



Kontakt- og sygdomsmønstret i almen praksis KOS 2008



Forskningsenheden for Almen Praksis
og Afdelingen for Almen Medicin
Aarhus Universitet

Kontakt- og Sygdomsmønsterundersøgelse KOS 2008

Grete Moth
Peter Vedsted
Frede Olesen

Forskningsenheden for Almen Praksis
Århus 2010

Copyright: Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Aarhus Universitet. Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Udgivet af: Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Aarhus Universitet, Bartholins Alle 2, 8000 Århus C
Telefon: 8942 6010, Epost: fe@alm.au.dk

Tryk: Grafisk Service, Region Midtjylland

ISBN: 978-87-90004-69-9

Version: 1. version

Versionsdato: Nov. 2010

Publikationen er tilgængelig på: www.alm.au.dk

Citeres som: Moth G, Vedsted P. Olesen F. Kontakt- og Sygdomsmønsterundersøgelse KOS 2008. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis. 2010

Forord

Hermed foreligger de overordnede resultater for Kontakt- og Sygdomsmønsterundersøgelsen for Region Midtjylland. Der sker løbende en omfattende udvikling inden for almen praksis i retning af større lægehuse, mere klinikpersonale og en stigning i antallet af kvindelige læger og deltidspraksis. Samtidig skal almen praksis løbende tilpasse sig befolkningens behov for at være den patientnære del af det danske sundhedsvæsen og samtidig varetage opgaver, der måske ikke tidligere har ligget i regi af almen praksis.

Gennem mere end 40 år har tre tidligere undersøgelser af kontakt- og sygdomsmønsteret i Århus Amt (1975-77, 1983-84 og 1993) bidraget med viden om, hvad der foregår i almen praksis. Her 15 år efter den seneste er det naturligt med en opdatering. I mellemtiden har der været gennemført en strukturreform med sammenlægning af de tidligere amter til regioner, hvilket har gjort det naturligt at gennemføre den nye Kontakt-mønsterundersøgelse i hele Region Midtjylland.

Undersøgelsen er gennemført og præsenteres, så den kan sammenlignes med den fra 1993, idet der også her blev anvendt et diagnosekodesystem specifikt for almen praksis. Det gør det muligt på systematisk vis at foretage opgørelser over patienternes kroniske lidelser, deres henvendelsesårsager og diagnoser på kontakterne og på den måde dokumentere udviklingen i kontaktmønsteret.

I forhold til tidligere var det naturligt at udvikle undersøgelsen, så lægernes registreringsskema denne gang var let udvidet, ligesom klinikpersonalet har registreret egne kontakter. Desuden bad vi denne gang om patienternes cpr-nummer med henblik på at indhente information hos patienterne og udnytte mulighederne for registerforskning til kortlægning af patientforløb.

I denne rapport præsenterer vi en række deskriptive opgørelser over undersøgelsens hovedresultater. Fokus i rapporten har været at præsentere de mange forskellige resultater i form af antal for en praktiserende læge på et år. I efterfølgende artikler og rapporter vil data blive yderligere analyseret og offentliggjort løbende, herunder i videnskabelige tidsskrifter.

Kontakt- og Sygdomsmønsterundersøgelsen er finansieret af Samarbejdsudvalget for Århus Amt, Fonden vedrørende Finansiering af Forskning i Almen Praksis og Sundhedsvæsenet i øvrigt, Forskningsfonden for Almen Praksis, Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i Region Midtjylland og Forskningsfonden for Almen Praksis' temapulje inden for emnet "Almen Praksis i Sundhedsvæsenet". En betydelig del af omkostningerne til analyse, databaseoprettelse, registerdata mm. er finansieret over Forskningsenheden for Almen Praksis' løbende drift.

Tak til de læger og personale, som deltog i KOS 2008. Tak til professor Bo Christensen for vigtig sparring i løbet af hele undersøgelsen. Tak til Mogens Vestergaard og Flemming Bro for kommentarer til rapporten.

Forskningsenheden for Almen Praksis
Århus, november 2010

Grete Moth
Seniorforsker,
cand.scient.san, ph.d.

Peter Vedsted
Professor, ass.forskningsleder,
ph.d.

Frede Olesen
Professor, forskningsleder,
dr.med.

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Indholdsfortegnelse	4
Oversigt over tabeller og figurer	6
Baggrund	11
Overordnede forskningsspørgsmål	12
Materialer og metode	13
Registreringsskemaer	14
Baggrundsskemaet	14
Lægeregistreringsskemaet	14
Personaleregistreringsskemaet	15
Repræsentativitet	15
Analyse	16
Godkendelser/etik	16
Resultater	17
Resultatafsnittets opbygning	17
Deltagende lægers repræsentativitet	18
En gennemsnitlig alment praktiserende læger anno 2009	20
Patientkontakter	21
Profylakse og attestarbejde	23
Symptom- eller sygdomsbetingede og profylaktiske kontakter	23
Ny episode eller opfølgning	24
Diagnoser	42
Henvisning	53
Ekstraproblemer i konsultationen	55
Afslutningsmåde	56
Biomedicinske, psykologiske og sociale faktorer i kontakten	56
Endelig diagnose	56
Mistanke om kræft	57
Tidsforbrug	57
Tyngde	58
Kronikere	59
Kontakttyper for kronikere	60
Ny episode/opfølgning for kronikere	63
Kontaktårsager for kronikere	64
Diagnoser for kronikerkontakter	66
Henvisning af kronikere	68
Problemer udover hovedproblemet, som tages op i kronikerkontakter	68
Afslutning af kronikerkontakter	69
Biomedicinske, psykologiske og sociale faktorer i kronikerkontakter	71
Endelig diagnose ved kronikerkontakter	71
Kræftmistanke ved kronikerkontakter	71
Tidsforbrug ved kronikerkontakter	72
Oplevet tyngde ved kronikerkontakter	73

Klinikpersonale	75
Personaleopgaver.....	75
Ny episode/opfølgning for personalekontakter med kronikere	77
De hyppigste kroniske lidelser i personalekontakter	77
Afslutningsmåde ved personalekontakter	78
Diskussion.....	79
Perspektiver.....	83
Litteratur.....	84
Bilag 1 – Baggrundsoplysninger	85
Bilag 2 – Lægeregistreringsskema og vejledning	89
Bilag 3 – Personaleregistreringsskema og vejledning	91

Oversigt over tabeller og figurer

Tabel 1	Kønsfordelingen for de deltagende læger i forhold til alle læger i regionen	Side 18
Tabel 2	Fordelingen af deltagende læger i forhold til alle læger i regionen mht. antal år i nuværende praksis	Side 18
Tabel 3	Fordelingen af deltagende læger i forhold til alle læger i regionen mht. praksistype	Side 18
Tabel 4	Fordelingen af deltagende læger i forhold til alle læger i regionen mht. antal tilmeldte patienter	Side 18
Tabel 5	Deltagerprocent fordelt på kommune og med angivelse af de tidligere amter	Side 19
Tabel 6	Antal personaler og personaletimer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge	Side 20
Tabel 7	Den gennemsnitlige praksispopulation fordelt på køn og alder for en alment praktiserende læge	Side 20
Tabel 8	Antal kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge og selvstændige sygeplejerskekontakter på et år fordelt på kontakttyper og tilføjet antal kontakter ifølge Sygesikringen samt fordeling af kontakter for 1993	Side 22
Tabel 9	Fordeling af konsultationer vedrørende profylakse- og attestarbejde for gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (inkl. profylaktiske sygeplejerskekonsultationer)	Side 23
Tabel 10	Antal kontakter fordelt på henholdsvis symptom- og sygdomsbetingede og profylaktiske kontakter og på køn og alder for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år med de tilsvarende andele for 1993	Side 24
Tabel 11	Symptom- og sygdomsbetingede kontakter (inkl. sygeplejerskers selvstændige kontakter) for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på Ny episode/Opfølgning	Side 24
Tabel 12	Årsager til symptom- og sygdomsbetingede kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)	Side 26
Tabel 13	Årsager til symptom- og sygdomsbetingede kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC-kodesystemets organkoder og komponenter	Side 27
Figur 1	Kontaktårsager for alle kontakter fordelt på ICPC- organkoder, køn og alder samt på Alle kontakter/Nye episoder for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år	Side 28
Tabel 14	Kontaktårsager for symptom- og sygdomsbetingede konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)	Side 34
Tabel 15	Kontaktårsager for symptom- og sygdomsbetingede konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC-organkoder og -komponenter	Side 35
Tabel 16	Kontaktårsager for symptom- og sygdomsbetingede telefonkonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)	Side 36

Tabel 17	Kontaktårsager for symptom- og sygdomsbetingede telefonkonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC-organkoder og -komponenter	Side 37
Tabel 18	Kontaktårsager for symptom- og sygdomsbetingede besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)	Side 38
Tabel 19	Kontaktårsager for symptom- og sygdomsbetingede besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC-organkoder og -komponenter	Side 39
Tabel 20	Kontaktårsager for symptom- og sygdomsbetingede e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)	Side 40
Tabel 21	Kontaktårsager for symptom- og sygdomsbetingede e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC-organkoder og -komponenter	Side 41
Tabel 22	Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)	Side 43
Tabel 23	Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC-organkoder og -komponenter	Side 44
Tabel 24	Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)	Side 45
Tabel 25	Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC-organkoder og -komponenter	Side 46
Tabel 26	Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede telefonkonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode eller Opfølgning (ekskl. personalekontakter)	Side 47
Tabel 27	Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede telefonkonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC-organkoder og -komponenter	Side 48
Tabel 28	Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)	Side 49
Tabel 29	Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC-organkoder og -komponenter	Side 50
Tabel 30	Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)	Side 51

Tabel 31	Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC- organkoder og -komponenter	Side 52
Tabel 32	Antal henvisninger for alle kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år sammenlignet med 1993	Side 53
Tabel 33	Antal henvisninger ved konsultationer for gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år	Side 53
Tabel 34	Antal henvisninger ved telefonkonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år	Side 54
Tabel 35	Antal henvisninger ved besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år	Side 54
Tabel 36	Antal henvisninger ved e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år	Side 54
Tabel 37	Antal konsultationer med flere problemer udover hovedproblemet fordelt på køn for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år	Side 55
Tabel 38	Antal konsultationer med problemer udover hovedproblemet fordelt på køn, og på om de ekstra problemer var af biomedicinsk, psykologisk eller social art	Side 55
Tabel 39	Afslutningsmåde for en gennemsnitlig alment praktiserende læge fordelt på kontakttyper	Side 56
Tabel 40	Andel af biomedicinske, psykiske og sociale faktorer i konsultationer for gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år, først med 100% biomedicinsk, psykologisk og social andel og derefter antal konsultationer, hvor hhv. biomedicinske, psykologiske og sociale faktorer helt eller delvist spiller ind	Side 56
Tabel 41	Antal konsultationer fordelt på vurdering af muligheden for at stille en endelig specifik diagnose	Side 57
Tabel 42	Antal konsultationer for gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år med mistanke om kræft eller anden alvorlig lidelse før/under og efter kontakten	Side 57
Tabel 43	Antal kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på kontaktttype og tidsforbrug	Side 57
Tabel 44	Antal kontakter ¹ for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på kontaktttype og oplevet tyngde	Side 58
Tabel 45	Fordeling af årsager til de 746 kontakter, der af lægerne blev op oplevet tunge eller meget tunge	Side 58
Tabel 46	Antal kontakter for gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på patienter med ingen, én, to eller flere kroniske lidelser (ekskl. personalekontakter)	Side 59
Tabel 47	De 10 hyppigste lidelsers andel af alle angivne kroniske lidelser og af alle kronikerkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læges 7.199 kontakter på et år	Side 59
Tabel 48	Angivelse af, hvor ofte de 10 hyppigst registrerede kroniske lidelser er årsag til henvendelsen	Side 60
Tabel 49	Fordeling af kontaktttyper med kronikere for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) sammenlignet med ikke-kronikere og alle patienter	Side 60
Tabel 50	Antal kontakter til en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år for kronikere og ikke-kronikere fordelt på alder	Side 61

Tabel 51	Antal konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år for kronikere og ikke-kronikere fordelt på alder	Side 61
Tabel 52	Antal telefonkonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år for kronikere og ikke-kronikere fordelt på alder	Side 62
Tabel 53	Antal besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år for kronikere og ikke-kronikere fordelt på alder	Side 62
Tabel 54	Antal e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år for kronikere og ikke-kronikere fordelt på alder	Side 62
Tabel 55	Antal symptom- og sygdomsbetingede kronikerkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på Ny episode/Opfølgning i sammenligning med ikke-kronikere og alle patienter	Side 63
Tabel 56	Årsager til symptom- og sygdomsbetingede kronikerkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)	Side 64
Tabel 57	Årsager til symptom- og sygdomsbetingede kronikerkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC- organ-koder og -komponenter	Side 65
Tabel 58	Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede kronikerkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)	Side 66
Tabel 59	Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede kronikerkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC- organ-koder og -komponenter	Side 67
Tabel 60	Antal henvisninger af kronikere for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år sammenlignet med ikke-kronikere og alle patienter	Side 68
Tabel 61	Hyppeghed af problemer udover hovedproblemet for en gennemsnitlig alment praktiserende læges konsultationer på et år fordelt for kronikere og ikke-kronikere	Side 68
Tabel 62	Antal konsultationer med problemer udover hovedproblemet fordelt på, om de ekstra problemer var af biomedicinsk, psykologisk eller social art, på køn og på kroniker/ikke-kroniker	Side 69
Tabel 63	Afslutningsmåde for en gennemsnitlig alment praktiserende læges kontakter på et år fordelt for kronikere og ikke-kronikere	Side 69
Tabel 64	Afslutningsmåde for en gennemsnitlig alment praktiserende læges konsultationer på et år fordelt for kronikere og ikke-kronikere	Side 69
Tabel 65	Afslutningsmåde for en gennemsnitlig alment praktiserende læges telefonkontakter på et år fordelt for kronikere og ikke-kronikere	Side 70
Tabel 66	Afslutningsmåde for en gennemsnitlig alment praktiserende læges besøg på et år fordelt for kronikere og ikke-kronikere	Side 70
Tabel 67	Afslutningsmåde for en gennemsnitlig alment praktiserende læges e-mailkontakter på et år fordelt for kronikere og ikke-kronikere	Side 70
Tabel 68	Andel af biomedicinske, psykiske og sociale faktorer i konsultationer med kronikere for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år, først med ren biomedicinsk, psykologisk og social andel og derefter antal konsultationer, hvor hhv. biomedicinske, psykologiske og sociale faktorer helt eller delvist spiller ind	Side 71

Tabel 69	Antal konsultationer fordelt på vurdering af muligheden for at stille en endelig specifik diagnose og på kroniker/ikke-kroniker	Side 71
Tabel 70	Antal konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år med mistanke om kræft eller anden alvorlig lidelse før/under og efter kontakten fordelt på kronikere/ikke-kronikere	Side 72
Tabel 71	Antal kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere	Side 72
Tabel 72	Antal konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på kronikere/ikke-kronikere	Side 72
Tabel 73	Antal telefonkonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere	Side 73
Tabel 74	Antal besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere	Side 73
Tabel 75	Antal e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere	Side 73
Tabel 76	Antal kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere	Side 74
Tabel 77	Antal konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere	Side 74
Tabel 78	Antal telefonkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere	Side 74
Tabel 79	Antal besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere	Side 74
Tabel 80	Antal e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere	Side 74
Tabel 81	Udbredelse af udvalgte personaleaktiviteter	Side 75
Tabel 82	Antal kontakter for klinikpersonalet for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på kontaktttype	Side 76
Tabel 83	De hyppigst registrerede opgaver for sygeplejersker og andre personalegrupper for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år uanset grad af selvstændighed og kontaktttype	Side 76
Tabel 84	Antal lægekonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på grader af involvering af klinikpersonale (alle personaletyper)	Side 77
Tabel 85	Antal selvstændige sygeplejerskekonsultationer med kronikere og ikke-kronikere for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på Ny episode/Opfølgning	Side 77
Tabel 86	Antal selvstændige sygeplejerskekonsultationer med patienter med de seks hyppigste kroniske lidelser for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år	Side 77
Tabel 87	Antal sygeplejerskekonsultationer fordelt på fire afslutningsmåder og tre kategorier af selvstændighed for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år	Side 78

Baggrund

Almen praksis er frontlinje for det øvrige sundhedsvæsen og langt størsteparten af borgerne med behov for lægehjælp kontakter almen praksis. Således har 85% af den danske befolkning kontakt med almen praksis på et år og tæt på 100% i løbet af tre år [1]. Almen praksis er som oftest indgangen til sundhedsvæsenet, idet der her foretages en lægelig vurdering og visitering af patienterne, så henvisning kun gælder patienter, der af lægen vurderes at have behov herfor. Disse forhold gør det vigtigt at beskrive befolkningens behov for almen lægehjælp, og hvordan dette håndteres i almen praksis.

Det internationale kodesystem, *International Classification of Primary Care*, ICPC, med nogle hundrede diagnosekoder er meget anvendeligt til at klassificere helbredsproblemer i almen praksis. Det giver mulighed for, ud over at diagnosekode, også at kode symptomer og aktiviteter og dermed henvendelser, som ikke kan angives med en endelig sygdomsdiagnose [2]. ICPC er efterhånden indbygget i alle lægesystemer i dansk almen praksis, og mange praktiserende læger anvender det [3]. Det er ikke et krav at kode i almen praksis, hvorfor der ikke findes et register, som kan danne basis for forskning og kvalitetsudvikling på området.

Kontakt- og Sygdomsmønsterundersøgelsen fra 1993 viste, at 90% af alle kontakter klares i almen praksis uden henvisning [4]. Betydningen af denne andel er overordentlig stor, idet en lille forskydning betyder et stort antal ekstra patienter i det sekundære sundhedsvæsen. Groft set vil en 1-procents øgning af henvisningsfrekvensen i almen praksis kunne medføre 10% flere patienter i det øvrige sundhedsvæsen.

Udvikling og dokumentation af det kliniske arbejde i dansk almen praksis bør i høj grad hvile på en viden om, hvilke behov patienterne har for at kontakte almen praksis, alment praktiserende lægers diagnoser og endelig, hvilke aktiviteter, der foregår omkring en kontakt til almen praksis (udredning, henvisning mv.).

Det var derfor naturligt og relevant at gentage og udvikle kontakt- og sygdomsmønsterundersøgelsen igen her 15 år efter den seneste og foretage sammenligninger til de forrige kontaktmønsterundersøgelser.

De overordnede formål med KOS 2008 er at beskrive kontaktårsagerne i almen praksis i dagtid for alle grunddydelser og de diagnoser, der evt. blev påført. Endvidere er formålet at beskrive, hvordan lægerne håndterer henvendelserne mht. henvisning, afslutning af kontakten mm. samt hvordan lægerne oplever kontakterne, dvs. antal problemer, der tages op i løbet af kontakten, sammensætning af biomedicinske, psykologiske og sociale faktorer i den enkelte henvendelsesårsag, vurdering af risiko for alvorlig sygdom eksemplificeret med kræft og af muligheden for at stille en endelig diagnose samt den oplevede tyngde af kontakten.

Overordnede forskningsspørgsmål

1. Hvilke årsager fører til kontakt med almen praksis, og hvilke diagnoser påføres kontakterne
2. Hvad er fordelingen af nye episoder og opfølgende kontakter?
3. Hvilken komorbiditet (kroniske sygdomme) ses hos patienterne?
4. I hvor høj grad tages flere problemer op i løbet af en kontakt
5. Hvor ofte henvises patienterne?
6. Hvordan afsluttes kontakterne (ny tid, afsluttet mv.)?
7. Hvilken tyngde oplever lægerne kontakterne har?
8. Hvor lang tid bruges på kontakterne?
9. Hvor ofte er der mistanke om kræft eller anden alvorlig lidelse?
10. Hvor hyppige er kontakter med patienter med medicinsk uforklarede symptomer?
11. I hvilken grad inddrages klinikpersonalet i kontakterne?
12. Hvilke opgaver har klinikpersonalet i almen praksis?

Materialer og metode

KOS 2008 blev gennemført i Region Midt i perioden december 2008 til december 2009. Samtlige alment praktiserende læger med ydernummer i regionen og med minimum et halvt år i praksis blev pr. brev inviteret til at deltage i undersøgelsen. Ved tilmeldingen angav lægerne, om de ønskede at registrere alle deres patientkontakter i løbet af én hel dag eller to adskilte halve dage (formiddag + eftermiddag).

Hver læge fik ud fra et tilfældighedsprincip (rækkefølge efter fornavnets forbogstav) tildelt tre forslag til datoer for registrering fordelt over en uge. Således blev hele projektperioden dækket ind med deltagelse af læger ca. hver anden uge, så alle årstider og hverdage blev repræsenteret bortset fra juli måned, hvor der ikke blev registreret. I de fleste tilfælde accepterede lægerne ét af de tre forslag, som de fik tilsendt. I tilfælde af at datoforslagene faldt sammen med ferie, kursus- eller fridag fra klinikken, blev der lavet individuelle aftaler om en ny dato. Vi undgik således atypiske dage med ferieafvikling, kursus mv. men nogle læger registrerede på almindelige lettere atypiske dage, f.eks. i form af kort dag pga. efterfølgende lægevagt eller pga. mødeaktivitet. Det sidste blev accepteret ud fra den antagelse, at den slags dage også er typiske for en læges arbejdsdage fordelt over et år. I nogle tilfælde ønskede samtlige læger i en praksis at deltage på samme dag, hvilket blev accepteret. Alt i alt registrerede vi således aktiviteten for en række almindelige arbejdsdage fordelt over et stort antal praksis og fordelt over et år med dets indbyggede variationer i sygdomsmønster f.eks. angående infektionssygdomme og variationer i lægernes øvrige aktiviteter.

Undersøgelsen fra 1993 var udelukkende baseret på lægers registreringer af patientkontakter, da lægen var involveret i klinikpersonalets patientkontakter og derfor også registrerede disse. Fra april 2003 blev det muligt for praktiserende læger at uddelegere selvstændige opgaver til klinikpersonalet og tage en ydelse for sådanne kontakter. Det indebar for denne undersøgelse, at hvis vi kun inkluderede lægers registreringer af patientkontakter, ville det reelle antal kontakter til almen praksis blive underestimeret. Derfor blev lægerne inviteret til at lade deres personale deltage også, men det var ikke et krav. I de tilfælde hvor lægerne havde angivet, at deres klinikpersonale også skulle deltage med registrering af kontakter, blev klinikken kontaktet pr. telefon, for at aftale, hvordan det skulle foregå. Klinikpersonalet deltog kun én gang, selv om klinikkens læger evt. deltog på forskellige dage. På denne måde fik vi tilsvarende registreringer for en række typiske personaledage.

Alle læger og personaler blev tilbudt at få besøg i klinikken af projektleder Grete Moth (GM) til information om fremgangsmåden eller få vejledning pr. mail eller telefon.

Datoerne blev aftalt løbende ca. et par måneder forud for registreringstidspunktet, og en uge i forvejen blev materialet tilsendt i form af følgende: et informationsbrev, et 4-siders baggrundsskema med oplysninger om praksis (se Bilag 1), 60 registreringsskemaer med en vejledning i udfyldelse af skemaet (se Bilag 2) samt information om mail- og telefonkontakt til (GM) ved tvivlsspørgsmål. Hvis personalet var tilmeldt, blev der vedlagt et yderligere informationsbrev, 20-25 registreringsskemaer pr. deltagende personalemedlem samt vejledninger (se Bilag 3).

Registreringsskemaer

Baggrundsskemaet

Baggrundsskemaet (Bilag 1) på fire sider omfattede følgende temaer: almene spørgsmål om praksis, vurdering af diagnosticerings- og behandlingsmulighederne ved henvisning, oplevelse af arbejdet i almen praksis og spørgsmål om klinikpersonale med hensyn til antal, faglig baggrund, timeantal, nuværende opgaver og evt. ønsker til øget involvering af personale.

Lægeregistreringsskemaet

Lægerne blev bedt om at registrere samtlige deres patientkontakter i løbet af sammenlagt en hel dags arbejde ved hjælp af et registreringsskema på én A4-side for hver kontakt (Bilag 2). Registreringsskemaet var inddelt i fire dele:

1. del

Baggrundsoplysninger om patienten blev noteret i form af cpr-nummer (eller som minimum årstal og sidste ciffer med henblik på at beregne køn og alder) og kroniske lidelser angivet med tekst eller med ICPC-kode i et kodefelt.

2. del

Kontakten blev inddelt i tre afsnit, A. kontaktttype, B. aftalt konsultation med henblik på profylakse eller C. receptfornyelse eller konsultation med henblik på en attest. Hvis kontakten faldt i B eller C, sluttede lægens registrering af kontakten her, medmindre der var en afledt konsultation som følge af enten et symptom eller en ny problematik. Hvis patientens indgang til konsultationen ikke indebar en aftalt profylaktisk kontakt eller attestarbejde (B eller C), fortsatte udfyldelsen af den øvrige del af skemaet.

3. del

Indhold af kontakten. Her skulle lægen angive patientens vigtigste kontaktårsag og kontaktens hoveddiagnose med tekst eller med ICPC-kode. Endvidere afkrydse om kontakten var en ny episode eller opfølgning. Der var muligheder for afkrydsning af, om kontakten indebar lægemiddelordination, undersøgelser foretaget i klinikken eller svar på undersøgelser. Lægen blev bedt om at angive antallet af eventuelle ekstraproblemer, som blev taget op i løbet af kontakten udover hovedproblemet, og om disse væsentligst var af biomedicinsk, psykologisk eller social karakter. Ved henvisning af patienten var der mulighed for at angive, om det var til speciallæge, ambulatorium, indlæggelse fysioterapi, eksternt laboratorium eller andet og med angivelse af hvilket medicinsk speciale, der blev henvist til. Involvering af klinikpersonalet som hjælp eller med selvstændig del af konsultationen kunne angives. Til slut oplystes om kontakten blev afsluttet med en aftalt opfølgning, med at "se an", eller om der var tale om afslutning uden yderligere.

4. del

Som en del af beskrivelsen af kontakten blev lægen bedt om med procenter at angive, i hvor høj grad biomedicinske, psykologiske og sociale faktorer spillede en rolle i kontakten. For at få identificeret patienter med medicinsk uforklarede symptomer skulle lægen vurdere, hvilken af følgende kategorier, der bedst passede på kontakten: en specifik medicinsk diagnose, et symptom som kunne forventes at være forbigående eller var et medicinsk uforklaret symptom. Sidstnævnte var relevant ved de kontakter, der efter lægens vurdering var et led i et forløb med flere lignende symptomer uden præcis diagnose, og hvor lægen havde mistanke om, at der var tale om en patient med et funktionelt somatisk syndrom. Endvidere blev lægen bedt om at angive, om der på noget tidspunkt i forbindelse med kontakten havde været mistanke om kræft eller anden alvorlig syg-

dom, og om denne mistanke stadig var til stede ved kontaktens afslutning. Til slut skulle lægen angive tidsforbruget til kontakten, og hvor tung kontakten blev oplevet. Der var mulighed for med tekst at notere årsagen til den angivne tyngde. Sidstnævnte blev efterfølgende kodet til at tilhøre en af de følgende kategorier:

- Faglig udfordring
- Akut sygdom
- Psykosocial problematik
- Tidsforbrug
- Sprog-/kulturel problematik inkl. brug af tolk
- Kommunikation ind/ud af huset
- Andet

Som nævnt ovenfor kunne lægerne selv påføre kontakterne en diagnosekode, men hvis lægerne havde anført dels kroniske lidelser og dels henvendelsesårsag og diagnose med tekst, blev kodningen foretaget efterfølgende. En medicinstuderende blev undervist i ICPC-kodesystemet og foretog kodning af alle registreringsskemaer, hvorefter GM gennemgik alle skemaer med henblik på at validere kodningerne.

Personaleregistreringsskemaet

Registreringsskemaet til personalet (Bilag 4) var tilsvarende lægernes på én A4-side. Efter at have afkrydset personaletype skulle basisoplysningerne angives i form af kroniske lidelser hos patienten og cpr-nummer. Kontakttypen blev markeret ved afkrydsning, og ligeledes om der var tale om en ny episode eller opfølgning. Indhold af kontakten var inddelt i kliniske procedurer, analysearbejde og undervisning, alle med mulighed for afkrydsning og tekst i tilfælde af "Andet". Afslutning af kontakten indeholdt fire afkrydsningsmuligheder afhængigt af, om der blev aftalt en ny tid hos en læge, hos personale, om der skulle "ses an" eller om kontakten blev afsluttet uden yderligere. Endelig blev personalet bedt om at angive, om der var tale om en helt eller delvis selvstændig konsultation, eller om personalet havde deltaget som hjælp i lægens konsultation. Tid og tyngde blev angivet med mulighed for afkrydsning af årsager til tyngde, og til sidst var der tre spørgsmål om oplevelsen af kontakten vedr. tilfredshed, tidspres og kompetence.

Repræsentativitet

Indledningsvist blev det undersøgt, om de deltagende læger var repræsentative for alle regionens læger. Det blev baseret på registeroplysninger om praksistype, kønsfordeling af læger, hvor længe de har været i nuværende praksis, og antallet af tilmeldte patienter.

Antal kontakter på et år for en gennemsnitlig alment praktiserende læge

I lighed med kontaktmønsterundersøgelsen fra 1993 har vi ønsket at præsentere resultaterne i form af de patientkontakter, som er typisk for en alment praktiserende læge i Region Midtjylland på et år. Praktiserende læger, deres praksis, arbejdstid og måde at indrette arbejdet på er imidlertid overordentlig forskellige, så derfor gælder beskrivelsen her for en "gennemsnitslæge", som nærmere beskrives side 20. Gennemsnitslægen er beregnet ved at tage antallet af arbejdsdage i løbet af det år, som studieperioden varede (251 dage) og estimere antallet af arbejdsdage til 220 (eksklusiv fem ugers ferie og seks dage til kursus og sygdom). Derfor omregnes det totale kontaktantal for samtlige registrerede dage til den andel som 220 udgør af alle registreringsdage. Metodens fordele og ulemper er i øvrigt diskuteret side 79.

