

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?



Randika Sivakumar og Claudia Haber

Forskningstræningsopgave hold FT60

Vejleder: Morten Bondo Christensen

Januar 2024

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

INDHOLD

INTRODUKTION.....	2
HVORFOR KONTINUITET?	2
HVORFOR UDFORDRES VORES MULIGHED FOR AT TILBYDE KONTINUITET?	3
FORMÅL	3
METODE.....	3
INKLUSIONSKRITERIER	3
EKSKLUSIONSKRITERIER	3
DATAINDSAMLING	3
RESULTATER.....	4
PRAKSIS A.....	4
PRAKSIS B.....	6
DISKUSSION	8
ANSÆTTelsesvarighed	8
Tilgængelighed	8
Årskontrol	8
Andre faktorer med indvirkning på kontinuiteten	9
Hvordan kan vi bruge vores opnåede viden fra vores studie til at forbedre kontinuiteten i en stor praksis?	10
STYRKER OG BEGRÆNSNINGER	10
KONKLUSION	11
REFERENCER.....	12
BILAG	14
TABEL 1	14
TABEL 2.....	15
TABEL 3.....	16
TABEL 4.....	17

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

INTRODUKTION

Er forståelsen af patientens "egen læge" på vej væk? I takt med øget forekomst af kronisk sygdom, opsporing og behandling af disse samt mere fokus på sundhedsforebyggende tiltag i samfundet, er forbruget af sundhedsydelser i primær- og sekundærsektoren steget. Politisk flyttes flere opgaver fra sekundærsektoren ud til almen praksis. Samtidigt har opbygningen af almen praksis ændret sig gennem de seneste 20 år, hvor sololægen efterhånden udfases, og større kompagniskabspraksisser med mange tusinde patienter bliver fremtiden, både i Danmark og i bl.a. England. [1] Tilblivelsen af større kompagniskabspraksisser bunder bl.a. i lægerelaterede faktorer, herunder fokus på arbejdsglæde [2], fokus på den lægelige kerneopgave, fleksible arbejdstider [2], udskydelse af praksiskøb, fokus på øget kollegialt samvær, kompetencedeling og geografisk tilgængelighed. Desværre tyder studier på, at der i takt med stigende antal tilmeldte patienter i en lægepraksis, ses et lignende tab af kontinuitet [3] - en kontinuitet, der også udkonkurreres af ønsket om kort ventetid til næste konsultation. [1]

HVORFOR KONTINUITET?

Kontinuitet indbefatter begreberne relationskontinuitet (longitudinel ift. tid og interpersonel ift. tryghed og tillid), informationskontinuitet (godt kendskab og adgang til oplysninger af betydning) og organisationskontinuitet (alle i teamet forbliver de samme over tid). [4, 5, 6, 7] Dens vigtighed strækker sig ud over almen praksis og kan tilsvarende ses ved kommunale forløb, svangreomsorg m.fl. [5] Kontinuitet er ikke begrænset til en specifik sygdom, men bygger bro mellem forskellige sygdomme. [7] En tryk og tillidsfuld alliance, som fremkommer ved relationskontinuiteten, vurderes i sig selv at være helbredende – lægen bliver således et medikament i sig selv. [8]

Der er klar konsensus om, at kontinuitet bidrager med en akkumuleret viden om den individuelle patient, der kan bruges i efterfølgende konsultationer til at skræddersy rådgivning og behandling. En patient, der opfatter lægen som tilgængelig i tid og relation, har mere tilbøjelighed til at dele mere til gavn for både læge og patient. [4]

Denis et al [9] undersøgte den relationelle kontinuitet og mente, at læger har en tendens til at overestimere deres effektivitet i mødet med den *ukendte* patient og samtidigt underestimere deres effektivitet i mødet med den *kendte* patient. Denne association fandt de gennemgående i ni lande fordelt på tre kontinenter og i meget forskelligartede populationer og sundhedssystemer, hvilket antyder, at den relationelle kontinuitet er en basal menneskelig effekt.

Historisk set har kontinuitet netop været et af kerneværdierne for familielægen, og selvom den relationelle kontinuitet i nogle tilfælde kan fodre et i forvejen problematisk, frustrationsfyldt læge-patient forhold, forsinke diagnostik og videre henvisning, [10] er der stærk evidens for, at kontinuitet er associeret med lavere morbiditet, mortalitet [4, 9, 10, 7, 11, 12], færre hospitalsindlæggelser [1, 6, 9, 10, 7, 13, 14], færre kontakter til lægevagt og akutafdeling [10, 7, 15, 13, 14, 16, 17] samt fremmer en bedre patienttilfredshed. [1, 5, 6, 18, 10, 19, 13, 14] Dertil kommer øget sundhedsfremme [10, 20], øget compliance, [4, 10] reduktion af unødige undersøgelser og behandlinger [4, 7, 21], færre udgifter, [4, 10, 13, 14, 22] formentligt færre lægefejl [23] og øget arbejdsglæde. [5] Sandvik et al fandt, at de positive konsekvenser af relationskontinuiteten ligeledes var dosis-afhængige. [7] For patienter med kroniske lidelser anses kontinuitet for at være særlig vigtig. [1, 18, 24, 13, 14] Alvorlig, livstruende eller terminal sygdom kan give fragmenterede patientforløb med mange aktører og påvirke kontinuiteten. Omvendt vil den bekymrede læge forsøge at forbedre disse forløb. Netop derfor er det at sikre kontinuitet et af DSAM's 7 pejlemærker for almen praksis [12].

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

HVORFOR UDFORDRES VORES MULIGHED FOR AT TILBYDE KONTINUITET?

Arbejdspresen for almen medicinske læger stiger, hvilket giver mindre tid til den enkelte patient. Tidsrøverne er bl.a. flere kronikere, mere screening og øget kompleksitet, højere krav om kvalitet, flere administrative opgaver, højere krav fra patienterne, lægens individuelle ønsker og behov samt fokus på drift. [2, 5] Et sådan tidspres mindsker lægens tilgængelighed og kan påvirke motivationen til at påtage sig nye opgaver. Det kan desuden mindske trivsel, hvilket kan reducere rekrutteringsmuligheder, som i sidste ende vil efterlade patienterne med mangel på faste læger. [5] Dertil vil patienter i områder med regions- og udbudsklinikker møde flere forskellige læger i løbet af deres sygdomsliv. [4] Diskontinuitet vil hos flere patienter skabe mistillid, skepsis, frygt for fejl, usikkerhed og illoyalitet over for egen læge. [25]

Der har gennem mere end 10 år været et øget fokus på kontinuitetens omfattende betydning som beskrevet ovenfor. Dette afspejler sig bl.a. i antallet af publikationer, som er steget markant siden 2011.

