



Danske erfaringer med fælleslister i en fastlægeordning – kaos eller fleksibilitet?

KOMMENTAR OG DEBATT

NILS KOLSTRUP

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

NIELS BENTZEN

Almen Medicin
Institut for Sundhedstjenesteforskning
Syddansk Universitet
DK-5000 Odense C

Norge får sandsynligvis et fastlægesystem i almenpraksis. Flere læger kan dele ansvaret for en patientpopulation ved at have fælleslister. I Danmark har man mere end 25 års erfaring med dette system.

I Danmark er der forskellige måder at organisere ansvaret for en patientpopulation på. I solopraksis har lægen egen liste. Læge-patient forholdet er nært, men patienterne er helt afhængige af én læge. I kompagniskabspraksis har to eller flere læger fælles liste og økonomi. Patienterne er på en praksisliste med flere læger. Læge-patient forholdet er løsere og patienterne er ikke afhængige af en enkelt læge. For læger lettes nyrekruttering og sociale tilpasninger. Gruppepraksis er en praksis, hvor læger i solopraksis og kompagniskabspraksis deler hus og visse faciliteter. I en daglægevagtordning går læger i et bestemt område sammen om at passe øjeblikkelig hjælp henvendelser om dagen. Praksis med forskellig listeorganisering kan samarbejde om en daglægevagtordning.

Fleksibilitet og mulighed for tilpasninger er en fordel både for patienter, samfund og læger.

I Stortingsmelding nr. 23 (1996 – 97) og innstilling fra sosialkomiteen nr. 215 (1996 – 97) gik man ind for at indføre en fastlegeordning i Norge. I indstillingen blev der fastslået i alt 13 hovedprincipper for en kommende fastlægeordning. Det hedder blandt andet:

«3: Patienten kan stå på liste hos en enkeltlege i egen praksis eller i gruppepraksis.»

«4: Fastlegen har hovedansvar for pasienten» (1).

Fortolkningen af punkt 3 og 4 har været et kernepunkt i den senere diskussion om, hvor tætte bindinger der skal være mellem patient og fastlæge. Skal hver patient have «sin» fastlæge eller kan en gruppe af læger eller et lægecenter være patientens tilknytningspunkt til fastlæggesystemet? I høringsnotatet fra departementet vedrørende fastlægeordningen (2) forudsættes det at lægerne har personlige lister. Hver patient har sin egen navngivne fastlege og deraf følger at hver læge har «sine egne» patienter. Hele notatet har dette som en implicit forudsætning. Under overskriften Listeanvar i gruppepraksis hedder det: «Leger organiseret i gruppepraksis må ha hver sin liste.»

Senere høringsudtalelser og debat bl.a. på den elektroniske e-post side EYR har vist, at en så stringent tolkning af listetilhørighed vil skabe meget store problemer, i kommuner hvor lægeudskiftningen er stor eller, hvor der er en enkelt eller to stabile læger og mange skiftende vikarer. I kommuner hvor 50 % af primærlægekontakterne varetages af turnuskandidater bliver begrebet «fastlege» absurd.

I Ot.prp. nr. 99 (3) foreslås at det bliver muligt med fælleslister, men at hver patient skal have en læge som «ansvarlig lege» dvs. en læge med særligt ansvar for patienten.

Da Norge nu sandsynligvis får en fastlægeordning, bør vi lære af danskernes mere end 25 års erfaring med ordningen.

Fastlægeordningen i Danmark

I Danmark fungerer praktiserende læger med personlige lister og praktiserende læger med fælleslister helt uproblematisk side om side. Det giver både patienter og læger større valgmuligheder ud fra personlige ønsker og behov. Flexibiliteten er til gavn både for patienter, samfund og læger.

Organiseringen af lister i Danmark

I Danmark er det praksis, der er enheden, ikke lægen.

Læger kan etablere sig alene med en personlig liste – det kaldes solopraksis. De kan også etablere sig i et fællesskab, hvor de sammen er ansvarlige for en patientliste – en fællesliste. Disse praksis kaldes kompagniskabspraksis, fordi lægerne indgår et kompagniskab med fælles ansvar for patienterne på listen og fælles økonomi.

Flere praksis med forskellige lister kan slå sig sammen i fælles lokaler, derved danner de et lægecenter eller en gruppepraksis. Hver praksis betaler en del af de fælles udgifter til f.eks. lokaler, laboratorium og eventuelt noget af personalet. Lægerne kan danne en dagvagtring, dvs. at de passer hinandens patienter ved korttids fravær blandt lægerne (tab 1).