Da kun en del af de deltagende lægers personale deltog, skulle det registrerede antal personalekontakter ekstrapoleres til alle læger i forhold, til hvor meget personale de havde i praksis. En sim-

pel ekstrapolering uden at tage højde for, om der var forskelle på personalesammensætningen i praksis, hvor personalet deltog og hvor de ikke deltog, ville imidlertid indebære risiko for en under- eller overestimering af antal kontakter. Derfor beregnede vi det antal kontakter, som skulle tillægges, ved at dividere antallet af registrerede personalekontakter med sygeplejerskeandelen for læger, hvor personalet deltog i registreringen. Dette gangede vi med sygeplejerskeandelen hos læger, hvor personalet ikke deltog i registreringen. På den måde antog vi også, at praksispersonalelets indsats gennemsnitligt var den samme pr. tidsenhed uanset, om de var i praksis, hvor personalet registrerede eller ej.

Antal kontakter blev beregnet for hvert ydernummer og derefter for hver deltagende læge, uanset om det var en solo- eller kompagniskabspraksis, og uanset om alle eller kun en del af lægerne i praksis deltog.

Honorering

De deltagende læger modtog honorering i form af kr. 240 som grundbeløb og kr. 24 pr kontaktheregistrering. Endvidere honoreredes praksis med kr. 500 i alt, hvis personalet deltog med registrering.

Projektet var finansieret af Samarbejdsudvalget for Århus Amt, Fonden vedrørende Finansiering af Forskning i Almen Praksis og Sundhedsvæsenet i øvrigt, Forskningsfonden for Almen Praksis, Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i Region Midtjylland og Forskningsfonden for Almen Praksis' temapulje inden for emnet "Almen Praksis i Sundhedsvæsenet". En betydelig del af omkostninger til analyse, databaseoprettelse, register data mm. er finansieret over Forskningsenheden for Almen Praksis' løbende drift.

Analyse

Der gennemføres i denne rapport primært en deskriptiv analyse af materialet med beregning af frekvenser af svarene på spørgsmålene i registreringsskemaet. I senere artikler inddrages data fra spørgeskemaer til patienter, og en række detaljerede delanalyser vil ligeledes blive afleveret senere.

Godkendelser/etik

Projektet er godkendt af Datatilsynet og Sundhedsstyrelsen. Projektet indeholder ikke intervention eller brug af biologisk materiale fra patienterne, hvorfor det ikke er forelagt den lokale videnskabetiske komité. Projektet er endvidere godkendt af DSAMs og P.L.O.s udvalg for multipraksisundersøgelser og er endvidere anbefalet af det regionale Praksisudvalg.

Resultater

Resultatafsnittets opbygning

Resultatafsnittet består af en lang række tabeller og figurer og er helt overordnet struktureret i følgende temaer.

De deltagende læger (side 18-19)

Præsentation af en række karakteristika for de deltagende læger i forhold til alle alment praktiserende læger i regionen med henblik på en vurdering af repræsentativitet.

Den gennemsnitlige alment praktiserende læge i Region Midtjylland (side 20)

Præsentation af den gennemsnitlige alment praktiserende læge med beskrivelse af praksispopulationens sammensætning mht. køn og alder samt af praksispersonalets sammensætning mht. faggrupper og antal arbejdstimer. Alle de efterfølgende resultater om antallet af patientkontakter er baseret på dette afsnit.

Registrerede patientkontakter (side 21-24)

De overordnede antal kontakter til den standardiserede alment praktiserende læge på et år fordelt på konsultation, telefonkonsultation, besøg og e-mail. Her inkluderes sammenligninger med den tidligere undersøgelse fra 1993 og med opgørelser fra Sygesikringen.

Patienternes årsager til kontakt (side 25-41)

Præsentation af kontaktårsager baseret på ICPC-koder. Først for alle kontakttyper og dernæst på konsultation, telefonkonsultation, besøg og e-mail.

Lægernes diagnoser på kontakterne (side 42-52)

Tilsvarende præsenteres kontakternes diagnoser baseret på ICPC-koder. Først for alle kontakttyper og dernæst på konsultation, telefonkonsultation, besøg og e-mail.

Indhold af kontakterne (side 53-56)

Præsentation af henvisninger for alle kontakter sammen med de tilsvarende resultater fra 1993 til sammenligning og efterfølgende fordelt på konsultation, telefonkonsultation, besøg og e-mail. Ligeledes præsenteres omfanget af ekstraproblemer i kontakterne og afslutningsmåde.

Om kontakterne (side 56-58)

Lægernes oplevelse af kontakterne præsenteres i form af resultater om, i hvor høj grad kontakterne er domineret af biomedicinske, psykologiske og sociale faktorer. Lægernes vurdering af omfanget af medicinsk uforklarede symptomer (funktionelt somatisk syndrom) præsenteres og det dokumenteres, hvor ofte mistanken om kræft eller anden alvorlig lidelse er til stede. Endelig vises tidsforbruget og den lægeoplevede tyngde af de registrerede kontakter.

Kronikere (side 59-74)

Kontakter med kronikere beskrives med en række resultater tilsvarende de ovennævnte og sammenlignes med kontakter med ikke-kronikere og alle patienter.

Klinikpersonale (side 75-78)

Præsentation af sygeplejerskers og andet personales aktivitet i almen praksis med beskrivelse af de typiske opgaver og af kontakter med patienter med de hyppigst forekommende kroniske lidelser.

Deltagende lægers repræsentativitet

I alt 871 alment praktiserende læger i Region Midt blev inviteret og heraf deltog 404 læger (46,4%), hvoraf 87,4% deltog med registrering på én hel dag og 12,6% med en formiddag og en eftermiddag. I alt 30 læger (7,4%) tog imod tilbuddet om besøg af GM til information om undersøgelsen og instruktion i udfyldelse af skemaer.

Af Tabel 1 fremgår det, at der var ca. 5% flere kvindelige læger blandt de deltagende læger i forhold til fordelingen i hele regionen ($p=0,002$).

Tabel 1. Kønsfordeling for de deltagende læger i forhold til alle læger i regionen

Køn	KOS 2008 (%)	I regionen (%)
Mænd	224 (55,4)	532 (61,1)
Kvinder	180 (44,6)	339 (38,9)
I alt	404 (100)	871 (100)

Med hensyn til antal år i nuværende praksis (Tabel 2) ses stor overensstemmelse mellem de deltagende læger og alle læger. Der bemærkes blandt deltagerne dog et lidt lavere antal læger med anciennitet over 20 år ($p=0,007$).

Tabel 2. Fordelingen af deltagende læger i forhold til alle læger i regionen mht. antal år i nuværende praksis

Antal år i praksis	KOS 2008 (%)	I regionen (%)
<5	107 (26,5)	210 (24,1)
5-10	77 (19,1)	160 (18,4)
10-20	139 (34,4)	279 (32,0)
>20	81 (20,1)	222 (25,5)
I alt	404 (100)	871 (100)

For fordelingen af solo- og kompagniskabspraksis ses stor overensstemmelse mellem deltagende læger og alle regionens læger (Tabel 3).

Tabel 3. Fordelingen af deltagende læger i forhold til alle læger i regionen mht. praksistype

Praksistype	KOS 2008 (%)	I regionen (%)
Solopraksis	97 (24,0)	215 (24,7)
Kompagniskabspraksis	307 (76,0)	656 (75,3)
I alt	404 (100)	871 (100)

Fordeling af antal tilmeldte patienter pr. læge i praksis viste lidt større andel læger med 1000-1499 patienter blandt KOS-deltagere (55,7%) sammenlignet med alle læger i regionen (50,9%) (Tabel 4).

Tabel 4. Fordelingen af deltagende læger i forhold til alle læger i regionen mht. antal tilmeldte patienter

Antal tilmeldte patienter pr. læge i praksis	KOS 2008 (%)	I regionen (%)	1993 (%)
-999	25 (6,2)	70 (8,0)	30 (9,5)
1000-1499	225 (55,7)	443 (50,9)	114 (34,8)
1500-1999	137 (33,9)	315 (36,2)	152 (46,3)
2000+	17 (4,2)	43 (4,9)	32 (9,8)
I alt	404 (100)	871 (100)	328 (100)

For Tabel 3 og 4 er der imidlertid et vist sammenfald af data for de deltagende læger og for alle læger, idet kompagniskabspraksis, hvor kun nogle af lægerne har deltaget, tæller med både for de deltagende læger og for hele regionen.

Undersøgelsen fra 1993 blev gennemført i det tidligere i Århus Amt. Tabel 5 viser den procentvise fordeling på de tidligere amter og nuværende kommuner af de praksis, der har deltaget i KOS 2008. Man skal bemærke en relativ lav deltagelse af læger fra Horsens kommune.

Tabel 5. Deltagerprocent fordelt på kommune og med angivelse af de tidligere amter

Kommune	Tidligere amt	Deltagelsesprocent
Herning	Ringkøbing Amt	40
Holstebro		40
Ikast-Brande		55
Lemvig		46
Ringkøbing-Skjern		50
Struer		50
Hedensted	Vejle Amt	42
Horsens		19
Skive	Viborg Amt	30
Viborg		44
Favrskov	Århus Amt	65
Norddjurs		46
Odder		64
Randers		47
Silkeborg		59
Syddjurs		50
Skanderborg		58
Århus		55

På baggrund af de ovennævnte resultater tyder det på, at de deltagende læger i KOS 2008 er repræsentative for alle læger i regionen, idet man dog skal have in mente, at der kan være en mindre overvægt af patienter fra kvindelige læger.

En gennemsnitlig alment praktiserende læger anno 2009

I de efterfølgende kapitler præsenteres resultaterne om antal kontakter for en række variable, og de præsenteres alle som antallet af kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge i Region Midtjylland.

Denne gennemsnitlige alment praktiserende læge arbejder 220 dage om året i dagtid og karakteriseres i de følgende to tabeller med beskrivelse af personalesammensætning og af praksispopulationen fordelt på køn og alder. Disse beskrivelser er baseret på en beregning af gennemsnittet for de deltagende læger i KOS 2008.

På basis af baggrundsskemaet for 402 af de 404 læger, som deltog i KOS 2008, kan det konkluderes, at den gennemsnitlige praktiserende læge har personalehjælp i 26 timer om ugen fordelt på knap en halv sygeplejerske og knap en halv sekretær samt lidt bidrag fra en bioanalytiker og andre personaler (Tabel 6).

Tabel 6. Antal personaler og personaletimer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge

Personaletype	Antal	Antal timer
Sekretær	0,4	12,0
Sygeplejerske	0,4	11,5
Bioanalytiker	0,04	1,1
Andet	0,1	1,3
I alt	0,94	25,9

Tabel 7 beskriver praksispopulationen i køn og alder for den gennemsnitlige læge udtrukket fra Sygesikrings-registreret. Antallet af tilmeldte patienter i hele regionen er medtaget til sammenligning. Disse tal er baseret på data fra patientlisterne fra Sygesikringsregisteret.

Tabel 7. Den gennemsnitlige praksispopulation fordelt på køn og alder for en alment praktiserende læge

Alder	KOS 2008			For hele regionen		
	Mænd	Kvinder	I alt (%)	Mænd	Kvinder	I alt (%)
0-4	45 (6,4)	43 (6,0)	88 (6,2)	38.784 (6,2)	37.250 (6,0)	76.034 (6,1)
5-14	95 (13,5)	91 (12,7)	186 (13,1)	81.759 (13,2)	77.955 (12,5)	159.714 (12,9)
15-24	93 (13,2)	88 (12,3)	181 (12,7)	81.364 (13,2)	77.303 (12,4)	158.667 (12,8)
25-34	87 (12,3)	85 (11,9)	172 (12,1)	76.854 (12,4)	74.848 (12,0)	151.702 (12,2)
35-44	103 (14,6)	102 (14,3)	205 (14,4)	90.409 (14,6)	87.701 (14,1)	178.110 (14,4)
45-54	97 (13,8)	97 (13,6)	194 (13,7)	85.272 (13,8)	83.517 (13,4)	168.789 (13,6)
55-64	91 (12,9)	92 (12,9)	183 (12,9)	81.052 (13,1)	79.861 (12,8)	160.913 (13,0)
65-74	58 (8,2)	62 (8,7)	120 (8,4)	51.261 (8,3)	54.638 (8,8)	105.899 (8,5)
75+	36 (5,1)	56 (7,8)	92 (6,5)	32.285 (5,2)	48.760 (7,8)	81.045 (6,5)
I alt	705 (100)	715 (100)	1.421 (100)	619.040 (100)	621.833 (100)	1.240.873 (100)

Kilde: Sygesikringsregisteret

Patientkontakter

I det følgende præsenteres en række tabeller med resultater om de registrerede patientkontakter i KOS 2008. Indledningsvist præsenteres overordnede opgørelser over antallet af kontakter efterfulgt af specifikke opgørelser svarende til registreringsskemaets opbygning (Bilag 2). Sygeplejerskers selvstændige kontakter indgår i tabellerne med de overordnede opgørelser af antal kontakter. Ligeledes er resultaterne fra 1993-undersøgelsen til sammenligning tilføjet, hvor dette var muligt.

De deltagende 404 læger registrerede i alt 13.090 patientkontakter. Inkluderes selvstændige sygeplejekonsultationer er det estimerede antal registrerede kontakter for de 404 læger i alt 15.169, dvs. 38 pr. registreringsdag. Til sammenligning var det samlede antal registrerede kontakter i 1993 for 328 læger 12.237 patientkontakter, hvilket svarer til gennemsnitlig 37 registrerede kontakter pr. deltagende læge.

Indgang til kontakten

I Tabel 8 præsenteres først antallet af de forskellige kontaktyper, konsultation, telefonkonsultation, besøg, e-mailkontakt og receptfornyelser. Det beregnede antal kontakter for den gennemsnitlige alment praktiserende læge inkl. personalekontakter på et år er således 8.349. De tilsvarende tal fra Sygesikringens afregningsopgørelser for den tilsvarende periode for de fire kontaktyper er tilføjet til sammenligning. Det større antal kontakter registreret i Sygesikringsregisteret skyldes dels en forventelig underregistrering i KOS 2008, en mulig højere aktivitet af praksispersonale, der ikke deltog, samt at vi med KOS 2008 ikke inddrog uddannelseslægenes aktivitet.

Ligeledes er resultaterne fra 1993-undersøgelsen medtaget. Det fremgår, at andelen af konsultationer er steget fra 54 til 62%. Andelen af telefonkonsultationer er stort set den samme som i 1993. En eventuel underestimering af antallet af telefonkontakter, diskuteres senere i afsnittet med styrker og svagheder ved undersøgelsen (side 80).

Tabel 8. Antal kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge og selvstændige sygeplejerskekontakter på et år fordelt på kontakttyper og tilføjet antal kontakter ifølge Sygesikringen samt fordeling af kontakter for 1993

	KOS 2008 (%)						Kontakter jf. Sygesikringen (%)	1993 %
	Lægekontakter			Sygepl.- kontakter (%)	Læge + sygepl. i alt (%)			
	Mænd (%)	Kvinder (%)	I alt (%) ¹					
Konsultation	1.609 (60,1)	2.507 (57,1)	4.178 (58,0)	1.031 (89,6)	5.209 (62,4)	5.321 (56,1)	54,1	
Tlf.kontakt	890 (33,2)	1.516 (29,3)	2.465 (34,3)	80 (6,9)	2.545 (30,5)	3.433 (36,2)	30,8	
Besøg	50 (1,9)	73 (1,7)	124 (1,7)	10 (0,9)	134 (1,6)	147 (1,6)	2,8	
E-mail	116 (4,3)	278 (6,3)	400 (5,6)	3 (0,3)	403 (4,8)	583 (6,1)		
Ikke oplyst	13 (0,5)	17 (0,4)	32 (0,4)	26 (2,3)	58 (0,7)		1,0	
I alt	2.678 (100)	4.391 (100)	7.199 (100)	1.150 (100)	8.349 (100)	9.484 (100)	100	

¹ Tallene i denne kolonne er inklusiv kontakter, hvor køn ikke er oplyst.

Profylakse og attestarbejde

I Tabel 9 ses resultaterne for konsultationer med profylaktiske opgaver og med attestarbejde. Sygeplejerskekonsultationer er inkluderet i de profylaktiske konsultationer.

Tabel 9. Fordeling af konsultationer vedrørende profylakse- og attestarbejde for gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (inkl. profylaktiske sygeplejerskekonsultationer)

Profylaktiske undersøgelser og attestarbejde		Lægekontakter (%)		Sygeplejerskekontak-ter (%)		I alt ¹ (%)
		Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	
Aftalt profylakse	Børneundersøgelse/-vaccination	75 (4,5)	89 (3,6)	9 (1,9)	21 (3,8)	196 (2,4)
	Svangreundersøgelse	-	62 (2,4)	-	5 (1,0)	67 (1,3)
	Vaginal-cytologi (inviteret)	-	92 (3,7)	-	0	92 (1,8)
	Vaccination	42 (2,7)	68 (2,7)	67 (14,3)	117 (21,0)	299 (5,7)
	Aftalt forebyggelses-konsultation	113 (7,1)	128 (5,1)	0	0	243 (4,7)
	Klamydiapartner-opsporing	4 (0,2)	4 (0,1)	0	0	8 (0,2)
	Livsstilsrådgivning-undervisning	-	-	73 (15,9)	114 (20,3)	192 (3,7)
Attester	Socialmed. attest	23 (1,4)	26 (1,0)	-	-	55 (1,0)
	Syge-/frav.melding	10 (0,6)	26 (1,1)	-	-	36 (0,7)
	Motorattest	51 (3,2)	31 (1,2)	-	-	84 (1,6)
	Forsikringsattest	12 (0,7)	21 (0,9)	-	-	34 (0,7)
	Anden attest	24 (1,5)	27 (1,1)	-	-	52 (1,0)
Profylakse og attestarbejde i alt		354 (22,0)	574 (22,9)	149 (32,1)	257 (46,0)	1.358 (25,9)
Alle konsultationer		1.609 (100)	2.507 (100)	464 (100)	559 (100)	5.203 (100)

¹ Tallene i denne kolonne er inklusiv 74 kontakter, hvor køn ikke er oplyst.

Symptom- eller sygdomsbetingede og profylaktiske kontakter

I tabel 10 præsenteres kontakter inddelt i hhv. symptom- og sygdomsbetingede kontakter og profylaktiske kontakter fordelt på køn og alder. Andelen af ældre borgere på 75 år og derover udgør 6,5% af de tilmeldte, men repræsenterer en langt større del af de symptom- og sygdomsbetingede lægekontakter, nemlig 15,5%. Det fremgår ligeledes, at andelen af symptom- og sygdomsbetingede lægekontakter for børn og unge er faldet relativt siden 1993, og modsvarende er andelen af disse kontakter for midaldrende og ældre steget. Der ses en stærk stigning i antallet af profylaktiske kontakter for ældre sammenlignet med i 1993.

Tabel 10. Antal kontakter fordelt på henholdsvis symptom- og sygdomsbetingede og profylaktiske kontakter og på køn og alder for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år med de tilsvarende andele for 1993

Alder	Andel af Befolkn.	Symptom- og sygdomsbetingede kontakter ¹				Profylaktiske kontakter			
		Mænd	Kvinder	I alt (%)	1993 (%)	Mænd	Kvinder	I alt (%)	1993 %
0-4	6,2 %	131 (5,4)	114 (2,9)	245 (3,8)	567 (5,1)	50 (21,5)	59 (13,5)	109 (16,3)	24,7
5-14	13,1 %	171 (7,0)	162 (4,1)	333 (5,1)	555 (5,0)	25 (10,8)	30 (6,9)	54 (8,1)	6,7
15-24	12,7 %	198 (8,1)	383 (9,7)	581 (8,9)	1.054 (9,5)	4 (1,9)	34 (7,8)	38 (5,7)	16,3
25-34	12,1 %	201 (8,2)	498 (12,6)	699 (10,7)	1.557 (14,0)	8 (3,5)	64 (14,7)	73 (10,9)	21,8
35-44	14,4 %	290 (11,9)	581 (14,7)	871 (13,3)	1.564 (14,1)	11 (4,6)	45 (10,3)	56 (8,4)	11,0
45-54	13,7 %	313 (12,8)	565 (14,3)	878 (13,4)	1.471 (13,2)	19 (8,1)	53 (12,2)	72 (10,8)	8,0
55-64	12,9 %	383 (15,7)	510 (12,9)	893 (13,7)	1.310 (11,8)	41 (18,1)	52 (12,0)	93 (13,9)	4,4
65-74	8,4 %	381 (15,6)	508 (12,9)	889 (13,6)	1.338 (12,0)	47 (20,4)	60 (13,8)	107 (16,0)	2,6
+75	6,5 %	380 (15,5)	634 (16,0)	1.014 (15,5)	1.655 (14,9)	26 (11,2)	36 (8,3)	62 (9,3)	4,1
Uopl.				127 (2,0)	38 (0,3)		6 (0,5)	6 (0,9)	0,4
I alt	100 %	2.448 (100)	3.955 (100)	6.530 (100)	11.109 (100)	231 (100)	435 (100)	670 (100)	100

¹ Forsikringsattester og andre attester er inkluderet i sygdoms- og symptombetingede kontakter.

Ny episode eller opfølgning

Lægerne angav, om kontakten var en ny episode eller en opfølgning af en tidligere kontakt. Sidstnævnte var også tilfældet, hvis patientens første kontakt f.eks. var på skadestuen eller hos lægevagten. I alt 39% af kontakterne var angivet som nye episoder i KOS 2008 i sammenligning med 42% i 1993 (Tabel 11).

Tabel 11. Antallet af symptom- og sygdomsbetingede kontakter (inkl. sygeplejerskers selvstændige kontakter) for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på Ny episode/Opfølgning

	KOS 2008			I 1993
	Læger	Personale	I alt (%)	I alt
En ny episode	2.814 (43,1)	190 (16,5)	3.004 (39,1)	42,0 %
Opfølgning	3.043 (46,6)	827 (71,9)	3.870 (50,4)	45,8 %
Ikke relevant ¹	673 (10,3)	133 (11,6)	806 (10,5)	12,1 %
I alt	6.530 (100)	1.150 (100)	7.680 (100)	

¹ Kontakter med attestarbejde var ikke omfattet af dette spørgsmål.

Kontaktårsager

I det følgende beskrives patienternes kontaktårsager ved hjælp af ICPC-kodesystemet, først for *alle* kontakter og derefter for hver af de fire kontakttyper, konsultation, telefonkonsultation, besøg og e-mailkontakt. Senere præsenteres lægernes diagnoser på kontakterne (side 43-52).

Beskrivelsen af årsagen til kontakterne består af i alt 10 tabeller, to for *alle* kontakter og to for hver af de fire kontakttyper. Begge tabeller baserer sig på ICPC-kodesystemet, hvor den første viser fordelingen på organsystemer og på "Nye episoder" og "Opfølgning" samt køn. Den anden tabel viser fordelingen på organsystemer og på ICPC-komponenterne symptom, infektion, kræft, skade, medfødt misdannelse og specifikke sygdomme samt aktiviteter/processer. Endelig præsenteres herefter en figur med en række kurver for kontaktårsager fordelt på alder for hvert organsystem for alle kontakter samlet.

Det skal bemærkes, at kontakter, hvor der ikke var anført en kontaktårsag, efterfølgende blev kodet med A69 – "Årsag til kontakt IKA (ikke klassificeret andetsteds)". Dette var tilfældet for 8% af de almene og uspecificerede kontakter (A). Ligeledes blev proces-kontakter med f.eks. blodprøve, svar på undersøgelse og lign. tilføjet organkode A, hvis det ikke fremgik, hvilket organ, aktiviteten drejede sig om. Det er medvirkende til det uforholdsmæssigt store antal henvendelser inden for Alment/uspecificeret i Tabel 12 (23,8%).

Alle kontakttyper

I Tabel 12 præsenteres resultaterne for kontaktsagerne for *alle* kontakter ud fra ICP-klassifikationssystemets inddeling efter organsystemer og fordelt på "Nye episoder" og "Opfølgning" samt køn. Det fremgår, at de hyppigste årsager til kontakt til egen læge skyldes problemer inden for organsystemerne "Muskel/skelet", "Psykisk", "Luftveje" og "Hud", hvilket også var tilfældet i 1993.

Tabel 12. Årsager til symptom- og sygdomsbetingede kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICP-organkoder og køn samt Ny episode eller Opfølgning (ekskl. personalekontakter)

Organsystem	Mænd		Kvinder		Begge køn ¹		I alt ² (%)	1993 %
	Ny episode (%)	Opfølg. (%)	Ny episode (%)	Opfølg. (%)	Ny episode (%)	Opfølg. (%)		
A: Aliment/uspecificeret ³	152 (14,1)	312 (28,2)	233 (13,7)	491 (26,1)	397 (14,1)	833 (27,4)	1.558 (23,8)	15,7
B: Blod/lymf/immunsystem	5 (0,5)	11 (1,0)	9 (0,5)	22 (1,2)	15 (0,5)	33 (1,1)	50 (0,8)	1,0
D: Fordøjelse	86 (8,0)	51 (4,7)	112 (6,6)	76 (4,1)	201 (7,1)	129 (4,2)	353 (5,4)	6,0
F: Øje	39(3,5)	7 (0,6)	35 (2,1)	9 (0,5)	73 (2,6)	17 (0,6)	96 (1,5)	1,7
H: Øre	34 (3,1)	9 (0,9)	34 (2,0)	15 (0,8)	69 (2,5)	25 (0,8)	103 (1,6)	2,2
K: Hjerter/kar	36 (3,5)	162 (14,7)	48 (2,8)	226 (12,1)	85 (3,0)	393 (12,9)	499 (7,6)	7,1
M: Muskel/skelet	219 (20,3)	124 (11,2)	277 (16,4)	243 (13,0)	501 (17,8)	372 (12,2)	937 (14,3)	14,8
N: Nervesystemet	40 (3,7)	19 (1,8)	71 (4,2)	52 (2,8)	113 (4,0)	73 (2,4)	198 (3,0)	4,2
P: Psykisk	56 (5,2)	127 (11,4)	96 (5,7)	236 (12,6)	155 (5,5)	368 (12,1)	561 (8,6)	8,1
R: Luftveje	185 (17,1)	74 (6,8)	237 (14,0)	90 (4,8)	426 (15,1)	167 (5,5)	644 (9,9)	12,9
S: Hud	141 (13,0)	59 (5,3)	206 (12,2)	79 (4,2)	353 (12,6)	141 (4,6)	539 (8,3)	10,6
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	12 (1,2)	80 (7,2)	26 (1,5)	116 (6,2)	39 (1,4)	202 (6,6)	258 (4,0)	4,2
U: Urinveje	29 (2,7)	33 (3,0)	71 (4,2)	58 (3,1)	102 (3,6)	91 (3,0)	212 (3,3)	3,3
W: Svangerskab/fødsel/prævention	-	-	86 (5,1)	47 (2,5)	87 (3,1)	48 (1,6)	145 (2,2)	1,6
X: Kvindelige kønsorganer	-	-	137 (8,1)	96 (5,1)	140 (5,0)	99 (3,3)	261 (4,0)	4,8
Y: Mandlige kønsorganer	36 (3,4)	28 (2,6)			36 (1,3)	29 (1,0)	68 (1,0)	0,8
Z: Sociale problemer	8 (0,7)	7 (0,6)	14 (0,8)	17 (0,9)	22 (0,8)	23 (0,8)	48 (0,7)	1,0
I alt	1.078 (100)	1.103 (100)	1.692 (100)	1.873 (100)	2.814 (100)	3.043 (100)	6.530 (100)	100

¹ Inklusiv 111 kontakter, hvor køn ikke er oplyst.

² Inklusiv 673 kontakter, hvor køn og ny episode/opfølgning ikke er oplyst.

³ Kontakter uden angivelse af kontaktsag er kodet som A69 – Årsag til kontakt IKA.

I Tabel 13 beskrives kontakttårssagerne fordelt på ICPC-klassifikationssystemets organsystemer og på komponenterne symptom, infektion, kræft, skade, medfødt misdannelse og specifikke sygdomme samt processer /aktiviteter. Det ses, at den langt overvejende kontakttårssager er symptomer.