FORMÅL

Vi ønsker at bidrage til den øgede opmærksomhed gennem vores studie. I studiet vil vi sammenligne tilstedeværelsen af relationskontinuitet hos kronikere i en lille versus en stor lægepraksis og vurdere, om der er forskel på kontinuitet hos somatiske og psykiatriske patienter.

METODE

Vi har inkluderet data fra to forskellige lægepraksisser. En lille samarbejdspraksis (*praksis A*) med to sololæger, en uddannelseslæge, en sygeplejerske og en daglig medicinstuderende, og en større kompagniskabspraksis (*praksis B*) med fem kompagnoner, en fastansat læge, tre uddannelseslæger, tre sygeplejersker og en daglig medicinstuderende.

INKLUSIONSKRITERIER

Patienter over 18 år, der enten har en isoleret kronisk hypertension eller en isoleret kronisk depression/angstlidelse og har haft to årskontroller i perioden januar 2021 – oktober 2023. Begge køn blev inkluderet.

EKSKLUSIONSKRITERIER

Patienter med mere end en "kronisk" diagnose eller blev fulgt ambulant for sin hypertension, hhv. depression eller angstlidelse. Akutte kontakter/indlæggelser til sygehuset, som følge af den kroniske diagnose, gav dog ikke grund til eksklusion.

DATAINDSAMLING

Data fra *praksis A* og *praksis B* blev indsamlet af hhv. *forsker A* og *forsker B*, begge ansat i deres respektive praksis.

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksistørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

Begge lægepraksisser arbejder i lægesystemet "XMO", og vi foretog en søgning for personer >18 år på dels regning 0120 (Årsstatus – aftalt specifikt forebyggelsesindsats) + en af følgende diagnosekoder:

P74: Angsttilstand

P76: Depression

K85: Forhøjet blodtryk

K86: Ukompliceret hypertension

K86: Kompliceret hypertension

Der blev genereret en patientliste med hhv. 95 psykiatriske og 186 somatiske patienter (*praksis A*), og 434 psykiatriske og 129 somatiske patienter (*praksis B*). Hvert CPR-nummer blev manuelt gennemgået mhp. at vurdere om patienten opfyldte inklusionskriterierne til en somatisk (isoleret kronisk hypertension) og en psykiatrisk gruppe (isoleret kronisk depression/angstlidelse) samt tilstedeværelse af to årskontroller i perioden januar 2021 – oktober 2023.

Ved den manuelle gennemlæsning, blev patienternes diagnosekoder vurderet mhp. anden kronisk komorbiditet. De, der havde en enkeltstående kronisk diagnose, jf. inklusionskriterierne, fik gennemgået deres medicinliste. Patienter, der fik kronikermedicin (f.eks. statiner), måtte formodes at have kronisk komorbiditet og blev derfor ekskluderet.

Praksis A endte med inkludering af 21 psykiatriske og 16 somatiske patienter, og *praksis B* med 16 psykiatriske og 17 somatiske.

For hver af de inkluderede patienter blev journalen gennemlæst i perioden mellem to årskontroller, og kontakter vedrørende diagnosen blev registreret i et skema med angivelse af, hvilken læge, sygeplejerske eller mikroteam (læge og sygeplejerske) patienten konsulterede sig med og hvornår.

RESULTATER

Studieperioden (perioden mellem to på hinanden følgende årskontroller) varierede for de psykiatriske patienter mellem 12-33 måneder (*praksis A*¹) og 11-33 måneder (*praksis B*²) og for de somatiske patienter mellem 12-18 måneder (*praksis A*³) og 12-22 måneder (*praksis B*⁴). Gennemsnittet for de *psykiatriske patienter* var hhv. 16 måneder (*praksis A*) og 17,1 måneder (*praksis B*), og for de *somatiske patienter* hhv. 14,5 måneder (*praksis A*) og 15,7 måneder (*praksis B*).

PRAKSIS A

Psykiatriske patienter havde en kontinuitet på 94,0%, hvoraf 81,6% af disse blev set af en læge (*figur 1*).