Table 1 Praksistyper i Danmark

Solopraksis
En læge med personlig liste
Kompagniskabspraksis
To eller flere læger har fælles liste og økonomi
Gruppepraksis
Læger i solopraksis og i kompagniskabspraksis i samme hus og evt. fælles om noget af personalet, laboratoriet etc.
Daglægevagtordning
Læger i solopraksis og kompagniskabspraksis dækker daglægevagt for hinanden uden at have praksis samme sted

En liste kan være åben eller lukket. Er listen til en kompagniskabspraksis lukket, kan patienter ikke tilmelde sig den og altså ikke få nogen af lægerne i kompagniskabet som sin faste læge. Så må patienter vælge en læge fra en praksis med åben liste. I Danmark skal man

søge samarbejdsudvalget, som er et fylkesudvalg med ligelig repræsentation af almenlæger og politikere, om tilladelse til at lukke sin liste (4). Listelukking bliver bevilliget, hvis bestemte kriterier er opfyldt, for eksempel mere end 2 300 patienter pr. læge på listen eller personlige forhold hos lægen, som reducerer hans arbejdskapacitet.

I en kompagniskabspraksis beder man patienterne om at vælge en af lægerne som deres ansvarlige læge. Denne ansvarlige læge ordinerer deres medicin og er den læge som patienterne beder om time hos, når de henvender sig i praksis. Når en patient henvender sig for at få time, vil den ansvarlige læge være den læge de oftest ønsker at komme ind til. Kan det ikke lade sig gøre, fordi lægen er borte eller ikke har ledige timer der passer patienten, må patienten vælge en af de andre læger i praksis. Øjeblikkelig hjælp problemer ordnes af den tilgængelige læge, primært den ansvarlige læge, hvis han har ledige timer. Hvis ikke, får patienten hjælp af en af de andre læger i kompagniskabet. Alle læger i en kompagniskabspraksis er fælles om alt i praksis inklusivt den elektroniske journal. Derfor kan lægerne i kompagniskabet følge med i, hvem patienten har konsulteret og hvad der er blevet gjort eller besluttet. Derved kan man undgå at patienterne «shopper rundt» blandt lægerne i kompagniskabet og f.eks. får udskrevet for meget vanedannende medicin. Hvis en patient begynder at «shoppe» vil lægerne let kunne finde ud af det og bede patienten holde sig til den ansvarlige læge med problemer, som ikke er akutte. De andre læger bestræber sig på ikke at involvere sig for meget i patientens problemer, men henvise patienten til den ansvarlige læge.

I en kompagniskabspraksis er man fælles om ansvaret for alle patienterne på listen, og man må derfor være enige om, hvordan opfølgning af patienterne bør finde sted, hvordan man sikrer sig opfølgning af abnorme undersøgelsesresultater osv. Praksis har ansvaret for forsvarlig patientopfølgning. Ansvarsforholdene i en kompagniskabspraksis er derfor sammenlignelige med forholdene i sygehus. I Danmark har man ikke set det formålstjenligt at have særbestemmelser for ansvarsforholdene i almenpraksis.

For patienterne

Hvis en patient vælger en kompagniskabspraksis med en fællesliste, får patienten altså to eller flere læger at vælge imellem. Fordelene er, at patienterne får nogle valgmuligheder, som de ikke har i den norske model for et fastlægesystem, sådan som det i dag praktiseres i de fire forsøgskommuner Lillehammer, Åsnes, Trondheim og Tromsø. Ulemperne kan være, at de ikke altid kan være sikre på at komme ind til den samme læge, sådan som de vil kunne, hvis de vælger en læge i solopraksis.

De praktiserende læger er ansvarlige for det faglige tilbud, ud fra den overenskomst der er indgået mellem lægerne og sygesikringen (trygden) (4) om blandt andet tilgængelighed og maksimal ventetid. Hvis en patient synes at det er for vanskeligt at få time hos sin læge, må patienten vælge en anden læge i praksis, hvis patienten er på en fælles liste, eller skifte til en anden praksis. Utilfredse patienter kan skifte til en anden liste til den første i hver måned. De er så «bundet» til den nye lægepraksis i mindst seks måneder, før de kan skifte igen.

Læger udvikler ofte områder som de er specielt interesserede i og derfor dygtige til. I praksis med fællesliste giver det patienterne mulighed for, at søge den læge de mener bedst kan hjælpe dem med et bestemt problem og det kan godt være en anden end deres ansvarlige læge. En af lægerne kan f.eks. være specielt dygtig til behandling af rygproblemer. Mange patienter på fælleslisten ved dette og får de en akut ond ryg forsøger de at få time hos den pågældende læge. Når han har behandlet deres ryg, fortsætter de hos deres ansvarlige læge.

En anden læge kan have speciel kompetence indenfor en bestemt sygdomsgruppe og dermed bedre servicen for netop disse patienter, f.eks. patienter med kroniske sygdomme som astma, sukkersyge, fibromyalgi, eller psykiske problemer.