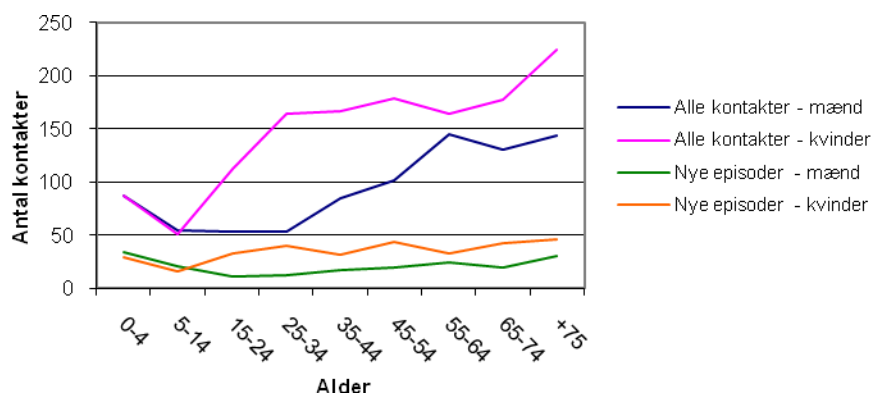
Tabel 13. Årsager til symptom- og sygdomsbetingede kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC-kodesystemets organkoder og komponenter

Organsystem	Sympt.	Infekt. sygd.	Kræft	Skader	Medf. misd.	Spec. diagn.	Proces/aktivitet	I alt
A: Aliment/uspecificeret ³	270 (8,6)	17 (5,0)	4 (7,7)	42 (32,3)	1 (4,0)	218 (17,3)	1.006 (62,1)	1.558 (23,8)
B: Blod/lymf/immunsystem	19 (0,6)	0 (0)	1 (1,9)	0 (0)	0 (0)	16 (1,3)	14 (0,9)	50 (0,8)
D: Fordøjelse	271 (8,7)	6 (1,8)	7 (13,5)	0 (0)	1 (4,0)	51 (4,1)	17 (1,1)	353 (5,4)
F: Øje	46 (1,5)	42 (12,4)	0 (0)	2 (1,6)	0 (0)	2 (0,2)	4 (0,3)	96 (1,5)
H: Øre	74 (2,4)	14 (4,1)	0 (0)	1 (0,8)	0 (0)	9 (0,7)	5 (0,3)	103 (1,6)
K: Hjerter/kar	74 (2,4)	0 (0)	1 (1,9)	0 (0)	0 (0)	325 (25,7)	99 (6,1)	499 (7,6)
M: Muskel/skelet	760 (24,4)	2 (0,6)	1 (1,9)	33 (26,0)	1 (4,0)	73 (5,8)	67 (4,2)	937 (14,3)
N: Nervesystemet	157 (5,1)	1 (0,3)	1 (1,9)	1 (0,8)	0 (0)	26 (2,1)	12 (0,7)	198 (3,0)
P: Psykisk	281 (9,1)	-	-	-	-	175 (13,9)	105 (6,5)	561 (8,6)
R: Luftveje	445 (14,3)	95 (28,0)	7 (13,5)	-	0 (0)	76 (6,0)	21 (1,3)	644 (9,9)
S: Hud	236 (7,6)	88 (26,0)	15 (28,9)	48 (37,8)	18 (72,0)	81 (6,4)	53 (3,3)	539 (8,3)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	20 (0,7)	0 (0)	1 (1,9)	0 (0)	0 (0)	155 (12,3)	82 (5,1)	258 (4,0)
U: Urinveje	112 (3,6)	52 (15,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (0,5)	42 (2,6)	212 (3,3)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	102 (3,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	30 (2,4)	13 (0,8)	145 (2,2)
X: Kvindelige kønsorganer	160 (5,1)	16 (4,7)	6 (11,5)	1 (0,8)	0 (0)	11 (0,9)	67 (4,2)	261 (4,0)
Y: Mandlige kønsorganer	36 (1,1)	6 (1,8)	8 (15,4)	0 (0)	4 (16,0)	6 (0,5)	8 (0,5)	68 (1,0)
Z: Sociale problemer	47 (1,5)	-	-	-	-	-	1 (0,1)	48 (0,7)
I alt	3.110 (100)	339 (100)	52 (100)	128 (100)	25 (100)	1.260 (100)	1.616 (100)	6.530 (100)

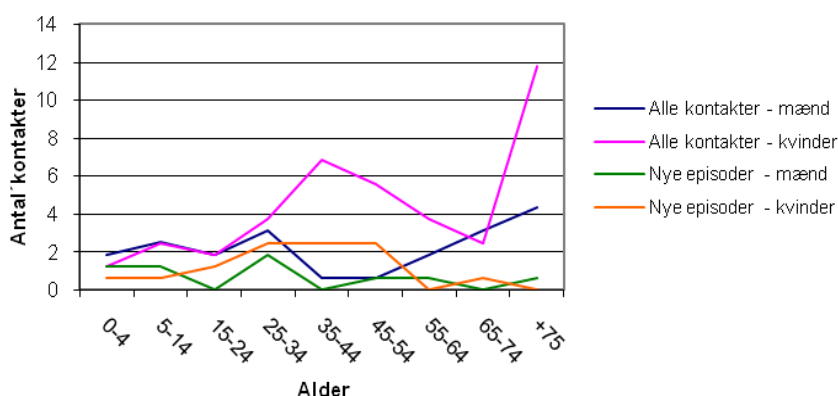
I det følgende præsenteres for hver ICPC-organkode antallet af kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på henholdsvis "Alle kontakter" og "Ny episode" samt på køn og alder. For oplysning om de totale antal kontakter henvises til Tabel 12 (side 26).

Figur 1. Kontaktårsager for alle kontakter fordelt på ICPC- organkoder, køn og alder samt på Alle kontakter/Nye episoder for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år

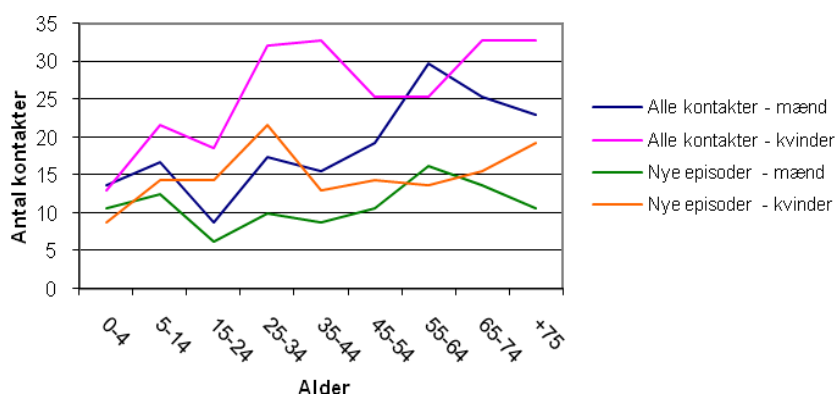
A: Alment/uspecificeret



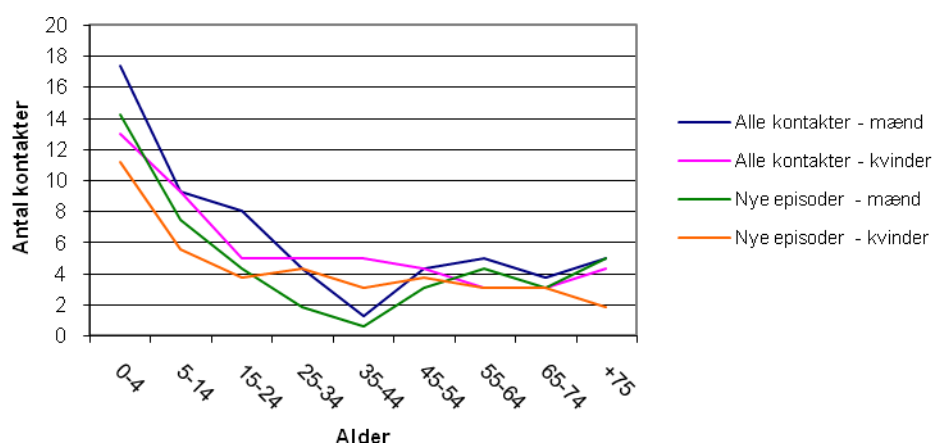
B: Blod/Lymfe/Immunsystem



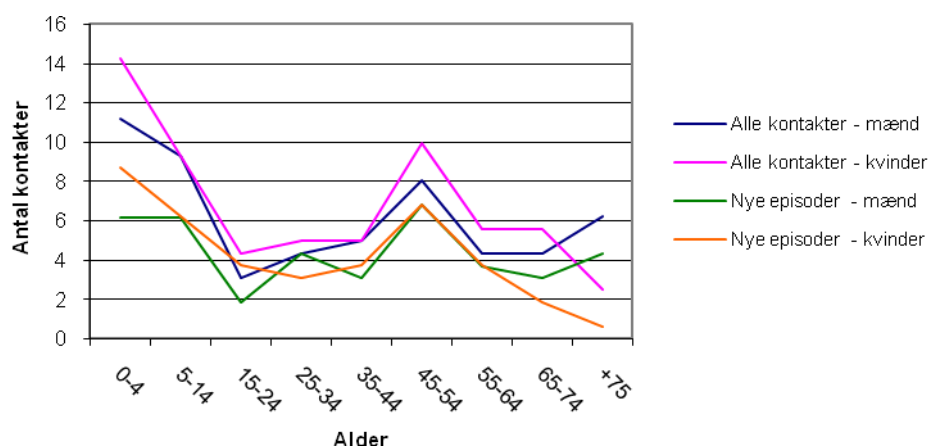
D: Fordøjelsessystem



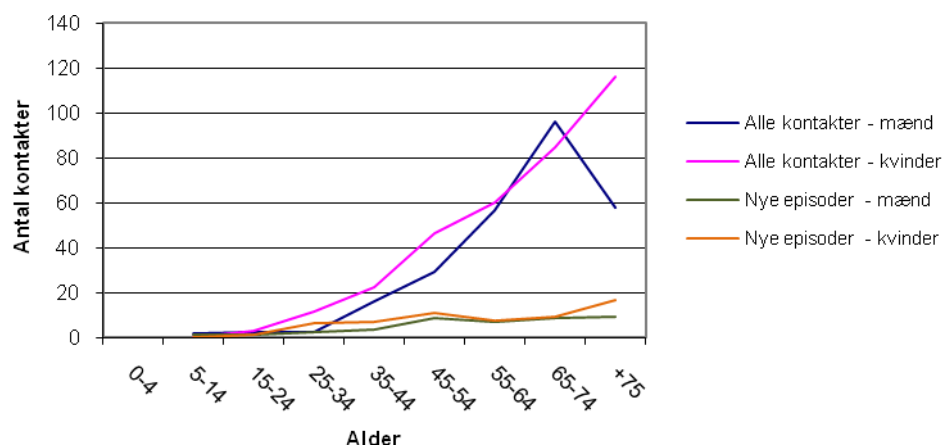
F: Øje



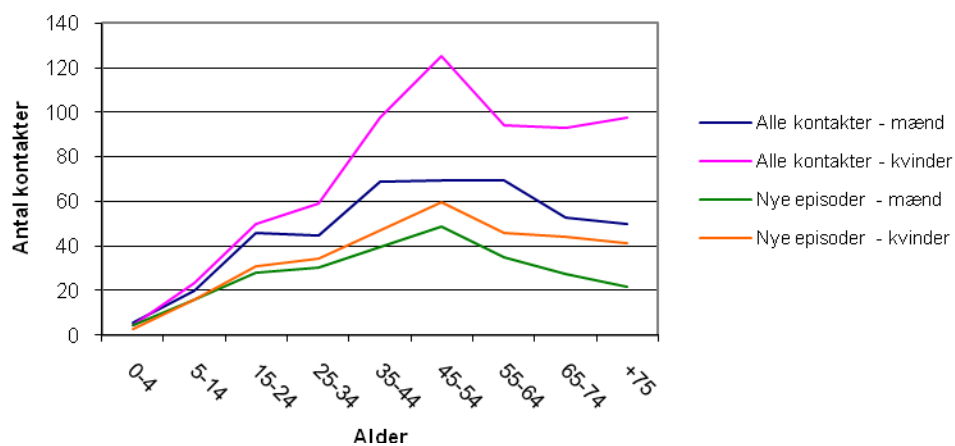
H: Øre



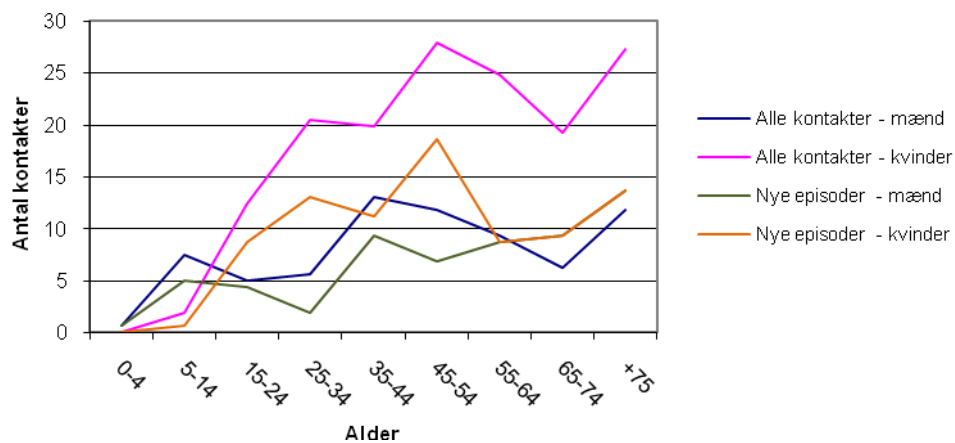
K: Hjerter/Karsystem



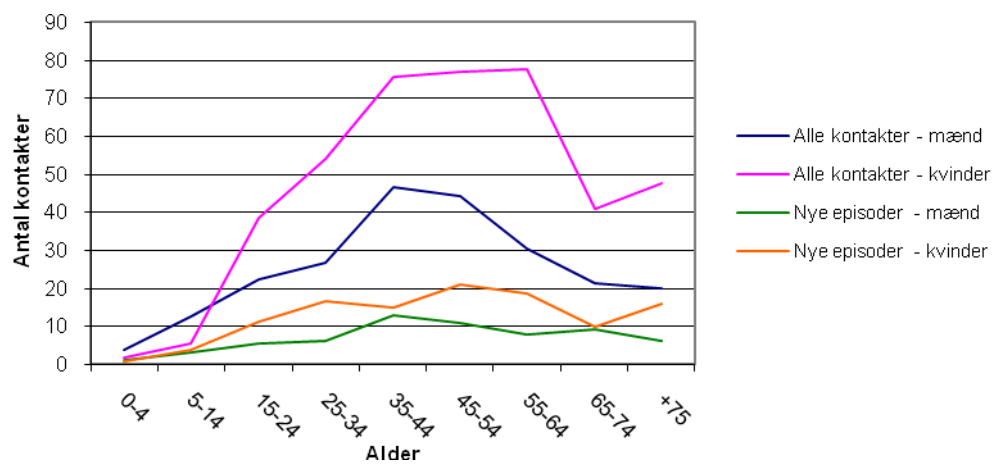
L: Muskel/Skeletsystem



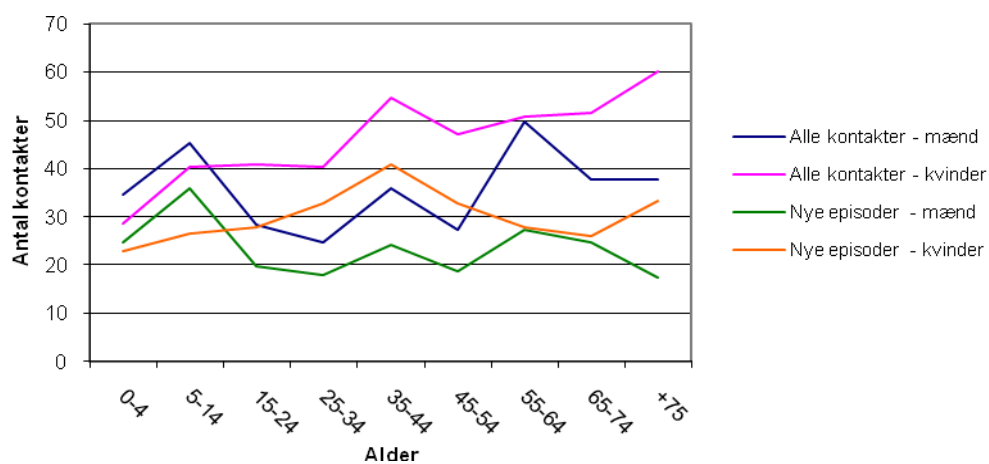
N: Nervesystem



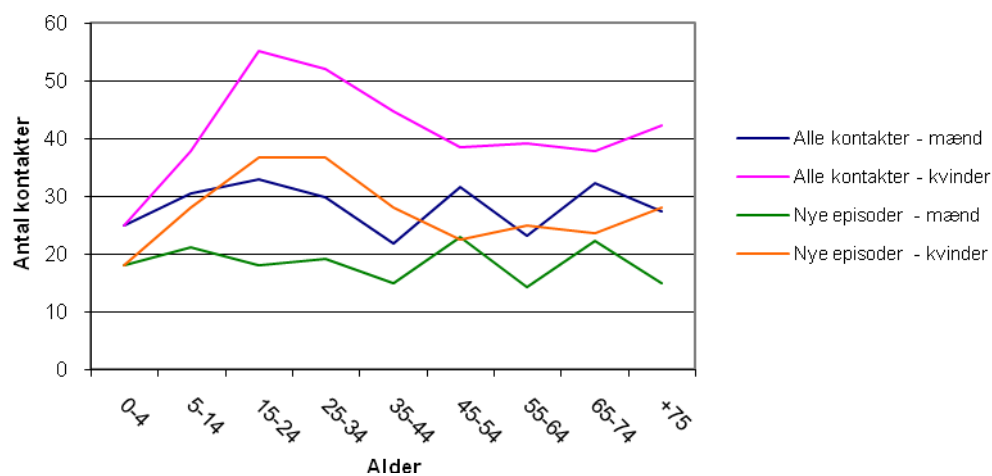
P: Psykisk



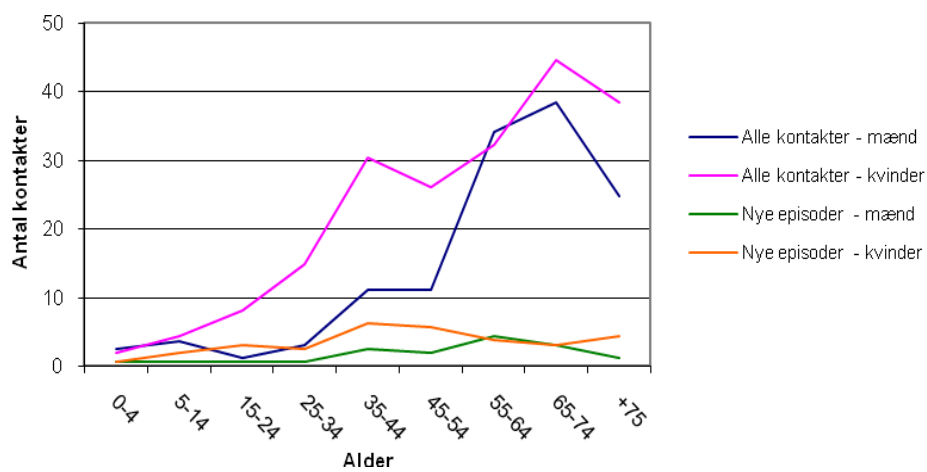
R: Luftveje



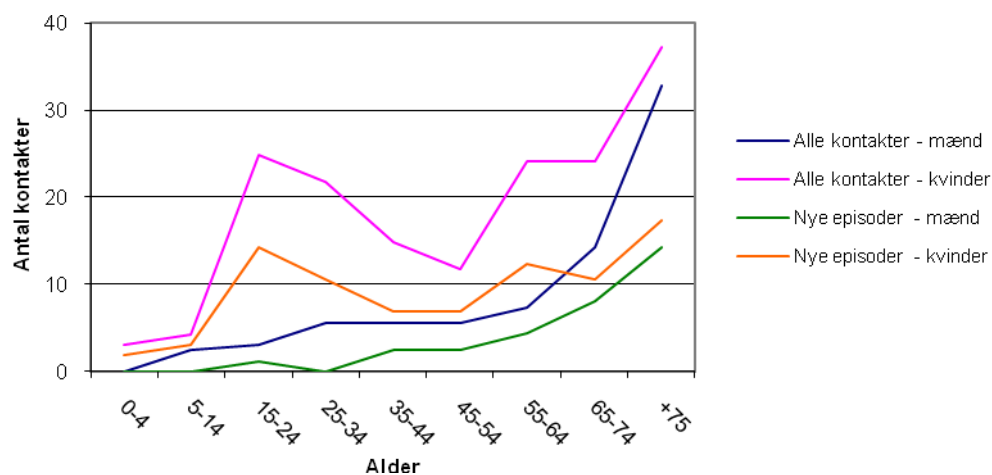
S: Hud



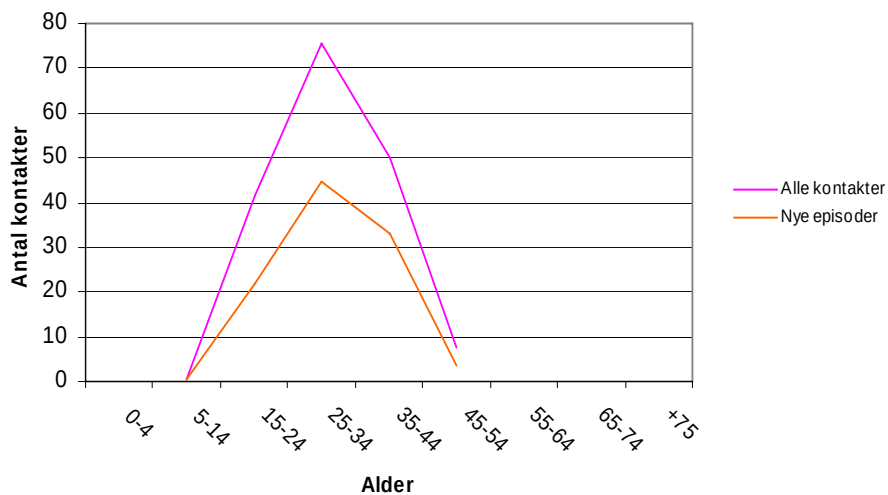
T: Endokrint/Metabolisk/Ernæringsmæssigt



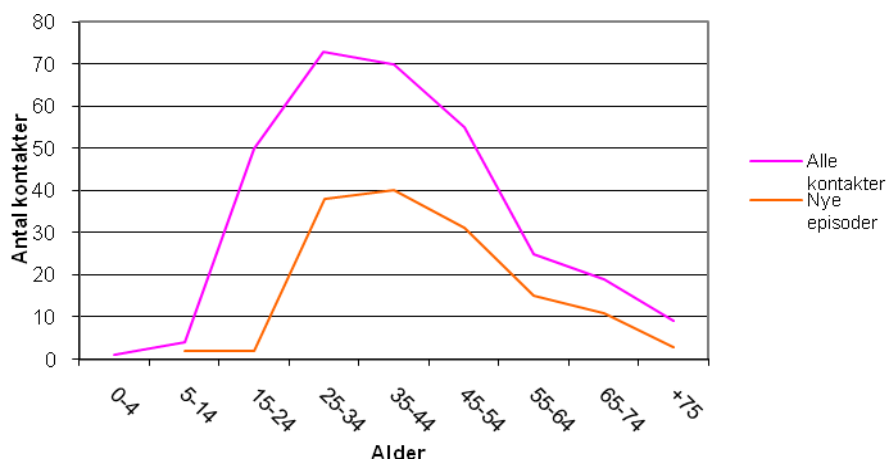
U: Urinveje



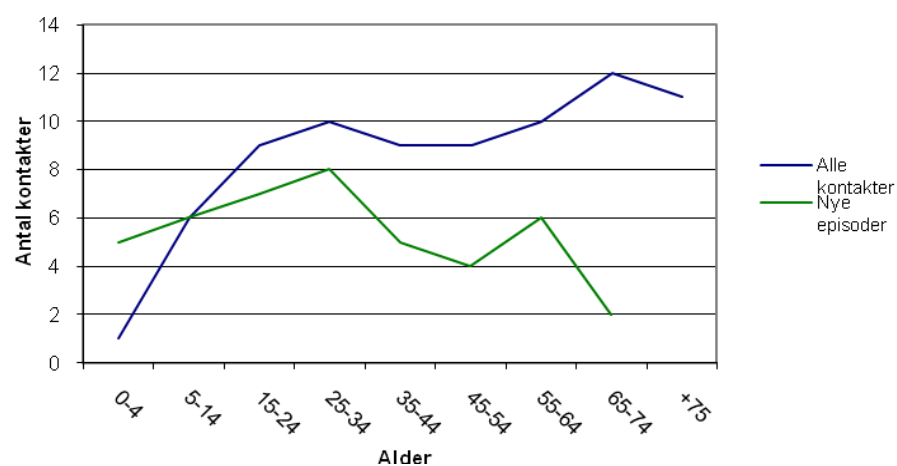
W: Svangerskab/Fødsel/Antikonception



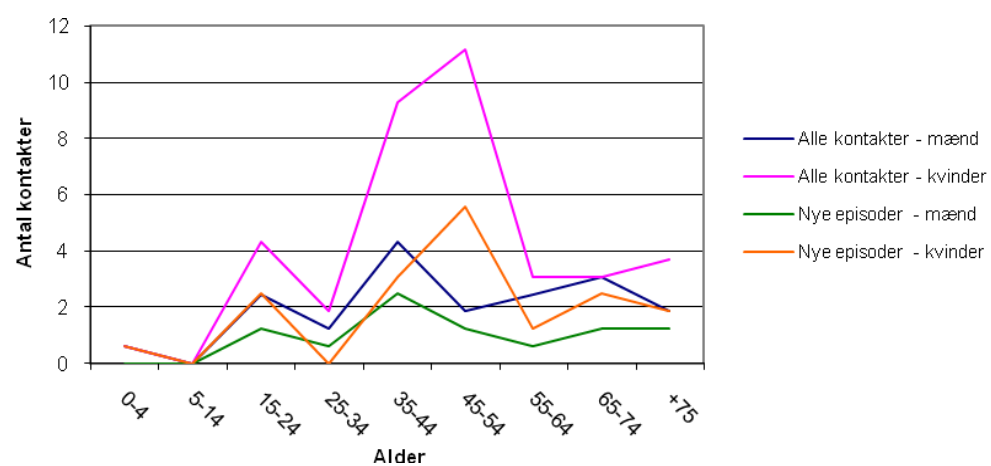
X: Kvindelige kønsorganer (inkl. mamma)



Y: Mandlige kønsorganer



Z: Sociale problemer



Tabel 15. Kontaktsager for symptom- og sygdomsbetingede konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICD-kodesystemets organkoder og komponenter

Organsystem	Sympt.	Infekt. sygd.	Kræft	Skader	Medf. misd.	Spec. diagn.	Proces/aktivitet	I alt
A: Aliment/uspecificeret ³	150 (7,7)	9 (5,0)	2 (6,7)	17 (21,3)	0 (0)	177 (20,3)	137 (6,8)	495 (14,1)
B: Blod/lymf/immunsystem	13 (0,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (1,0)	7 (1,9)	29 (0,8)
D: Fordøjelse	150 (7,6)	3 (1,7)	2 (6,7)	0 (0)	1 (4,6)	20 (2,3)	4 (1,1)	180 (5,1)
F: Øje	26 (1,3)	16 (8,8)	0 (0)	2 (2,5)	0 (0)	2 (0,2)	2 (0,5)	48 (1,4)
H: Øre	59 (3,0)	9 (5,0)	0 (0)	1 (1,3)		7 (0,8)	2 (0,5)	78 (2,2)
K: Hjerne/kar	41 (2,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	258 (29,5)	48 (12,9)	348 (9,9)
M: Muskel/skelet	495 (25,3)	1 (0,6)	0 (0)	22 (27,5)	1 (4,6)	47 (5,4)	16 (4,3)	583 (16,5)
N: Nervesystemet	99 (5,1)	0 (0)	2 (6,7)	1 (1,3)	0 (0)	12 (1,4)	3 (0,8)	117 (3,3)
P: Psykisk	169 (8,6)	-	-	-	-	122 (13,9)	55 (14,8)	347 (9,9)
R: Luftveje	304 (15,5)	48 (26,4)	4 (13,3)	0 (0)	0 (0)	47 (5,4)	7 (1,9)	410 (11,7)
S: Hud	163 (8,3)	65 (35,7)	12 (40,0)	36 (45,0)	17 (17,3)	51 (5,8)	34 (9,1)	379 (10,8)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	13 (0,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	95 (10,9)	24 (6,5)	133 (3,8)
U: Urinveje	63 (3,2)	22 (11,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0,3)	8 (2,2)	74 (2,7)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	69 (3,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	17 (1,9)	3 (0,8)	89 (2,5)
X: Kvindelige kønsorganer	100 (5,1)	7 (3,9)	3 (10,0)	1 (1,3)	0 (0)	5 (0,6)	10 (2,7)	126 (3,6)
Y: Mandlige kønsorganer	22 (1,1)	4 (2,2)	5 (16,7)	0 (0)	3 (13,6)	3 (0,3)	3 (0,8)	40 (1,1)
Z: Sociale problemer	24 (1,2)	-	-	-	-	-	1 (0,3)	25 (0,7)
I alt	1.960 (100)	184 (100)	30 (100)	80 (100)	22 (100)	875 (100)	364 (100)	3.515 (100)

Telefonkontakter

Tabel 16. Kontakårsager for symptom- og sygdomsbetingede telefonkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode eller Opfølgning (ekskl. personalekontakter)

Organsystem	Mænd		Kvinder		Begge køn	
	Ny episode (%)	Opfølgning. (%)	Ny episode (%)	Opfølgning. (%)	Ny episode ¹ (%)	Opfølgning. ¹ (%)
A: Alment/uspecificeret ³	60 (19,9)	227 (45,3)	99 (1878)	345 (40,3)	180 (19,4)	596 (42,7)
B: Blod/lymfe/immunsystem	1 (0,3)	3 (0,6)	1 (0,2)	11 (1,3)	3 (0,4)	14 (1,0)
D: Fordøjelse	27 (9,0)	25 (5,0)	36 (7,1)	38 (4,4)	73 (7,8)	64 (4,6)
F: Øje	16 (5,3)	4 (0,8)	18 (3,5)	6 (0,7)	38 (4,1)	11 (0,8)
H: Øre	5 (1,7)	3 (0,5)	6 (1,2)	7 (0,8)	12 (1,3)	10 (0,7)
K: Hjerter/kar	9 (3,0)	28 (5,7)	19 (3,7)	52 (6,1)	33 (3,5)	81 (5,8)
M: Muskel/skelet	46 (15,3)	60 (12,0)	66 (13,2)	104 (12,2)	128 (13,7)	167 (12,0)
N: Nervesystemet	12 (4,0)	11 (2,2)	19 (3,7)	24 (2,8)	34 (3,7)	36 (2,6)
P: Psykisk	17 (5,7)	41 (8,2)	36 (7,1)	71 (8,3)	62 (6,7)	113 (8,1)
R: Luftveje	50 (16,6)	26 (5,2)	64 (12,6)	42 (4,9)	130 (14,0)	69 (4,9)
S: Hud	31 (10,3)	19 (3,8)	36 (7,1)	27 (3,2)	76 (8,3)	46 (3,3)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	5 (1,7)	22 (4,4)	11 (2,2)	44 (5,1)	17 (1,8)	68 (4,9)
U: Urinveje	12 (4,0)	17 (3,4)	25 (4,9)	33 (3,9)	43 (4,6)	51 (3,7)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	-	-	30 (5,9)	13 (1,5)	35 (3,8)	13 (0,9)
X: Kvindelige kønsorganer	-	-	39 (7,7)	35 (4,1)	45 (4,9)	36 (2,6)
Y: Mandlige kønsorganer	7 (2,3)	12 (2,4)			9 (1,0)	13 (0,9)
Z: Sociale problemer	3 (1,0)	3 (0,6)	6 (1,2)	4 (0,5)	11 (1,1)	7 (0,5)
I alt	301 (100)	501 (100)	506 (100)	856 (100)	823 (100)	1.395 (100)
						2.464 (100)

¹ Inklusiv 54 kontakter, hvor køn ikke er oplyst.