¹ Bilag: tabel 1

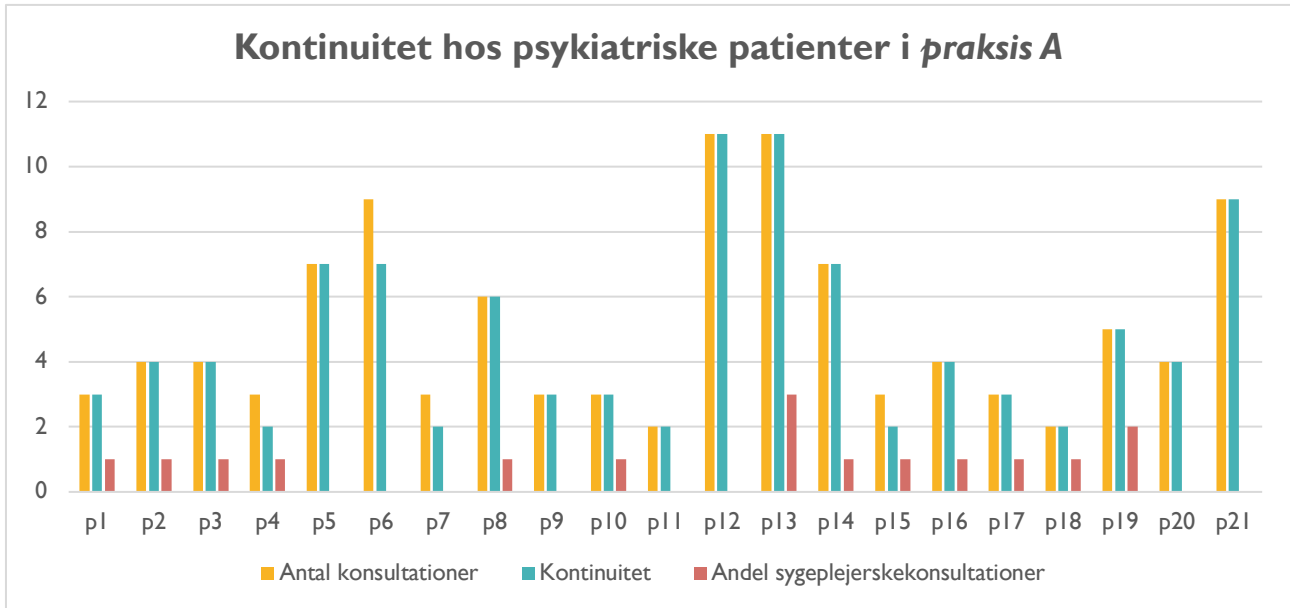
² Bilag: tabel 2

³ Bilag: tabel 3

⁴ Bilag: tabel 4

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

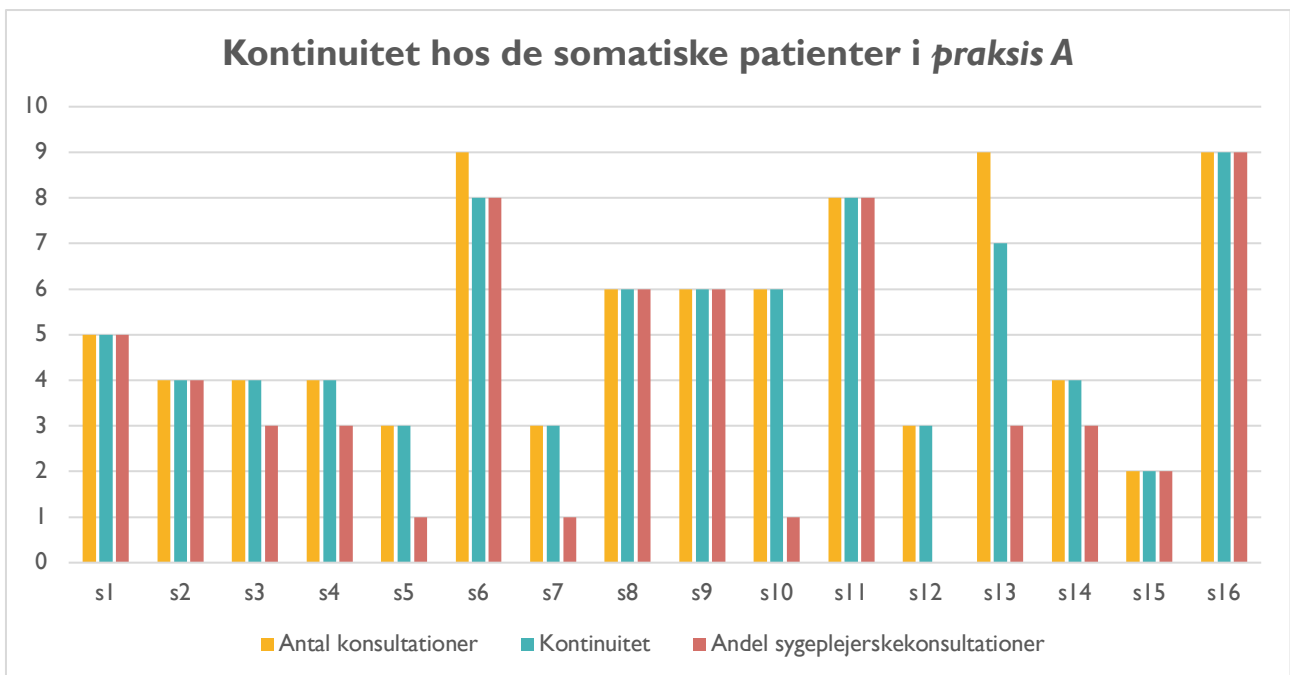
Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60



Figur 1: Kontinuitet hos psykiatriske patienter i praksis A

Samlet antal konsultationer (gul) og fordelingen af disse ved samme mikroteam som udtryk for kontinuiteten (blå). F.eks. har p4 i alt 3 kontakter, hvor 2 af disse er ved fast mikroteam og 1 af de 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%.

Somatiske patienter havde en kontinuitet på 97,8%, hvoraf 70,5% af disse blev set af en sygeplejerske (figur 2).



Figur 2: Kontinuitet hos somatiske patienter i praksis A

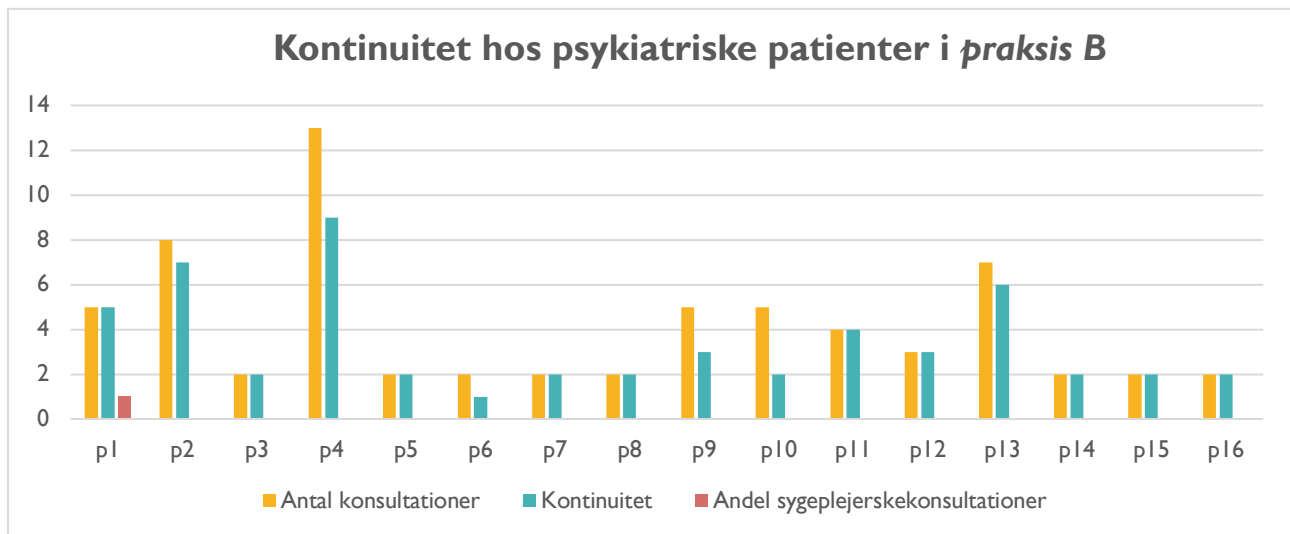
Samlet antal konsultationer (gul) og fordelingen af disse ved samme mikroteam som udtryk for kontinuiteten (blå). F.eks. har s8 i alt 6 kontakter, hvor alle 6 af disse er ved fast mikroteam og alle kontakterne er ved den samme sygeplejerske. Kontinuiteten er således hos s8 100%. Samlet ses en kontinuitet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