Det modsatte kan også ske. En af lægerne bryder sig ikke om at operere, mens en anden synes det er spændende. Han opererer derfor den ansvarlige læges patienter til alles store tilfredshed. Denne mulighed for at kompensere for hinandens svaghed og indenfor praksis

udvikle flere kompetenceområder har sololægen ikke. Han må henvise sine patienter til en specialist i et andet speciale, hvis han ikke selv kan hjælpe patienterne. Det betyder at patienterne ofte må vente på at få time hos en specialist og må have hjælp et andet sted end i deres «eget» lægekantor.

Et familiemedlem kan foretrække 'n læge og f.eks. børnene en anden. Hele familien kan stå på fælleslisten, og alligevel have den læge de hver især foretrækker, dvs. forskellige ansvarlige læger til forskellige familiemedlemmer. Vælger en familie en sololæge må de vælge imellem en læge der «er god til det hele», eller som har ry for at være god til kvinders helseproblemer, børn eller bestemte sygdomme. Hele familien har således vanskeligere ved at få alle deres problemer behandlet optimalt i samme praksis.

For lægerne

Lægerne i en kompagniskabspraksis har mulighed for at fordele arbejdsbelastningen imellem sig. Deres indtjening, dvs. hvor stor deres overskudsandel bliver, afhænger af hvor meget tid de bruger i praksis.

Lægerne i et kompagniskab har en fælles interesse i at gøre et godt stykke arbejde for deres patienter. Det fælles ansvar for patienterne er med til at sikre selvjustits mellem lægerne. Hvis en læge laver dårligt arbejde, som gør at patienterne vælger sig ind på andre lægers ledige timer, vil det kunne give en skæv arbejdsbelastning imellem lægerne. Dette giver i det lange løb problemer i kompagniskabet som lægerne må løse indbyrdes. Hvis lægerne ikke kan finde en løsning på et sådant problem, kan det blive nødvendigt at de går fra hinanden. Det kan ske ved at fælleslisten deles og praksis omdannes til en gruppepraksis, eller at en af lægerne rejser og en ny læge optages i kompagniskabet.

En kompagniskabslæge som gør et dårligt arbejde, som patienterne er utilfredse med, kan ødelægge praksis omdømme og få patienterne til at skifte læge. Det har økonomiske konsekvenser for alle lægerne i kompagniskabet. Hvis en læge er specielt dygtig eller populær, vil det rygtes i befolkningen og have positive konsekvenser for hele kompagniskabet, fordi det vil kunne tiltrække patienter.

Kompagniskab kan blive for store. Ansvarligheden overfor patienterne på fælleslisten er omvendt proportional med antallet af læger i kompagniskabet. Dvs. jo flere læger der er fælles om en liste, jo mindre bliver ansvarligheden overfor patienterne på denne. Samarbejdsvanskelighederne stiger også med antallet af læger og dermed risikoen for at samarbejdet går i stykker og praksis må deles. Kompagniskaber på 3-5 læger synes at være en optimal størrelse.

Lægerne i et kompagniskab har mulighed for at fordele patienterne mellem sig ud fra faglige og personlige kriterier, uden at dette behøver at have økonomiske konsekvenser for den enkelte læge så længe de arbejder lige mange timer. Lange konsultationer er i dagens system tabsgivende i forhold til korte konsultationer. I et kompagniskab kan læger med interesse for patienter med tidkrævende problemer tage sig af dem uden at omkostningerne for den enkelte læge bliver for store, fordi omkostningerne bliver fordelt på alle lægerne i praksis. Omsorg for disse patienter kan være en fordel for praksis, fordi pårørende til disse patienter ofte vil være tilmeldt samme praksis. En specialisering indenfor praksis, hvor nogle læger har mange kortvarige konsultationer og andre har færre, men længerevarende konsultationer er et bedre servicetilbud end det en sololæge kan tilbyde.

Ved særligt belastende patienter kan lægerne med en fællesliste aflaste hinanden, fordi den enkelte patient ikke har «patent» på nogen bestemt læge. Patienten har netop selv valgt en praksis med fællesliste og ikke en sololæge. Lægerne i kompagniskabspraksis føler sig alle ansvarlige for at hjælpe hinanden og dermed også patienten. Det betyder at det problem som kvindelige læger i Norge er citeret for at have med kvindelige patienter, ikke er stort i Danmark og aldrig noget man har oppe i den faglige debat. Kvindelige læger i en kompagniskabspraksis kan lettere «beskytte» sig mod for mange kvindelige patienter ved f.eks. at styre timelisterne, så de ikke har mere end en vis del af konsultationerne sat af til

kvindelige patienter. Herved sikrer man at de kvindelige læger ikke «brænder ud» pga. ensformigt eller belastende arbejde.