² Inklusiv 246 kontakter, hvor køn og Ny episode/Opfølgning ikke er oplyst.

³ Kontakter uden angivelse af kontakårsag er kodet som A69 – Årsag til kontakt IKA.

Tabel 17. Kontaktsager for symptom- og sygdomsbetingede telefonkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICD-kodesystemets organkoder og komponenter

Organsystem	Sympt.	Infekt. sygd.	Kræft	Skader	Medf. misd.	Spec. diagn.	Proces/aktivitet	I alt
A: Aliment/uspecificeret ³	93 (10,4)	6 (4,3)	2 (16,7)	21 (52,5)	1 (0,3)	30 (9,9)	732 (72,2)	885 (36,0)
B: Blod/lymf/immunsystem	5 (0,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (2,0)	6 (0,6)	17 (0,7)
D: Fordøjelse	95 (10,6)	3 (2,2)	2 (16,7)	0 (0)	0 (0)	27 (8,9)	11 (1,1)	138 (5,6)
F: Øje	19 (2,1)	26 (18,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,3)	2 (0,2)	48 (1,9)
H: Øre	14 (1,6)	4 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,7)	3 (0,3)	23 (0,9)
K: Hjerne/kar	25 (2,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	51 (16,8)	43 (4,2)	119 (4,8)
M: Muskel/skelet	221 (24,6)	1 (0,7)	1 (8,3)	9 (22,5)	1 (0,3)	23 (7,6)	44 (4,4)	300 (12,2)
N: Nervesystemet	50 (5,6)	1 (0,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	12 (4,0)	8 (0,8)	71 (2,8)
P: Psykisk	95 (10,6)	-	-	-	-	45 (14,9)	42 (4,1)	182 (7,5)
R: Luftveje	121 (13,5)	45 (32,4)	2 (16,7)	0 (0)	0 (0)	24 (7,9)	13 (1,3)	205 (8,3)
S: Hud	61 (6,8)	18 (113,0)	1 (8,3)	10 (25,0)	1 (0,3)	20 (6,6)	11 (1,1)	122 (5,0)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	4 (0,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	41 (13,5)	43 (4,2)	88 (3,6)
U: Urinveje	44 (4,9)	26 (18,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (1,0)	27 (2,7)	100 (4,0)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	28 (3,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	11 (3,6)	8 (0,8)	47 (1,9)
X: Kvindelige kønsorganer	49 (5,5)	7 (5,0)	2 (16,7)	0 (0)	0 (0)	5 (1,7)	17 (1,7)	80 (3,2)
Y: Mandlige kønsorganer	10 (1,1)	2 (1,4)	2 (16,7)	0 (0)	1 (0,3)	2 (0,7)	4 (0,4)	21 (0,9)
Z: Sociale problemer	18 (2,0)	-	-	-	-	-	-	18 (0,7)
I alt	952 (100)	139 (100)	12 (100)	40 (100)	4 (100)	303 (100)	1.014 (100)	2.464 (100)

Besøg

Tabel 18. Kontakårsager for symptom- og sygdomsbetingede besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICD-10-kodet sygdom og køn samt Ny episode eller Opfølgning (ekskl. personalekontakter)

Organsystem	Mænd		Kvinder		Begge køn	
	Ny episode (%)	Opfølg. (%)	Ny episode (%)	Opfølg. (%)	Ny episode (%)	Opfølg. (%)
A: Alment/uspecificeret ³	3 (13,0)	4 (18,2)	9 (24,4)	5 (20,0)	14 (23,3)	9 (17,7)
B: Blod/lymfe/immunsystem	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,5)	0 (0)	1 (2,0)
D: Fordøjelse	4 (17,5)	2 (9,1)	4 (10,8)	2 (6,9)	8 (13,3)	4 (7,8)
F: Øje	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
H: Øre	1 (4,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,7)	0 (0)
K: Hjerne/kar	1 (4,4)	3 (13,6)	3 (8,1)	3 (10,3)	4 (6,7)	6 (11,8)
M: Muskel/skelet	3 (13,0)	4 (18,2)	5 (13,5)	4 (13,8)	8 (13,3)	8 (15,7)
N: Nervesystemet	1 (4,4)		1 (2,7)	2 (6,9)	1 (1,7)	2 (3,9)
P: Psykisk	2 (8,7)	2 (9,1)	2 (5,4)	5 (17,2)	4 (6,7)	7 (13,7)
R: Luftveje	3 (13,0)	1 (4,6)	6 (16,2)	1 (3,5)	9 (15,0)	2 (3,9)
S: Hud	3 (13,0)	3 (13,6)	6 (16,2)	1 (3,5)	8 (13,3)	4 (7,8)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (6,9)	0 (0)	2 (3,9)
U: Urinveje	2 (8,7)	2 (9,1)	1 (2,7)	1 (3,5)	3 (5,0)	3 (5,9)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	-	-	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
X: Kvindelige kønsorganer	-	-	0 (0)	1 (3,5)	0 (0)	1 (2,0)
Y: Mandlige kønsorganer	0 (0)	1 (4,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,0)
Z: Sociale problemer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,5)	0 (0)	1 (2,0)
I alt	23 (100)	22 (100)	37 (100)	29 (100)	60 (100)	51 (100)
I alt ²						

¹ Inklusiv 8 kontakter, hvor køn og Ny episode/Opfølgning ikke er oplyst.

² Kontakter uden angivelse af kontakårsag er kodet som A69 – Årsag til kontakt IKA.

Tabel 19. Kontaktsager for symptom- og sygdomsbetingede besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICD-kodesystemets organkoder og komponenter

Organsystem	Sympt.	Infekt. sygd.	Kræft	Skader	Medf. misd.	Spec. diagn.	Proces/aktivitet	I alt
A: Alment/uspecificeret ³	14 (23,1)	1 (20,0)	1 (14,3)	2 (40,0)	0 (0)	2 (8,0)	5 (41,2)	25 (22,5)
B: Blod/lymf/immunsystem	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4,0)	0 (0)	1 (0,8)
D: Fordøjelse	8 (12,3)	0 (0)	3 (42,9)	0 (0)	0 (0)	2 (8,0)	0 (0)	13 (11,2)
F: Øje	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
H: Øre	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4,0)	0 (0)	1 (0,8)
K: Hjerter/kar	4 (6,2)	0 (0)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)	4 (16,0)	2 (11,8)	11 (9,0)
M: Muskel/skelet	12 (20,0)	0 (0)	0 (0)	2 (40,0)	0 (0)	1 (4,0)	1 (5,9)	16 (13,5)
N: Nervesystemet	3 (4,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2,2)
P: Psykisk	5 (7,7)	-	-	-	-	5 (20,0)	1 (5,9)	11 (9,0)
R: Luftveje	9 (13,9)	2 (40,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4,0)	0 (0)	12 (10,5)
S: Hud	4 (6,2)	2 (40,0)	2 (28,6)	1 (20,0)	0 (0)	5 (24,0)	0 (0)	14 (11,3)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	1 (1,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4,0)	0 (0)	2 (1,5)
U: Urinveje	2 (3,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4,0)	4 (23,5)	7 (5,3)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
X: Kvindelige kønsorganer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,9)	1 (0,8)
Y: Mandlige kønsorganer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,9)	1 (0,8)
Z: Sociale problemer	1 (1,5)	-	-	-	-	-	0 (0)	1 (0,8)
I alt	63 (100)	5 (100)	7 (100)	5 (100)	0 (0)	24 (100)	15 (100)	119 (22,5)

E-mailkontakter

Tabel 20. Kontakårsager for symptom- og sygdomsbetingede e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICP-organ-koder og køn samt Ny episode eller Opfølgning (ekskl. personalekontakter)

Organsystem	Mænd		Kvinder		Begge køn		I alt ² (%)
	Ny episode (%)	Opfølgning. (%)	Ny episode (%)	Opfølgning. (%)	Ny episode ¹ (%)	Opfølgning. ¹ (%)	
A: Alment/uspecificeret ³	6 (21,4)	25 (35,2)	18 (25,0)	47 (29,8)	27 (26,2)	72 (31,6)	136 (34,0)
B: Blod/lymfe/immunsystem	0 (0)	1 (1,4)	1 (1,4)	2 (1,3)	1 (1,0)	3 (1,3)	4 (1,1)
D: Fordøjelse	3 (10,7)	4 (5,6)	4 (5,6)	7 (4,4)	8 (7,8)	11 (4,8)	20 (5,1)
F: Øje	0 (0)	1 (1,4)	1 (1,4)	0 (0)	1 (1,0)	1 (0,4)	2 (0,5)
H: Øre	0 (0)	1 (1,4)	1 (1,4)	1 (0,6)	1 (1,0)	2 (0,9)	3 (0,7)
K: Hjerter/kar	3 (10,7)	4 (5,6)	1 (1,4)	7 (4,4)	3 (2,9)	12 (5,3)	17 (4,4)
M: Muskel/skelet	4 (14,3)	6 (8,5)	5 (6,9)	17 (10,)	9 (8,7)	23 (10,1)	37 (9,1)
N: Nervesystemet	2 (7,1)	2 (2,8)	4 (5,6)	1 (0,6)	6 (5,8)	2 (0,9)	9 (2,2)
P: Psykisk	2 (7,1)	3 (4,2)	4 (5,6)	8 (5,1)	6 (5,8)	11 (4,8)	18 (4,4)
R: Luftveje	3 (10,7)	2 (2,8)	4 (5,6)	4 (2,5)	7 (6,8)	6 (2,6)	15 (3,6)
S: Hud	1 (3,6)	5 (7,0)	8 (11,1)	7 (4,4)	9 (8,7)	12 (5,3)	26 (6,0)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	1 (3,6)	10 (14,1)	1 (1,4)	15 (9,5)	2 (1,9)	25 (11,0)	32 (8,0)
U: Urinveje	1 (3,6)	2 (2,8)	3 (4,2)	6 (3,8)	4 (3,9)	8 (3,5)	11 (2,9)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	-	-	4 (5,6)	4 (2,5)	4 (3,9)	4 (1,8)	9 (2,2)
X: Kvindelige kønsorganer	-	-	11 (15,3)	30 (19,0)	11 (10,7)	30 (13,2)	50 (13,1)
Y: Mandlige kønsorganer	2 (7,1)	4 (5,3)			2 (1,9)	4 (1,8)	7 (1,6)
Z: Sociale problemer	0 (0)	1 (1,4)	2 (2,8)	2 (1,3)	2 (1,9)	2 (0,9)	4 (1,1)
I alt	28 (100)	71 (100)	72 (100)	158 (100)	103 (100)	228 (100)	400 (100)

¹ Inklusiv 2 kontakter, hvor køn ikke er oplyst.

² Inklusiv 69 kontakter, hvor køn og Ny episode/Opfølgning ikke er oplyst.

³ Kontakter uden angivelse af kontakårsag er kodet som A69 – Årsag til kontakt IKA.

Tabel 21. Kontaktsager for de symptom- og sygdomsbetingede e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICD-kodesystemets organkoder og komponenter

Organsystem	Sympt.	Infekt. sygd.	Kræft	Skader	Medf. misd.	Spec. diagn.	Proces/aktivitet	I alt
A: Aliment/uspecificeret ³	10 (8,5)	1 (6,7)	0 (0)	2 (40,0)	0 (0)	8 (14,3)	115 (58,2)	136 (34,0)
B: Blod/lymf/immunsystem	1 (0,9)	0 (0)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	1 (1,8)	1 (0,5)	4 (1,1)
D: Fordøjelse	15 (12,7)	0 (0)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	2 (3,6)	2 (1,0)	20 (5,1)
F: Øje	0 (0)	1 (6,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	2 (0,5)
H: Øre	1 (0,9)	1 (6,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	3 (0,7)
K: Hjerter/kar	3 (2,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (17,9)	4 (2,0)	17 (4,4)
M: Muskel/skelet	29 (24,6)	1 (6,7)	0 (0)	1 (20,0)	0 (0)	2 (3,6)	4 (2,0)	37 (9,1)
N: Nervesystemet	6 (5,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (3,6)	1 (0,5)	9 (2,2)
P: Psykisk	10 (8,5)	-	-	-	-	3 (5,4)	5 (2,5)	18 (4,4)
R: Luftveje	7 (5,9)	1 (6,7)	2 (25,0)	0 (0)	0 (0)	4 (7,1)	1 (0,5)	15 (3,6)
S: Hud	8 (6,8)	3 (20,0)	1 (12,5)	2 (40,0)	1 (100)	4 (7,1)	7 (3,5)	26 (6,0)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	1 (0,9)	0 (0)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	16 (28,6)	14 (7,0)	32 (8,0)
U: Urinveje	3 (2,5)	5 (33,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (1,5)	11 (2,9)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	5 (4,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (3,6)	2 (1,0)	9 (2,2)
X: Kvindelige kønsorganer	11 (9,3)	2 (13,3)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	1 (1,8)	35 (18,4)	50 (13,1)
Y: Mandlige kønsorganer	4 (3,4)	0 (0)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	1 (1,8)	1 (0,5)	7 (1,6)
Z: Sociale problemer	4 (3,4)	-	-	-	-	-	0 (0)	4 (1,1)
I alt	118 (100)	15 (100)	8 (100)	5 (100)	1 (100)	56 (100)	197 (100)	400 (100)

Diagnoser

I det følgende beskrives de diagnoser, der er knyttet til kontakterne. Først to tabeller med beskrivelse af alle kontakter og derefter to tabeller for hver kontaktttype, konsultation, telefonkonsultation, besøg og e-mail-kontakt. De to tabeller baserer sig på ICPC, hvor den første viser fordelingen efter organsystemer og fordelt på "Nye episoder" og "Opfølgning" samt køn. Den anden viser fordelingen på organsystemer og på komponenterne symptom, infektion, kræft, skade, medfødt misdannelse og specifikke sygdomme samt processer. Det skal bemærkes, at en del læger ikke noterede diagnose, men kun patientens henvendelsesårsag. I disse tilfælde er koden for henvendelsesårsagen efterfølgende overført som diagnose.

Alle kontakttyper

Tabel 22. Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)

Organsystem	Mænd		Kvinder		Begge køn		Begge køn		1993
	Ny episode (%)	Opfølg. (%)	Ny episode (%)	Opfølg. (%)	Ny episode ¹ (%)	Opfølg. ¹ (%)	I alt ² (%)	%	
A: Alment/uspecificeret	112 (10,4)	253 (22,9)	172 (10,2)	415 (22,2)	293 (10,4)	697 (22,9)	1.290 (19,7)	13,5	
B: Blod/lymfe/immunsystem	4 (0,4)	13 (1,2)	14 (0,8)	24 (1,3)	20 (0,7)	37 (1,2)	52 (0,9)	1,0	
D: Fordøjelse	80 (7,4)	55 (5,0)	103 (6,1)	78 (4,2)	186 (6,6)	134 (4,4)	341 (5,2)	5,4	
F: Øje	36 (3,3)	9 (0,8)	36 (2,1)	10 (0,5)	73 (2,6)	20 (0,7)	100 (1,4)	1,6	
H: Øre	38 (3,5)	11 (1,0)	38 (2,2)	16 (0,9)	78 (2,8)	36 (0,9)	115 (1,8)	2,3	
K: Hjerter/kar	48 (4,5)	171 (15,5)	74 (4,4)	244 (13,0)	123 (4,4)	420 (13,8)	571 (8,7)	9,1	
M: Muskel/skelet	213 (19,8)	129 (11,7)	268 (15,8)	254 (13,6)	486 (17,3)	388 (12,8)	946 (14,5)	15,1	
N: Nervesystemet	36 (3,3)	26 (2,4)	66 (3,9)	54 (2,9)	102 (3,6)	81 (2,7)	197 (3,0)	3,3	
P: Psyisk	64 (5,9)	135 (12,2)	108 (6,4)	251 (13,4)	176 (6,3)	392 (12,9)	610 (9,3)	8,5	
R: Luftveje	210 (19,5)	82 (7,4)	253 (15,0)	98 (5,2)	468 (16,6)	184 (6,1)	708 (10,8)	14,1	
S: Hud	149 (13,8)	59 (5,4)	205 (12,1)	82 (4,4)	360 (12,8)	145 (4,8)	547 (8,4)	10,4	
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	18 (1,7)	83 (87,5)	36 (2,1)	132 (7,0)	55 (2,0)	221 (7,3)	300 (4,6)	4,9	
U: Urinveje	30 (2,8)	34 (3,1)	80 (4,7)	58 (3,1)	113 (4,0)	92 (3,0)	225 (3,5)	3,2	
W: Svangerskab/fødsel/prævention	-	-	92 (5,4)	50 (2,7)	92 (3,3)	51 (1,7)	154 (2,4)	1,6	
X: Kvindelige kønsorganer	-	-	132 (7,8)	94 (5,0)	134 (4,8)	96 (3,2)	255 (3,9)	4,1	
Y: Mandlige kønsorganer	36 (3,3)	36 (3,3)			36 (1,3)	37 (1,2)	75 (1,2)	0,9	
Z: Sociale problemer	4 (0,4)	7 (0,6)	15 (0,9)	13 (0,7)	19 (0,7)	22 (0,7)	44 (0,7)	0,8	
I alt	1.078 (100)	1.103 (100)	1.692 (100)	1.873 (100)	2.814 (100)	3.043 (100)	6.530 (100)	100	

¹ Inklusiv 111 kontakter, hvor køn ikke er oplyst.

² Inklusiv 673 kontakter, hvor køn, kontaktttype og ny episode/opfølgning ikke er oplyst.

Af Tabel 23 fremgår kontakternes diagnoser fordelt ud fra ICPC-klassifikationssystemets inddeling efter både organsystemer og underinddelinger. Symptomdiagnoser udgør ca. en tredjedel af alle diagnoser.

Tabel 23. Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICPC-kodesystemets organkoder og komponenter

Organsystem	Sympt.	Infekt. sygd.	Kræft	Skader	Medf. misd.	Spec. diagn.	Proces/aktivitet	I alt
A: Aliment/uspecificeret	158 (8,1)	46 (5,4)	9 (7,4)	52 (21,9)	1 (2,6)	246 (10,5)	778 (76,9)	1.290 (19,7)
B: Blod/lymfe/immunsystem	13 (0,7)	0 (0)	5 (4,1)	0 (0)	0 (0)	30 (1,3)	4 (0,4)	52 (0,9)
D: Fordøjelse	171 (8,8)	24 (2,8)	14 (11,6)	0 (0)	0 (0)	126 (5,5)	6 (0,6)	341 (5,2)
F: Øje	20 (1,0)	66 (7,7)	1 (0,8)	4 (1,7)	0 (0)	7 (0,3)	2 (0,2)	100 (1,4)
H: Øre	26 (1,3)	61 (7,1)	0 (0)	1 (0,4)	0 (0)	25 (1,1)	2 (0,2)	115 (1,8)
K: Hjerter/kar	58 (3,0)	0 (0)	1 (0,8)	0 (0)	0 (0)	474 (20,5)	38 (3,8)	571 (8,7)
M: Muskel/skelet	472 (24,1)	6 (0,7)	2 (1,6)	124 (52,0)	3 (7,9)	317 (13,8)	22 (2,2)	946 (14,5)
N: Nervesystemet	109 (5,6)	2 (0,2)	4 (3,3)	6 (2,5)	0 (0)	72 (3,1)	4 (0,4)	197 (3,0)
P: Psykisk	245 (12,5)	-	-	-	-	333 (14,5)	32 (3,2)	610 (9,3)
R: Luftveje	190 (9,8)	339 (39,3)	10 (8,3)	0 (0)	0 (0)	159 (6,9)	10 (1,0)	708 (10,8)
S: Hud	124 (6,4)	142 (16,6)	35 (28,9)	50 (21,0)	30 (79,0)	145 (6,3)	21 (2,1)	547 (8,4)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	18 (0,9)	0 (0)	2 (1,7)	0 (0)	0 (0)	259 (11,2)	21 (2,1)	300 (4,6)
U: Urinveje	69 (3,5)	119 (13,9)	3 (2,5)	1 (0,4)	-	15 (0,7)	18 (1,8)	225 (3,5)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	96 (4,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	50 (2,2)	8 (0,8)	154 (2,4)
X: Kvindelige kønsorganer	113 (5,8)	43 (5,0)	20 (16,5)	1 (0,4)	-	36 (1,6)	42 (4,2)	255 (3,9)
Y: Mandlige kønsorganer	27 (1,4)	11 (1,3)	15 (12,4)	0 (0)	4 (10,5)	16 (0,7)	2 (0,2)	75 (1,2)
Z: Sociale problemer	43 (2,2)	-	-	-	-	-	1 (0,1)	44 (0,7)
I alt	1.952 (100)	859 (100)	121 (100)	239 (100)	38 (100)	2.310 (100)	1.011 (100)	6.530 (100)

Konsultationer

Tabel 24. Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)

Organsystem	Mænd		Kvinder		Begge køn		Begge køn
	Ny episode (%)	Opfølg. (%)	Ny episode (%)	Opfølg. (%)	Ny episode ¹ (%)	Opfølg. ¹ (%)	
A: Alment/uspecificeret	56 (7,7)	37 (7,3)	77 (7,2)	65 (7,9)	135 (7,4)	107 (7,9)	376 (10,7)
B: Blod/lymf/immunsystem	4 (0,6)	7 (1,4)	11 (1,0)	11 (1,3)	14 (0,8)	18 (1,4)	32 (1,1)
D: Fordøjelse	47 (6,5)	20 (4,0)	61 (5,7)	28 (3,4)	108 (5,9)	50 (3,7)	166 (4,7)
F: Øje	20 (2,8)	4 (0,8)	17 (1,6)	4 (0,5)	36 (2,0)	8 (0,6)	48 (1,4)
H: Øre	32 (4,4)	5 (1,0)	31 (2,9)	8 (1,0)	64 (3,5)	12 (0,9)	86 (2,4)
K: Hjerter/kar	32 (4,4)	127 (25,2)	44 (4,1)	166 (20,1)	77 (4,2)	294 (21,7)	385 (11,0)
M: Muskel/skelet	161 (22,3)	60 (11,9)	193 (18,0)	118 (14,3)	359 (19,7)	181 (13,3)	582 (16,5)
N: Nervesystemet	21 (2,9)	9 (1,8)	43 (4,0)	30 (3,6)	66 (3,6)	40 (2,9)	112 (3,2)
P: Psykisk	40 (5,5)	85 (16,8)	64 (6,0)	160 (19,4)	105 (5,8)	248 (18,3)	377 (10,7)
R: Luftveje	146 (20,2)	45 (8,9)	168 (15,6)	45 (5,5)	319 (17,5)	92 (6,8)	442 (12,6)
S: Hud	112 (15,5)	32 (6,3)	156 (14,5)	45 (5,5)	273 (15,0)	80 (5,9)	384 (10,9)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	10 (1,4)	46 (9,1)	20 (1,9)	55 (6,7)	30 (1,7)	105 (7,7)	144 (4,1)
U: Urinveje	14 (1,9)	11 (2,2)	48 (4,5)	19 (2,3)	64 (3,5)	30 (2,2)	103 (2,9)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	-	-	54 (5,0)	28 (3,4)	55 (3,0)	29 (2,2)	90 (2,6)
X: Kvindelige kønsorganer	-	-	80 (7,5)	35 (4,2)	82 (4,5)	35 (2,6)	124 (3,6)
Y: Mandlige kønsorganer	26 (3,6)	14 (2,8)			26 (1,4)	14 (1,0)	42 (1,2)
Z: Sociale problemer	1 (0,1)	3 (0,6)	7 (0,7)	8 (1,0)	8 (0,4)	13 (0,9)	22 (0,6)
I alt	722 (100)	505 (100)	1.074 (100)	825 (100)	1.821 (100)	1.356 (100)	3.515 (100)

¹ Inklusiv 51 kontakter, hvor køn ikke er oplyst.

² Inklusiv 338 kontakter, hvor køn, kontakttpe og ny episode/opfølgning ikke er oplyst.

Tabel 25. Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICD-kodesystemets organkoder og komponenter

Organsystem	Sympt.	Infekt. sygd.	Kræft	Skader	Medf. misd.	Spec. diagn.	Proces/ aktivitet	I alt
A: Alment/uspecificeret	64 (5,9)	26 (5,0)	3 (4,8)	21 (13,1)	0 (0)	173 (11,5)	89 (55,3)	376 (10,7)
B: Blod/lymf/immunsystem	11 (1,0)	0 (0)	2 (3,2)	0 (0)	0 (0)	18 (1,2)	1 (0,6)	32 (1,1)
D: Fordøjelse	81 (7,5)	12 (2,3)	5 (8,1)	0 (0)	0 (0)	66 (4,4)	2 (1,3)	166 (4,7)
F: Øje	9 (0,8)	27 (5,2)	1 (1,6)	3 (1,9)	0 (0)	6 (0,4)	2 (1,3)	48 (1,4)
H: Øre	15 (1,4)	50 (9,6)	0 (0)	1 (0,6)	0 (0)	19 (1,3)	1 (0,6)	86 (2,4)
K: Hjerte/kar	24 (2,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	344 (23,0)	17 (10,6)	385 (11,0)
M: Muskel/skelet	270 (25,0)	3 (0,6)	1 (1,6)	90 (56,2)	2 (6,3)	211 (14,1)	5 (3,1)	582 (16,5)
N: Nervesystemet	62 (5,8)	1 (0,2)	2 (3,2)	4 (2,5)	0 (0)	43 (2,9)	0 (0)	112 (3,2)
P: Psykisk	142 (13,2)	-	-	-	-	225 (15,0)	10 (6,2)	377 (10,7)
R: Luftveje	116 (10,8)	225 (43,0)	5 (8,1)	0 (0)	0 (0)	93 (6,2)	3 (1,9)	442 (12,6)
S: Hud	73 (6,8)	101 (19,2)	25 (40,3)	39 (24,4)	27 (84,4)	105 (7,0)	14 (8,7)	384 (10,9)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	9 (0,8)	0 (0)	1 (1,6)	0 (0)	0 (0)	130 (8,6)	4 (2,5)	144 (4,1)
U: Urinveje	38 (3,5)	50 (9,6)	2 (3,2)	1 (0,6)	0 (0)	8 (0,5)	4 (2,5)	103 (2,9)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	62 (5,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	25 (1,7)	3 (1,7)	90 (2,6)
X: Kvindelige kønsorganer	67 (6,2)	22 (4,2)	8 (12,9)	1 (0,6)	-	22 (1,5)	4 (2,5)	124 (3,6)
Y: Mandlige kønsorganer	15 (1,4)	6 (1,2)	7 (11,3)	0 (0)	3 (9,4)	10 (0,7)	1 (0,6)	42 (1,2)
Z: Sociale problemer	21 (2,0)	-	-	-	-	-	1 (0,6)	22 (0,6)
I alt	1.079 (100)	523 (100)	62 (100)	160 (100)	32 (100)	1.498 (100)	161 (100)	3.515 (100)

Telefonkonsultationer

Tabel 26. Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede telefonkonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)

Organsystem	Mænd		Kvinder		Begge køn	
	Ny episode (%)	Opfølg. (%)	Ny episode (%)	Opfølg. (%)	Ny episode ¹ (%)	Opfølg. ¹ (%)
A: Alment/uspecificeret	48 (16,0)	196 (39,1)	74 (14,6)	301 (35,2)	126 (15,3)	519 (37,2)
B: Blod/lymfe/immunsystem	1 (0,3)	4 (0,8)	3 (0,6)	10 (1,2)	4 (0,5)	14 (1,0)
D: Fordøjelse	27 (9,0)	26 (5,2)	34 (6,7)	40 (4,7)	63 (7,7)	66 (4,7)
F: Øje	15 (5,0)	4 (0,8)	19 (3,6)	6 (0,7)	34 (4,1)	12 (0,9)
H: Øre	5 (1,7)	3 (0,6)	7 (1,4)	8 (0,9)	12 (1,5)	11 (0,8)
K: Hjerter/kar	11 (3,7)	35 (7,0)	24 (4,7)	64 (7,5)	36 (4,4)	102 (7,3)
M: Muskel/skelet	44 (14,6)	61 (12,2)	62 (12,3)	114 (13,3)	107 (13,0)	178 (12,8)
N: Nervesystemet	11 (3,7)	14 (2,8)	18 (3,6)	21 (2,5)	29 (3,5)	36 (2,6)
P: Psykisk	20 (6,5)	42 (8,4)	37 (7,3)	78 (9,1)	61 (7,4)	122 (8,8)
R: Luftveje	56 (18,6)	34 (6,8)	71 (14,0)	44 (5,1)	129 (15,7)	80 (5,7)
S: Hud	32 (10,6)	19 (3,8)	36 (7,1)	28 (3,2)	69 (8,4)	47 (3,4)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	7 (2,3)	26 (5,2)	13 (2,6)	54 (6,3)	20 (2,4)	81 (5,8)
U: Urinveje	13 (4,3)	19 (3,8)	27 (5,3)	33 (3,8)	42 (5,1)	52 (3,7)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	-	-	33 (6,5)	17 (2,0)	32 (3,9)	17 (1,2)
X: Kvindelige kønsorganer	-	-	42 (8,3)	34 (4,0)	42 (5,1)	35 (2,5)
Y: Mandlige kønsorganer	8 (2,7)	15 (3,0)			8 (1,0)	18 (1,2)
Z: Sociale problemer	3 (1,0)	3 (0,6)	6 (1,2)	4 (0,5)	9 (1,1)	7 (0,5)
I alt	301 (100)	501 (100)	506 (100)	856 (100)	823 (100)	1.395 (100)
						2.464 (100)

¹ Inklusiv 54 kontakter, hvor køn ikke er oplyst.

