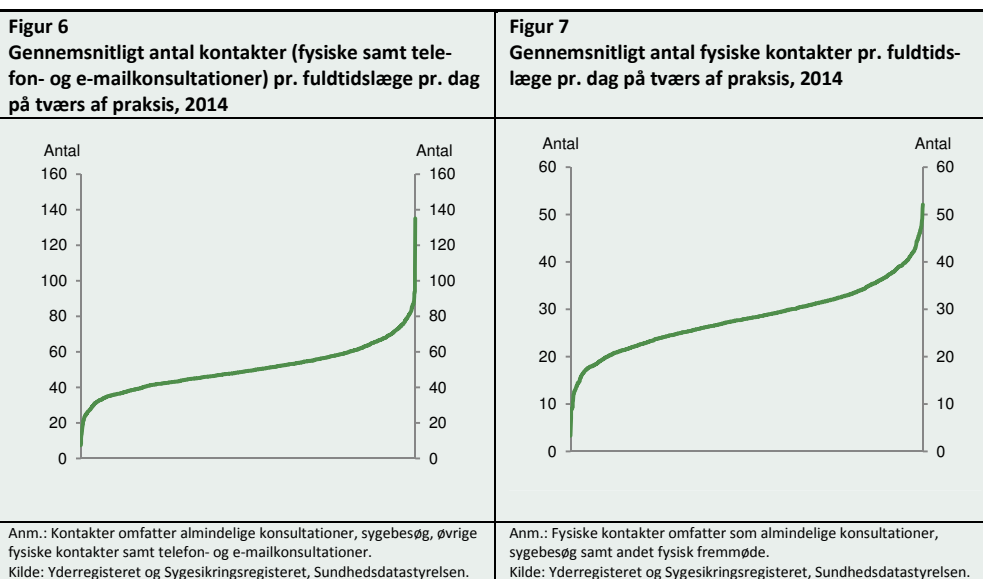


Læs mere: *Beskrivelse af almen praksis*

Stor variation i aktivitet på tværs af praksis

Adgang til lægen og lægedækning handler ikke kun om, der er et tilstrækkeligt antal læger pr. patient inden for et geografisk område. Det er ligeledes interessant, hvor meget den enkelte læge er i stand til at behandle med den givne mængde af ressourcer til rådighed.

- Der er en forholdsvis stor variation i, hvor mange patientkontakter en alment praktiserende læge gennemsnitligt har ansvaret for om dagen. På tværs af lægepraksis varierer antallet fra mindre end 10 kontakter til mere end 100, *jf. figur 6*.
- Antallet af fysiske kontakter, dvs. hvor lægen/klinikpersonalet og patienten befinder sig samme sted, fx ved en almindelig konsultation i praksis, varierer fra mindre end 10 til godt 50 kontakter pr. fuldtidslæge pr. dag, *jf. figur 7*.
- Der er visse faktorer, som har betydning for lægens aktivitet på tværs af praksis – bl.a. antallet af tilmeldte patienter, praksistype (solo- eller flermandspraksis), lægens alder og den geografiske placering af praksis, både hvad angår yder- eller bykommuner og på tværs af regioner.
- Forskelle på tværs af praksis i antal kontakter pr. fuldtidslæge kan også skyldes forskelle i brugen af praksispersonale, arbejdstilrettelæggelse, brugen af it-teknologi mv. Disse faktorer er dog ikke umiddelbart tilgængelige i data og indgår derfor ikke i analysen.