Hvis man har en fællesliste kan man tage hensyn til lægernes forskellige arbejdskapacitet som også varierer i lægens liv f.eks. under sygdom, skilsmisser og lignende, uden at det behøver at vanskeliggøre økonomien for den enkelte læge. Hvordan man støtter hinanden skal fremgå af den skriftlige kontrakt, som er et meget vigtigt grundlag for alle kompagniskabspraksis.

Når en sololæge kører fast, er der ingen kolleger, der er ansvarlige for at hans problemer bliver løst, og lægen må da henvise patienten, søge hjælp hos kolleger i andre praksis, holde op med at praktisere eller søge organiseret, kollegabaseret netværksassistance.

I kompagniskabspraksis har lægerne valgt hinanden som kolleger. Det er en fordel når de skal købe ind og ansætte personale. I en gruppepraksis er rationel drift afhængig af, at man kan sammen og har nogenlunde lige store lister. Har man ikke det må man lave en fordelingsnøgle, så den praksis der har en stor liste betaler mere til fællesudgifterne, end den praksis der har en lille.

Det er meget lettere at starte i en praksis med fællesliste end at skulle starte uden patienter (o-praksis). Det betyder at generationsskiftet i praksis kan gøres gradvist. Når man synes at arbejdet i praksis er blevet for stort, kan man søge om tilladelse til at optage en ny kollega i praksis, som man kan dele arbejdet med. Den nye læge vil meget hurtigt få en travl arbejdsdag og dermed en normal dagindtjening.

For samfundet

Ved at lægerne arbejder tæt sammen og i fællesskab er ansvarlige for at patienterne på fælleslisten får en god lægebehandling, er samfundet sikret praktiserende læger, der har en vis intern kvalitetskontrol. Lægerne inspirerer hinanden til at højne den faglige standard og har en fælles interesse i at praksis drives optimalt både økonomisk og fagligt. Større fleksibilitet i lægernes mulighed for at regulere deres arbejdsdag vil minimere risikoen for udbrændthed og sikre større stabilitet blandt primærlæger. Dette vil være mest mærkbart for kvindelige læger, som ikke i så høj grad vil brænde ud på grund af mange kvindelige patienter.

Erfaringer fra Tromsø

Skansen Legekantor – og nok også mange af de andre kontorer i Tromsø – har et system, hvor de enkelte læger på skift dækker hinanden med hensyn til øjeblikkelig hjælp på dagtid. Fire læger arbejder i princippet tre dage om ugen i praksis og to dage om ugen har de andre opgaver. De to dage, hvor den enkelte læge er væk, dækker de andre læger øjeblikkelig hjælp funktionen for den fraværende læges patienter. Det sker til stadighed at patienter fra 'n læges liste får en patient-læge relation til en anden læge på kontoret, f.eks. i forbindelse med at en tidligere frisk patient får en akut sygdom der kræver hyppige og tætte kontakter i en periode, hvor patientens fastlæge er borte. Her opleves de personlige lister som en hæmsko, fordi det virker unaturligt at patienten skal «tilbage» til sin fastlæge, fordi det tilfældigvis var på hans liste patienten stod da hun flyttede til byen. Samtidigt skal «vikarlægen» passe på ikke at «kapre» patienten, fordi det har økonomiske konsekvenser for kollegaen og dermed kan påvirke lægernes indbyrdes forhold.

Vi har på Skansen måttet lave regler for disse situationer for at forebygge indbyrdes konflikter.

Konklusion

I Danmark eksisterer personlige lister og fælleslister side om side. Det medfører at både patienter og læger lettere finder den praksisform som bedst passer den enkelte.

I Norge er fleksibilitet vigtigt, fordi den geografiske variation er langt større end i Danmark,

og dermed er behovet for flere løsningsmodeller der kan fungere side om side større.

Det er også vigtigt for at fastholde norske læger i udkantsdistrikterne at fastlægeordningen bliver attraktiv for lægerne der, ellers bliver flugten mod centrum endnu større end den er i dag med alle de problemer det indebærer.

LITTERATUR:

1. S.innst. nr. 215 (1996 – 97). Innstilling fra sosialkomiteen om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.
2. Legetjenesten i kommunene – trygghet og ansvar. Forslag til fastlegeordning. Høringsnotat. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.
3. Ot.prp. nr. 99 (1998 – 99). Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og visse andre lover (fastlegeordningen).
4. Landsoverenskomst om almen lægegering mellem sygesikringens forhandlingsudvalg (SFU) og Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O) af 3. juni 1991. København: Praktiserende Lægers Organisation, 1991.

Publisert: 20. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeförening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no