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

PRAKSIS B

Psykiatriske patienter havde en kontinuitet på 55,7%, hvoraf 98,5% af disse blev set af en læge (figur 3).



Figur 3: Kontinuitet hos psykiatriske patienter i praksis B

Samlet 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. F.eks. 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%.

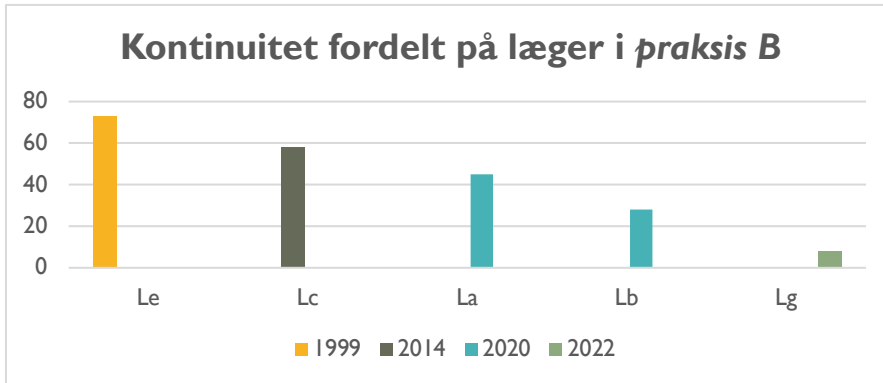
La, Lb, Lc, Ld, Le er alle kompagnoner. Lf er i generationsskifte. Lg er vikar og Lh, Li, Lj er uddannelseslæger. Sa, Sb og Sc er sygeplejersker. Kontinuiteten havde en spredning på 7,7% - 100%:

- La var involveret i 3 patienter, der tilsammen havde 25 kontakter. Kontinuiteten var 28% ($n=7$)
- Lb var involveret i 4 patienter, der tilsammen havde 22 kontakter. Kontinuiteten var 45,5% ($n=10$)
- Lc var involveret i 8 patienter, der tilsammen havde 38 kontakter. Kontinuiteten var 57,9% ($n=22$)
- Ld var involveret i 2 patienter, der tilsammen havde 4 kontakter. Kontinuiteten var 100%
- Le var involveret i 4 patienter, der tilsammen havde 22 kontakter. Kontinuiteten var 72,7% ($n=16$)
- Lf var involveret i 1 patient, der havde 8 kontakter. Kontinuiteten var 25% ($n=2$)
- Lg var involveret i 1 patient, der havde 13 kontakter. Kontinuiteten var 7,7% ($n=1$)
- Lh var involveret i 1 patient, der havde 7 kontakter. Kontinuiteten var 14,3% ($n=1$)
- Li var involveret i 1 patient, der havde 8 kontakter. Kontinuiteten var 12,5% ($n=1$)
- Lj var involveret i 1 patient, der havde 5 kontakter. Kontinuiteten var 20% ($n=1$)
- Sa var involveret i 1 patient, der havde 5 kontakter. Kontinuiteten var 20% ($n=1$)

Kontinuiteten kan også ses i relation til lægernes antal år i den pågældende praksis, hvor længerevarende ansættelser medfører højere kontinuitet (figur 4). I praksis B ses kontinuiteten at stige med varigheden af ansættelsen (figur 4), således at Le med længst ansættelse, har højeste forekomst af kontinuitet på 72,7%, efterfulgt af Lc med en kontinuitet på 57,9% og slutteligt en kontinuitet på hhv. 28% (Lb) og 45,5% (La) for de to korteste faste ansættelser. Ligeså har Lg, som kort tids ansat vikar, en kontinuitet på 7,7%. Ld fremkommer med en kontinuitet på 100% og er ikke inkluderet i denne betragtning, da denne havde for få patientkontakter (og deraf større måleusikkerhed).

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

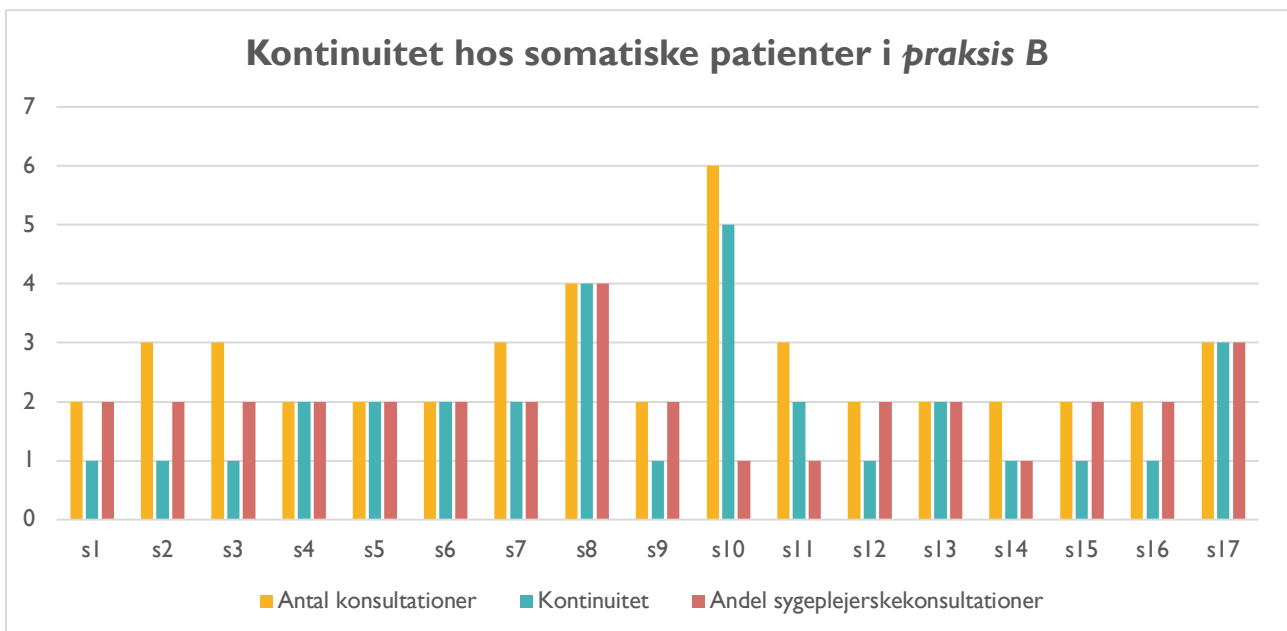
Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60