² Inklusiv 246 kontakter, hvor køn, kontaktttype og ny episode/opfølgning ikke er oplyst.

Tabel 27. Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede telefonkonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICD-kodesystemets organkoder og komponenter

Organsystem	Sympt.	Infekt. sygd.	Kræft	Skader	Medf. misd.	Spec. diagn.	Proces/ aktivitet	I alt
A: Aliment/uspecificeret	76 (10,5)	17 (5,9)	4 (10,5)	29 (42,0)	1 (20,0)	44 (7,0)	592 (83,6)	763 (31,0)
B: Blod/lymf/immunsystem	2 (0,3)	0 (0)	2 (5,3)	0 (0)	0 (0)	10 (1,6)	2 (0,3)	16 (0,7)
D: Fordøjelse	72 (9,9)	9 (3,1)	4 (10,5)	0 (0)	0 (0)	50 (8,0)	3 (0,4)	139 (5,6)
F: Øje	10 (1,4)	36 (12,5)	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)	1 (0,2)	1 (0,1)	49 (2,0)
H: Øre	10 (1,4)	10 (3,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (0,8)	1 (0,1)	26 (1,1)
K: Hjerter/kar	26 (3,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	102 (16,2)	19 (2,7)	147 (6,0)
M: Muskel/skelet	171 (23,6)	2 (0,7)	1 (2,6)	28 (40,6)	1 (20,0)	86 (13,8)	17 (2,4)	306 (12,4)
N: Nervesystemet	39 (5,4)	1 (0,4)	1 (2,6)	2 (2,9)	0 (0)	25 (4,0)	3 (0,4)	71 (2,9)
P: Psykisk	87 (12,0)	-	-	-	-	91 (14,4)	19 (2,7)	197 (8,0)
R: Luftveje	66 (9,1)	99 (34,0)	5 (13,2)	0 (0)	0 (0)	53 (8,5)	6 (0,9)	229 (9,3)
S: Hud	43 (5,9)	31 (10,8)	6 (15,8)	9 (13,0)	2 (40,0)	28 (4,5)	5 (0,7)	124 (5,0)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	4 (0,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	94 (14,9)	15 (2,1)	113 (4,6)
U: Urinveje	25 (3,4)	63 (21,5)	1 (2,6)	0 (0)	0 (0)	7 (1,1)	10 (1,4)	106 (4,3)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	29 (4,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	21 (3,4)	3 (0,4)	53 (2,2)
X: Kvindelige kønsorganer	38 (5,2)	17 (5,9)	8 (21,1)	0 (0)	0 (0)	9 (1,4)	10 (1,4)	82 (3,3)
Y: Mandlige kønsorganer	9 (1,2)	5 (1,7)	6 (15,8)	0 (0)	1 (20,0)	2 (0,3)	1 (0,1)	24 (1,0)
Z: Sociale problemer	19 (2,6)	-	-	-	-	-	1 (0,1)	20 (0,8)
I alt	726 (100)	290 (100)	38 (100)	69 (100)	5 (100)	628 (100)	708 (100)	2.464 (100)

Besøg

Tabel 28. Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICP-organikoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)

Organsystem	Mænd		Kvinder		Begge køn	
	Ny episode (%)	Opfølg. (%)	Ny episode (%)	Opfølg. (%)	Ny episode (%)	Opfølg. (%)
A: Alment/uspecificeret	1 (4,3)	3 (13,6)	4 (10,8)	5 (17,2)	5 (8,3)	11 (17,7)
B: Blod/lymfe/immunsytem	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,5)	0 (0)	1 (2,0)
D: Fordøjelse	3 (13,0)	2 (9,1)	4 (10,8)	4 (13,8)	8 (13,3)	6 (11,8)
F: Øje	0 (0)	0 (0)	1 (2,7)	0 (0)	1 (1,7)	0 (0)
H: Øre	1 (4,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,7)	0 (0)
K: Hjerter/kar	2 (8,7)	4 (18,2)	5 (13,5)	3 (10,3)	7 (11,7)	6 (11,8)
M: Muskel/skelet	3 (13,0)	2 (9,1)	5 (13,5)	4 (13,8)	9 (15,0)	6 (11,8)
N: Nervesystemet	1 (4,4)	1 (4,6)	0 (0)	1 (3,5)	1 (1,7)	1 (3,9)
P: Psykisk	2 (8,7)	3 (13,6)	2 (5,4)	5 (17,2)	3 (5,0)	8 (15,7)
R: Luftveje	4 (17,4)	1 (4,6)	7 (19,0)	0 (0)	11 (18,3)	1 (2,0)
S: Hud	3 (13,0)	2 (9,1)	6 (16,2)	2 (6,9)	9 (15,0)	4 (7,8)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	1 (4,4)	1 (4,6)	1 (2,7)	1 (3,5)	2 (3,3)	2 (3,9)
U: Urinveje	2 (8,7)	2 (9,1)	2 (5,4)	1 (3,5)	3 (5,0)	2 (3,9)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	-	-	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
X: Kvindelige kønsorganer	-	-	0 (0)	1 (3,5)	0 (0)	1 (2,0)
Y: Mandlige kønsorganer	0 (0)	1 (4,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,0)
Z: Sociale problemer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,5)	0 (0)	1 (2,0)
I alt	23 (100)	22 (100)	37 (100)	29 (100)	60 (100)	51 (100)
I alt ²						

¹ Inklusiv kontakter, hvor køn ikke er oplyst

² Inklusiv 8 kontakter, hvor køn, og ny episode/opfølgning ikke er oplyst.

Tabel 29. Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICD-kodesystemets organkoder og komponenter

Organsystem	Sympt.	Infekt. sygd.	Kræft	Skader	Medf. misd.	Spec. diagn.	Proces/ aktivitet	I alt
A: Alment/uspecifiseret	7 (20,0)	1 (5,9)	2 (18,2)	2 (33,3)	0 (0)	2 (4,7)	4 (57,1)	18 (15,1)
B: Blod/lymf/immunsystem	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,3)	0 (0)	1 (0,8)
D: Fordøjelse	4 (11,4)	2 (11,8)	3 (27,3)	0 (0)	0 (0)	4 (9,3)	1 (14,3)	14 (11,8)
F: Øje	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,8)
H: Øre	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,3)	0 (0)	1 (0,8)
K: Hjerter/kar	4 (11,4)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)	9 (20,9)	0 (0)	14 (11,8)
M: Muskel/skelet	6 (17,1)	0 (0)	0 (0)	4 (66,7)	0 (0)	5 (11,6)	0 (0)	15 (12,8)
N: Nervesystemet	1 (2,9)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,7)
P: Psykisk	3 (8,6)	-	-	-	-	8 (18,6)	0 (0)	11 (9,2)
R: Luftveje	2 (5,7)	9 (52,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (9,3)	0 (0)	15 (12,6)
S: Hud	1 (2,9)	4 (23,5)	2 (18,2)	0 (0)	0 (0)	7 (16,3)	0 (0)	14 (11,8)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	3 (8,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,3)	0 (0)	4 (3,4)
U: Urinveje	2 (5,7)	1 (5,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,3)	2 (28,6)	6 (5,0)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
X: Kvindelige kønsorganer	0 (0)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,8)
Y: Mandlige kønsorganer	0 (0)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,8)
Z: Sociale problemer	1 (2,9)	-	-	-	-	-	0 (0)	1 (0,8)
I alt	35 (100)	17 (100)	11 (100)	6 (100)	0 (0)	43 (100)	7 (100)	119 (100)

Tabel 31. Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICD-kodesystemets organkoder og komponenter

Organsystem	Sympt.	Infekt. sygd.	Kræft	Skader	Medf. misd.	Spec. diagn.	Proces/ aktivitet	I alt
A: Alment/uspecificeret	10 (9,7)	2 (7,1)	0 (0)	1 (50,0)	0 (0)	22 (16,7)	79 (64,5)	114 (28,5)
B: Blod/lymf/immunsystem	0 (0)	0 (0)	1 (10,0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,5)	1 (0,8)	4 (1,0)
D: Fordøjelse	12 (11,7)	1 (3,6)	1 (10,0)	0 (0)	0 (0)	6 (4,6)	1 (0,8)	21 (5,3)
F: Øje	0 (0)	1 (3,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,8)		2 (0,5)
H: Øre	1 (1,0)	1 (3,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,8)	1 (0,8)	4 (1,0)
K: Hjerte/kar	3 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	15 (11,4)	2 (1,6)	20 (5,0)
M: Muskel/skelet	23 (22,3)	1 (3,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (10,6)	1 (0,8)	39 (9,8)
N: Nervesystemet	6 (5,8)	1 (3,6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2,3)	1 (0,8)	11 (2,8)
P: Psykisk	10 (9,7)	-	-	-	-	8 (6,1)	2 (1,6)	20 (5,0)
R: Luftveje	6 (5,8)	5 (17,9)	1 (10,0)	0 (0)	0 (0)	7 (5,3)	1 (0,8)	20 (5,0)
S: Hud	7 (6,8)	6 (21,4)	2 (20,0)	1 (50,0)	2 (100)	6 (4,6)	1 (0,8)	25 (6,3)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	2 (1,9)	0 (0)	1 (10,0)	0 (0)	0 (0)	36 (27,3)	2 (2,6)	41 (10,3)
U: Urinveje	3 (2,9)	7 (25,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,8)	1 (0,8)	12 (3,0)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	6 (5,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2,3)	2 (1,6)	11 (2,8)
X: Kvindelige kønsorganer	8 (7,8)	3 (10,7)	3 (30,0)	0 (0)	0 (0)	4 (3,0)	27 (21,8)	45 (11,3)
Y: Mandlige kønsorganer	3 (2,9)	0 (0)	1 (10,0)	0 (0)	0 (0)	3 (2,3)	1 (0,8)	8 (2,0)
Z: Sociale problemer	3 (2,9)	-	-	-	-	-	0 (0)	3 (0,8)
I alt	103 (100)	28 (100)	10 (100)	2 (100)	2 (100)	132 (100)	123 (100)	400 (100)

Indhold af kontakterne

Henvisning

I Tabel 32 ses det, at lægerne i 12,7% af alle kontakter henviste til speciallægebehandling, til ambulatorium eller indlæggelse, til billeddiagnostik eller eksternt laboratorium. Dvs. samlet set 2% flere (eller en relativ stigning på 19%) sammenlignet med de 10,7% fra 1993-undersøgelsen. Forskellen dækker imidlertid over en markant stigning i henvisninger til hospitalsambulatorier fra (2,0 til 3,8%) og samtidig et fald i henvisninger til eksternt laboratorium.

Tabel 32. Antal henvisninger på et år for alle kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år sammenlignet med 1993

Henvisning til:	KOS 2008 (%)	1993 %
Speciallæge	266 (3,7)	3,3
Hospitalsambulatorium	273 (3,8)	2,0
Indlæggelse	63 (0,9)	0,9
Eksternt laboratorium	110 (1,5)	2,5
Billeddiagnostik i alt	205 (2,9)	2,0
Røntgen	156 (76,1)	
CT	8 (3,9)	
UL	27 (13,2)	
Anden billeddiagnostik	14 (6,8)	
Henvisninger i alt	917 (12,7)	10,7
Kontakter i alt	7.199 (100)	

De følgende fire tabeller viser antallet af henvisninger for hver af de fire kontakttyper, konsultation, telefonkonsultation, besøg og e-mailkontakt. Det ses, at for konsultationer er henvisningsraten ca. 16%, hvor den for telefonkonsultationer og e-mailkontakt er omkring 7%. Som forventet er henvisningsraten højest for besøg og da især til indlæggelse og undersøgelse. Dog udgør disse sidste henvisninger absolut set meget lidt i det samlede antal henvisninger.

Tabel 33. Antal henvisninger ved konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år

Henvisning til:	Antal (%)
Speciallæge	200 (4,8)
Hospitalsambulatorium	192 (4,6)
Indlæggelse	41 (1,0)
Eksternt laboratorium	79 (1,9)
Billeddiagnostik i alt	162 (3,9)
Røntgen	128 (79,0)
CT	3 (1,9)
UL	19 (11,7)
Anden billeddiagnostik	12 (7,4)
Henvisninger i alt	674 (16,1)
Konsultationer i alt	4.178 (100)

Tabel 34. Antal henvisninger ved telefonkonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år

Henvisning til:	Antal ¹ (%)
Speciallæge	55 (2,2)
Hospitalsambulatorium	64 (2,6)
Indlæggelse	13 (0,5)
Eksternt laboratorium	21 (0,9)
Billeddiagnostik i alt	32 (1,3)
Røntgen	20 (62,5)
CT	3 (9,4)
UL	7 (21,9)
Anden billeddiagnostik	2 (6,2)
Henvisninger i alt	185 (7,5)
Telefonkonsultationer i alt	2.465 (100)

¹ Inklusiv receptfornyelser.

Tabel 35. Antal henvisninger ved besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år

Henvisning til:	Antal (%)
Speciallæge	
Hospitalsambulatorium	9 (7,3)
Indlæggelse	8 (6,5)
Eksternt laboratorium	6 (4,9)
Billeddiagnostik i alt	6 (4,9)
Røntgen	5 (83,3)
CT	1 (16,7)
UL	
Anden billeddiagnostik	
Henvisninger i alt	29 (20,7)
Besøg i alt	140 (100)

Tabel 36. Antal henvisninger ved e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år

Henvisning til:	Antal (%)
Speciallæge	11 (2,8)
Hospitalsambulatorium	7 (1,8)
Indlæggelse	
Eksternt laboratorium	3 (0,8)
Billeddiagnostik i alt	6 (1,5)
Røntgen	3 (50,0)
CT	1 (16,7)
UL	1 (16,7)
Anden billeddiagnostik	1 (16,7)
Henvisninger i alt	33 (8,3)
E-mailkontakter i alt	400 (100)

Ekstraproblemer i konsultationen

Lægerne angav antallet af problemer *udover* hovedproblemet, som blev taget op i løbet af kontakten, af henholdsvis biomedicinsk, psykisk eller social art. Helt overordnet fremgår det af Tabel 37, at der for en tredjedel af konsultationerne blev taget flere problemer op, og at det var hyppigere for kvinder end for mænd.

Tabel 37. Antal konsultationer¹ med flere problemer udover hovedproblemet fordelt på køn for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år

Problemer taget op udover hovedproblemet	Mænd	Kvinder	I alt ²
Uden flere problemer	864 (68,2)	1.219 (62,4)	2.121 (64,8)
Med flere problemer	401 (31,8)	735 (37,6)	1.152 (35,2)
Konsultationer i alt	1.265 (100)	1.954 (100)	3.273 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

² Inklusiv 54 kontakter, hvor køn ikke er oplyst.

I Tabel 38 ses fordelingen af de ekstra problemer på biomedicinske, psykologiske og sociale problemer, og her fremgår det, at det i langt overvejende grad er kvinder, der præsenterer flere end ét ekstraproblem.

Tabel 38. Antal konsultationer¹ med problemer udover hovedproblemet fordelt på køn, og på om de ekstra problemer var af biomedicinsk, psykologisk eller social art

Antal ekstraproblemer udover hovedproblemet	Typer af ekstra-problemer	Mænd (%)	Kvinder (%)	I alt ² (%)
1 problem udover hovedproblemet	Biomedicinske	250 (36,4)	428 (62,3)	687 (100)
	Psykologiske	106 (31,9)	222 (66,9)	332 (100)
	Sociale	78 (34,1)	149 (65,1)	229 (100)
2-3 problemer udover hovedproblemet	Biomedicinske	69 (33,2)	135 (64,9)	208 (100)
	Psykologiske	2 (14,3)	11 (78,6)	14 (100)
	Sociale	4 (26,7)	10 (66,7)	15 (100)
>3 problemer udover hovedproblemet	Biomedicinske	5 (37,7)	9 (64,3)	14 (100)
	Psykologiske	0	1 (100)	1 (100)
	Sociale	0	0	0

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

² Inklusiv 54 kontakter, hvor køn ikke er oplyst.

Afslutningsmåde

I tabel 39 ses afslutningsmåden på kontakterne fordelt på kontakttyper. Det fremgår, at den hyppigste afslutningsmåde er med en aftale om opfølgning, idet dette gælder for omkring 40% af alle former for kontakter. Det ses også at ca. en tredjedel af e-mailkontakter afsluttes uden aftale om opfølgning, hvilket gælder for 23% af telefonkonsultationerne.

Tabel 39. Afslutningsmåde for en gennemsnitlig alment praktiserende læge fordelt på kontakttyper¹

Afslutningsmåde	Konsultation	Tlf. kontakt	Besøg	E-mail	Alle kontakter ²
Aftalt opfølgning	1.511 (46,2)	921 (44,8)	50 (42,4)	150 (37,7)	2.645 (45,0)
Se an	705 (21,5)	411 (20,0)	33 (28,0)	68 (17,2)	1.225 (20,8)
Afslutning uden yderligere	824 (25,2)	464 (22,5)	24 (20,3)	124 (31,2)	1.440 (24,5)
Ikke oplyst	232 (7,1)	262 (12,7)	11 (9,3)	56 (14,0)	569 (9,7)
I alt	3.273 (100)	2.058 (100)	118 (100)	398 (100)	5.879 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

² Inklusiv 32 kontakter, hvor kontakttipe ikke er angivet.

Om kontakten

Biomedicinske, psykologiske og sociale faktorer i kontakten

Efterfølgende angav lægerne, i hvor høj grad henholdsvis biomedicinske, psykologiske og sociale faktorer spillede en rolle i kontakten. Det fremgår bl.a. af Tabel 40, at halvdelen af konsultationerne var rent biomedicinske, og i over 40% af konsultationerne spillede psykologiske faktorer ind.

Tabel 40. Andel af biomedicinske, psykiske og sociale faktorer i konsultationer for gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år, først med 100% biomedicinsk, psykologisk og social karakter og derefter antal konsultationer, hvor hhv. biomedicinske, psykologiske og sociale faktorer helt eller delvist spiller ind

Andel 100 %-faktorer	Antal ¹ (%)
Konsultationer i alt	3.273
100 % biomedicinske	1.633 (49,9)
100 % psykologiske	90 (2,7)
100 % sociale	6 (0,2)
Blandede faktorer	1.544 (47,2)
Andel med biomedicinsk problematik	2.993 (91,5)
Andel med psykologisk problematik	1.408 (43,0)
Andel med social problematik	636 (19,4)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Endelig diagnose

For hver kontakt angav lægerne én af følgende tre muligheder for den endelige diagnose: at der ville kunne sættes en endelig specifik diagnose på kontakten; at det kunne forventes, at der var tale om et forbigående symptom, eller at lægen vurderede, at kontakten var et led i et forløb med en patient med et funktionelt somatisk syndrom (medicinsk uforklaret sygdom - MUS). Af Tabel 41 ses det, at, i 6,9% af konsultationerne blev problematikken opfattet et forløb med medicinsk uforklaret sygdom.

Tabel 41. Antal konsultationer fordelt på vurdering af muligheden for at stille en endelig specifik diagnose

Forventet endelig diagnose	Antal (%)
En specifik medicinsk diagnose	2.139 (65,4)
En symptomdiagnose – forbigående	789 (24,1)
En symptomdiagnose – længerevarende (Funktionelt somatisk syndrom)	225 (6,9)
Ikke oplyst ¹	120 (3,7)
I alt	3.273 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Mistanke om kræft

Ligeledes blev lægerne bedt om at vurdere, om de havde mistanke om kræft eller anden alvorlig lidelse, dels før og under kontakten, dels efter afslutning af kontakten. Af Tabel 42 fremgår, at i 7,7% af konsultationerne havde lægen haft kræft i tankerne, men at det efter afslutning af kontakten kun var tilfældet for 4,8 %.

Tabel 42. Antal konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år med mistanke om kræft eller anden alvorlig lidelse før/under og efter kontakten

		Konsultationer
Konsultationer i alt		3.273¹ (100)
Overvejelse om kræft eller anden alvorlig (ny) sygdom på noget tidspunkt	Ja	250 (7,7)
	Nej	2.898 (88,5)
	Ikke oplyst	125 (3,8)
Mistanke om kræft eller anden alvorlig (ny) sygdom efter konsultationen	Ja	157 (4,8)
	Nej	2.973 (90,8)
	Ikke oplyst	143 (4,4)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Tidsforbrug

Lægerne angav, hvor lang tid de havde brugt på kontakten med patienten, eksklusivt eventuelt papirarbejde. I Tabel 43 vises tidsforbruget i 4 tidskategorier og fordelt på kontaktttype. Det fremgår, at to tredjedele af konsultationerne tog 5-15 minutter, og at langvarige konsultationer over 30 minutters varighed udgjorde 1%. Af telefonkontakter tog 80% under fem minutter. Omkring 11% af alle kontakter tog mere end et kvarter.

Tabel 43. Antal kontakter¹ for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på kontaktttype og tidsforbrug

Tidskategorier	Kontaktttype				I alt ²
	Konsultation	Telefonkontakt	Besøg	E-mailkontakt	
Under 5 minutter	442 (13,5)	1.672 (81,3)	3 (2,5)	332 (83,4)	2.457 (41,8)
5-15 minutter	2.211 (67,5)	199 (9,7)	37 (31,4)	22 (5,5)	2.480 (42,2)
16-30 minutter	542 (16,6)	7 (0,3)	59 (50,0)	0	614 (10,4)
> 30 minutter	31 (1,0)	2 (0,1)	17 (14,4)	0	51 (0,9)
Ikke oplyst/relevant	47 (1,4)	178 (8,6)	2 (1,7)	44 (11,1)	277 (4,7)
I alt	3.273 (100)	2.058 (100)	118 (100)	388 (100)	5.879 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

² Inklusiv 42 kontakter, hvor kontaktttype ikke er angivet.

Tyngde

Afslutningsvis blev lægerne bedt om at angive deres subjektive oplevelse af tyngden af kontakten, uanset årsagen, på en skala fra 1 til 10, hvor 10 var den tungeste. Vurderingerne blev efterfølgende kategoriseret på følgende måde: 1-2: Meget let. 3-4: Let. 5-6: Middel. 7-8: Tung. 9-10: Meget tung. Fordelingen heraf ses i Tabel 44 med Meget let, Let og Middel samlet i én kategori. Mere end 80% af alle kontakter blev oplevet som meget lette til middel, mens knap 13% blev angivet som tunge eller meget tunge.

Tabel 44. Antal kontakter¹ for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på kontaktttype og oplevet tyngde

Oplevet tyngde	Konsultation	Telefonkontakt ¹	Besøg	E-mailkontakt	I alt ²
Meget let - middel	2.666 (81,4)	1.669 (81,1)	78 (66,1)	333 (83,7)	4.766 (81,1)
Tung	395 (12,1)	116 (5,6)	25 (21,2)	10 (2,5)	548 (9,3)
Meget tung	150 (4,6)	38 (1,9)	11 (9,3)	2 (0,5)	203 (3,5)
Ikke oplyst/relevant	62 (1,9)	235 (11,4)	4 (3,4)	53 (13,3)	362 (6,1)
I alt	3.273 (100)	2.058 (100)	118 (100)	398 (100)	5.879 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

² Inklusiv 42 kontakter, hvor kontaktttype ikke er angivet.

Lægerne havde mulighed for med tekst at angive årsagen til den angivne tyngde, og det var tilfældet for 12,3% af kontakterne, at lægerne begrundede årsagen til tyngden. I tabel 45 ses fordelingen i seks overordnede kategorier af de hyppigst angivne årsager til de kontakter, der oplevedes tunge eller meget tunge. Det bemærkes, at den hyppigst angivne årsag var psyko-social problematik.

Tabel 45. Fordeling af årsager til de 746 kontakter, der af lægerne blev oplevet tunge eller meget tunge

Årsager til tunge eller meget tunge kontakter	Konsultation % (n=545)	Telefonkontakt % (n=153)	Besøg % (n=36)	E-mailkontakt % (n=12)	I alt % (n=746)
Fagligt svær	22,3	26,1	17,9	42,8	21,3
Akut sygdom	1,9	2,2	7,1	0 (0)	1,8
Psyko-social problematik	32,3	42,4	28,6	28,6	29,3
Tidspres	25,8	10,9	25,0	0 (0)	22,0
Sproglig/kulturel problematik	7,4	1,1	0 (0)	0 (0)	4,9
Kommunikation ud af huset	2,1	10,8	7,1	14,3	3,7
Andet	8,2	6,5	14,3	14,3	17,0
I alt	100	100	100	100	100

Kronikere

I det følgende præsenteres en række resultater specifikt for lægernes registrerede kontakter med kronikere i sammenligning med ikke-kronikere og alle patienter. Lægerne anførte på registrerings-skemaet patienternes kroniske lidelser med tekst eller med angivelse af ICPK-kode. Kategoriserin-gen af patienterne som kronikere henholdsvis ikke-kronikere baseres herpå. Evt. underestimering af antallet af kronikere diskuteres på side 82. Praksispersonalets indsats i forhold til kronikere er gennemgået på side 77.

For 3.611 af lægernes kontakter (50,2 %) var der angivet en kronisk lidelse som baggrundsoplys-ning. Tabel 46 viser omfanget af kronisk sygdom som komorbiditet med fordelingen af kontakter på patienter med henholdsvis ingen, én, to eller flere kroniske lidelser

Tabel 46. Antal kontakter for gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på patienter med ingen, én, to eller flere kroniske lidelser (ekskl. personalekontakter)

Antal kroniske lidelser	Konsultation	Telefonkontakt	Besøg	E-mailkontakt	I alt ¹ (%)
0	2.162 (51,7)	1.145 (46,5)	20 (16,2)	248 (59,9)	3.588 (49,8)
1	1.156 (27,7)	772 (31,3)	36 (29,0)	98 (24,5)	2.071 (28,8)
2	526 (12,6)	331 (13,4)	34 (27,4)	31 (7,8)	929 (12,9)
>2	334 (8,0)	217 (8,8)	34 (27,4)	23 (5,8)	611 (8,5)
I alt	4.178 (100)	2.465 (100)	124 (100)	400 (100)	7.199 (100)

¹ Inklusiv 32 kontakter hvor kontaktttype ikke er angivet.

Der blev af lægerne angivet 6.091 kroniske lidelser hos i alt 3.611 kroniske patienter, og fordelin-gen af de 10 hyppigste lidelser ses i Tabel 47. Disse udgør ca. halvdelen af alle angivne kroniske lidelser.

Tabel 47. De 10 hyppigste lidelsers andel af alle angivne kroniske lidelser og af alle kronikerkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læges 7.199 kontakter på et år

Lidelse	Andel af angivne kroniske lidelser %	Andel af kroniker-kontakter %
Hypertension	16,2	27,4
Diabetes type2	6,5	11,0
Depression	5,8	9,8
Lipidforstyrrelse	3,9	6,6
KOL	3,8	6,5
Iskæmisk hjertesygdom	3,1	5,2
Astma	2,7	4,5
Fedme	2,5	4,1
Atrieflimren	1,9	3,3
Demens	1,4	2,4
I alt	47,9	80,8

Tabel 48 viser den andel af kroniske patienters kontakter fordelt på konsultation, telefonkonsulta-tion, besøg og e-mailkontakt, som disse lidelser udgør. Dvs. hvor hovedindholdet af kontakten var den kroniske lidelse. Det ses, at for alle kontakter var patienter med depression den gruppe, hvor sygdommen oftest var direkte årsag til kontakten.

Tabel 48. Andelen af patienter med en given kronisk sygdom, der henvender sig specifikt pga. denne kroniske sygdom

Kronisk lidelse	Kontakter med den kroniske lidelse som årsag til henvendelsen				
	Konsultation %	Tlf. kontakt %	Besøg %	E-mail %	I alt %
Hypertension	37,6	12,0	4,6	23,1	28,0
Diabetes type2	29,8	15,9	7,1	51,9	25,1
Depression	37,1	20,4	5,6	11,1	29,2
Lipidforstyrrelse	15,6	16,4	0	29,6	16,3
KOL	26,8	20,9	18,5	30,8	24,2
Iskæmisk hjertesygdom	12,3	8,1	5,3	0	10,0
Astma	26,8	18,6	50,0	20,0	24,4
Fedme	16,4	8,7	0	14,3	14,1
Atrieflimren	21,1	12,2	8,3	20,0	17,3
Demens	18,8	10,0	12,0	16,7	12,9

Indgang til kontakten

Kontakttyper for kronikere

I Tabel 49 ses fordelingen af de fire kontakttyper for henholdsvis kronikere, ikke-kronikere og alle patienter, og det fremgår, at andelen af konsultationer er mindre for kronikere end for ikke-kronikere, og deres forbrug af e-mail er relativ lav, hvorimod andelen af telefonkontakter og besøg er større for kronikere.