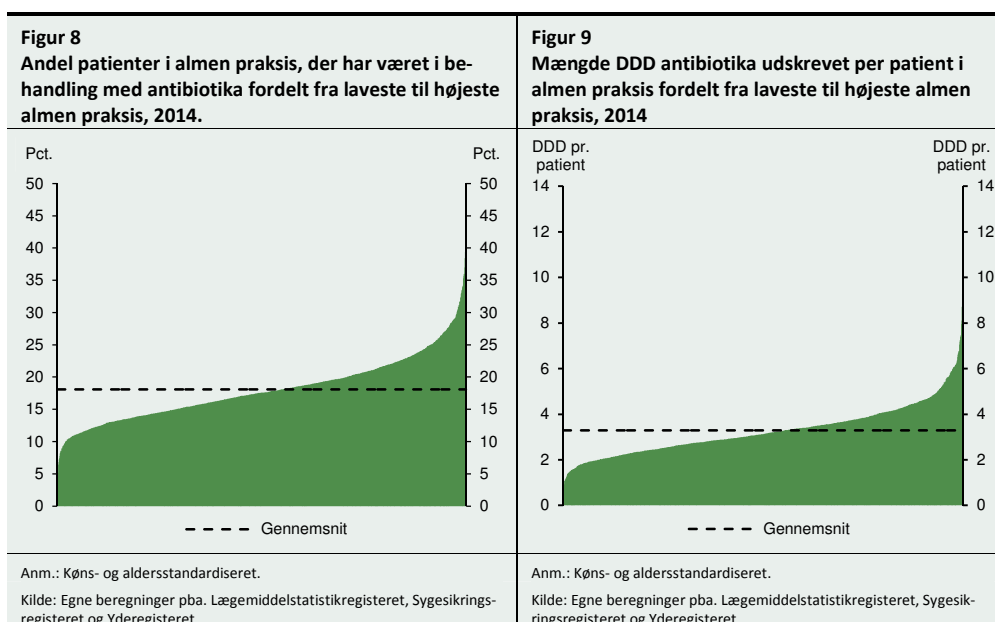


Læs mere: *Sammenhæng mellem karakteristika for praksis og antal kontakter i almen praksis 2014*

Variation i medicinordination på tværs af almen praksis

Antibiotika skal bruges med omtanke og kun, når det er nødvendigt, da der er risiko for, at bakterier bliver modstandsdygtige (resistente). Det betyder, at infektionerne bliver svære-re at behandle, og det er derfor vigtigt at begrænse unødige brug af antibiotika.

- I gennemsnit har ca. 18 pct. af befolkningen, svarende til over 1. mio. danskere været i behandling med antibiotika i 2014. Disse andele dækker dog over en betydelig spredning på tværs af almen praksis.
- Andelen af patienter, der har været i behandling med antibiotika varierer mellem 5 og 40 pct. på tværs af praksis, *jf. figur 8*.
- I de praksisser med det højeste mængdemæssige forbrug er mængden af antibiotika udskrevet til patienter over 12 gange så stort som i de praksisser med det laveste forbrug, *jf. figur 9*.



I analysen ses der også på ordination af lægemidler til behandling af type 2-diabetes samt lægemidler til behandling af angst og søvnforstyrrelser mv. (benzodiazepiner).

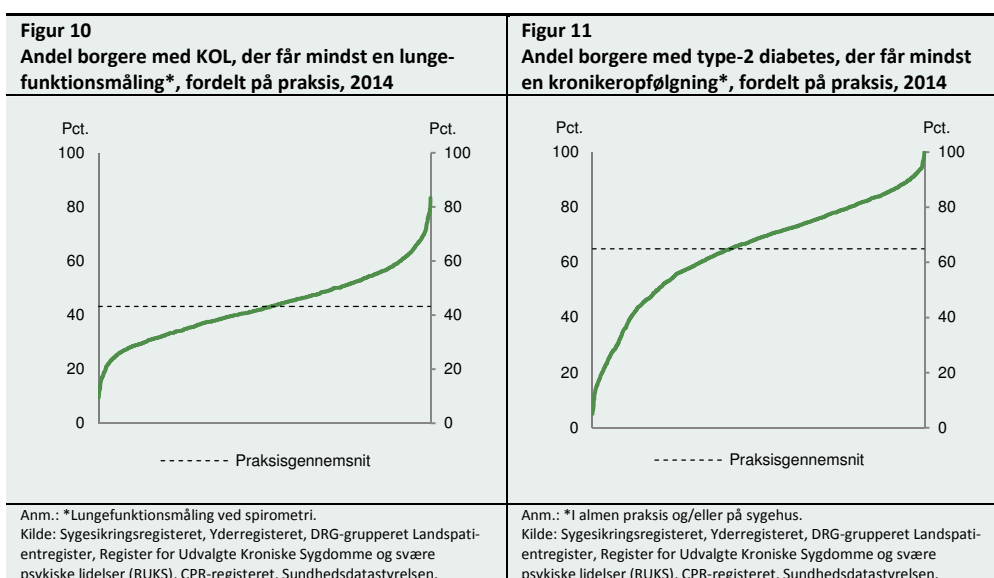
Læs mere: *Medicinordination i almen praksis*