Figur 4: Kontinuitet fordelt på læger i praksis B

Den procentvise kontinuitet ses at følge lægens ansættelsesvarighed (ansættelsesår). Således ses kontinuiteten at være lavere for korttidsansatte læger (La, Lb og Lg).

Somatiske patienter havde en kontinuitet på 69,5%, hvoraf 75,6% af disse blev set af en sygeplejerske (figur 5).



Figur 5: Kontinuitet hos somatiske patienter i praksis B

Samlet antal konsultationer (gul) og fordelingen af disse ved samme behandler som udtryk for kontinuiteten (blå). F.eks. 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%.

Kontinuiteten havde en spredning på 37,9% - 71,4%:

- Sa var involveret i 8 patienter, der tilsammen havde 21 kontakter. Kontinuiteten var 71,4% ($n=15$)
- Sb var involveret i 10 patienter, der tilsammen havde 29 kontakter. Kontinuiteten var 37,9% ($n=11$)
- Sc var involveret i 4 patienter, der tilsammen havde 11 kontakter. Kontinuiteten var 63,6% ($n=7$)

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

DISKUSSION

Hypotesen om, at kontinuiteten i almen praksis er lavere i en stor versus en lille praksis synes overordnet at være bekræftet. Således havde den lille praksis en kontinuitet på 94,0%, og 97,8% for hhv. psykiatriske og somatiske patienter, og den store praksis 55,7% og 69,5% for hhv. psykiatriske og somatiske patienter. Således bekræfter vores resultater tidligere studiers fund. [3]

ANSÆTTELSESVARIGHED

Den positive sammenhæng mellem *ansættelsesvarighed* og kontinuitet som bl.a. Sandvik et al [7] fandt, finder vi også. Dykker vi ned i detaljerne, kan vi samtidigt for *praksis B's* vedkommende se, at La, der i studieperioden var i gang med et generationsskifte med Lf, netop havde lav kontinuitet, dels pga. ansættelsens varighed, men måske også fordi patienterne i en sådan "overgangsperiode" på ny skulle opbygge en ny relation til en læge og derfor konsulterede sig med flere forskellige læger i udvælgelsen af en ny "fast læge". En sådan diskontinuitet, som følge af generationsskifte og afbræk i lægers ansættelser (orlov, sygdom, ferie m.fl.), fandt Vinjerui et al [26] også, og kan f.eks. ses hos vores patient p10, der netop i en sådan overgangsperiode "doktorshopper". På samme måde er patient p4's forløb diskontinueret og erstattet af andre læger som følge af længerevarende fravær af kompagnon Le, der ellers repræsenterer sig med højeste kontinuitet. Den lavere kontinuitet, som ses i *praksis B*, skal således ses i relation til disse faktorer, og kontinuiteten formodes at have været højere, såfremt studieperioden ikke havde indbefattet både længere tids fravær og generationsskifte.

TILGÆNGELIGHED

Tilgængeligheden af den faste læge formodes at spille en mindre rolle for de patienter, der har opnået en tillidsfuld og tryk relation til deres faste læge. De vægter formentligt relationskontinuiteten højere end konsultationens indhold og kan derfor oftere acceptere længere ventetid på opfølgning. I *praksis A* kan patienterne kun komme ind til én fast læge (sjældent en uddannelseslæge). I *praksis B*, med 9 læger og ca. 2,5 gange flere tilmeldte patienter end *praksis A*, formodes der at være færre muligheder for akut adgang til den *faste læge*, da denne er booket langt frem af både "faste" patienter, men også af akutte og subakutte patienter, der for lægen måske er mindre kendte. Her kommer bl.a. vikarer, uddannelseslæger og til dels øvrigt personale i spil med ledige akuttider, og der opstår let en diskontinuitet, når akut forværring af den kroniske sygdom varetages af en af disse for patienten måske ukendte personaler. Et eksempel herpå kan ses for en patient fra *praksis B*, der ikke kunne inkluderes i studiet grundet manglende årskontrol. Patienten, der betragter La som sin faste læge, havde akut forværring af sin sygdom, men La var ikke tilgængelig og flere forskellige uddannelseslæger blev konsulteret. Uddannelseslægerne varetog midlertidigt patientens sygdomsforløb, og således blev kontinuiteten med den faste læge brudt. Man kunne have undersøgt kvaliteten af kontakterne og vurderet, om uddannelseslægernes manglende kendskab og relation til patienten påvirkede dennes forløb, men dette var ikke fokus for vores studie.

ÅRSKONTROL

Flere spørgsmål dukker op i arbejdet med resultaterne. Er der en sammenhæng mellem patientforløb med høj kontinuitet og perioden mellem årskontroller? Og er der forskel mellem psykiatriske og somatiske kontakter kontinuitet generelt set? For begge praksisser er det gældende, at perioden mellem årskontrollerne for psykiatriske

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningsstræningsopgave hold FT60

patienter er længere end for de somatiske patienter⁵. Dette kan der være flere årsager til. F.eks. kan de *psykiatriske* patienter have prioriteret forløb med anden akut somatisk sygdom frem for sin kroniske psykiatriske sygdom. Relationskontinuiteten kan spille en større rolle for patienter med psykiatrisk sygdom, og deraf kan årskontrollen forsinkes grundet organisatoriske faktorer. Dertil kan patienterne have haft sideløbende forløb ved andre behandlere for den psykiatriske sygdom eller de depressive ledsagesymptomer kan have besværliggjort overholdelsen af det ønskede interval for årskontrollerne.