Tabel 49. Fordeling af kontakttyper med kronikere for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) sammenlignet med ikke-kronikere og alle patienter

	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle patientkontakter
Konsultation	2.017 (55,9)	2.161 (60,2)	4.178 (58,0)
Tlf.kons.	1.321 (36,5)	1.144 (31,9)	2.465 (34,3)
Besøg	104 (2,9)	20 (0,6)	124 (1,7)
E-mail	152 (4,2)	248 (6,9)	400 (5,6)
Ikke oplyst	17 (0,5)	15 (0,4)	32 (0,4)
I alt	3.611 (100)	3.588 (100)	7.199 (100)

Langt størstedelen (79%) af de aftalte forebyggelseskonsultationer foretages med kronikere (datafordeling er ikke præsenteret her).

Tabel 50 viser aldersfordelingen for kontakter med kronikere sammenlignet med ikke-kronikere. Det fremgår, at de for de yngre aldersgrupper under 45 år forekommer kronisk lidelse ikke så hyppigt i modsætning til efter 55 år, hvor andelen af kontakter med patienter med kronisk lidelse er større. De ældste patienter med kronisk lidelse har fire-fem gange så mange kontakter (5,4%) som de ældre uden kronisk lidelse.

Tabel 50. Antal kontakter til gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år for kronikere og ikke-kronikere fordelt på alder

Aldersgrupper	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle patientkontakter
0-4	26 (0,7)	328 (9,1)	354 (4,9)
5-14	59 (1,6)	328 (9,1)	387 (5,4)
15-24	121 (3,4)	498 (13,9)	619 (8,6)
25-34	204 (5,7)	567 (15,8)	771 (10,7)
35-44	374 (10,4)	553 (15,4)	927 (12,9)
45-54	493 (13,7)	458 (12,8)	950 (13,2)
55-64	656 (18,2)	330 (9,2)	986 (13,7)
65-74	746 (20,7)	249 (6,9)	996 (13,8)
75+	880 (24,4)	195 (5,4)	1.075 (14,9)
Ikke oplyst	52 (1,4)	82 (2,3)	134 (1,9)
I alt	3.611 (100)	3.588 (100)	7.199 (100)

Tabellerne 51-54 viser tilsvarende aldersfordelingen for kronikere og ikke-kronikere specifikt for konsultationer, telefonkontakter, besøg og e-mailkontakter. Det ses, at blandt kronikere findes hovedparten af kontakter hos ældre.

Tabel 51. Antal konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år for kronikere og ikke-kronikere fordelt på alder

Aldersgrupper	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle konsultationer
0-4	17 (0,8)	241 (11,2)	258 (6,2)
5-14	34 (1,7)	231 (10,7)	265 (6,3)
15-24	73 (3,6)	340 (15,7)	413 (9,9)
25-34	118 (5,9)	340 (15,7)	458 (10,9)
35-44	221 (11,0)	305 (14,1)	526 (12,6)
45-54	303 (15,0)	277 (12,8)	580 (13,9)
55-64	392 (19,4)	176 (8,2)	568 (13,6)
65-74	439 (21,8)	130 (6,0)	569 (13,6)
75+	400 (19,8)	76 (3,5)	476 (11,4)
Ikke oplyst	20 (1,0)	45 (2,1)	65 (1,6)
I alt	2.017(100)	2.161 (100)	4.178 (100)

I modsætning hertil ses i Tabel 52, at telefonkontakter for kronikere over 55 år udgør en langt mindre andel end for ikke-kronikere.

Tabel 52. Antal telefonkonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år for kronikere og ikke-kronikere fordelt på alder

Aldersgrupper	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle telefonkonsultationer
0-4	79 (6,9)	7 (0,5)	86 (3,5)
5-14	89 (7,8)	23 (1,8)	112 (4,5)
15-24	124 (10,8)	40 (3,0)	164 (6,7)
25-34	165 (14,4)	69 (5,2)	234 (9,5)
35-44	194 (17,0)	125 (9,5)	319 (12,9)
45-54	133 (11,6)	166 (12,6)	299 (12,1)
55-64	125 (10,9)	219 (16,6)	344 (14,0)
65-74	103 (9,0)	266 (20,1)	369 (15,0)
75+	100 (8,8)	379 (28,7)	479 (19,4)
Ikke oplyst	32 (2,8)	27 (2,0)	59 (2,4)
I alt	1.144 (100)	1.321 (100)	2.465 (100)

Af Tabel 53 fremgår det, at besøg langt hyppigere er til patienter med kronisk lidelse.

Tabel 53. Antal besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år for kronikere og ikke-kronikere fordelt på alder

Aldersgrupper	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle besøg
0-4	1 (1,0)	0	1 (0,8)
5-14	0	0	0
15-24	1 (1,0)	1 (5,0)	2 (2,6)
25-34	0	0	0
35-44	1 (1,0)	2 (10,0)	3 (2,4)
45-54	2 (1,8)	1 (5,0)	3 (2,4)
55-64	8 (7,6)	1 (5,0)	9 (7,3)
65-74	14 (13,4)	3 (15,0)	17 (13,7)
75+	74 (71,2)	12 (60,0)	88 (71,0)
Ikke oplyst	1 (1,0)	0	1 (0,8)
I alt	104 (100)	20 (100)	124 (100)

E-mailkontakter er overordnet hyppigst med ikke-kronikere. Dog har kronikere over 55 år flere e-mailkontakter end ikke-kronikere (Tabel 54).

Tabel 54. Antal e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år for kronikere og ikke-kronikere fordelt på alder

Aldersgrupper	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle e-mailkontakter
0-4	2 (1,3)	6 (2,4)	8 (2,0)
5-14	1 (0,7)	7 (2,8)	8 (2,0)
15-24	6 (4,0)	30 (12,1)	36 (9,0)
25-34	15 (9,9)	60 (24,2)	75 (18,7)
35-44	26 (17,1)	50 (20,2)	76 (19,0)
45-54	18 (11,8)	44 (17,8)	62 (15,5)
55-64	36 (23,6)	28 (11,3)	64 (16,0)
65-74	26 (17,1)	13 (5,2)	39 (9,7)
75+	20 (13,2)	5 (2,0)	25 (6,3)
Ikke oplyst	2 (1,3)	5 (2,0)	7 (1,8)
I alt	152 (100)	248 (100)	400 (100)

Ny episode/opfølgning for kronikere

I Tabel 55 ses fordelingen af kontakter på "Nye episoder" og "Opfølgning", og det ses, at kontakter med opfølgning er næsten dobbelt så hyppige for kronikere sammenlignet med ikke-kronikere. Endvidere skal det bemærkes, at kronisk syge også har en relativt stor andel af kontakter grundet en ny episode, herunder akutte henvendelser.

Tabel 55. Antal symptom- og sygdomsbetingede kronikerkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på Ny episode og Opfølgning i sammenligning med ikke-kronikere og alle patienter

	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle patienter
Ny episode	1.133 (34,1)	1.681 (52,4)	2.814 (43,1)
Opfølgning	1.923 (57,9)	1.120 (34,9)	3.043 (46,6)
Ikke relevant ¹	264 (8,0)	409 (12,7)	673 (10,3)
I alt	3.320 (100)	3.210 (100)	6.530 (100)

¹Kontakter med attestarbejde var ikke omfattet af dette spørgsmål.

Kontaktårsager for kronikere

I det følgende beskrives henvendelsesårsager til kronikeres kontakter ved hjælp af ICPC-kodesystemet. Først præsenteres i Tabel 56 fordelingen efter organsystemer og på "Nye episoder" og "Opfølgning" i sammenligning med kontakter for ikke-kronikere.

Tabel 56. Årsager til symptom- og sygdomsbetingede kronikerkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICPC-organkoder og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)

Organsystem	Ny episode		Opfølgning		I alt ¹		
	Kronikere (%)	Ikke-kronikere (%)	Kronikere (%)	Ikke-kronikere (%)	Kronikere (%)	Ikke-kronikere (%)	Alle patienter (%)
A: Aliment/uspecificeret ²	175 (15,4)	221 (13,1)	512 (26,6)	320 (28,5)	819 (24,7)	736 (22,9)	1.558 (23,8)
B: Blod/lymfe/immunsytem	3 (0,3)	13 (0,8)	20 (1,0)	13 (1,2)	26 (0,8)	26 (0,8)	50 (0,8)
D: Fordøjelse	83 (7,3)	117 (6,9)	75 (3,9)	54 (4,8)	167 (5,0)	185 (5,8)	353 (5,4)
F: Øje	17 (1,5)	57 (3,4)	7 (0,4)	10 (0,9)	24 (0,7)	74 (2,3)	96 (1,5)
H: Øre	17 (1,5)	53 (3,2)	7 (0,4)	18 (1,6)	25 (0,8)	78 (2,4)	103 (1,6)
K: Hjerter/kar	53 (4,6)	32 (1,9)	350 (18,2)	42 (3,7)	415 (12,5)	83 (2,6)	499 (7,6)
M: Muskel/skelet	218 (19,2)	283 (16,8)	215 (11,2)	157 (14,0)	453 (13,6)	484 (15,1)	937 (14,3)
N: Nervesystemet	61 (5,4)	53 (3,2)	51 (2,6)	23 (2,1)	118 (3,6)	80 (2,5)	198 (3,0)
P: Psykisk	86 (7,6)	69 (4,1)	241 (12,5)	128 (11,4)	345 (10,4)	217 (6,8)	561 (8,6)
R: Luftveje	157 (13,8)	269 (16,0)	109 (5,7)	58 (5,2)	287 (8,6)	357 (11,1)	644 (9,9)
S: Hud	113 (10,0)	240 (14,3)	57 (3,0)	84 (7,5)	183 (5,5)	356 (11,1)	539 (8,3)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	25 (2,2)	14 (0,8)	172 (8,9)	30 (2,7)	209 (6,3)	49 (1,5)	258 (4,0)
U: Urinveje	51 (4,5)	51 (3,0)	46 (2,4)	45 (4,0)	106 (3,2)	106 (3,3)	212 (3,3)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	18 (1,6)	69 (4,1)	11 (0,6)	37 (3,3)	30 (0,9)	115 (3,6)	145 (2,2)
X: Kvindelige kønsorganer	38 (3,4)	102 (6,1)	26 (1,3)	73 (6,5)	67 (2,0)	194 (6,1)	261 (4,0)
Y: Mandlige kønsorganer	11 (1,0)	25 (1,5)	15 (0,8)	14 (1,3)	27 (0,8)	41 (1,2)	68 (1,0)
Z: Sociale problemer	8 (0,7)	13 (0,8)	9 (0,5)	14 (1,3)	19 (0,6)	29 (0,9)	48 (0,7)
I alt	1.134 (100)	1.681 (100)	1.923 (100)	1.120 (100)	3.320 (100)	3.210 (100)	6.530 (100)

¹ Inklusiv 758 kontakter, hvor Ny episode/Opfølgning ikke er oplyst.

² Kontakter uden angivelse af kontaktårsag er kodet som A69 – Årsag til kontakt IKA.

Tabel 57 viser fordelingen af kronikerkontakter på organsystemer og komponenterne symptom, infektion, kræft, skade, medfødt misdannelse og specifikke sygdomme samt aktiviteter/processer. Igen bemærkes den ret store overvægt af symptom-kontaktårsager i gruppen.

Tabel 57. Årsager til symptom- og sygdomsbetingede kronikerkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICD-kodesystemets organkoder og komponenter

Organsystem	Sympt.	Inf.-sygd.	Kræft	Skader	Medf. misd.	Spec. diagn.	Proces/aktivitet	I alt kronikere
A: Aliment/uspecificeret	120 (9,2)	4 (3,6)	2 (5,9)	26 (50,0)	1 (12,5)	100 (11,7)	566 (59,3)	819 (24,7)
B: Blod/lymfe/immunsystem	4 (0,3)		1 (2,9)			9 (1,1)	12 (1,2)	26 (0,8)
D: Fordøjelse	114 (8,7)	3 (2,7)	6 (17,7)		1 (12,5)	31 (3,6)	12 (1,3)	167 (5,0)
F: Øje	11 (0,9)	10 (9,0)		1 (1,9)		1 (0,1)	1 (0,1)	24 (0,7)
H: Øre	17 (1,2)	3 (2,7)				4 (0,5)	1 (0,1)	25 (0,8)
K: Hjerter/kar	47 (3,6)					288 (33,7)	80 (8,4)	415 (12,5)
M: Muskel/skelet	357 (27,3)	1 (0,9)		10 (19,2)	1 (12,5)	41 (4,8)	43 (4,5)	453 (13,6)
N: Nervesystemet	88 (6,8)	1 (0,9)	2 (5,9)			18 (2,1)	9 (0,9)	118 (3,6)
P: Psykisk	149 (11,3)					119 (13,9)	77 (8,1)	345 (10,4)
R: Luftveje	174 (13,3)	33 (29,8)	6 (17,6)			59 (6,9)	15 (1,6)	287 (8,6)
S: Hud	70 (5,4)	27 (24,3)	7 (20,6)	15 (28,9)	4 (50,0)	39 (4,6)	21 (2,2)	183 (5,5)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	12 (0,9)		1 (2,9)			130 (15,2)	66 (6,9)	209 (6,3)
U: Urinveje	53 (4,1)	23 (20,7)				3 (0,4)	27 (2,9)	106 (3,2)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	22 (1,6)					5 (0,6)	3 (0,3)	30 (0,9)
X: Kvindelige kønsorganer	41 (3,1)	5 (4,5)	4 (11,8)			3 (0,4)	14 (1,5)	67 (2,0)
Y: Mandlige kønsorganer	10 (0,7)	1 (0,9)	5 (14,7)		1 (12,5)	4 (0,5)	6 (0,6)	27 (0,8)
Z: Sociale problemer	18 (1,4)						1 (0,1)	19 (0,6)
I alt	1.307 (100)	111 (100)	34 (100)	52 (100)	8 (100)	854 (100)	954 (100)	3.320 (100)

Diagnoser for kronikerkontakter

I Tabel 58 ses fordelingen af diagnoser efter organsystemer og fordelt på "Nye episoder" og "Opfølgning" samt køn.

Tabel 58. Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede kronikerkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på ICD-kodier og køn samt Ny episode/Opfølgning (ekskl. personalekontakter)

Organsystem	Ny episode		Opfølgning		I alt ¹		
	Kronikere (%)	Ikke-kronikere (%)	Kronikere (%)	Ikke-kronikere (%)	Kronikere (%)	Ikke-kronikere (%)	Alle patienter (%)
A: Alment/uspecificeret ²	127 (11,2)	165 (9,8)	412 (21,4)	284 (25,4)	651 (19,6)	633 (19,7)	651 (19,6)
B: Blod/lymfe/immunsytem	9 (0,8)	12 (0,7)	23 (1,2)	13 (1,2)	35 (1,1)	26 (0,8)	35 (1,1)
D: Fordøjelse	81 (7,1)	104 (6,2)	80 (4,2)	55 (4,9)	171 (5,1)	171 (5,3)	171 (5,2)
F: Øje	16 (1,4)	57 (3,4)	8 (0,4)	12 (1,1)	25 (0,8)	75 (2,3)	25 (0,8)
H: Øre	19 (1,7)	58 (3,5)	7 (0,4)	19 (1,7)	29 (0,9)	86 (2,7)	29 (0,9)
K: Hjerter/kar	81 (7,1)	42 (2,5)	368 (19,1)	52 (4,6)	465 (14,0)	105 (3,3)	465 (14,0)
M: Muskel/skelet	207 (18,2)	279 (16,6)	229 (11,9)	159 (14,2)	559 (13,9)	485 (15,1)	459 (13,8)
N: Nervesystemet	56 (4,9)	46 (2,7)	58 (3,0)	24 (2,1)	120 (3,6)	77 (2,4)	120 (3,6)
P: Psykisk	97 (8,6)	80 (4,8)	259 (13,4)	132 (11,8)	376 (11,3)	233 (7,2)	376 (11,3)
R: Luftveje	161 (14,2)	307 (18,2)	122 (6,3)	62 (5,5)	306 (9,2)	401 (12,5)	306 (9,2)
S: Hud	117 (10,3)	242 (14,4)	57 (3,0)	88 (7,8)	186 (5,6)	361 (11,2)	186 (5,6)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	34 (3,0)	21 (1,3)	182 (9,5)	39 (3,5)	233 (7,0)	66 (2,1)	233 (7,0)
U: Urinveje	55 (4,9)	59 (3,5)	46 (2,4)	46 (4,1)	111 (3,4)	114 (3,6)	111 (3,3)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	19 (1,7)	74 (4,4)	13 (0,7)	39 (3,5)	31 (0,9)	123 (3,8)	31 (0,9)
X: Kvindelige kønsorganer	36 (3,2)	98 (5,8)	26 (1,4)	70 (6,3)	67 (2,0)	189 (5,9)	67 (2,0)
Y: Mandlige kønsorganer	11 (1,0)	25 (1,5)	22 (1,1)	15 (1,3)	35 (1,0)	41 (1,3)	35 (1,1)
Z: Sociale problemer	8 (0,7)	12 (0,7)	11 (0,6)	11 (1,0)	20 (0,6)	24 (0,8)	20 (0,6)
I alt	1.134 (100)	1.681 (100)	1.923 (100)	1.120 (100)	3.320 (100)	3.210 (100)	3.320 (100)

¹ Inklusiv 758 kontakter, hvor Ny episode/Opfølgning ikke er oplyst.

² Kontakter uden angivelse af kontakt årsag er kodet som A69 – Årsag til kontakt IKA.

Den næste tabel viser fordelingen på organsystemer og på komponenterne. Det bemærkes, at psykiske, muskuloskeletale og mavearmhenvendelser oftere ender med en symptomdiagnose end en specifik diagnose. Ikke uventet er kræftdiagnoser hyppigere end henvendelsesårsagen kræft. Se side 40 til sammenligning med alle patienter.

Tabel 59. Diagnoser på symptom- og sygdomsbetingede kronikerkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år (ekskl. personalekontakter) fordelt på ICD-kodesystemets organkoder og komponenter

Organsystem	Sympt.	Inf.-sygd.	Kræft	Skader	Medf. misd.	Spec. diagn.	Proces/aktivitet	I alt kronikere
A: Aliment/uspecificeret	77 (8,9)	11 (4,3)	4 (5,2)	32 (34,8)	1 (10,0)	98 (6,7)	428 (76,3)	651 (19,6)
B: Blod/lymfe/immunsystem	5 (0,5)		4 (5,2)			23 (1,4)	3 (0,5)	35 (1,1)
D: Fordøjelse	78 (9,1)	9 (3,5)	13 (16,9)			67 (4,6)	4 (0,7)	171 (5,2)
F: Øje	7 (0,8)	15 (5,5)		1 (1,1)		2 (0,1)		25 (0,8)
H: Øre	8 (0,9)	9 (3,5)				12 (0,8)		29 (0,9)
K: Hjerter/kar	36 (4,2)					398 (27,2)	31 (5,5)	465 (14,0)
M: Muskel/skelet	225 (26,2)	2 (0,8)	1 (1,3)	40 (43,5)	2 (20,0)	174 (11,9)	15 (2,6)	459 (13,8)
N: Nervesystemet	62 (7,2)	2 (0,8)	4 (5,2)	3 (3,2)		46 (3,2)	3 (0,5)	120 (3,6)
P: Psykisk	129 (15,0)					223 (15,3)	24 (4,3)	376 (11,3)
R: Luftveje	72 (8,4)	101 (39,6)	10 (13,0)			116 (8,0)	7 (1,3)	306 (9,2)
S: Hud	36 (4,8)	45 (17,3)	16 (19,4)	17 (17,4)	6 (50,0)	59 (3,9)	7 (1,3)	186 (5,6)
T: Endokrint/metabolisk/ernæring	10 (1,2)		2 (2,6)			205 (14,1)	16 (2,9)	233 (7,0)
U: Urinveje	35 (4,1)	52 (20,4)	3 (3,9)			9 (0,6)	12 (2,1)	111 (3,3)
W: Svangerskab/fødsel/prævention	21 (2,4)					8 (0,6)	2 (0,3)	31 (0,9)
X: Kvindelige kønsorganer	29 (3,4)	8 (3,1)	10 (13,0)			13 (0,8)	7 (1,3)	67 (2,0)
Y: Mandlige kønsorganer	6 (0,7)	3 (1,2)	11 (14,3)		2 (20,0)	12 (0,8)	1 (0,2)	35 (1,1)
Z: Sociale problemer	19 (2,2)						1 (0,2)	20 (0,6)
I alt	855 (100)	257 (100)	78 (100)	93 (100)	11 (100)	1.465 (100)	561 (100)	3.320 (100)

Henvisning af kronikere

Tabel 60 viser hyppigheden af henvisninger for kronikere for alle kontakttyper sammenlignet med ikke-kronikere. Det ses, at kronikere hyppigere henvises til ambulatorium og indlæggelse, men ikke så ofte til speciallæge.

Tabel 60. Antal henvisninger af kronikere for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år sammenlignet med ikke-kronikere og alle patienter

Henvisning til:	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle patienter
Speciallæge	112 (3,1)	154 (4,3)	266 (3,7)
Hospitalsambulatorium	144 (4,0)	129 (3,6)	273 (3,8)
Indlæggelse	39 (1,1)	24 (0,7)	63 (0,9)
Eksternt laboratorium	65 (1,8)	45 (1,3)	110 (1,5)
Billeddiagnostik i alt	97 (2,7)	108 (3,0)	205 (2,9)
Røntgen	73 (75,2)	83 (76,8)	156 (76,1)
CT	6 (6,2)	2 (1,9)	8 (3,9)
UL	12 (12,4)	15 (13,9)	27 (13,2)
Anden billeddiagnostik	6 (6,2)	8 (7,4)	14 (6,8)
Henvisninger i alt	457 (12,7)	460 (12,8)	917 (12,7)
Kontakter i alt	3.611 (100)	3.588 (100)	7.199 (100)

Problemer udover hovedproblemet, som tages op i kronikerkontakter

Det fremgår af Tabel 61, at andelen af konsultationer, hvor der tages flere problemer op end hovedproblemet, er omtrent dobbelt så stor for kronikere som for ikke-kronikere.

Tabel 61. Hyppighed af ekstraproblemer for en gennemsnitlig alment praktiserende læges konsultationer¹ på et år fordelt for kronikere og ikke-kronikere

Indhold af konsultation vedr. ekstraproblemer	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle konsultationer
Uden ekstraproblemer	880 (54,8)	1.241 (74,5)	2.121 (64,8)
Med ekstraproblemer	727 (45,2)	425 (25,5)	1.152 (35,2)
Konsultationer i alt	1.607 (100)	1.666 (100)	3.272 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

For kronikere såvel som ikke-kronikere er det tilfældet, at det hyppigst er kvinder, der tager flere problemer op i kontakterne, uanset om det drejer sig om biomedicinske, psykiske eller sociale problemer (Tabel 62).

Tabel 62. Antal konsultationer¹ med problemer udover hovedproblemet fordelt på, om de ekstra problemer var af biomedicinsk, psykologisk eller social art, på køn og på kroniker/ikke-kroniker

Antal problemer udover hovedproblemet	Type problem	Mænd		Kvinder		I alt ² (%)
		Kroniker (%)	Ikke-kroniker (%)	Kroniker (%)	Ikke-kroniker (%)	
1	Biomed.	152 (22,1)	98 (14,3)	250 (36,4)	178 (25,9)	687 (100)
	Psykol.	77 (23,1)	29 (8,7)	155 (46,7)	67 (20,2)	332 (100)
	Sociale	51 (22,3)	27 (11,8)	105 (45,9)	44 (19,2)	229 (100)
2-3	Biomed.	52 (25,0)	17 (8,2)	99 (47,6)	36 (17,3)	208 (100)
	Psykol.	2 (14,3)	0	8 (57,1)	3 (21,4)	14 (100)
	Sociale	3 (20,0)	1 (6,7)	8 (53,3)	2 (13,3)	15 (100)
>3	Biomed.	3 (21,4)	2 (14,3)	6 (42,9)	3 (21,4)	14 (100)
	Psykol.	0	0	1 (100)	0	1 (100)
	Sociale	0	0	0	0	0

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

² Inklusiv 54 kontakter, hvor køn ikke var oplyst.

Afslutning af kronikerkontakter

Af Tabel 63 fremgår det, at halvdelen af kronikerkontakter afsluttes med en aftalt opfølgning i sammenligning med en tredjedel af ikke-kronikere.

Tabel 63. Afslutningsmåde for en gennemsnitlig alment praktiserende læges kontakter¹ på et år fordelt for kronikere og ikke-kronikere

Afslutningsmåde	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle kontakter
Aftalt opfølgning	1.604 (54,6)	1.041 (35,4)	2.645 (45,0)
Se an	552 (18,8)	673 (22,9)	1.225 (20,8)
Afslutning uden yderligere	522 (17,8)	918 (31,2)	1.440 (24,5)
Ikke relevant	259 (8,8)	310 (10,5)	569 (9,7)
I alt	2.937 (100)	2.942 (100)	5.879 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Tabel 64. Afslutningsmåde for en gennemsnitlig alment praktiserende læges konsultationer¹ på et år fordelt for kronikere og ikke-kronikere

Afslutningsmåde	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle konsultationer
Aftalt opfølgning	957 (59,6)	554 (33,3)	1.511 (46,2)
Se an	283 (17,6)	422 (25,3)	705 (21,5)
Afslutning uden yderligere	260 (16,2)	564 (33,9)	825 (25,2)
Ikke relevant	107 (6,6)	125 (7,5)	232 (7,1)
I alt	1.607 (100)	1.665 (100)	3.273 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Forskellen mellem kronikere og ikke-kronikere er ikke så markant vedr. andelen af opfølgninger efter en telefonkontakt (Tabel 65).

Tabel 65. Afslutningsmåde for en gennemsnitlig alment praktiserende læges telefonkontakter på et år fordelt for kronikere og ikke-kronikere

Afslutningsmåde	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle telefonkontakter
Aftalt opfølgning	517 (48,8)	404 (40,5)	921 (44,8)
Se an	213 (20,0)	198 (19,9)	411 (20,0)
Afslutning uden yderligere	207 (19,5)	257 (25,8)	464 (22,5)
Ikke relevant	124 (11,7)	138 (13,8)	262 (12,7)
I alt	1.061 (100)	997 (100)	2.058 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Tabel 66. Afslutningsmåde for en gennemsnitlig alment praktiserende læges besøg på et år fordelt for kronikere og ikke-kronikere

Afslutningsmåde	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle besøg
Aftalt opfølgning	44 (43,0)	6 (35,3)	50 (42,4)
Se an	29 (29,0)	4 (23,5)	33 (28,0)
Afslutning uden yderligere	19 (19,0)	5 (29,4)	24 (20,3)
Ikke relevant	9 (9,0)	2 (11,8)	11 (9,3)
I alt	101 (100)	17 (100)	118 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Tabel 67. Afslutningsmåde for en gennemsnitlig alment praktiserende læges e-mailkontakter på et år fordelt for kronikere og ikke-kronikere

Afslutningsmåde	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle e-mailkontakter
Aftalt opfølgning	78 (51,3)	72 (29,3)	150 (37,7)
Se an	24 (15,8)	44 (17,9)	68 (17,1)
Afslutning uden yderligere	34 (22,4)	90 (36,6)	124 (31,1)
Ikke relevant	16 (10,5)	40 (16,3)	56 (14,1)
I alt	152 (100)	246 (100)	398 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Biomedicinske, psykologiske og sociale faktorer i kronikerkontakter

Af Tabel 68 ses, at kontakter med ikke-kronikere oftere udelukkende er af biomedicinske karakter end kontakter med kronikere.

Tabel 68. Andel af biomedicinske, psykiske og sociale faktorer i konsultationer med kronikere for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år, først med ren biomedicinsk, psykologisk og social andel og derefter antal konsultationer hvor hhv. biomedicinske hhv. psykologiske og sociale faktorer helt eller delvist spiller ind

	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle patienter
Konsultationer ialt ¹	1.607 (100)	1.666 (100)	3.273 (100)
Andel faktorer			Antal (%)
100 % biomedicinske	692 (43,1)	941 (56,5)	1.633 (49,9)
100 % psykologiske	44 (2,7)	46 (2,7)	90 (2,7)
100 % sociale	3 (0,2)	3 (0,2)	6 (0,2)
Blandede faktorer	868 (54,0)	676 (40,6)	1.544 (47,2)
Blandede faktorer			Antal (%)
Andel med biomedicinsk problematik	1.478 (92,0)	1.515 (90,9)	2.993 (91,5)
Andel med psykologisk problematik	807 (50,2)	601 (36,1)	1.408 (43,0)
Andel med social problematik	378 (23,5)	258 (15,5)	636 (19,4)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Endelig diagnose ved kronikerkontakter

Det fremgår af Tabel 69, at blandt kronikere er der flere med en specifik medicinsk diagnose sammenlignet med patienter uden kronisk sygdom. Samtidig er hyppigheden af konsultationer, hvor lægen vurderer, at der er tale om en medicinsk uforklaret tilstand, dobbelt så stor for kronikere sammenlignet med ikke-kronikere.

Tabel 69. Antal konsultationer fordelt på vurdering af muligheden for at stille en endelig specifik diagnose og på Kronikere/ikke-kronikere

Forventet endelig diagnose	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle patienter
En specifik medicinsk diagnose	1.147 (71,4)	992 (59,5)	2.139 (65,4)
En symptomdiagnose – forbigående	265 (16,5)	524 (31,5)	789 (24,1)
En symptomdiagnose – længerevarende (Funktionelt somatisk symptom)	149 (9,2)	76 (4,6)	225 (6,9)
Ikke oplyst	46 (2,9)	74 (4,4)	120 (3,7)
Konsultationer ¹ alt	1.607 (100)	1.666 (100)	3.273 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Kræftmistanke ved kronikerkontakter

På spørgsmålene om mistanke om kræft eller anden alvorlig sygdom, svarede lægerne hyppigere positivt i kontakter med kronikere end ikke-kronikere og efter konsultation dobbelt så ofte (Tabel 70).