Store forskelle i kronikeroptfølging i almen praksis

Almen praksis spiller i dag en væsentlig rolle i indsatsen, behandlingen og opfølgningen af patienter med kroniske sygdomme. En mere proaktiv indsats i behandlingen af kronisk syge patienter bliver en stadig vigtigere opgave for almen praksis.

Det fremgår af de faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og DSAM, at borgere med KOL eller diabetes skal tilbydes en årlig kontrol, hvor sygdommen vurderes, og sværhedsgraden afklares. Borgere med KOL skal i den forbindelse have mindst én årlig lungefunktionsmåling, mens borgere med diabetes bl.a. skal have målt langtidsblodsukker og blodtryk.

- Godt 40 pct. af borgerne med KOL har fået foretaget (mindst) en lungefunktionsmåling i 2014., *jf. figur 10.*
- Omkring 2/3 af borgerne med type-2 diabetes har haft en kronikeroptfølging, *jf. figur 11.*
- Disse andele dækker over en betydelig spredning på tværs af praksis. I nogle praksisser har omkring 10 pct. af borgerne med KOL fået foretaget en lungefunktionsmåling, mens det tilsvarende gælder mere end 80 pct. i andre praksisser.
- Tilsvarende var der i enkelte praksis omkring 5 pct. af borgerne med diabetes, der modtog en kronikeroptfølging, mens dette i andre praksisser gjaldt stort set alle borgere med diabetes.
- Der er visse variationer på tværs af karakteristika for praksis og borgere. Bl.a. sker der i højere grad kronikeroptfølging i praksisser med flere læger tilknyttet samt i praksisser, der har tilknyttet læger under uddannelse.

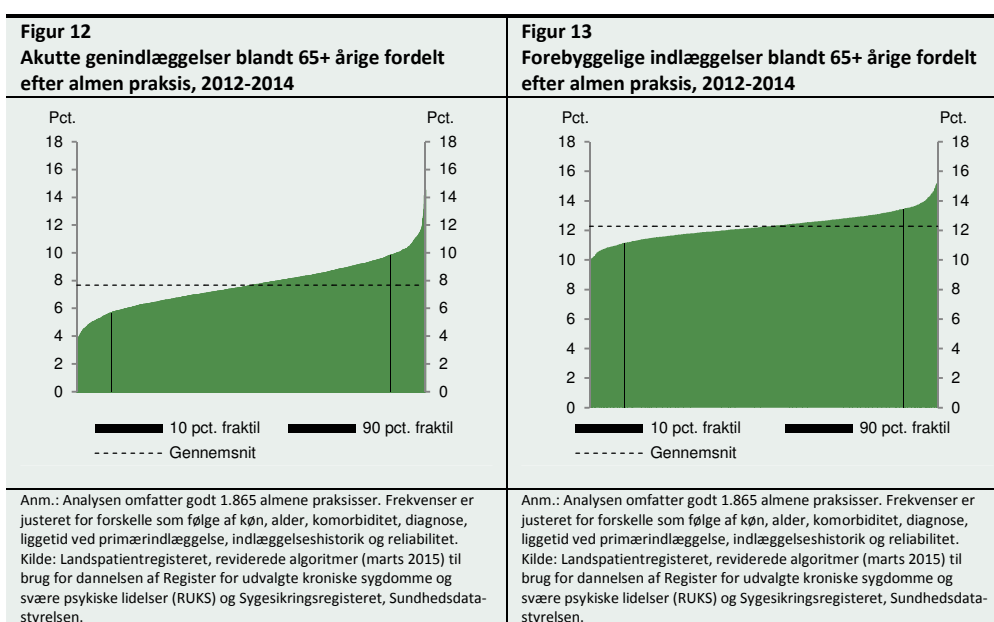


Læs mere: *Kronikeroptfølging i almen praksis – fokus på borgere med KOL og type-2 diabetes*

Forskelle i uhensigtsmæssige indlæggelser på tværs af almen praksis

Den praktiserende læge skal så vidt muligt håndtere sygdomme, så sygehusindlæggelser undgås. Der er imidlertid forskel på forekomsten af uhensigtsmæssige indlæggelser på tværs af almen praksis – selv når der tages højde for patientsammensætning (køn, alder, komorbiditet, diagnose, liggetid mv.) og tilfældige variationer i forekomsten.