For de *somatiske* patienter i begge praksisser spiller relationskontinuiteten måske en mindre rolle, idet hypertensionskontrol i sig selv mest beror på forebyggelse af komplikationer på en sygdom, patienterne sjældent mærker til og derfor har færre kontakter omhandlende dette - de kan vente længere. Dette understøttes også af antallet af kontakter for hhv. psykiatriske ($n=106$ for *praksis A* og $n=70$ for *praksis B*)⁶ og somatiske patienter ($n=85$ for *praksis A* og $n=45$ for *praksis B*)⁷. Kontinuiteten ses også generelt at være højere for de patientforløb, der varetages af sygeplejersker (figur 2 og 5), hvilket i sig selv kan skyldes, at antallet og dermed udbuddet af sygeplejersker er mindre, at forløbene er forenklede og rutineprægede samt at sygeplejerskerne har flere tilgængelige tider, så både akutte og planlagte konsultationer kan udføres hos samme sygeplejerske. Endeligt kan praksis' egen ageren ift. planlægning af årskontroller spille en rolle. *Praksis A* sender systematisk en påmindelse om booking af årskontrol ud til patienter, mens *praksis B* minder sporadisk patienterne om dette ved anden lejlighed, når dette huskes. Dertil kan der, pga. det store udvalg af personale i *praksis B*, varetages flere samtidige forløb ved forskellige læger således, at patienten taber overblikket og fejlagtigt får den opfattelse, at det enkelte personale har "styr på hele patienten" - patienten har jo "lige været ved lægen". Alt i alt synes forskellen i perioden mellem årskontrollerne for *praksis A* og *praksis B* at være lille, men der synes dog at være en tendens til at være kortere tid mellem årskontroller for patienter med høj kontinuitet.

ANDRE FAKTORER MED INDVIRKNING PÅ KONTINUITETEN

Praksis A og *B* adskiller sig ikke kun i størrelse, men også i patientpopulation og organisatoriske faktorer. Vi observerer, at der i *praksis A* er væsentligt flere kontakter for både psykiatriske og somatiske kontakter sammenlignet med *praksis B*.⁸ For at forstå denne forskel, kunne man have udtrukket data på sammensætningen af tilmeldte patienter i praksis ift. alder, køn, socioøkonomisk status, etnicitet m.fl. samt geografisk placering af praksis. Vi antager, at forskellen i antallet af kontakter delvis skyldes en yngre alderssammensætning i *praksis A* med korterevarende kronisk sygdom og øget justering af behandling i starten samt et geografisk let tilgængeligt optageområde. Dertil tilbyder *praksis A* hurtigere adgang til lægen med korte ventetider og deraf forkortet "patient's delay" ift. *praksis B*. Et længere "patient's delay", som formodes at forekomme i *praksis B*, fører for nogle til spontan remission af symptomer i ventetiden på næste ledige tid, hvorfor konsultationen enten aflyses eller afsluttes uden yderligere behov for opfølgning. Dertil bidrager den øgede geografiske afstand i optageområdet formentligt også til de færre kontakter i *praksis B*.

Sammenhængen mellem praksisstørrelse og kontinuitet må også vurderes ud fra de *organisatoriske* variationer, der forekommer i den enkelte praksis og *lægens* individuelle værdier om den relationelle kontinuitet. Yderligere har relationskontinuiteten forskellig betydning for patienterne, og vigtigheden af denne, for hhv. lægen og patienten, varierer ligeledes afhængig af hvilken sygdom og sygdomsfase, der er tale om.

⁵ Bilag: tabel 1-4

⁶ Bilag: tabel 1-2

⁷ Bilag: tabel 3-4

⁸ Bilag: tabel 1-4

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

Det kunne være interessant at afdække kvaliteten af konsultationerne for både de, der oplever kontinuitet, og de, der ikke oplever dette. Vi formoder, at når det kommer til den psykiatriske patient, vil kvaliteten af konsultationen dale i takt med tiltagende diskontinuitet. Dette skyldes formentlig en noget mere divergerende tilgang til den psykiatriske patient, som varierer fra læge til læge. Samtidigt spiller relationskontinuiteten en større rolle for den psykiatriske patient end, hvad man må formode gør sig gældende for den somatiske patient, hvor klare guidelines dominerer valg af behandling.

HVORDAN KAN VI BRUGE VORES OPNÅEDE VIDEN FRA VORES STUDIE TIL AT FORBEDRE KONTINUITETEN I EN STOR PRAKSIS?

Praksis og patienter har hver deres karakteristika, der kan bidrage til diskontinuitet. Forståelse af patientkarakteristika kan hjælpe med at definere patienter, som er særligt udsatte eller i risiko for at opleve diskontinuitet, ligesom kendskab til praksisrelaterede karakteristika kan afdække organisatoriske faktorer, der fremmer eller obstruerer den relationelle kontinuitet. [10, 26]

For at forbedre kontinuiteten i en stor lægepraksis, må man dykke ned i de praksis- og patientkarakteristika, der besværliggør kontinuiteten i netop den enkelte lægepraksis. Det være sig praksisrelaterede faktorer så som: hvor stor praksis er (vurderet ud fra antallet af tilmeldte patienter), [1, 18, 26, 3, 27] varigheden af ansættelser, [4, 17] om varigheden er påvirket af geografi og lægernes personlige præferencer ift. eget liv og karriere, antallet af uddannelseslæger [4] samt uddelegering af lægelige opgaver til andre faggrupper. [4, 18, 10] Derudover kan der i få områder være en overrepræsentation af etniske minoriteter, særligt fra lave socioøkonomiske områder og personale med fordomme, som tilsammen bidrager til en forringet mulighed for kontinuitet i samme lægepraksis og derfor dårligere outcome, særligt ved multisygdom. [24, 18]

Kontinuiteten udfordres også af patientrelaterede karakteristika såsom patientpopulationens helbredsmæssige og socioøkonomiske sammensætning [4, 18] samt patienternes personlige præferencer. Vandene er delte, når det kommer til patienternes præferencer. 46% foretrækker samme læge, mens 54% i stedet foretrækker en hurtig tid. [8] Tillige bliver patienterne mere mobile og skifter læge pga. geografi og/eller personlige præferencer.