Tabel 70. Antal konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år med mistanke om kræft eller anden alvorlig lidelse før/under og efter kontakten fordelt på kronikere/ikke-kronikere

		Kronikere	Ikke-kronikere	Alle konsultationer
Konsultationer ¹ i alt		1.607 (100)	1.666 (100)	3.273 (100)
Overvejede du på noget tidspunkt kræft eller anden alvorlig sygdom (ny)?	Ja	149 (9,3)	101 (6,1)	250 (7,7)
	Nej	1.401 (87,2)	1.497 (89,8)	2.898 (88,5)
	Ikke oplyst	57 (3,5)	68 (4,1)	125 (3,8)
Sidder du tilbage med den mindste mistanke om kræft eller anden alvorlig sygdom (ny)?	Ja	105 (6,5)	52 (3,1)	157 (4,8)
	Nej	1.439 (89,6)	1.534 (92,1)	2.973 (90,8)
	Ikke oplyst	63 (3,9)	80 (4,8)	143 (4,4)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Tidsforbrug ved kronikerkontakter

Som det ses af de følgende tabeller om tidsforbrug ved kontakter med kronikere i sammenligning med ikke-kronikere, er der omkring dobbelt så mange kronikere med kontakter af over 15 minutters varighed i forhold til ikke-kronikere.

Tabel 71. Antal kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere

Tid	Alle kontakttyper ¹		
	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle kontakter
Under 5 minutter	1.144 (39,0)	1.313 (44,6)	2.457 (41,8)
5-15 minutter	1.252 (42,7)	1.228 (41,7)	2.480 (42,2)
16-30 minutter	396 (13,4)	218 (7,4)	614 (10,4)
> 30 minutter	31 (1,0)	20 (0,7)	51 (0,9)
Ikke relevant	114 (3,9)	163 (5,6)	277 (4,7)
I alt	2.937 (100)	2.942 (100)	5.879 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Tilnærmelsesvis det samme ses, når resultaterne i de følgende tabeller vises for de enkelte kontakttyper, konsultationer, telefonkontakter og e-mailkontakter, men ikke for besøg over 30 minutters varighed (Tabel 74).

Tabel 72. Antal konsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere

Tid	Konsultationer ¹		
	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle konsultationer
Under 5 minutter	151 (9,4)	291 (17,4)	442 (13,5)
5-15 minutter	1.084 (67,5)	1.127 (67,7)	2.211 (67,5)
16-30 minutter	336 (20,9)	206 (12,4)	542 (16,6)
> 30 minutter	16 (1,0)	15 (0,9)	31 (1,0)
Ikke relevant	20 (1,2)	27 (1,6)	47 (1,4)
I alt	1.607 (100)	1.666 (100)	3.273 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Tabel 73. Antal telefonkonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere

Tid	Telefonkontakter ¹		
	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle telefonkonsultationer
Under 5 minutter	856 (80,7)	816 (81,8)	1.672 (81,3)
5-15 minutter	119 (11,2)	80 (8,0)	199 (9,7)
16-30 minutter	5 (0,5)	4 (0,4)	7 (0,3)
> 30 minutter	2 (0,2)	0	2 (0,1)
Ikke relevant	79 (7,4)	99 (9,8)	178 (8,6)
I alt	1.061 (100)	997 (100)	2.058 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Tabel 74. Antal besøg for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere

Tid	Besøg ¹		
	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle Besøg
Under 5 minutter	3 (3,0)	0	3 (2,5)
5-15 minutter	32 (31,6)	5 (29,4)	37 (31,4)
16-30 minutter	51 (50,5)	8 (47,1)	59 (50,0)
> 30 minutter	13 (12,9)	4 (23,5)	17 (14,4)
Ikke relevant	2 (2,0)	0	2 (1,7)
I alt	101 (100)	17 (100)	118 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Tabel 75. Antal e-mailkontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på tidsforbrug og på kronikere/ikke-kronikere

Tid	E-mailkontakter ¹		
	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle e-mailkontakter
Under 5 minutter	128 (84,2)	204 (82,9)	332 (83,4)
5-15 minutter	12 (7,9)	10 (4,1)	22 (5,5)
16-30 minutter	0	0	0
> 30 minutter	0	0	0
Ikke relevant	12 (7,9)	32 (13,0)	44 (11,1)
I alt	152 (100)	246 (100)	398 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Oplevet tyngde ved kronikerkontakter

Det fremgår af Tabel 76, at konsultationer med kronikere generelt opleves som tungere for lægerne, idet andelen af konsultationer, der opleves som middeltunge, tunge eller meget tunge er generelt større for kronikere sammenlignet med ikke-kronikere.

Tabel 76. Antal kontakter¹ for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på oplevet tyngde og på kronikere/ikke-kronikere

Oplevet tyngde	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle kontakter
Meget let - middel	2.291 (78,0)	2.475 (84,2)	4.766 (81,1)
Tung	366 (12,4)	182 (6,2)	548 (9,3)
Meget tung	140 (4,8)	63 (2,1)	203 (3,5)
Ikke relevant	140 (4,8)	222 (7,5)	362 (6,1)
I alt	2.937 (100)	2.942 (100)	5.879 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Det tilsvarende ses ved kontakterne for de enkelte kontaktttyper (Tabel 77-80).

Tabel 77. Antal konsultationer¹ for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på oplevet tyngde og på kronikere/ikke-kronikere

Oplevet tyngde	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle konsultationer
Meget let - middel	1.225 (76,2)	1.441 (86,5)	2.666 (81,4)
Tung	259 (16,1)	136 (8,2)	395 (12,1)
Meget tung	100 (6,2)	50 (3,0)	150 (4,6)
Ikke relevant	23 (1,4)	39 (2,3)	62 (1,9)
I alt	1.607 (100)	1.666 (100)	3.273 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Tabel 78. Antal telefonkontakter¹ for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på oplevet tyngde og på kronikere/ikke-kronikere

Oplevet tyngde	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle telefonkontakter
Meget let - middel	855 (80,5)	814 (81,7)	1.669 (81,1)
Tung	80 (7,6)	36 (3,6)	116 (5,6)
Meget tung	27 (2,6)	11 (1,1)	38 (1,9)
Ikke relevant	99 (9,3)	136 (13,6)	235 (11,4)
I alt	1.061 (100)	997 (100)	2.058 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Tabel 79. Antal besøg¹ for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på oplevet tyngde og på kronikere/ikke-kronikere

Oplevet tyngde	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle besøg
Meget let - middel	66 (65,3)	12 (70,6)	78 (66,1)
Tung	22 (21,8)	3 (17,6)	25 (21,2)
Meget tung	11 (10,9)	0	11 (9,3)
Ikke relevant	2 (2,0)	2 (11,8)	4 (3,4)
I alt	101 (100)	17 (100)	118 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Tabel 80. Vurdering af oplevet tyngde af e-mailkontakter¹ for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på oplevet tyngde og på kronikere og ikke-kronikere

Oplevet tyngde	Kronikere	Ikke-kronikere	Alle e-mailkontakter
Meget let - middel	134 (88,2)	199 (80,9)	333 (83,7)
Tung	4 (2,6)	6 (2,4)	10 (2,5)
Meget tung	0 (0)	2 (0,8)	2 (0,5)
Ikke relevant	14 (9,2)	39 (15,9)	53 (13,3)
I alt	152 (100)	246 (100)	398 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Klinikpersonale

I det følgende beskrives klinikpersonalets aktivitet i en praksis med en gennemsnitlig alment praktiserende læge. Tabellerne er baseret dels på oplysninger fra lægernes baggrundsskema, dels på lægernes registrering af personaleinvolvering i lægekonsultationerne, dels på personalets egne registreringer af patientkontakter. I sidstnævnte tilfælde gælder det, at der er foretaget en beregning af antal kontakter på baggrund af en ekstrapolering af personalekontakter for de læger, hvis personale ikke registrerede egne kontakter (se metodebeskrivelsen side 15).

Personaleopgaver

I Tabel 81 ses udbredelsen af udvalgte personaleopgaver (ikke specificeret for personaletype). Opgørelsen er baseret på baggrundsskemaet for de deltagende læger om, hvilke opgaver, der varetages af personalet i klinikken. Det ses, at blodprøvetagning, vaccinationer, livsstilssamtaler og spirometri varetages helt eller delvist af personale i 88% af alle praksis. Det fremgår ligeledes, at de fleste profylaktiske opgaver som f.eks. p-pillekontrol og børneundersøgelse, foretages af personale hos under 20% af lægerne.

Tabel 81. Udbredelse af udvalgte personaleaktiviteter baseret på lægernes angivelse i baggrundsskemaet

Aktiviteter	Antal læger (%)
Blodprøvetagning	345 (88,2)
Vaccination	337 (86,2)
Spirometri	336 (85,9)
Livsstilssamtaler	311 (79,5)
Aftalt forebyggelseskonsultation	231 (59,1)
Medicinhåndtering	169 (43,2)
Forløbsydelse	88 (22,5)
Støttesamtale	85 (21,7)
Kontrol v. forløbsydelse	75 (19,2)
Priktest	66 (16,9)
Svangreundersøgelse	73 (18,7)
P-pillekontrol	60 (15,4)
Børneundersøgelse	54 (13,8)
Akupunktur	47 (12,0)
Inviteret cytologi	16 (4,1)
Andre opgaver	389 (99,5)
Antal læger i alt	391 (100)

I Tabel 82 ses antallet af kontakter for sygeplejersker og for andet personale fordelt på kontaktyperne: konsultation, telefonkontakter, besøg og e-mailkontakter. Denne opgørelse baseres på personalets egne registreringer. Det er i den forbindelse relevant at bemærke, at der her er tale om de kontakter, hvor personalet har en opgave i patientkontakten, som er andet og mere end blot f.eks. tidsbestilling eller anden administrativ procedure. Ligeledes er kontakter med henblik på receptfornyelser ikke inkluderet. Derfor er sygeplejerskekontakterne stærkt overrepræsenterede, da mange sekretærkontakter ikke blev registreret. Der er således i opgørelserne her tale om de kontakter, som indebar en selvstændig opgave i form af en undersøgelse, behandling, prøvetagning, rådgivning eller lignende.

Tabel 82. Antal kontakter for klinikpersonalet for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på kontaktttype

Kontaktttype	Sygeplejersker	Andet personale	I alt
Konsultation	1.031 (89,6)	467 (64,6)	1.498 (79,1)
Tlf.konsultation	80 (6,9)	214 (29,6)	294 (15,6)
Besøg	10 (0,9)	2 (0,3)	12 (0,6)
E-mail	3 (0,3)	9 (1,2)	12 (0,6)
Ikke oplyst	26 (2,3)	31 (4,3)	77 (4,1)
I alt	1.150 (100)	723 (100)	1.893 (100)

Tabel 83 præsenterer antallet af en række af de opgaver, som personalet for en gennemsnitlig alment praktiserende læge har på et år fordelt på sygeplejersker og andre personaler.

Tabel 83. De hyppigst registrerede opgaver for klinikpersonalet for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år uanset grad af selvstændighed og kontaktttype

Opgaver	Sygeplejersker	Andre personalegrupper	I alt
Blodprøvetagning	845 (30,3)	352 (33,1)	1.197 (31,1)
Livsstilsundervisning	314 (11,3)	25 (2,4)	339 (8,8)
BT-måling	283 (10,2)	50 (4,7)	333 (8,7)
Vaccination	222 (8,0)	46 (4,3)	268 (7,0)
Vægt	140 (5,0)	26 (2,5)	166 (4,3)
Urinvejsdiagnostik	133 (4,8)	83 (7,8)	216 (5,6)
Skade-sårarbejde	107 (3,8)	11 (1,0)	118 (3,1)
Ekg	80 (2,9)	25 (2,4)	105 (2,7)
Vortebehandling	66 (2,4)	23 (2,2)	89 (2,3)
Injektion	49 (1,8)	5 (0,5)	54 (1,4)
Podning	36 (1,3)	8 (0,8)	44 (1,1)
Spirometri	36 (1,3)	2 (0,2)	38 (1,0)
Øreskylning	25 (0,9)	1 (0,1)	26 (0,7)
Støttesamtale	23 (0,8)	13 (1,2)	36 (0,9)
P-pillekontrol	6 (0,2)	0	6 (0,2)
Tympano-/audiometri	4 (0,1)	0	4 (0,1)
Allergitest	1 (0,0)	0	1 (0,0)
Andre opgaver	416 (14,9)	390 (33,8)	806 (21,0)
I alt	2.786 (100)	1.060 (100)	3.846 (100)

¹ Summen af opgaver større end antallet af kontakter, da en kontakt ofte indeholdt flere end én opgave.

Lægerne angav i deres registrering af patientkontakter, i hvor høj grad klinikpersonalet var involveret. I Tabel 84 ses, at lægerne i langt overvejende grad selv klarede konsultationerne, idet de ingen personaleinvolvering havde i 81% af konsultationerne.

Tabel 84. Antal lægekonsultationer for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på grader af involvering af klinikpersonale (alle personaletyper)

	Omfang af hjælp	Konsultationer ¹ (%)
Deltagelse af klinikpersonale	Medhjælp	238 (7,3)
	Selvstændig del af konsultationen	196 (6,0)
	Ingen deltagelse	2.662 (81,3)
	Ikke oplyst	177 (5,4)
	I alt	3.273 (100)

¹ Eksklusiv profylaktiske kontakter og attestarbejde.

Lægerne blev for hver patientkontakt endvidere bedt om at vurdere, om den pågældende kontakt kunne have været foretaget af en konsultationssygeplejerske/klinikpersonale. Det er bemærkelsesværdigt, at i 16% af konsultationerne svarede lægerne, at konsultationen kunne have været foretaget af en konsultationssygeplejerske.

Ny episode/opfølgning for personalekontakter med kronikere

I Tabel 85 ses, hvor ofte sygeplejerskernes konsultationer var opfølgninger henholdsvis nye episoder for kronikere og ikke-kronikere. Sygeplejerskernes konsultationer var oftest opfølgninger, og dette var endnu mere udtalt for konsultationer med kronikere.

Tabel 85. Antal selvstændige sygeplejerskekonsultationer med kronikere og ikke-kronikere for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år fordelt på Ny episode/Opfølgning

	Kronikere (%)	Ikke-kronikere (%)	Alle patienter (%)
Ny episode	64 (13,5)	111 (19,9)	175 (17,0)
Opfølgning	382 (80,6)	359 (64,5)	741 (71,9)
Ikke oplyst	28 (5,9)	87 (15,6)	115 (11,1)
I alt	474 (100)	557 (100)	1.031 (100)

De hyppigste kroniske lidelser i personalekontakter

Af Tabel 86 fremgår det, at hypertension er den hyppigste kroniske lidelse hos patienter, som kliniksygeplejerskerne har selvstændige konsultationer med.

Tabel 86. Antal selvstændige sygeplejerskekonsultationer med patienter med de seks hyppigste kroniske lidelser for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år

Kroniske lidelser	Selvstændige sygeplejerskekonsultationer ¹ (%)
Hypertension	171 (24,8)
Type2-diabetes	91 (13,2)
Atrieflimren	41 (5,9)
Lipidforstyrrelse	67 (9,7)
KOL	33 (4,8)
Astma	22 (3,2)
Andre kroniske lidelser	265 (38,4)
I alt	690 (100)

¹ Summen er større end antallet af selvstændige sygeplejerskekonsultationer med kronikere, da nogle af patienterne har flere end én kroniske lidelser.

Afslutningsmåde ved personalekontakter

Klinikpersonalet angav, om patientkontakten blev afsluttet med en opfølgning hos læge eller personale, eller om man valgte at "se an" eller afslutte kontakten helt. Af Tabel 87 ses, at næsten to tredjedele af alle selvstændige sygeplejerskekonsultationer blev afsluttet med en ny opfølgning hos læge eller personale, samt at afslutningsmuligheden at "se an" kun blev anvendt i få tilfælde i de selvstændige konsultationer (5,8%).

Tabel 87. Antal sygeplejerskekonsultationer fordelt på fire afslutningsmåder og tre kategorier af selvstændighed for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år

	Selvstændig konsultation	Sygeplejerskekonsultation med lægeinvolvering	Ikke oplyst	I alt ¹
Aftalt opfølgning hos læge	341 (29,7)	35 (25,2)	4 (10,3)	380 (28,6)
Aftalt opfølgning hos personale	436 (38,0)	54 (38,8)	15 (38,4)	505 (38,1)
Se an, henvendelse ved behov	66 (5,7)	16 (11,5)	4 (10,3)	86 (6,5)
Afsluttes uden yderligere	289 (25,2)	30 (21,6)	10 (25,6)	329 (24,8)
Ikke oplyst	16 (1,4)	4 (2,9)	6 (15,4)	26 (2,0)
I alt	1.148 (100)	139 (100)	39 (100)	1.326 (100)

¹ Eksklusiv kontakter ved lægekonsultationer

Diskussion

Diskussion af metoder

Kontaktmønsterundersøgelsen KOS 2008 er med 404 deltagende læger den største af sin art til at beskrive, hvad der bringer befolkningen til læge, hvordan lægerne oplever kontakterne, og hvilke aktiviteter der foregår i almen praksis

Styrke ved projektet

I beskrivelsen af de deltagende læger sammenlignede vi disse med karakteristika for *alle* læger for på den måde at se, om de deltagende læger var repræsentative for alle alment praktiserende læger i regionen. Den 6% større andel af kvinder blandt deltagerne i forhold til andelen af alle læger kunne antages at indebære en overestimering af andelen af kvinder og børn, ud fra den betragtning, at kvindelige patienter foretrækker kvindelige læger til sig selv og deres børn. Ligeledes er andelen af læger med mere end 20 år i nuværende praksis 5% mindre blandt deltagere i undersøgelsen, og hvis ældre læger har en større andel af ældre patienter, kan dette medførte, at færre ældre patienter er blevet registreret. Sammenligningen af praksispopulationen for de deltagende læger med praksispopulationen for alle læger viser imidlertid, at de er fuldt ud sammenlignelige (Tabel 7).

Afgørende for projektet er det, at de deltagende læger ikke har undladt at registrere nogle af deres patientkontakter. For at imødegå, at det forekom pga. travlhed, tilbød vi ekstra information om projektet og om udfyldelsen af registreringsskemaet ved henvendelse via e-mail eller telefon og ved et tilbud om besøg i klinikken til gennemgang af skemaerne. Dette tog 7% imod. Tilbagemeldingerne om arbejdet med at registrere var blandede, men ingen gav udtryk for at have måttet udelade registreringer pga. travlhed bortset fra enkelte i telefontiden. Gennemgående var indtrykket, at lægerne prioriterede at registrere alle kontakter, men i tilfælde af ekstra travlhed blev sidste del af skemaet muligvis udfyldt mere sporadisk. Endelig var der et økonomisk incitament i form af et honorar for at deltage. Honoreringen var ifølge de generelle tilbagemeldinger om honorarstørrelse tilfredsstillende i forhold til arbejdsindsatsen.

Vi har valgt at præsentere resultaterne set fra en læges synsvinkel. Derfor er resultaterne udtryk for en gennemsnitslæges kontakter på et år. På denne måde er resultaterne ikke et udtryk for det behov for sundhedsydelser, som en praksispopulation overordnet set har for lægeydelser i dagtid på et år, hvilket ville indebære data opgørelser set fra en befolkningsvinkel i stedet (f.eks. kontakter pr. 1.000 indbyggere). I kommende publikationer vil sådanne analyser blive anvendt.

Ved beregningen af det samlede antal kontakter for en gennemsnitlig alment praktiserende læge på et år valgte vi at inkludere sygeplejerskernes selvstændige kontakter med henblik på at estimere det antal kontakter, hvor personalet substituerer lægen, og hvor kontakten altså udløser en ydelse. Dette gjorde vi for ikke at underestimere antallet af kontakter til praksis og for at kunne foretage en sammenligning med undersøgelsen fra 1993. Vi inkluderede kun sygeplejerskers kontakter og ikke de andre personalegrupper, ud fra den betragtning, at selvstændige kontakter, hvor klinikpersonalet substituerer lægen, og hvor kontakten udløser en ydelse, ofte vil være af en sådan faglig karakter, at de primært varetages af sygeplejersker. Dette til trods for at andre personalegrupper også kan være oplært til at varetage sygeplejefaglige konsultationer. Dette opvejes antageligt af, at sygeplejersker også varetager sekretæropgaver. Den nøjagtige fordeling af opgaverne kendes imidlertid ikke.

Ca. halvdelen af de deltagende lægers personale deltog aktivt i registreringen, og derfor blev antallet af registrerede sygeplejerskekontakter ekstrapoleret til at gælde for de læger, hvis personale ikke registrerede. Ekstrapoleringen bygger på den andel, som sygeplejersketimerne udgør af det totale antal personaletimer for læger med personaledeltagelse og for læger uden personaledeltagelse. Denne ekstrapolering kan indebære en fejlestimering, men da sygeplejersker udgjorde omtrent samme andel af alle personaletimer i de to grupper, kan vi antage, at sygeplejersker i de to grupper udfylder samme rolle i praksis. Risikoen for fejl i antallet af kontakter ville have været større, hvis forskellen mellem de to grupper af læger havde bestået i, at der ingen eller kun ganske få sygeplejersker var ansat hos de læger, der ikke havde personalet til at registrere, hvilket altså ikke var tilfældet.

Sundhedsstyrelsens tilladelse til indhentning af patientoplysninger fra lægerne var baseret på, at det var ganske tidskrævende at informere hver enkelt patient om undersøgelsen. En del læger ønskede imidlertid ikke at videregive personfølsomme oplysninger, uden at patienterne var informeret. I disse tilfælde opfordrede vi lægerne til kun at notere årstal og sidste ciffer i cpr-nummeret frem for at undlade at registrere. Det gav os mulighed for at beregne køn og alder. I nogle få tilfælde var der slet ingen persondata oplyst, men da det kun drejede sig om 1,8% af alle patientkontakter, vurderes det ikke at være et problem for opgørelserne.

Svagheder ved projektet

Det opgjorte antal kontakter for en praktiserende læge repræsenterer ikke fuldt ud aktiviteten i almen praksis i regionen, sådan som det fremgår af opgørelserne fra Sygesikringen (Tabel 8). Det skyldes primært at antallet af telefonkontakter i KOS 2008 er lavere end registreret i Sygesikringen. Det skyldes mest sandsynligt, at lægerne ikke har fået registreret alle telefonkontakter. Samtidig tyder fordelingen af klinikpersonalets kontakter på, at KOS-registreringerne ikke afspejler det reelle kontaktmønster for klinikpersonalet i almen praksis, idet der er en overvægt af konsultationer i forhold til telefonkontakter. Det kan ikke udelukkes, at klinikpersonalet indbyrdes fordelte opgaven i forbindelse med KOS-undersøgelsen således, at de i højere grad prioriterede at registrere konsultationer. Uddannelseslæger deltog ikke i KOS 2008, hvilket formentlig er én af grundene til, at KOS-estimatet for antal konsultationer er mindre end det registrerede antal i Sygesikringen.

Nogle læger gav ved registreringen udtryk for, at de af tidsmæssige grunde, især pga. travlhed i telefontiden ikke havde noteret alle kroniske lidelser, da det for nogle var nødvendigt med gennemlæsning af journalnotater for at finde alle diagnoser. Ligeledes gælder det for personaleregistreringerne, at angivelsen af kroniske lidelser muligvis ikke er fuldstændig. Det er sandsynligt, at personalet ikke havde fuldt overblik over alle patienters kroniske lidelser, især hvis de kroniske lidelser ikke var grunden til den aktuelle kontakt. Dette kan indebære, at antallet af kronikere er underestimeret, men omfanget af dette problem kendes ikke. I senere undersøgelser vil der blive set nærmere herpå.

Lægerne kunne ved udfyldelsen af registreringsskemaet notere kroniske lidelser og kontaktårsag samt diagnose på kontakten med tekst, eller de kunne notere ICPC-koden. I de tilfælde, hvor det var angivet med tekst, blev der efterfølgende foretaget en ICPC-kodning. ICPC er for lægerne et meget anvendeligt værktøj til at diagnosekode kontakter og aktiviteter, da det giver mulighed for en beskrivelse af patientens problemer og behov [2]. Systemet er imidlertid ikke udviklet til en efterkodning, som det var tilfældet her. Var der som diagnose f.eks. angivet "Smerter i ben" på registreringsskemaet, er det sandsynligt, at lægen i kraft af sin anamnese og undersøgelse har en klar angivelse i sine journalnotater om patientens problem. Men hvis der var angivet Smerter i ben på skemaet, kunne det ikke med sikkerhed vides, hvilket ICPC-organsystem, der var tale om. "Smerter i ben" kan relateres til organsystemerne hud, muskelskeletsystemet, hjertekarsystemet

og nervesystemet. I disse tilfælde gjorde vi brug af de øvrige oplysninger på skemaet for at afklare dette. Hvis patienten med "Smerter i ben" f.eks. blev henvist til ortopædisk speciallæge eller ambulatorium, konkluderede vi, at problemet hørte under muskelskeletsystemet.

Lægerne blev på registreringsskemaet som "Vigtigste kontaktårsag" bedt om at angive patientens grund til henvendelsen. I tilfælde af, at der i løbet af kontakten blev taget flere emner op, kan nogle læger have angivet en anden årsag end patientens angivne grund, hvis de vurderede, at det alternative emne var af større betydning. Omfanget heraf kendes ikke.

Lægerne havde mulighed for at begrunde den grad af tyngde, som de angav om kontakten. Disse blev indledningsvist kodet med meget differentierede koder afhængigt af lægens formulering, og vi endte på den måde med over 100 koder. Efterfølgende blev disse koder kategoriseret i 10 overordnede grupper. Der er muligvis ved denne kategorisering gået nogle nuancer tabt, men mere overordnede kategorier var at foretrække med henblik på formidling af resultaterne.

Diskussion af resultater

Overordnet set er der mange lighedspunkter i kontaktmønsteret fra 1993. Det er de samme organkapitler, der dominerer som henvendelsesårsager, dvs. "Muskel/skelet", "Psyisk", "Luftveje" og "Hud" (Tabel 12). Fordelingen af kontakter på konsultationer, telefonkontakter, besøg og e-mail, er naturligt forskubbet, idet e-mailkontakter ikke var en mulighed i 1993 (tabel 7). Antallet af besøg er faldet, og andelen af konsultationer er steget fra 54% i 1993 til 62% i 2009. Sidstnævnte kan muligvis have sammenhæng med den øgede brug af klinikpersonale især til selvstændige konsultationer.

Henvisningsraten er steget fra 10,7 til 12,7% af alle henvendelser i løbet af de 15 år (Tabel 32), hvilket umiddelbart er en beskeden stigning i betragtning den generelle fokus på ventetider, ventetidsgarantier og anbefalinger om udredning de senere år. Alligevel skal man også huske, at en ganske lille stigning i antallet af henviste fra praksis vil have store konsekvenser for belastningen i det specialiserede sundhedsvæsen. Således kan man antage, at den stigning vi her har set i henvisninger til hospitalsambulatorier og billeddiagnostik, udmærket kan tænkes at have afledt et relativt meget større træk på ydelser på hospitaler. Samtidig er der også sket en stigning af brug af ambulante ydelser, hvorfor en stigning måtte forventes.

I 1993 udgjorde de opfølgende kontakter 45,8% af de symptom- og sygdomsbetingede kontakter. Denne andel er steget til 50,4% i KOS 2008 (Tabel 11). Samtidig ses en markant stigning i andelen af kontakter med midaldrende og ældre patienter (Tabel 10). Dette hænger formentlig sammen med en ændret demografi med flere ældre, flere kronikere samt at indsatsen i forhold til kronikere i højere grad varetages i almen praksis.

Opgørelserne viser, at i 7,7% af konsultationerne havde praktiserende læger mistanke om kræft eller anden alvorlig lidelse (Tabel 42). I betragtning af at en praktiserende læge gennemsnitligt finder 10 kræfttilfælde på et år, er det et interessant fund, som belyser hvilken udfordring, det er at finde de alvorligt syge blandt de mange raske [5]. En gennemsnitslæge har altså mistanke om kræft 250 gange i løbet af et år under konsultationer (eksklusivt konsultationer med profylakse og attestarbejde) (Tabel 42).

Vi fandt, at for 25% af konsultationer vurderede lægerne, at der var tale om symptomdiagnoser og ikke endelige specifikke sygdomsdiagnoser (Tabel 41). Af disse blev 6,9% vurderet at have en egentlig funktionel somatisk lidelse. Lægerne har muligvis været lidt forsigtige med at angive patienterne som egentlige MUS-patienter (medicinsk uforklarede symptomer), da denne andel er

mindre end i tidligere opgørelser, hvor prævalensen er baseret på spørgeskemaundersøgelse af patienter [6]. En tilsvarende undersøgelse af patienterne i KOS 2008 vil blive publiceret andetsteds med henblik på at undersøge forekomsten af medicinsk uforklarede symptomer/funktionelle somatiske symptomer.