- Genindlæggelsesfrekvensen for perioden 2012-2014 varierede fra under 6 pct. til over 10 pct. på tværs af almen praksis, *jf. figur 12*.
- Andelen af ældre borgere på 65 år eller derover med mindst én forebyggelig indlæggelse i perioden 2012-2014, varierede fra under 11 pct. til over 13 pct. på tværs af de enkelte praksis, *jf. figur 13*.
- Disse forskelle gælder uanset praksistype og lægekarakteristika.

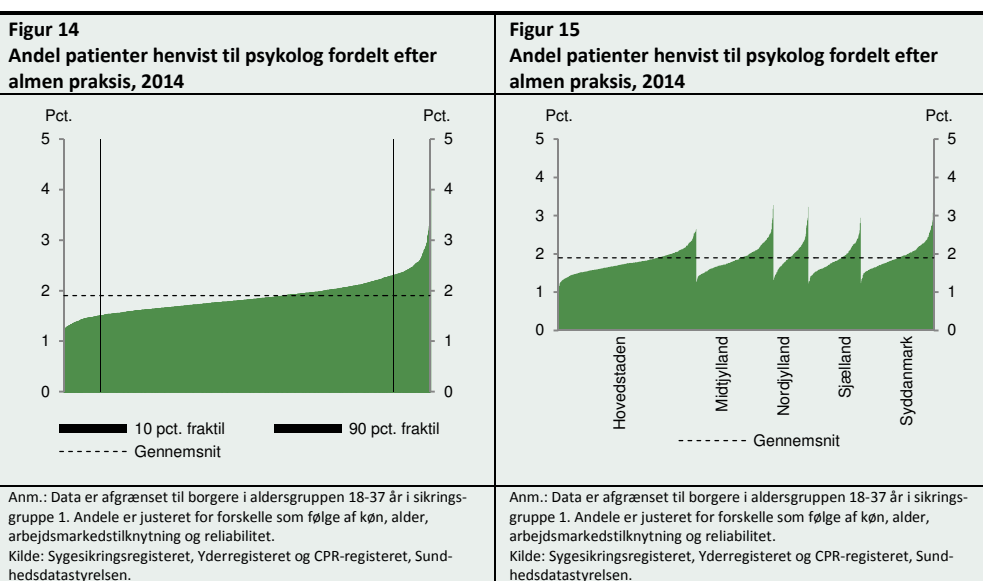


Læs mere: *Forebyggelsesindsatsen i almen praksis – med fokus på akutte genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser blandt ældre*

Forskelle i henvisningspraksis til psykologbehandling

Udgifterne ved tilskudsberettiget psykologbehandling er mere end fordoblet på ti år. Flere patienter henvises fra almen praksis til psykologbehandling for depression og angst.

- På landsplan henvises 2 pct. af patienterne til psykologbehandling i 2014. På tværs af de enkelte almen praksis varierer andelen af henviste fra 0,2 pct. til 8 pct. af patienterne. Når der tages hensyn til forskelle til patientsammensætningen er variationen mellem ca. 1 og 4 pct., *jf. figur 14*.
- Henvisning af patienter afhænger til en vis grad af patienternes bopæl. Patienterne med bopæl i Region Hovedstaden henvises i mindre grad til psykologbehandling end patienter i de øvrige regioner, og variationen på tværs af praksisser er generelt mindre i Region Hovedstaden, *jf. figur 15*.
- Praksisform har en vis betydning for lægernes henvisningspraksis. Således henviser læger i solopraksis relativt færre patienter til psykolog i forhold til de øvrige praksisformer, mens læger i kompagniskabspraksis tenderer til at henviser relativt flere.



Læs mere: *Henvisningspraksis i almen praksis – fokus på henvisning til psykolog*