Vi foreslår, at man løbende laver audit på netop den patientgruppe, der kræver øget kontinuitet, f.eks. kronikere, psykisk sårbare, personer med lav socioøkonomisk status og lavt engagement i eget helbred. Man kan udfærdige retningslinjer for visitation af disse patienter, give særligt sårbare patientgrupper længere tider, tildele patienter en navngiven fast læge eller et mikroteam samt fokusere på indkaldelse til kontroller og opfølgninger.

I visiteringen af patienter kan sekretærer spille en afgørende rolle ved at oparbejde en forståelse for patienternes ønsker og behov samt identificere dem, der særligt vil have gavn af kontinuitet. Et øget brug af teknologi i ledtog hermed, såsom online-booking, online-undersøgelser/spørgeskemaer og anden online kommunikation, vil kunne nedbringe arbejdspresset ved bl.a. at frigøre telefoner til de særligt sårbare og give patienter mulighed for selv at vælge læge.

STYRKER OG BEGRÆNSNINGER

Studiet besidder stor validitet grundet den manuelle gennemgang af journaler fremfor selektering alene på baggrund af søgning på diagnosekoder og selvrapportering fra patienter.

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

Risikoen for fejlagtigt at have inkluderet patienter med andre kroniske komorbiditeter synes at være lille, hvilket skyldes den manuelle gennemgang af journalerne, hvor fejlkodning og manglende diagnosekodning ellers ville have ført til manglende eksklusion af patienter, der opfyldte eksklusionskriterierne.

Til trods for at vi i vores studie finder en sammenhæng mellem størrelsen af praksis og kontinuitet, er resultaterne begrænset af studiepopulationens lille størrelse og varigheden af studieperioden. Som det fremgår af vores studiepopulation, var der en betydelig eksklusion af patienter, der bl.a. ikke havde en årskontrol indenfor 2 år. Dette kunne meget vel have set anderledes ud, såfremt studieperioden strakte sig over flere år og ikke inkluderede corona-perioden, hvor særlige forhold gjorde sig gældende.

Antallet af kontakter fordeler sig skævt i *praksis A* versus *praksis B*. Resultaterne fra *praksis B* må derfor være behæftet med en vis måleusikkerhed, idet vi ikke kan udtale os om, hvordan udfaldet havde været, såfremt *praksis B*'s patienter i studiepopulationen havde haft lige så mange kontakter som *praksis A*.

Vores studie baserer sig på udtræk af data med bestemte diagnose- og regningskoder. Det er klart, at der skal være konsensus om korrekt kodning for at kunne ekstrahere korrekt data. Jo flere ansatte i en praksis, des højere risiko for fejlkodning, hvilket vi også har konstateret ved gennemgang af journalmaterialet.

I forbindelse med den manuelle gennemgang af journalmaterialet, kan det ikke udelukkes, at der kan have været selektionsbias, som følge af den enkelte forskers tolkning af journalnotaternes indhold. Et konkret eksempel fra vores population er f.eks. "søvnforstyrrelse". Symptomet har både være kodet som søvnforstyrrelse og depression, og været en selvstændig bemærkning i forbindelse med en ikke-depressions-relateret kontakt. Der kan således være en lille usikkerhed om kontakten er inkluderet i studiet eller overset. Tillige kan den fremkomne kontinuitet være behæftet med en usikkerhed, idet patienterne, såvel som øvrigt personale, i ovenstående tilfælde selv kan have bidraget til en diskontinuitet, hvis symptomet ikke blev skønnet relateret til depressionen og derfor blev varetaget af en ikke-fast læge.

KONKLUSION

Vi konkluderer, at der i vores studie er en højere forekomst af kontinuitet i en lille praksis sammenlignet med en større praksis. For begge typer praksis er der en højere kontinuitet for somatiske patienter sammenlignet med psykiatriske patienter. Ydermere er der en positiv dosis-afhængig sammenhæng mellem lægers ansættelsesvarighed og kontinuitet.

Vores resultater er sammenlignelige med tidligere studiers. Der er behov for yderligere studier, hvor der foruden størrelsen af praksis, medtages flere betydende faktorer. Det være sig organisatoriske, patient, læge og geografiske faktorer, som man målrettet kan arbejde med i forbedringen af kontinuiteten og dens talrige positive effekter.

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

REFERENCER

- [1] F. H. S. M. e. a. Forbes L, »Changes in patient experience associated with growth and collaboration in general practice: observational study using data from UK GP Patient Survey,« *British Journal of General Practice*, pp. e906-915 , December 2020.
- [2] P. S. S. D. e. a. Rudoler D, »Changes over time in patient visits and continuity of care among graduating cohorts of family physicians in 4 Canadian provinces,« *CMAJ*, pp. volume 194 issue 48 e1639-1646, 12 12 2022.
- [3] H. N. R. R. e. a. Palmer W, »Improving access and continuity in general practice: practical and policy lessons. Research Summary.,« *Nuffield Trust*, 11 2018.
- [4] Praktiserende Lægers Organisation (PLO), »PLO analyse: Høj kontinuitet hos den danske familielæge fremmer patienternes sundhed,« PLO, 2022.
- [5] G. G. e. a. Olesen F, »Notat om almen praksis. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen,« *Den Lægefaglige Tænketales Atlas*, 14 9 2022.
- [6] S. J. L. G. Wensing M, »Continuity in general practice and hospitalization patterns: an observational study,« *BMC Family Practice*, pp. 22:21 Pages 1-9, 2021.
- [7] H. Ø. B. J. H. S. Sandvik H, »Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway,« *British Journal of General Practice*, pp. e84-90, 2 2021.
- [8] J. B., »Kontinuitet – når lægen selv er medicinen,« *Ugeskrift for læger*, 29 9 2023.
- [9] S.-L. K. W. E. e. a. Gray D, »Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality,« *BMJ*, p. e021161, 8 2018.
- [10] S. P. K. A. e. a. Winkel M, »General practice and patient characteristics associated with personal continuity: a mixed-methods study,« *British Journal of General Practice*, pp. e780-789, 11 2022.
- [11] F. G. H. J. e. a. Baker R, »Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review,« *British Journal of General Practice*, pp. e600-611, 9 2020.
- [12] M. A. e. a. Friderichsen B, »Opgaverne for almen praksis, rapport fra DSAM,« Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2023.
- [13] L. J. Saultz J, »Interpersonal continuity of care and care outcomes: A critical review,« *Annals of Family Medicine*, pp. vol. 3, no. 2 p159-166, 3/4 2005.