Kronikere

Lidt over halvdelen af alle kontakter til en praktiserende læger var med en kroniker. Dette er muligvis underestimeret, da nogle læger gav udtryk for, at det i telefontiden var svært at nå at udfylde hele registreringsskemaet. Af de kroniske lidelser hos disse udgjorde hypertension næsten en fjerdedel (Tabel 47). Dette er interessant, for selv om hypertension er en hyppig lidelse med en prævalens på ca. 20% blandt voksne [7], er hypertensionspatienter som udgangspunkt ikke syge af deres forhøjede blodtryk i modsætning til f.eks. patienter med KOL, som har en prævalens på ca. 12% hos voksne [8]. Disse udgjorde imidlertid kun 5% af de registrerede kroniske lidelser. Et tilsvarende resultat blev fundet i en undersøgelse fra Odense i 2004, hvor der også blev set forholdsvis få henvendelser pga. rygerlunger [9]. Hypertension er åbenbart en lidelse, som patienterne selv hyppigt opsøger lægen for og/eller er en lidelse, som hyppigt kontrolleres.

For kronikere gjaldt det generelt, at mange af fundene var mere markante. Lægerne sad tilbage med en kræftmistanke dobbelt så hyppigt hos kronikere som ikke-kronikere (Tabel 70). Kronikere blev mere end dobbelt så ofte angivet at have en funktionel somatisk lidelse (Tabel 69). I konsultationer med kronikere blev der dobbelt så ofte taget flere problemer op end hovedproblemet sammenlignet med ikke-kronikere (Tabel 61), og kontakter med kronikere var mere tidskrævende (Tabel 71). Dette er i overensstemmelse med, at konsultationer dobbelt så ofte oplevedes som tunge eller meget tunge sammenlignet med ikke-kronikere (Tabel 76). I betragtning af, at kronikere således ser ud til at være sværere at håndtere, er det overraskende, at kronikere ikke oftere blev henvist til udredning eller behandling end ikke-kronikere (Tabel 60). Det kunne forventes, at de udover at have brug for speciallægevurdering for andet end deres kroniske lidelse i lighed med ikke-kronikere, også havde brug for at få vurderet deres kroniske lidelse. Det viser altså, at de praktiserende læger i vid udstrækning selv håndterer de yderligere udfordringer, som de står overfor med kronikerne uden at øge inddragelsen af det specialiserede sundhedsvæsen.

Klinikpersonale

Blodprøvetagning og vaccination udgjorde ca. 40% af de registrerede aktiviteter for kliniksygeplejersker (Tabel 83). Dette er markant mindre end en tidligere undersøgelse fra 2005, hvor klinikpersonalets kliniske arbejde blev undersøgt [10]. Her udgjorde de samme opgaver 70% af alle kliniske opgaver for kliniksygeplejersker. Noget af forskellen kan formentlig tilskrives forskelle i registrering, men med det kunne også tyde på, at sygeplejersker i tiltagende grad bruges til opgaver, der drager mere nytte af deres brede sygeplejefaglige kunnen og ikke i så høj grad afgrænses til den tekniske kunnen ved blodprøvetagning og vaccination. Dette underbygges af, at 80% af lægerne på baggrundsskemaet angiver, at deres personale varetager livsstilssamtaler/undervisning (Tabel 81). Lægerne selv klarer næsten tre fjerdedele af alle konsultationer uden involvering af hjælpepersonalet (Tabel 84), og for 16% af lægernes konsultationer angiver de, at konsultationen kunne have været foretaget af en sygeplejerske eller andet klinikpersonale, hvilket tyder på, at der er mulighed for at udvikle denne del af praksis.

Perspektiver

Vi har med denne rapport fulgt op på tidligere undersøgelser af aktiviteten i dansk almen praksis. Med en deskriptiv gennemgang af forskellige aspekter af arbejdet i og organiseringen af almen praksis er der skabt basis for at kunne pege på særlige områder, der kan udvikles på mange områder. For det første er der nu skabt grundlag for at bringe data ind i diverse diskussioner af, hvad almen praksis er. Samtidig giver denne rapport mulighed for at få et indblik i befolkningens aktuelle behov for sundhedsydelser fra deres praktiserende læge. Den er således overordentlig relevant i en fremadrettet planlægning af almen praksis.

Det almenmedicinske speciale har et stort behov for løbende at kunne orientere sig i den kunnen og indsats, som er nødvendig for at kunne udfylde rollen som de befolkningsnære læger i det danske sundhedsvæsen. På den ene side skal alment praktiserende læger være eksperter i befolkningens symptomer og give de råd og den vejledning, som befolkningen ønsker. Samtidig skal lægerne også være eksperter i de sygdomme, som dels skal diagnosticeres i almen praksis, og dels skal behandles og kontrolleres. Denne rapport er derfor et uvurderligt redskab i tilrettelæggelse af uddannelse og efteruddannelse af alment praktiserende læger i Danmark.

Organiseringen af almen praksis skal ses i lyset af de konkrete behov, der er for at kunne varetage den konkrete opgave. Denne rapport giver en basis for at diskutere og på et databaseret grundlag at understøtte arbejdet i praksis og sikre, at den nødvendige infrastruktur er til stede.

Denne rapport giver et godt afsæt for at se på udviklingen over tid og dermed se på nogle tendenser af både positiv og negativ karakter. Rapporten kan dermed være med til at skabe et grundlag for ideer til, hvordan man kan understøtte den ønskede udvikling.

Med den omfattende datamængde udgør KOS 2008 et solidt fundament for yderligere forskning på området. Der vil i de kommende år blive udgivet forskning der dokumenterer almen praksis rolle og funktion i et sundhedsvæsen. Det vil komme befolkningen til gode og kunne skabe den mest effektive almen praksis i Europa, hvis man vil.

Litteratur

1. Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H, Bro F, Kamper-Jørgensen F. Almen lægepraksis i Danmark. København: Tidsskrift for Praktisk Lægegerning, 2005.
2. Schroll H, Falkø E. Hvorfor skal vi diagnosekode i almen praksis? Ugeskr Læger 2002;164:5267-6952.
3. Vedsted P, Schroll H. Kronisk sygdom og diagnosekodning i almen praksis. Månedsskr Prakt Lægegern 2008;86:175-81.
4. Ovesen L, Juul S, Mabeck CE. Sygdomsmønsteret i almen praksis Århus Amt 1993. Århus: Institut for Almen Medicin Institut for Epidemiologi og Social Medicin, 1997.
5. Vedsted P, Larsen MB, Tørring ML, Andersen RS, Bro F, Hansen RP et al. Fra symptom til behandling. Viden og strategier for optimeret udredning af kræftsygdom. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Aarhus Universitet, 2008.
6. Fink P, Sørensen L, Engberg M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, utilization of health care and GP recognition. Psychosomatics 1999;40:330-8.
7. Kronborg CN, Hallas J, Jacobsen IA. Prevalence, awareness, and control of arterial hypertension in Denmark. J Am Soc Hypertens 2009;3:19-24.
8. Hansen JG, Pedersen L, Overvad K, Omland O, Jensen HK, Sørensen HT. Prævalensen af kronisk obstruktiv lungesygdom - sekundærpublikation. Ugeskr Læger 2009;171:2986-8.
9. Hansen DG, Rasmussen NK, Munck A. Folkesygdomme i almen praksis. Forekomst og forebyggelsesperspektiver vurderet i forbindelse med en auditregistrering. Odense: Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Syddansk Universitet og Statens Institut for Folkesundhed, 2004.
10. Poulsen L, Gilså-Hansen D, Munck A. Audit om Praksispersonalets kliniske arbejde. Svarrapport. Odense: Audit Projekt Odense (APO), 2007.

Læge:

Ydernr:

1 Din hverdag i praksis

Hvilket år nedsatte du dig som alment praktiserende læge?				
Hvilket år nedsatte du dig i din nuværende praksis?				
Hvor lang tid afsætter du normalt til en almindelig konsultation			min.	
Hvad ville efter din mening være det optimale antal minutter pr. alm. konsultation?			min.	
Hvad er det kortest mulige, en konsultation efter din mening kan vare (ekskl. tid til administration/journalføring) ?			min.	
Hvad er det længst mulige, en konsultation efter din mening må vare (ekskl. tid til administration/journalføring) ?			min.	
Har du samarbejde med alm. prakt. læger uden for praksis om akutte patienter	☐ Dagligt ☐ Ugentligt ☐ Andet (skriv) _____			
	☐ Nej			
Benytter du emailkonsultation?	☐ Ja ☐ Nej			
Benytter du online tidsbestilling?	☐ Ja ☐ Nej			
Benytter du online receptfornyelse?	☐ Ja ☐ Nej			

2 Tilgængelighed

Har du "åben konsultation", hvor patienterne ikke skal bestille tid eller ringe i forvejen ?	☐ Ja	☐ Nej
Hvis ja -	☐ Tider hver dag ☐ Tider hver uge ☐ Andet (skriv) _____	
Hvor lang ventetid har du normalt på en almindelig konsultation?		dage
Har du åben telefontid hver dag?	☐ Ja	☐ Nej
Kender du tiden, som dine patienter i gennemsnit venter i din telefonkø ?	☐ Ja	☐ Nej
Har du/l lukket for tilgang?	☐ Ja	☐ Nej

3 Uddannelse og udadvendte aktiviteter

Er du medlem af en eller flere efteruddannelsesgrupper?	☐ Ja	☐ Nej
Hvor mange møder i efteruddannelsesgrupper deltager du typisk i i alt i løbet af et år?		møder/år
Hvor fagligt tilfreds er du med at deltage i efteruddannelsesgruppemøder?	☐ Meget tilfreds ☐ Tilfreds ☐ Neutral ☐ Utilfreds ☐ Meget utilfreds	
Varetager du uddannelsen af følgende i din praksis?	☐ stud.med ☐ turnuslæger ☐ Hoveduddannelse ☐ andre (skriv) _____	
Varetager du undervisning af følgende udenfor praksis?	☐ stud.med ☐ turnuslæger ☐ Hoveduddannelse ☐ andre (skriv) _____	

[illegible]

Indenfor følgende sygdomsområder:	- finder du ventetiden til undersøgelser/behandling tilfredsstillende?			- er der undersøgelser, som du ikke kan henvise til nu, men som du efterlyser? (sæt kryds og skriv evt. hvilke us)
Kræftmistanke	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Lungesygdomme	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Gastroenterologi	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Dermatologi	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Gynækologi	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Diabetes	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Andre endokrine lidelser	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Hjerte-karsygdom	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Neurologiske lidelser	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Øjensygdomme	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Øre-næse-halssygdomme	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Pædiatri	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Ryglidelser	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Andre lidelser i bevægeapparatet	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Psykiske eller psykiatriske lidelser	☐ Ja	☐ Nogenlunde	☐ Nej	☐ _____
Tilbyder du akupunktur?		☐ Ja	☐ Nej	

[illegible]

6 Praksistype

Karakteriser din praksis (spørgsmålet vedrører faste læger)

- ☐ Solopraksis. Ydernummeret er normeret til én læge og i praksis arbejder én læge
- ☐ Samarbejdspraksis. To eller flere læger med hver sit ydernr., der deler praksisfaciliteter
- ☐ Delepraksis. Ydernummeret er normeret til én læge, men deles af to eller flere læger
- ☐ Delepraksis i samarbejdspraksis
- ☐ Kompagniskabspraksis med det antal læger, som ydernummeret er normeret til
- ☐ Kompagniskabspraksis med flere læger, end ydernummeret er normeret til
- ☐ Kompagniskabspraksis med færre læger, end ydernummeret er normeret til

7 Klinikpersonale

Hvilket klinikpersonale arbejder i din praksis?

Antal sekretærer

--	--

I alt antal sekretærtimer pr. uge

--	--	--

Antal sygeplejersker

--	--

I alt antal sygeplejersketimer pr.

--	--	--

Antal laboranter/bioanalytikere

--	--

I alt antal lab./bioanalytikertimer pr. uge

--	--	--

Antal andet personale (fraset rengøring)

--	--

I alt antal andet personale timer pr. uge

--	--	--

Deler du praksispersonale med andre læger (dvs. andre ydernr.)? ☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja, gælder det alle personalegrupper? ☐ Ja ☐ Nej

Hvis nej, hvilke pers.grupper er fælles? ☐ Sekretær ☐ Sygeplejerske ☐ Lab./bioanalytiker ☐ Anden

Hvilke af følgende opgaver udføres af klinikpersonalet?

- | | |
|---|--|
| ☐ Blodprøvetagning (til diag i eget lab.) | ☐ Vaccinationer |
| ☐ Blodprøvetagning (til forsendelse) | ☐ Børneundersøgelser |
| ☐ Audiometri | ☐ Svangreundersøgelse |
| ☐ Tympanometri | ☐ Cyt.skrab |
| ☐ Ekg | ☐ P-pille-kontrol |
| ☐ Urinvejsdiagnostik | ☐ Psykosociale støttesamtaler |
| ☐ Strep A/podning | ☐ Livsstilsrådgivning/undervisning |
| ☐ Lungefunktionsundersøgelse m. peakflow | ☐ Aftalt forebyggelseskonsultation |
| ☐ Lungefunktionsundersøgelse m. spirometri | ☐ Forløbsydelse for diabetespatienter |
| ☐ Allergiudredning m. priktest | ☐ Aftalt kontrol i forbindelse med forløbsydelsen |
| ☐ Akupunktur | ☐ Emailkonsultationer |
| ☐ Medicinhåndtering/-ophældning | ☐ Ingen af de nævnte |

Foreligger der skriftlige instrukser i klinikken for personalets selvstændige konsultationer ?

☐ Ja, for alle ☐ ja, for nogen af dem ☐ nej, for ingen af dem

Ønsker du øget involvering af personalet i den daglige kliniske praksis?

☐ Ja ☐ Nej

Hvis ja, til hvilke (nye) opgaver og hvor selvstændigt kunne du ønske dig at involvere personale?

Opgaveområder:

Delvis selvstændige konsultationer
(Dvs. du er involveret i kons.)

Selvstændige konsultationer
(Dvs. uden din involvering)

Børneundersøgelser

☐
☐

Vaccinationer

☐
☐

Kontrol af kronikere

☐
☐

Livsstilelsrådgivning/undervisning

☐
☐

Skade-/sårarbejde

☐
☐

Lungefunktionsus. m. peakflow

☐
☐

Lungefunktionsus. m. spirometri

☐
☐

Allergiudredning m. priktest

☐
☐

Svangersundersøgelse

☐
☐

Cyt. skrab

☐
☐

P-pille-kontrol

☐
☐

Psykosociale støttesamtaler

☐
☐

Aft. forebyggelseskonsultation

☐
☐

Forløbsydelse for diabetespatienter

☐
☐

Aft. kontrol i forb. m. forløbsydelsen

☐
☐

Emailkonsultationer

☐
☐

Andet, hvad:

Hvis nej, hvad kunne bidrage til, at du i højere grad ville involvere personale?

Anfør evt. årsagen hvis du ikke ønsker mere involvering af personale

TAK!

Draft

Baggrundsoplysninger

1. CPR-nr: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
Kendte kroniske lidelser				Evt. ICPC-kode		Kendte kroniske lidelser				Evt. ICPC-kode									
1.				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						4.				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					
2.				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						5.				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					
3.				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						6.				<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					

Patientens indgang til konsultationen (Sæt kryds ved **A, **B** og/eller **C**)**

A Alm. konsultation (kun ét kryds)	B Aftalte forebyggelseskonsultationer	C Kontakt vedr. recept, attest mm.
☐ Konsultation ☐ Telefonkonsultation ☐ Besøg ☐ E-mailkonsultation	☐ Børneundersøgelse/vaccination ☐ Svangreundersøgelse ☐ Vaginal-cytologi (inviteret) ☐ Vaccination (influenza, rejse mv.) ☐ Aftalt forebyggelseskons. ☐ Klamydiapartneropsporing	☐ Receptfornyelse pr. telefon/mail ☐ Social-medicinsk attest (LÆ) ☐ Sygemeldingsattest/fraværmelding ☐ Motorattest ☐ Forsikringsattest ☐ Anden attest
Registreringen af B og C afsluttes her, MEDMINDRE der er en afledt konsultation samme dag, dvs. problemer, der indebærer yderligere us. og lign.		

Fortsæt 

↓ Fortsæt hvis der er en afledt konsultation

Indhold af kontakten

2 Vigtigste kontaktårsag:	
3 Kontaktens hovedsymptom/-diagnose:	
4 Er kontakten en ny episode ☐ opfølgning ☐	
5 Indhold af kontakten (gerne flere krydser): ☐ Lægemiddelordination/receptudstedelse ☐ Svar på undersøgelse mv. ☐ Prøver/undersøgelser foretaget i klinikken Forebyggelse/råd om: Kost ☐ Røg ☐ Alkohol ☐ Motion ☐ Andet ☐	6 Henvisning til: diagnostik ☐ og/eller behandling ☐ (gerne flere krydser) ☐ Speciallæge, speciale: _____ ☐ Hosp.amb., speciale: _____ ☐ Indlæggelse, speciale: _____ ☐ Fysioterapi ☐ Ekstern lab. Billeddiagnostik: Røntgen ☐ CT ☐ UL ☐ Anden ☐ ☐ Henvisning til andet: _____
Biomed. problemer udover hoveddiag. Antal Psykol. problemer udover hoveddiag. Antal Sociale problemer udover hoveddiag. Antal	Kontakt til: hj.pleje ☐ sundhedspl. ☐
7 Deltagelse af klinikpers: med hjælp ☐ med selvstændig del af konsultationen ☐ ingen deltagelse ☐ Kunne konsultationen have været foretaget af en konsultationssygepl./klinikpersonale? ja ☐ nej ☐	
8 Afslutning Aftalt opfølgning ☐ Der ses an, henvendelse ved behov ☐ Afsl. uden yderligere kontakt ☐	

Om kontakten

9 I hvor høj grad vurderer du som læge, at følgende faktorer spillede en rolle i kontakten? (Angiv i %)	
biomedicinske? %	psykologiske? %
sociale? %	Ved ikke ☐
10 Er det din opfattelse, at den ☐ en specifik medicinsk diagnose?	
endelige diagnose er:	☐ en symptomdiagnose - forbigående?
(kun ét kryds)	☐ en symptomdiagnose - længerevarende (funktionelt somatisk sygdom)
11 Overvejede du på noget tidspunkt kræft eller anden alvorlig sygdom (ny)? ja ☐ nej ☐	
Sidder du tilbage med den mindste mistanke om kræft eller anden alvorlig sygdom (ny)? ja ☐ nej ☐	
12 Tid benyttet i alt til kontakten min.	Vurder kontaktens tyngde fra 1 til 10 (1=let,10=tung)
Angiv evt. årsagen til den vurderede tyngde:	

Vejledning til lægen

Baggrundsoplysninger

1 Cpr Udfyldes altid	Hvis pt. ikke ønsker, at cpr oplyses, noteres fødselsår og sidste ciffer i cprnr
Kendte kroniske lidelser uanset om den aktuelle kontakt skyldes denne/disse lidelser	

Patientens indgang til konsultationen? (Sæt kryds ved **A**, **B** og/eller **C**)

A Alm. kons. Type kryds af - og udfyld resten af skemaet fra 2 - 12	B Aftalt forebyggelseskons. Udfyldes når det drejer sig om profylaktiske forudaftalte undersøgelser, vaccinationer mm Kontakterne B og C afsluttes her, medmindre der er en afledt konsultation, dvs. problemer, der indebærer yderligere konsultation samme dag – i så fald fortsættes	C Kontakt vedr. recept, attest mm. Udfyldes når det drejer sig om kontakter mhp. recept-fornyelse pr. telefon/mail eller attester. Også i de tilfælde hvor attestarbejdet klares uden patientens tilstedeværelse
--	---	---

Indhold af kontakten

2 Vigtigste kontaktårsag:		F.eks. hovedpine eller kontrol af diabetes	Hvis du ICPC-koder, kan du evt. notere diagnosekoderne her
3 Kontakts hovedsymptom/-diagnose		En diagnose (f.eks. cystit) noteres, medmindre der ikke er fundet basis for at stille en diagnose. I så fald skrives symptomdiagnosen (f.eks. svie.v.vandl.)	
4 Ny episode , hvis henvendelsen er første kontakt i et sygdomsforløb eller f.eks. ny episode i et kronisk/længerevarende forløb. Opfølgning , også hvis det er kontrol efter f.eks. skadestuebesøg eller indlæggelse.			
5 Indhold af kontakten: Kryds af, hvis kontakten indbefattede nogle af svarmulighederne Andre problemer Her ønskes et indtryk af, hvor mange andre spørgsmål/behov patienten gav udtryk for i løbet af kontakten		6 Henvi sning? I første linje krydses af, om henvi sningen er mhp. diagnostik og/eller behandling Kryds henvi sningsmodtager af, eller tilføj under andet	
7 Deltagelse af klinikpersonale Kryds af ved Hjælp , hvis personalet inddrages med f.eks. øreskylning, ekg, tilstedeværelse ved GU, men hvor du forestår konsultationen. Kryds af ved med selvstændig del af konsultationen , hvis personalet inddrages i selve konsultationen med f.eks. diætvejledning. Endvidere bedes du (uanset om du har en sygeplejerske ansat eller ej) vurdere, om konsultationen på forsvarlig vis kunne have været foretaget af en konsultationssygeplejerske eller andet personale.			
8 Afslutning Kryds af ved Der er aftalt opfølgning , hvis et konkret tidspunkt aftales. Kryds af ved Der ses an, henvendelse ved behov , hvis der kan forventes flere kontakter pga. samme sygdomsforløb. Kryds af ved Afsl. uden yderligere kontakt , hvis der ikke forventes flere kontakter pga. henvendelsen i dag			

Om kontakten

9 I hvor høj grad spillede følgende faktorer en rolle for kontakten? Her bedes du vurdere og angive i %, i hvor høj grad kontakten var præget af biomedicinske, psykologiske og sociale forhold – skal helst give 100
10 Er det din opfattelse, at diagnosen: Her ønskes din vurdering af, om den endelige diagnose på årsagen til kontakten er sygdom, 1. som nu eller senere kan/vil kunne betegnes med en specifik medicinsk diagnose (fx UVI); 2. som kun kan karakteriseres med et symptom, men er forbigående (fx hoste) eller 3. som kun kan karakteriseres med et symptom, men som du vurderer er led i et længerevarende forløb af et funktionelt somatisk symptom.
11 mistanke om kræft eller anden alvorlig sygdom (ny)? Her ønsker vi et indtryk af, dels om du i løbet af og dels efter konsultationen havde blot den mindste tanke om kræft eller anden alvorlig sygdom (ikke tidligere diagnosticeret), uanset om du tror på det eller ej. Med alvorlig sygdom menes kræft eller anden livstruende sygdom eller en svært invaliderende lidelse, f.eks. depression. Tidsforbrug er dit totale tidsforbrug på patienten den tid på dagen. Dvs. hvis du venter med f.eks. attestarbejde til om eftermiddagen, skal det ikke med i formiddagens registrering.
12 Her bedes du vurdere, i hvor høj grad kontakten føltes belastende, uanset om belastningen skyldtes ubehag afledt af usikkerhed om diagnosticeringen eller behandlingen, problemer af sproglig, kulturel eller kognitiv art, eller hvis den af andre grunde forekom tung/frustrerende/utilfredsstillende.

Personaleregistreringsskema

Udfyldt af (sæt kryds): Sygeplejerske ☐ Sekretær ☐ Bioanalytiker/laborant ☐ Anden ☐

1 CPR-nr: - Dato: - -

Baggrundsoplysninger

2	Kendte kroniske lidelser	Evt. ICPC-kode	Kendte kroniske lidelser	Evt. ICPC-kode
1.			3	
2.			4.	

Indgang til konsultationen

3 Kontaktttype: ☐ Konsultation ☐ Telefonkonsultation ☐ Emailkonsultation ☐ Hjemmebesøg

4 Henvendelsen skyldes: ☐ en ny episode ☐ opfølgning

Indhold af konsultationen

6 Kliniske procedurer: (evt. flere krydser) **7** Analysearbejde: (evt. flere krydser)

- ☐ BT
- ☐ Vægt
- ☐ Medicinhåndtering/ophældning
- ☐ Støttesamtale (psyk/soc.)
- ☐ Svangreundersøgelse
- ☐ Børneundersøgelse/vaccination
- ☐ P-pillekontrol
- ☐ Cyt.skrab
- ☐ Rejsevaccination
- ☐ Øvrige vaccinationer
- ☐ Injektion (f.eks. pga. infertilitet)
- ☐ Skade/sårbeh./suturfj
- ☐ Øreskyl
- ☐ Vortebehandling
- ☐ Lægemiddelord./receptudstedelse
- ☐ Andet, hvad: _____

- ☐ Blodprøve til indsendelse
- ☐ Blodprøve til us. i klinikken
- ☐ Urinvejsdiagnostik
- ☐ Strep A/podning
- ☐ Ekg
- ☐ Spirometri
- ☐ Tympanometri/audiometri
- ☐ Allergitest (priktest)
- ☐ Anden prøve/analyse: _____

8 Undervisning: (evt. flere krydser)

Livsstilsrådgivning/undervisning i:

- ☐ Kost
- ☐ Rygning
- ☐ Alkohol
- ☐ Motion
- ☐ Anden undervisning, hvad: _____

Afslutning af konsultationen

- 9** ☐ Der er aftalt opfølgning hos læge
☐ Der er aftalt opfølgning hos dig (eller hos andet personale)
☐ Der ses an og patienten henvender sig igen ved behov
☐ Afslutning uden yderligere kontakt

Om konsultationen

- 10** ☐ Selvstændig konsultation (ingen læge involveret)
☐ Din konsultation, men lægen blev inddraget (udfylder dog ikke skema)
☐ Lægekonsultation, hvor du inddrages med klin.procedurer eller analysearb. (og udfylder skema)

11 Vurder kontaktens **tyngde** fra 1 til 10 (1=let, 10=tung)

Tid benyttet i alt til kontakten min.

12 Angiv årsagen til den vurderede tyngde (evt. flere krydser):

- ☐ Uproblematisk konsultation ☐ God kontakt med pt.
- ☐ Pt's væremåde (vred, angst, positiv, taknemmelig osv.)

Tidspres pga:

- ☐ Sprogproblemer ☐ Pt kommer med flere probl. end aftalt
- ☐ Pt kommer for sent ☐ Pt er bevægelseshæmmet/langsom

Andet: _____

13 Oplevede du konsultationen som tilfredsstillende?

☐ ja ☐ nogenlunde ☐ nej

Havde du tid nok?

☐ ja ☐ nogenlunde ☐ nej

Følte du dig kompetent til opgaven?

☐ ja ☐ nogenlunde ☐ nej

27918

Vejledning til klinikpersonalet

Registreringsskemaet skal udfyldes for de kontakter, der indebærer selvstændige kliniske eller rådgivningsmæssige opgaver

Ved jeres selvstændige konsultationer udfyldes **hele** skemaet.

Når I udfører opgaver, som er et led i **lægens konsultation**, udfyldes kun del **1, 6-8 og 10-13**, dvs. de dele af skemaet, der er angivet med **røde** tal

Dvs. de kontakter, hvor I f.eks. kun aftaler en ny tid eller fornyer en recept pr. telefon eller hvor I ikke er involveret i selve konsultationen, skal ikke registreres. Det samme gælder for patienter, der kun kommer for at hente eller aflevere en urinprøve eller lignende kontakter, som ikke indebærer en konsultation. Hvis I udfører hjælp for lægen, f.eks. blodprøveforsendelse, eller tilstedeværelse ved GU men uden eget selvstændigt bidrag til konsultationen, skal der heller ikke registreres.

Baggrundsoplysninger

1 Cpr Udfyldes altid	Hvis pt. ikke ønsker cpr oplyst, så noter kun fødselsår og sidste ciffer i cprnr.
-----------------------------	---

2 Kendte kroniske lidelser Her noteres patientens kendte kroniske lidelser, uanset om den aktuelle kontakt skyldes denne/disse lidelser. Lad lægen supplere	Til kodning Udfyldes ikke
--	-------------------------------------

Patientens indgang til konsultationen?

3 Kryds af for typen af konsultation.

4 Henvendelsen skyldtes Svar en ny episode hvis det er første kontakt (i et sygdomsforløb) eller en ny episode i et kronisk/længerevarende forløb. Svar opfølgning , hvis det ikke er første kontakt i et forløb
--

Indhold af konsultationen

6 Kliniske procedurer	7 Analysearbejde	8 Undervisning/rådgivning
Kryds af ud for de aktiviteter, der er indeholdt i konsultationen, og tilføj, hvis der er andre, som ikke på forhånd er nævnt.		

Afslutning af konsultationen

9 Kryds af ved Der er aftalt opfølgning (hos læge eller personale), hvis et konkret tidspunkt aftales. Kryds af ved Der ses an, henvendelse ved behov , hvis der kan forventes flere kontakter pga. samme sygdomsforløb. Kryds af ved Afslutning uden yderligere kontakt , hvis der ikke forventes flere kontakter pga. henvendelsen i dag
--

Om konsultationen

10 Konsultationen var Her ønskes en angivelse af, om der var tale om 1. en selvstændig konsultation , hvor lægen ikke er involveret, 2. Konsultation hos dig, men hvor du rådfører dig undervejs med lægen, eller 3. Hvor du selvstændigt udfører en del af lægens konsultation med kliniske procedurer eller analysearbejde men ikke hvis du kun går lægen til hånde med f.eks. at række instrumenter eller blot være tilstede ved GU eller pakke og forsende blodprøver.
--

11 Kontaktens tyngde: Her bedes du vurdere i hvor høj grad, kontakten føltes belastende, uanset om belastningen skyldtes ubehag afledt af usikkerhed om, hvordan du skal gribe konsultationen an, problemer af sproglig, kulturel eller kognitiv art, eller hvis den af andre grunde forekom tung/frustrerende/utilfredsstillende.

12 Kryds af ved de foreslåede årsager til den angivne tyngde eller skriv andre

13 Oplevede du konsultationen som tilfredsstillende Have du tid nok? Følte du dig kompetent til at varetage konsultationen?	Her ønsker vi at få et billede af, i hvilket omfang du føler sig kompetent til at påtage dig selvstændige opgaver
--	---

Slut