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningsstræningsopgave hold FT60

- [14] D. A. C. X. e. a. Pourat N, »In California, Primary Care Continuity Was Associated With Reduced Emergency Department Use And Fewer Hospitalizations,« *Health Aff (Millwood)*, pp. 34(7) p1113-1120, 7 2015.
- [15] K. S. B. J. e. a. Skarshaug L, »How does general practitioner discontinuity affect Healthcare utilisation? An observational cohort study of 2.4 million Norwegians 2007-2017,« *BMJ*, p. 11:e042391, 2021.
- [16] L. T. S. A. Barker I, »Effect of a national requirement to introduce named accountable general practitioners for patients aged 75 or older in England: regression discontinuity analysis of general practice utilisation and continuity of care,« *BMJ*, p. 6(9): e011422, 2016.
- [17] M. R. M. M. e. a. Tammes P, »Is continuity of primary care declining in England? Practice-level longitudinal study from 2012 to 2017,« *British Journal of General Practice*, pp. e432-440, 6 2020.
- [18] B. L. H. B. e. a. Stafford M, »Continuity of care in diverse ethnic groups: a general practice record study in England,« *British Journal of General Practice*, pp. e257-267, 4 2023.
- [19] S. J. Baker R, »What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction,« *British Journal of General Practice*, p. 45 p654-659, 12 1995.
- [20] J. S. Cabana M, »Does continuity of care improve patient outcomes?,« *The Journal of Family Practice*, pp. vol. 53, no. 12 p974-980, 12 2004.
- [21] V. C. V. P. e. a. Prior A, »Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study,« *BMC Medicine*, p. 21:305 , 8 2023.
- [22] S. E. R. R. e. a. Hussey P, »Continuity and the costs of care for chronic disease.,« *JAMA Intern Med*, pp. 174(5) p742-748, 5 2014.
- [23] Z. W. V. A. e. a. Francis M, »Effect of number of clinics and panel size on patient continuity for medical residents,« *Journal of Graduate Medical Education*, pp. p310-315, 12 2009.
- [24] W. E. C. W. e. a. Chan K, »Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review,« *BMC Fam Pract*, p. 22(1): 145, 2021.
- [25] S. N. N. S. e. a. Nowak D, »Why does continuity of care with family doctors matter?,« *Canadian Family Physician / Le Médecin de famille canadien*, pp. vol. 67 p679-688, 9 2021.
- [26] G. B., »Continuity in UK general practice: a multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor,« *Family Practice*, p. 19(5): 496-499, 2002.
- [27] B. R. W. N. e. a. Levene L, »Predicting declines in perceived relationship continuity using practice deprivation scores: a longitudinal study in primary care,« *British Journal of General Practice*, pp. e420-426, 6 2018.

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

BILAG

TABEL I

Psykiatriske patienter i <i>praksis A</i>	Antal konsultationer	Antal måneder
P 1p	3	15
P 2p	4	13
P 3p	4	26
P 4p	3	29
P 5p	7	26
P 6p	9	13
P 7p	3	13
P 8p	6	33
P 9p	3	15
P 10p	3	13
P 11p	2	14
P 12p	11	19
P 13p	11	12
P 14p	7	13
P 15p	3	14
P 16p	4	19
P 17p	3	12
P 18p	2	12
P 19p	5	13
P 20p	4	13
P 21p	9	13
	106 kontakter	Gennemsnit: 16 mdr.

Praksis A, psykiatriske patienter: For hver patient er angivet antallet af konsultationer mellem to årskontroller i perioden januar 2021 – oktober 2023 og varigheden mellem disse årskontroller.

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

TABEL 2

Psykiatriske patienter i <i>praksis B</i>	Antal konsultationer	Antal måneder
P 1p	5	13
P 2p	8	19
P 3p	2	14
P 4p	13	33
P 5p	2	14
P 6p	2	14
P 7p	2	14
P 8p	2	16
P 9p	5	20
P 10p	8	14
P 11p	4	15
P 12p	4	11
P 13p	7	21
P 14p	2	17
P 15p	2	23
P 16p	2	16
	70 kontakter	Gennemsnit: 17,1 mdr.

Praksis B, psykiatriske patienter: For hver patient er angivet antallet af konsultationer mellem to årskontroller i perioden januar 2021 – oktober 2023 og varigheden mellem disse årskontroller.

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

TABEL 3

Somatiske patienter i <i>praksis A</i>	Antal konsultationer	Antal måneder
P 1s	5	17
P 2s	4	14
P 3s	4	12
P 4s	4	18
P 5s	3	12
P 6s	9	15
P 7s	3	13
P 8s	6	13
P 9s	6	15
P 10s	6	16
P 11s	8	14
P 12s	3	16
P 13s	9	15
P 14s	4	12
P 15s	2	16
P 16s	9	14
	85 kontakter	Gennemsnit: 14,5 mdr.

Praksis A, somatiske patienter: For hver patient er angivet antallet af konsultationer mellem to årskontroller i perioden januar 2021 – oktober 2023 og varigheden mellem disse årskontroller.

Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?

Randika Sivakumar og Claudia Haber, forskningstræningsopgave hold FT60

TABEL 4

Somatiske patienter i <i>praksis B</i>	Antal konsultationer	Antal måneder
P 1s	2	21
P 2s	3	15
P 3s	3	16
P 4s	2	13
P 5s	2	13
P 6s	2	15
P 7s	3	13
P 8s	4	14
P 9s	2	20
P 10s	6	20
P 11s	3	12
P 12s	2	12
P 13s	2	22
P 14s	2	13
P 15s	2	13
P 16s	2	14
P 17s	3	21
	45 kontakter	Gennemsnit: 15,7 mdr.

Praksis B, somatiske patienter: For hver patient er angivet antallet af konsultationer mellem to årskontroller i perioden januar 2021 – oktober 2023 og varigheden mellem disse årskontroller.